

29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE

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

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

Point 8.7 de l'ordre du jour provisoire

CSP29/INF/7

23 août 2017

Original : anglais/espagnol*

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

SOMMAIRE

A.	Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques : rapport d'avancement	2
B.	L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale : rapport d'avancement	10
C.	Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle : évaluation à mi-parcours	16
D.	La lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT) : rapport d'avancement	26
E.	La santé et les droits de l'homme : rapport d'avancement	34
F.	Plan d'action en matière de vaccination : évaluation à mi-parcours	40
G.	Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie : évaluation à mi-parcours	51
H.	Plan d'action sur la santé mentale : évaluation à mi-parcours	58
I.	Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation : évaluation à mi-parcours	65
J.	Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire : évaluation à mi-parcours	72
K.	La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques : rapport d'avancement	77
L.	Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement	82
M.	Situation des Centres panaméricains	87

* Original en anglais : parties A, D, F, L et M. Original en espagnol : parties B, C, E, G, H, I, J et K.

A. PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. L'approche de la santé dans toutes les politiques est à la fois un instrument d'équité en santé et une stratégie de collaboration pour intégrer, de manière plus déterminante et efficace, des réflexions sur la santé à la prise de décision dans les différents secteurs et domaines des politiques. Le plan d'action régional est conforme à l'esprit de la Déclaration d'Alma-Ata (1978) (1), de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) (2), de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011) (3) et du cadre multisectoriel et solidaire du Programme de développement durable à l'horizon 2030. L'approche de la santé dans toutes les politiques promeut une action intersectorielle globale pour aborder les déterminants politiques, environnementaux, économiques et sociaux sous-jacents à la santé de la population.

2. Adopté en septembre 2014 par le 53^e Conseil directeur de l'OPS (résolution CD53.R2 et document CD53/10) (4,5), le Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques établit des objectifs et des cibles spécifiques pour une période de cinq ans, soit les années 2014 à 2019, et correspond au cadre d'action au niveau national en matière de Santé dans toutes les politiques produit par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (6). Ce rapport résume les progrès réalisés dans la mise en œuvre au niveau régional du Plan d'action sur la Santé dans toutes les politiques. Il est basé sur des données régionales probantes et sur les meilleures pratiques documentées par les États Membres, et se fonde sur des ateliers de formation et des consultations de parties prenantes dans la Région des Amériques, mais aussi au-delà.

Mise à jour sur les progrès réalisés

3. La Région des Amériques est la première région de l'OMS à adopter, au niveau régional, un Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques. Préparé par l'OPS, avec une importante contribution des États Membres et d'experts régionaux et mondiaux, ce plan d'action marque une étape importante dans l'adhésion, au niveau mondial, à l'approche de la santé dans toutes les politiques comme moyen de favoriser une action collective et coordonnée pour la santé. Ce plan d'action détermine six axes stratégiques d'intervention : *a*) établir la nécessité du concept de la santé dans toutes les politiques et les priorités qui y sont liées, *b*) concevoir des interventions planifiées, *c*) définir des structures et des processus d'appui, *d*) faciliter l'analyse et la mobilisation, *e*) assurer un suivi, une évaluation et une communication d'informations et *f*) renforcer les capacités.

4. À la demande des États Membres, l'OPS a convoqué une consultation d'experts à Washington, D.C., en mars 2015 pour définir concrètement des étapes de mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques dans les Amériques. Les principaux résultats de cette

consultation ont été une feuille de route destinée à cette mise en œuvre, conformément au Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (7) mené au niveau régional, le livre blanc *Health in All Policies: From the Local to the Global* (8), qui offre à partir de données probantes des options et des possibilités pour les gouvernements locaux d'élaborer et de mettre en œuvre le concept de la santé dans toutes les politiques, et le document *Plan of Action on Health in All Policies: Validation of Implementation Indicators* (9), qui présente une analyse des 12 indicateurs du plan d'action régional en vue de favoriser leur application.

5. Le groupe de travail de l'OPS dédié à la santé dans toutes les politiques et au développement durable a été constitué en mai 2015 pour déterminer et optimiser des priorités stratégiques de collaboration avec d'autres secteurs dans le cadre des objectifs de développement durable. Ce groupe a élaboré une série de documents d'orientation portant sur l'harmonisation des programmes de santé dans toutes les politiques et des objectifs de développement durable, parmi lesquels une note de synthèse (10) et une note de référence (11). Des pratiques multisectorielles efficaces ont été documentées dans *Advancing the Health in All Policies Approach in the Americas: What Is the Health Sector's Role?* (12) et *Health in All Policies: Case Studies from the Region of the Americas* (13), et une plateforme en ligne a été créée (14), sur laquelle 16 pays ont rapporté leur expérience.

6. En utilisant comme guide le manuel de formation à la santé dans toutes les politiques de l'OMS, quatre cours de formation ont été proposés entre 2015 et 2016 au Brésil, au Chili, au Mexique et au Suriname, à des participants qui provenaient de l'ensemble de la Région. Un total de 16 pays a participé à ces formations. Après réalisation de la phase initiale de renforcement des capacités au niveau régional, l'évaluation stratégique de développement des capacités en matière de santé dans toutes les politiques dans la Région des Amériques s'est déroulée en février 2017, dans le cadre de laquelle un plan de travail sur deux ans a été élaboré (15).

7. L'état des progrès réalisés, évalués selon les indicateurs et les cibles, est présenté dans le tableau ci-dessous.

Progrès réalisés en matière d'objectifs et de cibles du plan d'action

Objectif	Indicateur et cible	Progrès
1.1 Analyser les effets potentiels des politiques publiques sur la santé humaine, sur l'équité en santé et sur les systèmes sanitaires, en s'assurant que les	1.1.1 Nombre de pays dotés de réseaux établis de groupes de travail multisectoriels et de parties prenantes au niveau national ou régional pour évaluer les effets des politiques gouvernementales sur la santé et l'équité en santé.	La consultation d'experts de l'OPS a jeté les bases de la constitution de réseaux nationaux et régionaux pour un partage des expériences de mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques. De plus, 16 pays ont officiellement établi des réseaux lors des cours infrarégionaux de

Objectif	Indicateur et cible	Progrès
personnes responsables de l'élaboration des politiques sont conscientes de ces effets potentiels sur la santé et les comprennent.	Référence (2014) : 6 Cible (2019) : 18	formation à la santé dans toutes les politiques, réseaux qui sont maintenant complètement fonctionnels.
	1.1.2 Nombre de pays et de territoires qui mettent en œuvre le cadre d'action au niveau national en matière de santé dans toutes les politiques. Référence (2014) : 6 Cible (2019) : 18	En 2015, 6 pays mettaient en œuvre le cadre d'action au niveau national en matière de santé dans toutes les politiques. On s'attend à ce que 16 pays supplémentaires aient mis en œuvre ce cadre d'action pour la fin de l'année 2017.
2.1 Promouvoir le dialogue relatif aux politiques et mettre en œuvre des politiques nationales fondées sur les données, l'analyse et les preuves requises pour mettre en œuvre, suivre et évaluer le concept de la santé dans toutes les politiques.	2.1.1 Nombre de pays et de territoires qui ont mis en œuvre des politiques visant à aborder au moins deux déterminants de la santé prioritaires chez des populations cibles. Référence (2014) : 6 Cible (2019) : 27	En 2015, 9 pays avaient mis en œuvre des politiques visant à aborder au moins deux déterminants de la santé prioritaires chez des populations cibles. On s'attend à ce que 18 pays supplémentaires aient mis en œuvre de telles politiques pour la fin de l'année 2017.
	2.1.2 Nombre de pays qui échangent officiellement, au moins une fois tous les deux ans, des informations et des pratiques optimales relatives aux politiques qui abordent les inégalités en santé et le concept de la santé dans toutes les politiques. Référence (2014) : 6 Cible (2019) : 27	30 expériences et <i>Bonnes pratiques</i> liées à la santé dans toutes les politiques et émanant de 16 pays ont été documentées sur la plateforme en ligne dédiée de l'OPS (14), dont l'objectif est d'offrir des orientations et un soutien par le partage des expériences sur l'ensemble de la Région, tout en démontrant que la santé dans toutes les politiques est étroitement liée au contexte.
2.2 Produire un profil national d'équité en matière de santé qui met l'accent sur l'évaluation des déterminants de la santé.	2.2.1 Nombre de pays et de territoires qui produisent des profils d'équité abordant au moins deux déterminants de la santé prioritaires au niveau national ou infranational. Référence (2014) : 1 Cible (2019) : 18	En 2015, 9 pays avaient produit des profils d'équité. On s'attend à ce que 18 pays supplémentaires aient produit des profils d'équité pour la fin de l'année 2017. Ces profils sont élaborés en utilisant une méthodologie spécifique fondée sur les directives de l'OMS concernant le suivi des inégalités de santé et sur la troisième recommandation de la Commission des déterminants sociaux de la santé.

Objectif	Indicateur et cible	Progrès
<p>3.1 Définir un mécanisme précis grâce auquel le secteur sanitaire peut s'impliquer, au sein du secteur public et au-delà, dans un dialogue portant sur les politiques et dans la mise en œuvre du concept de la santé dans toutes les politiques.</p>	<p>3.1.1 Nombre de pays et de territoires dotés d'un mécanisme précis, comme des comités intersectoriels ou des évaluations d'impact sur la santé, grâce auquel le secteur sanitaire peut s'impliquer au sein du secteur public et au-delà.</p> <p>Référence (2014) : 6 Cible (2019) : 18</p>	<p>Cinq pays supplémentaires ont notifié que des mécanismes précis étaient en place pour une collaboration avec d'autres secteurs, et l'on s'attend ainsi à ce que l'objectif soit rempli pour la fin de l'année 2019. De plus, le groupe de travail de l'OPS dédié à la santé dans toutes les politiques et aux objectifs de développement durable a créé plusieurs outils afin de pouvoir élaborer et suivre des mécanismes officiels et des comités intersectoriels au niveau national. On s'attend à ce que ces outils permettent, pour cet objectif, de générer des résultats au cours de la validité résiduelle du plan d'action.</p>
<p>3.2 Identifier des structures et des processus pour soutenir la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques, le cas échéant, au niveau des gouvernements nationaux et infranationaux grâce à l'incorporation de ce concept dans les plans de développement.</p>	<p>3.2.1 Nombre de pays qui ont identifié des structures et processus propices à la mise en œuvre du concept de la santé dans toutes les politiques, le cas échéant, au niveau du gouvernement national et infranational à travers l'intégration du concept de la santé dans toutes les politiques à leurs plans de développement, le cas échéant.</p> <p>Référence (2014) : 6 Cible (2019) : 18</p>	<p>En 2014, 6 pays avaient identifié des structures et processus propices à la mise en œuvre du concept de la santé dans toutes les politiques aux niveaux local et national. Depuis, 5 pays supplémentaires ont concrétisé cet indicateur.</p>
<p>3.3 Renforcer les mécanismes de reddition de comptes afin qu'ils puissent être utilisés dans différents secteurs.</p>	<p>3.3.1 Nombre de pays dotés de mécanismes de reddition de comptes qui soutiennent l'engagement de la société civile et l'accès libre à l'information.</p> <p>Référence (2014) : 4 Cible (2019) : 12</p>	<p>Comme il n'existe pas à l'heure actuelle de rapports sur les mécanismes de reddition de comptes au niveau des pays, il n'existe pas d'informations disponibles sur les progrès réalisés, au-delà de ceux des pays de référence (BOL, BRA, ELS, PRY). C'est un objectif dont la poursuite devra être renforcée dans les années à venir.</p>

Objectif	Indicateur et cible	Progrès
<p>4.1 Accroître la participation de la société civile et des collectivités au processus d'élaboration de politiques et d'évaluation, processus qui inclut le concept de la santé dans toutes les politiques, en vue de réduire les inégalités en matière de santé.</p>	<p>4.1.1 Nombre de pays et de territoires dotés de mécanismes visant à faire participer les collectivités et la société civile au processus d'élaboration de politiques dans divers secteurs.</p> <p>Référence (2014) : 9 Cible (2019) : 18</p>	<p>En utilisant l'approche <i>Healthy Municipalities, Cities and Communities</i>, 12 pays se sont engagés à établir, et ont établi, des mécanismes visant à faire participer les collectivités et la société civile au processus d'élaboration de politiques dans divers secteurs, comme le montre la signature de la Déclaration de Santiago, au Chili (16).</p>
	<p>4.1.2 Nombre de pays et de territoires dotés de stratégies précises visant à faire participer les personnes qui vivent les inégalités à des discussions de politiques aux niveaux local, infranational et national.</p> <p>Référence (2014) : 10 Cible (2019) : 22</p>	<p>L'élaboration de profils d'équité a offert à 18 pays la possibilité d'aborder les inégalités dans les discussions de politiques et de s'appuyer davantage sur l'approche de la santé dans toutes les politiques.</p>
<p>5.1 Élaborer un système servant à mesurer l'impact et les résultats du concept de la santé dans toutes les politiques en ce qui a trait à la santé et à l'équité en santé, en vue d'analyser les politiques ainsi que de cerner et de partager les pratiques optimales.</p>	<p>5.1.1 Nombre de pays et de territoires qui réalisent le suivi, l'évaluation et le rapport sur les progrès accomplis en vue d'introduire la santé et l'équité en santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques gouvernementales.</p> <p>Référence (2014) : 0 Cible (2019) : 12</p>	<p>Six pays ont publié des études de cas et des expériences nationales qui soulignent les progrès réalisés en introduisant la santé et l'équité en santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques gouvernementales (13, 14).</p>
<p>6.1 Renforcer les capacités en personnel du secteur sanitaire et d'autres secteurs concernant l'approche « santé dans toutes les politiques », et encourager la mise en œuvre de cette</p>	<p>6.1.1 Nombre de pays et de territoires dotés d'institutions et d'établissements reconnus, comme des instituts nationaux de santé publique, des universités et des centres collaborateurs, qui offrent des cours de formation sur la mise en œuvre et le suivi du concept de la santé dans toutes les politiques et concepts annexes.</p>	<p>Trois pays sont dotés d'institutions qui offrent des cours de formation en santé dans toutes les politiques, parmi lesquelles la fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brésil), la <i>Latin American School of Social Sciences</i> (FLACSO, Chili) et le <i>National Institute of Public Health</i> (INSP, Mexique). Ces partenaires institutionnels ont délivré quatre</p>

Objectif	Indicateur et cible	Progrès
approche chez ces groupes.	Référence (2014) : 0 Cible (2019) : 8	formations à la santé dans toutes les politiques sur l'ensemble de la Région entre 2015 et 2016. Au total, 180 participants provenant de 16 pays ont été formés.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

- a) Renforcer davantage les systèmes de suivi pour saisir les répercussions du concept de la santé dans toutes les politiques, particulièrement sur le plan des modifications de distribution des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en santé, conformément à la recommandation de l'OMS.
- b) Favoriser l'augmentation par les États Membres de la capacité d'intégration des réseaux et institutions de santé dans toutes les politiques, ainsi que d'autres réseaux régionaux préexistants, de manière à élargir les canaux possibles de diffusion et d'échange de la communication sur la santé dans toutes les politiques.
- c) Renforcer la coordination des réseaux, au plan notamment de l'efficacité de leur gestion, de la communication virtuelle et de l'apprentissage en ligne.
- d) Poursuivre le soutien par l'OPS des praticiens et des défenseurs de la santé dans toutes les politiques, et accroître encore le renforcement des capacités. En plus de créer des possibilités d'acquisition de compétences, de partage d'expertises, d'échanges d'idées et de création de réseaux pour amplifier un travail intersectoriel systématique, le renforcement des capacités encourage l'appropriation régionale du cadre de la santé dans toutes les politiques et fait progresser la santé dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

8. La Conférence est invitée à prendre note de ce rapport concernant les progrès réalisés et à exprimer toute recommandation qu'elle juge pertinente.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. Conférence internationale sur les soins de santé primaires; du 6 au 12 septembre 1978; Alma-Ata, URSS. Genève, Suisse. Genève : OMS ; 1978 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

2. Organisation mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Internet]. Première Conférence internationale pour la promotion de la santé ; 21 novembre 1986 ; Ottawa (Ontario), Canada. Genève : OMS ; 1986 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
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 ; du 19 au 21 octobre 2011 ; Rio de Janeiro, Brésil. Genève : OMS ; 2011 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (résolution CD53.R2) [consulté le 2 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27550&Itemid=270&lang=fr
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/10, Rev. 1) [consulté le 2 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26800&Itemid=270&lang=fr
6. Pan American Health Organization. Health in all policies (HiAP) Framework for Country Action [Internet]. Genève : OMS ; 2014 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf?ua=1.
7. Pan American Health Organization. Road map for the Plan of Action on Health in All Policies [Internet]. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31313>.
8. Pan American Health Organization. Health in All Policies: From the Local to the Global. Washington, DC : OPS ; 2016 [consulté le 15 mai 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=39950&Itemid=270.

9. Pan American Health Organization. Validation of Indicators for Implementation of the Plan of Action on Health in All Policies: Pproposal for Application at National Level. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2017 [consulté le 15 mai 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=39953&Itemid=270.
10. Organización Panamericana de la Salud. Nota conceptual. Ejecución del plan de acción sobre la Salud en Todas las políticas (STP) [Internet]. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible en espagnol sur : http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30675&lang=es.
11. Pan American Health Organization. Task Force and Working Group on Hhealth in All Policies and the Sustainable Development Goals. Health in All Policies and the Sustainable Development Goals: reference note. Washington, DC : OPS ; 2015 [consulté le 2 mars 2017]. Publication en ligne à venir.
12. Pan American Health Organization. Advancing the Health in All Policies Approach in the Americas: What is the Health Sector's Role? A Brief Guide and Recommendations for Promoting Intersectoral Collaboration. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30677&lang=en
13. Pan American Health Organization. Health in AI Policies: Case Studies from the Region of the Americas. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=31079&lang=en
14. Pan American Health Organization. Health in All Policies in the Americas: Presentation of Experiences. Plateforme en ligne [consultée le 2 mars 2017]. Disponible en anglais sur : <http://saludentodaslaspoliticass.org/en/>
15. World Health Organization. Health in all policies: training manual [Internet]. Genève : OMS ; 2015 [consulté le 2 mars 2017]. Disponible en anglais sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1
16. Pre Foro de Alcaldes de las Américas, Camino a Shanghai 2016. Declaración de Santiago de Chile. Santiago, Chili ; 2016 [consulté le 7 mars 2017]. Disponible en espagnol sur : <http://www.mspps.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2016/07/Declaraci%C3%B3n-de-Santiago-con-firmas.pdf>

B. L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE DANS LES COMMUNAUTÉS AGRICOLES EN AMÉRIQUE CENTRALE : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. Lors des deux dernières décennies, un nombre croissant de cas de personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) et qui en meurent a été détecté dans la sous-région centraméricaine. Parmi ces cas, un type d'IRC a été observé dont l'étiologie n'est pas liée à ses causes les plus courantes, à savoir le diabète sucré et l'hypertension artérielle. Ce type d'insuffisance rénale chronique non traditionnelle, ou de causes non traditionnelles ou encore inconnues (ci-après IRCnt), présente une fréquence plus grande que celle observée dans toute la Région des Amériques et une tendance croissante. El Salvador a publié les résultats de l'enquête nationale de maladies chroniques non transmissibles dans la population adulte (ENECa selon le sigle espagnol) de 2015, qui ont révélé une prévalence d'IRC de 12,6 pour 100 000 habitants et de 3,8 pour 100 000 habitants en ce qui concerne l'IRCnt. Au Guatemala, les taux de prévalence d'IRC obtenus du registre du système d'information de la gestion sanitaire (SIGSA selon le sigle espagnol) pour la période comprise entre 2008 et 2015 indiquent une augmentation de 75%, avec un taux de 4 pour 100 000 habitants en 2008 et de 7 en 2015, et une augmentation de la mortalité de 18%. En 2013, lors du 52^e Conseil directeur, les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont adopté le document conceptuel *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale* au moyen de la résolution CD52.R10. En 2015, le Conseil directeur a pris note du rapport CD54/INF/5 et la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a indiqué que malgré le travail accompli, peu de résultats concrets avaient été obtenus pour lutter contre l'insuffisance rénale chronique chez les personnes jeunes en âge de travailler. Le présent document présente les progrès réalisés depuis le dernier rapport d'avancement (1-4).

Mise à jour sur les progrès accomplis

2. Au cours de la période examinée, les pays d'Amérique centrale (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama) ont fait des progrès dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action destinés à renforcer la capacité locale pour répondre de manière intégrée à l'IRCnt dans les municipalités les plus touchées (au Salvador, Guatemala, Honduras et Panama, la population de ces municipalités représente environ 4 073 769 habitants). Au Salvador, il s'agit des zones agricoles de San Miguel et Usulután ; au Guatemala, des départements de Escuintla, Quetzaltenango, Petén¹ et Chimaltenango ; au Nicaragua, de la municipalité de Chinandega ;² et au Panama, des provinces de Coclé, Chiriquí et Veraguas, où des cliniques rénales ont été

¹ C'est le plus grand département du Guatemala et qui présente le plus grand risque d'IRCnt.

² Cette municipalité comptait 134 720 habitants en 2015.

mis en place. De plus, au cours de la même période, la Directrice du BSP a approuvé un projet interprogrammatique auquel a été affecté un budget total d'US\$ 1 million,³ 70% de ces ressources étant destinés à un appui direct aux pays et les communautés les plus affectées.

3. Les pays ont réalisé des progrès dans l'élaboration de politiques et d'outils visant à renforcer les interventions relatives aux soins des personnes qui vivent avec l'IRC/IRCnt. El Salvador a commencé à élaborer des protocoles de dialyse et de transplantation rénale. En 2016, la Société panaméenne de néphrologie a élaboré des guides de pratique clinique pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge de l'IRC. Au niveau régional, en coordination avec la Société latino-américaine de néphrologie et hypertension (SLANH), l'OPS a débuté en 2016 le cours de prévention et de prise en charge de l'IRCnt⁴ à travers le Campus virtuel de santé publique. En date de mars 2017, 5000 médecins d'Amérique centrale et du Mexique y étaient inscrits. De plus, dans le cadre de la réunion infrarégionale du Fonds stratégique de l'OPS/OMS pour les pays d'Amérique centrale et la République dominicaine,⁵ un cours de prévention et de prise en charge de l'IRC a été organisé, destiné aux équipes du premier niveau de soins, dans le but de promouvoir l'usage du Fonds stratégique pour améliorer l'accès aux médicaments et fournitures pour les maladies non transmissibles, parmi lesquelles l'IRCnt (5, 6).

4. Les pays ont enregistré des progrès concernant le renforcement de la surveillance épidémiologique, professionnelle et environnementale et les systèmes de registre, particulièrement au sujet de l'IRCnt. El Salvador a identifié 148 municipalités avec un niveau élevé de cas et commencera le recensement des patients au stade 5 qui reçoivent un traitement par dialyse dans les cinq hôpitaux du ministère de la Santé où ces services sont dispensés. Le pays entreprendra également une étude pour déterminer la demande de médicaments et de fournitures. Le Guatemala a élaboré un protocole de surveillance sentinelle et un autre pour le registre de dialyse et transplantation rénale, des instruments qui s'avèrent utiles pour la surveillance épidémiologique. De même, le pays a développé un système de registre de l'IRCnt dans les zones d'Escuintla, Chimaltenango, Quetzaltenango et Petén. Pour sa part, le Honduras dispose d'une plateforme virtuelle pour le recensement des patients souffrant d'IRC qui se trouvent sous traitement de substitution rénale. Le Panama mène à bien un recensement de santé préventive avec l'appui de la Société de néphrologie, dans le but de former les médecins généralistes à la détection des personnes souffrant de maladie rénale. Le recensement de santé préventive a été mené dans 10 provinces, 2 cantons, 13 régions de santé, 3 institutions nationales et 4 centres pénitentiaires. De plus, un travail est réalisé en coordination avec l'Institut national des statistiques et du recensement pour obtenir des informations détaillées sur les causes de décès et permettre la réalisation d'une analyse géospatiale de la mortalité due à l'IRCnt. Au cours de la période en question, l'OPS a conclu les travaux de consultation

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

⁴ Le cours a débuté le 14 juillet 2016.

⁵ Cette réunion sous-régionale s'est tenue au Nicaragua, du 26 au 28 avril 2017.

avec les autorités nationales, académiques et les centres collaborateurs de l'OMS concernant la CIE-10, dans le but d'harmoniser les définitions du cas clinique d'IRCnt, du cas suspect et du cas probable, et d'établir un algorithme de sélection pour optimiser le registre des décès dus à cette cause (7).

5. Les pays ont renforcé les mécanismes pour le plaidoyer et l'action intersectorielle. Par le biais de son ministère de la Santé, El Salvador a formé une commission nationale sur l'IRC présidée par le vice-ministre de la Santé, en coordination avec le ministère de l'Agronomie et de l'Élevage et le Forum national de santé en qualité d'organisme de participation sociale. Le Guatemala a constitué une commission technique consultative nationale pour suivre les actions du plan, avec la participation de l'Association guatémaltèque de néphrologie (AGN), du Programme santé, travail et environnement (SOA-SALTRA-USAC), de l'Institut guatémaltèque de sécurité sociale (IGSS), des CDC en Amérique centrale et de l'OPS. Au Panama, une équipe multidisciplinaire et intersectorielle a été établie pour l'étude de l'IRCnt et la définition des actions de prévention et de contrôle, et on travaille à l'élaboration de matériel didactique pour informer et éduquer les familles et la population en général sur les manières de prévenir la maladie.

6. Au niveau régional le « Programme régional de recherche concernant l'approche de la maladie rénale chronique de causes non traditionnelles en Amérique centrale »⁶ a été établi. Des protocoles génériques de recherche sur l'IRCnt sont en cours d'élaboration pour assurer l'harmonisation et la qualité de la recherche des études épidémiologiques dans la Région. De plus, une révision systématique des études sur l'association des produits agrochimiques et de l'IRCnt a été entreprise. Dans le cadre de cette révision, plus de 20 études de qualité variable (souvent de faible qualité) ont été identifiées. El Salvador a diffusé les résultats de l'enquête ENECA de 2015, et travaille à l'analyse secondaire de la base de données sur l'IRC (8).

Mesures à prendre pour améliorer la situation

7. En fonction des progrès et des défis que les pays connaissent en matière d'IRCnt, les actions suivantes sont recommandées :

- a) Renforcer la capacité locale pour apporter une réponse globale à l'IRCnt dans les municipalités affectées, en mettant en œuvre les plans locaux de prévention et de soins de la maladie et en renforçant la capacité résolutive du premier niveau de soins pour l'identification et le suivi des personnes à risque, la détection précoce et la gestion globale de l'IRC, du diabète et de l'hypertension artérielle. De même, il faut former le personnel (équipes sanitaires, employés, travailleurs, etc.) et

⁶ Ce programme fait actuellement l'objet d'une consultation avec les pays. Le document résume le travail d'une enquête en ligne destinée à identifier les priorités de recherche pour l'approche de l'IRCnt, dans le but de réaliser une évaluation systématique de la littérature contenue dans les bases de données de diverses organisations internationales, de déterminer les acteurs clés du processus de recherche élaboré dans les pays centraméricains, ainsi que d'identifier les programmes de recherche sur l'IRC lancés lors des cinq dernières années.

- incorporer des facteurs de risque pertinents pour l'IRC/IRCnt dans la prise en charge municipale ou locale.
- b) Créer des options de politique, des outils et un appui technique pour renforcer les interventions relatives aux soins des personnes qui vivent avec l'IRC/IRCnt, y compris la normalisation et l'élaboration de manuels de soins concernant les patients souffrant d'IRC/IRCnt, l'utilisation du Fonds stratégique pour réduire les coûts et améliorer l'accès aux médicaments et l'élaboration de manuels pour la gestion des fournitures.
 - c) Renforcer la surveillance épidémiologique, professionnelle et environnementale et les systèmes de registre, en mettant l'accent sur l'IRCnt, à l'aide de l'application de la définition de cas pour la surveillance épidémiologique de l'IRC et le développement de capacités destinées à améliorer les systèmes de registre de dialyse et de transplantations et les registres d'interventions préventives professionnelles et environnementales.
 - d) Encourager le plaidoyer et l'action intersectorielle pour la prévention de l'IRCnt, y compris la cartographie des acteurs et le travail avec la société civile, les organisations de patients, les membres de la famille, les corporations, les syndicats et les associations médicales, ainsi que la révision et l'élaboration de cadres juridiques de protection de la santé des travailleurs en ce qui concerne les maladies professionnelles, en particulier l'IRCnt.
 - e) Renforcer les stratégies de communication pour la dissémination des résultats des enquêtes réalisées et l'alerte concernant l'IRCnt comme maladie professionnelle, et mettre en œuvre le programme régional des enquêtes.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

8. La Conférence est priée de prendre note du présent rapport et de formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 (document CD54/INF/5) [consulté le 21 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31184&Itemid=270&lang=fr

2. Organisation panaméricaine de la Santé. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2013 (document CD52/8) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22779&Itemid=270&lang=fr
3. Organisation panaméricaine de la Santé. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2013 (résolution CD52.R10) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23350&Itemid=270&lang=fr
4. Enfermedad renal crónica azota comunidades agrícolas. MEDICC Review [Internet]. avril 2014 [consulté le 15 janvier 2015] ; Selecciones 2013, avril 2014. Disponible en espagnol sur : <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=32>
5. Organisation panaméricaine de la Santé ; Campus virtuel de santé publique. Curso Virtual de Prevención y Manejo de la Enfermedad Renal Crónica, versión 2016 [Internet]. Washington, DC. Washington DC : OPS et CVSP ; 2016 [consulté le 21 mars 2017]. Disponible en anglais ou espagnol sur : http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12252%3Acurso-virtual-de-prevencion-y-manejo-de-la-enfermedad-renal-cronica&catid=7587%3Ageneral&Itemid=42058&lang=es%20%20
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Fonds stratégique de l'OPS [Internet]. Washington, DC. Washington, DC : OPS, Département des systèmes et services de santé, Unité des médicaments et technologies sanitaires ; 2014 [actualisé le 26 août 2016; consulté le 17 avril 2017]. Disponible en anglais ou espagnol sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12163&Itemid=42005&lang=en
7. Lozier M, Turcio-Ruiz R, Noonan G, Ordunez P. Chronic kidney disease of nontraditional etiology in Central America: a provisional epidemiologic case definition for surveillance and epidemiologic studies. Pan American Journal of Public Health. 2016 [consulté le 6 avril 2016] ; Volume 40 (5) : page 294. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31375/v40n5a02-294-300.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Organisation panaméricaine de la Santé. Agenda regional de investigación para el abordaje de la enfermedad renal crónica de causas no tradicionales en Centroamérica [document préliminaire pour une consultation nationale]. Washington, DC. Washington DC : OPS ; 2016.

C. PLAN D'ACTION POUR L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. L'accès universel à la sécurité transfusionnelle appelle au renforcement des stratégies clés telles que : l'autosuffisance en sang et ses composants à travers les dons de sang bénévoles non rémunérés, l'amélioration de la qualité des dons de sang (du bras du donneur au bras du receveur), l'optimisation de l'utilisation appropriée du sang, le renforcement des ressources humaines, l'adoption de nouveaux développements et la mise en place d'alliances stratégiques avec les différents secteurs concernés au sein de la Région.
2. En 2014, les pays de la Région ont réaffirmé leur engagement vis-à-vis de la santé universelle à travers la *Stratégie d'accès universel à la santé et la couverture maladie universelle* (document [CD53/5, Rev. 2](#)). Cet engagement se traduit également par les objectifs du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019. L'accès universel à la sécurité transfusionnelle et aux composants sanguins sûrs est un service essentiel pour la couverture sanitaire universelle qui aide à sauver des millions de vies et à améliorer la santé des personnes qui en ont besoin (1, 2).
3. Depuis 1975, l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont examiné plusieurs documents et ont adopté plusieurs résolutions relatives à la sécurité transfusionnelle ([WHA28.72](#) [1975], [EB79. R1](#) [1987], [WHA40.26](#) [1987], [WHA45.35](#) [1992], [1995] [WHA48.27](#), [WHA53.14](#) [2000], [2002] [WHA55.18](#), [WHA56.30](#) [2003], [WHA58.13](#) [2005], [2010] [WHA63.12](#), [WHA63.18](#) [2010] et [WHA63.20](#) [2010]) (3-14).
4. Dans le même état d'esprit, la Région des Amériques a adopté plusieurs résolutions relatives à la question : [CD41.R15](#) (1999), [CD46.R5](#) (2005), [CE142.R5](#), (2008) y [CD48.R7](#) (2008). En 2014, les pays de la Région ont adopté le *Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2014-2019* (document [CD53/6](#)) et la résolution correspondante ([CD53.R6](#)) dans laquelle les États Membres sont invités à mettre en œuvre le plan d'action. La résolution invite également la Directrice à surveiller et à évaluer la mise en œuvre de ce plan ainsi qu'à transmettre périodiquement aux Organes directeurs les progrès concernant le plan (15-22).
5. L'objectif du plan est de promouvoir l'accès universel à la sécurité transfusionnelle grâce aux dons bénévoles non rémunérés, l'utilisation appropriée du sang et le renforcement du rôle moteur des autorités sanitaires, en leur demandant d'exécuter des programmes de gestion de la qualité de la chaîne transfusionnelle (de la promotion du don au suivi du patient) et d'intégrer le système transfusionnel dans le système de santé national. En dernière instance, le plan en appelle aux autorités sanitaires pour qu'elles réorganisent les services de transfusion sanguine de manière efficace et durable (22).

6. Le Plan a également identifié quatre axes stratégiques d'intervention pour soutenir les réalisations et relever de nouveaux défis : *a)* intégration efficace et durable des programmes nationaux et des services de transfusion sanguine au système national de santé pour atteindre l'autosuffisance, la sécurité, l'efficacité, la disponibilité et l'accès universel au sang et aux composants sanguins, *b)* autosuffisance en sang et composants sanguins sûrs grâce à 100 % de dons bénévoles non rémunérés, *c)* gestion de la qualité dans le système national de transfusion sanguine et dépistage des agents infectieux transmissibles par transfusion, *d)* surveillance sanitaire, hémovigilance, gestion des risques, suivi et évaluation. Chaque axe stratégique dispose de ses objectifs respectifs et indicateurs de progrès qui seront analysés dans le présent document (22).

Progrès vers les objectifs du plan d'action^{1, 2, 3}

Axe stratégique	Objectif	Indicateur et cible	État d'avancement
1. Intégration efficace et durable des programmes nationaux et des services de transfusion sanguine au système national de santé pour atteindre l'autosuffisance, la sécurité, l'efficacité, la disponibilité et l'accès universel au sang et aux composants sanguins.	1.1	1.1.1 En 2019, 36 pays disposeront d'une entité fonctionnelle spécifique au sein du ministère de la Santé, responsable de la planification, du suivi et de l'évaluation du système national de transfusion sanguine. (Référence 27/41)	27 pays disposent d'une entité spécifique, 17 en Amérique latine et 10 dans les Caraïbes.
		1.1.2 En 2019, 21 pays seront dotés d'une commission intersectorielle de transfusion sanguine ou d'un organe consultatif en fonctionnement. (Référence 14/41)	16 pays disposent d'une Commission nationale, 8 en Amérique latine et 8 dans les Caraïbes.
		1.1.3 En 2019, 26 pays auront inclus l'autosuffisance, la disponibilité et l'accès universel au sang et aux composants sûrs dans leur politique de transfusion sanguine. (Référence 18/41)	23 pays disposent d'une politique nationale de transfusion sanguine, 14 en Amérique latine et 9 dans les Caraïbes.

¹ Il faut noter que le nombre de pays et territoires évalués et analysés dans le présent plan a augmenté car certains territoires, qui auparavant faisaient des rapports sur une base consolidée, sont actuellement ventilés par département français des Amériques (DFA) : Martinique, Guadeloupe et Guyane française, bien que ce dernier département ne soit pas comptabilisé car il n'y a pas de traitement du sang sur ce territoire.

² Les tableaux de calculs pour vérifier les indicateurs reposent sur la publication en cours : OPS/OMS 2017 *Suministros de sangre para transfusión en los países de América Latina y el Caribe 2014 y 2015*, avec les données des programmes nationaux de transfusion sanguine et des ministères de la Santé d'Amérique latine et des Caraïbes (23). Disponible en espagnol sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=38018&Itemid=270 (24).

³ La référence correspond à l'année 2012.

Axe stratégique	Objectif	Indicateur et cible	État d'avancement
	1.2	1.2.1 En 2019, 21 pays seront dotés d'un plan stratégique national de transfusion sanguine intégré et intersectoriel et qui intègre la formation des ressources humaines, le suivi et l'évaluation du plan et qui garantit les ressources pour sa mise en œuvre. (Référence 13/41)	15 pays disposent d'un plan stratégique national, 10 en Amérique latine et 5 dans les Caraïbes.
	1.3	1.3.1 En 2019, 17 pays seront dotés de plus d'un centre de traitement et auront amélioré la moyenne d'unités traitées (y compris le dépistage) par banque/année à plus de 5000 unités, en raison de la réorganisation du réseau de services de transfusion sanguine. (Référence 12/25)	18 pays ont traité plus de 5000 unités de sang par banque/année, 9 en Amérique latine et 9 dans les Caraïbes.
2. Autosuffisance en sang et composants sanguins sûrs grâce à 100 % de dons bénévoles non rémunérés.	2.1	2.1.1 En 2019, 12 pays auront identifié les besoins en sang au niveau national et territorial. (Référence 6/41)	14 pays ont identifié les besoins en sang, 6 en Amérique latine et 8 dans les Caraïbes.
	2.2	2.2.1 En 2019, 16 pays auront atteint 100 % de dons de sang bénévoles non rémunérés. (Référence 8/41)	10 pays comptent 100 % de dons de sang bénévoles non rémunérés, 2 en Amérique latine et 8 dans les Caraïbes.
3. Gestion de la qualité dans le système national de transfusion sanguine et dépistage des agents infectieux transmissibles par transfusion.	3.1	3.1.1 En 2019, 41 pays réaliseront un dépistage sur 100 % des unités de sang avant transfusion pour détecter le VIH, le VHB, le VHC, la syphilis et le <i>T. cruzi</i> . (Référence 39/41)	39 pays effectuent un dépistage sur 100 % des unités de sang, 18 en Amérique latine et 21 dans les Caraïbes.
		3.1.2 En 2019, 27 pays seront dotés d'un programme national d'évaluation externe des performances sérologiques. (Référence 22/41)	30 pays disposent d'un programme national d'évaluation externe des performances sérologiques, 13 en Amérique latine et 17 dans les Caraïbes.

Axe stratégique	Objectif	Indicateur et cible	État d'avancement
		<p>3.1.3 En 2019, 18 pays seront dotés d'un programme national d'évaluation externe des performances de l'immuno-hématologie. (Référence 12/41)</p>	<p>17 pays disposent d'un programme national d'évaluation externe des performances en immuno-hématologie, 7 en Amérique latine et 10 dans les Caraïbes.</p>
	3.2	<p>3.2.1 En 2019, 12 pays seront dotés de comités de transfusion fonctionnels dans au moins 75 % des hôpitaux qui réalisent des transfusions au quotidien. (Référence 7/41)</p>	<p>19 pays disposent de comités de transfusion, 10 en Amérique latine et 9 dans les Caraïbes.</p>
		<p>3.2.2 En 2019, 30 pays auront défini des lignes directrices nationales pour l'utilisation appropriée du sang et des composants sanguins. (Référence 20/41)</p>	<p>23 pays ont défini des lignes directrices pour l'utilisation appropriée du sang et des composants sanguins, 14 en Amérique latine et 9 dans les Caraïbes.</p>
		<p>3.2.3 En 2019, une réduction de cinq points de pourcentage du pourcentage d'unités de globules rouges rejetées par péremption dans la Région. (Référence 10,3 %)</p>	<p>Le pourcentage de rejet par péremption pour l'Amérique latine et les Caraïbes est de 2,99 %. <i>(*Voir au paragraphe 9 du présent rapport pour connaître l'explication de la notification de cet indicateur)</i></p>

Axe stratégique	Objectif	Indicateur et cible	État d'avancement
4. Surveillance sanitaire, hémovigilance, gestion des risques, suivi et évaluation.	4.1	4.1.1 En 2019, 30 pays seront dotés d'un modèle national d'inspection, de surveillance et de contrôle au sein des services de transfusion sanguine. (Référence 20/41)	25 pays effectuent des inspections des services de transfusion sanguine, 15 en Amérique latine et 10 dans les Caraïbes.
	4.2	4.2.1 En 2019, 7 pays seront dotés d'un système national d'hémovigilance. (Référence 2/41)	9 pays disposent d'un système national d'hémovigilance, 5 en Amérique latine et 4 dans les Caraïbes.
	4.3	4.3.1 En 2019, 41 pays notifieront annuellement les indicateurs du plan national en réponse à la mise en œuvre du Plan régional 2014-2019. (Référence 0/41)	36 pays ont communiqué des données pour les indicateurs de suivi du plan, 18 en Amérique latine et 18 dans les Caraïbes.
	4.4	4.4.1 En 2019, 7 pays auront défini des plans de gestion des risques sur base des informations générées par l'hémovigilance. (Référence 0/41)	5 pays ont déclaré disposer de plans de gestion des risques sur la base des informations générées par l'hémovigilance, 1 en Amérique latine et 4 dans les Caraïbes.

Progrès et défis

7. Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont réalisé des efforts considérables pour atteindre l'autosuffisance, la sécurité et l'efficacité. Compte tenu des objectifs (avec cible et référence pour chaque indicateur), tous les indicateurs présentent des avancées sauf les indicateurs 1.1.1 et 3.1.1 pour lesquels aucun progrès n'a été mesuré. La plupart des pays se sont dotés d'entités fonctionnelles spécifiques qui coordonnent la réponse aux besoins en sang et composants sanguins sûrs. Toutefois, le besoin de disposer de politiques et plans nationaux transfusionnels mis à jour, avec une approche intégrée et intersectorielle, ainsi que de commissions nationales intersectorielles fonctionnelles qui facilitent leur mise en œuvre est toujours d'actualité. L'avancée dans la réorganisation des services transfusionnels en réseau, essentielle pour garantir la disponibilité et l'accès au sang là où il est nécessaire est lente. Pour certains pays des Caraïbes, compte tenu de leurs caractéristiques géo-démographiques, cette réorganisation en réseau des services transfusionnels ne serait pas applicable (voir les tableaux 1 à 5 dans le document en référence 24).

8. Un plus grand nombre de pays connaît ses besoins transfusionnels au niveau national. La disponibilité et l'accès au sang et à ses composants sont désormais facilités. Toutefois, le défi des dons bénévoles non rémunérés en tant que premier pilier de la sécurité transfusionnelle est toujours en vigueur. À cet égard, les progrès des pays pour atteindre l'objectif de 100 % de ce type de don sont trop lents. Toutefois, il faut saluer les efforts de certains pays qui, s'ils n'ont pas réussi à atteindre le chiffre de 100 %, ont au moins considérablement augmenté le nombre de donateurs bénévoles non rémunérés (voir les tableaux 6 et 7 du document en référence 24).

9. En relation à la gestion de la qualité, le dépistage des marqueurs pour le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis a atteint 100 %, mais il n'en a pas été de même pour le *T. cruzi*. Dans 21 pays des Caraïbes, la moyenne du dépistage est de 99,99 %. La mise en œuvre des programmes nationaux d'évaluation externe des performances sérologiques a progressé. Toutefois, les pays font encore face à des défis concernant l'établissement du programme d'immuno-hématologie. Des progrès ont été faits concernant la disponibilité de guides nationaux traitant de l'utilisation rationnelle du sang et de ses composants en milieu clinique et de comités de transfusion entre les hôpitaux. En matière de rejet des globules rouges par péremption, en date de préparation du plan, cette donnée ventilée sur la base de la date de péremption et autres causes n'était pas disponible. Par conséquent, l'indicateur sur le rejet des globules rouges comprend les deux. Actuellement, la majorité des pays de la Région est en mesure de notifier exclusivement sur la base de la date de péremption. La diminution considérable du pourcentage de rejet s'explique, d'une part, par ce facteur et, d'autre part, par l'avancée dans la réorganisation des services et une meilleure connaissance des besoins en sang, tel qu'expliqué aux paragraphes 7 et 8 respectivement (voir les tableaux 8 à 12 du document en référence 24).

10. La surveillance sanitaire, l'hémovigilance et la gestion des risques constituent toujours des défis importants. La faiblesse des systèmes ou des mécanismes de gestion de l'information rendent difficiles l'accès, la recherche et l'analyse des données qui permettent d'évaluer l'autonomie, la disponibilité, l'accessibilité, ainsi que les risques liés à la chaîne transfusionnelle (voir les tableaux 13 à 16 dans le document en référence 24).

Mesures nécessaires pour améliorer la situation

- a) S'assurer de l'affectation de ressources selon les objectifs et les plans nationaux pour la sécurité transfusionnelle.
- b) Réorganiser les réseaux de services transfusionnels intégrés dans le système de santé national, promouvoir les dons bénévoles non rémunérés et réguliers, renforcer les ressources humaines, la gestion de la qualité, l'utilisation appropriée du sang et de ses composants, la surveillance de la santé et l'hémovigilance ainsi que la gestion des risques qui comprend tous les processus qui intègrent le donneur et le patient (sur toute la chaîne transfusionnelle).

- c) Renforcer les systèmes de gestion de l'information qui permettent de visualiser et d'évaluer si l'approvisionnement en sang est suffisant, opportun, accessible, sûr, ainsi que sa relation avec la morbidité et la mortalité nationale.
- d) Continuer le soutien aux États Membres par le Bureau sanitaire panaméricain pour renforcer la sécurité transfusionnelle par le biais de l'autonomie, la disponibilité, l'opportunité et l'accès sur la base de dons bénévoles non rémunérés réguliers.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

11. La Conférence est invitée à prendre note du présent rapport et à effectuer les recommandations qu'elle jugerait appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev 2) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Orientations stratégiques et programmatiques pour le Bureau sanitaire panaméricain pour la période 1999-2002 [Internet]. 25^e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 50^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 21 au 25 septembre 1998, Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 1998 (document CSP25/8) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : http://www1.paho.org/french/gov/csp/csp25_8.pdf
3. Organisation mondiale de la Santé. Utilisation et obtention du sang humain et de ses dérivés. 28^e Assemblée mondiale de la Santé, du 13 au 30 mai 1975 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 1975 (résolution WHA28.72) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : apps.who.int/iris/bitstream/10665/95744/1/WHA28.72_fre.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé. Blood and blood products [Internet]. 79^e session du Comité exécutif de l'OMS ; du 12 au 23 janvier 1987 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 1987 (résolution EB79.R1) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/bloodsafety/en/EB79.R1.pdf>

5. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA [Internet]. 40^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 4 au 15 mai 1987 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 1987 (résolution WHA40.26) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/195193/1/WHA40_R26_fre.pdf
6. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale de lutte contre le sida [Internet]. 45^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 4 au 14 mai 1992 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 1992 (résolution WHA45.35) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/199154/1/WHA45_R35_fre.pdf
7. Organisation mondiale de la Santé. Sommet de Paris sur le sida [Internet]. 48^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 1 au 12 mai 1995 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 1995 (résolution WHA48.27) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/201085/1/WHA48_R27_fre.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé. VIH/SIDA : faire face à l'épidémie [Internet]. 53^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 15 au 20 mai 2000 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2000 (résolution WHA53.14) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/f14.pdf
9. Organisation mondiale de la Santé. Qualité des soins : sécurité des patients [Internet]. 55^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 13 au 18 mai 2002 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2002 (résolution WHA55.18) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/fwha5518.pdf
10. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA [Internet]. 56^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 19 au 28 mai 2003 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2003 (résolution WHA56.30) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa56r30.pdf
11. Organisation mondiale de la Santé. Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang [Internet]. 58^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 16 au 25 mai 2005 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2005 (résolution WHA58.13) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21250/1/WHA58_13-fr.pdf
12. Organisation mondiale de la Santé. Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins [Internet]. 63^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 17 au 21 mai 2010 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2010 (résolution WHA63.12) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19998fr/s19998fr.pdf>

13. Organisation mondiale de la Santé. Hépatite virale [Internet]. 63^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 17 au 21 mai 2010 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2010 (résolution WHA63.18) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-fr-reso.pdf (page 37)
14. Organisation mondiale de la Santé. Maladie de Chagas : lutte et élimination [Internet]. 63^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 17 au 21 mai 2010 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2010 (résolution WHA63.20) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/3185/1/A63_R20-fr.pdf
15. Pan American Health Organization. Strengthening blood banks in the Region of the Americas [Internet]. 41^e Conseil directeur de l'OPS, 51^e session du Comité régional de l'OMS ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 1999 ; San Juan, Porto Rico. Washington, DC : OMS ; 1999 (résolution CD41.R15) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1409/CD41.R15en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport d'activité sur l'Initiative mondiale pour la sécurité du sang et le plan d'action pour 2005-2010 [Internet]. 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2005, Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2005 (résolution CD46.R5) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD46.r5-f.pdf>
17. Pan American Health Organization. Blood transfusion safety: progress report [Internet]. 142^e session du Comité exécutif de l'OPS ; du 23 au 27 juin 2008 ; Washington, DC. Washington, DC : OMS ; 2008 (résolution CE142.R5) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible en anglais sur : <http://www1.paho.org/english/gov/ce/ce142.r5-e.pdf>
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008, Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2008 (document CD48/11) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd48-11-f.pdf?ua=1>
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS 2010 (document CD50/16) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-16-f.pdf>

20. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle [Internet]. 148^e session du Comité exécutif de l'OPS ; du 20 au 24 juin 2011 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2011 (document CE148/16, Rev. 1) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13446&Itemid=270
21. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique régional de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour le VIH/SIDA/IST, 2006-2015 [Internet]. 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2005 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2005 (document CD46/20, Add. I) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
<http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd46-20a-f.pdf>
22. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; (document CD53/6) [consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26749&Itemid=270&lang=fr
23. Organisation panaméricaine de la Santé. Suministro de sangre para transfusiones en los países de América Latina y del Caribe 2014 y 2015. Washington, DC : OPS 2017 ; (publication en instance de mise en page) [consulté le 12 avril 2017].
24. Organisation panaméricaine de la Santé. Tablas de cálculos para la verificación de los indicadores [consulté le 12 avril 2017]. Disponible en espagnol sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=38018&Itemid=270

D. LA LUTTE CONTRE LES CAUSES DES DISPARITÉS EN MATIÈRE D'ACCÈS ET DE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ PAR LES PERSONNES LESBIENNES, GAY, BISEXUELLES ET TRANS (LGBT) : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. L'adoption de la résolution CD52.R6 sur la *Lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT)* par les États Membres de l'OPS lors du 52^e Conseil directeur en 2013 (1) est une étape importante sur le chemin de la santé universelle. Elle reconnaît en effet que les populations marginalisées, parmi lesquelles les personnes LGBT, font depuis toujours face à une stigmatisation et à une discrimination, ainsi qu'à d'autres réalités qui s'opposent fortement à leur santé. Ainsi, la résolution CD52.R6 prie instamment les États Membres de l'OPS *a)* de promouvoir des services de santé pleinement respectueux de la dignité humaine et des droits en matière de santé, et tenant donc compte de la diversité sexuelle et de la diversité de genre, *b)* d'adopter des politiques, des plans et des lois qui portent attention à la stigmatisation et à la discrimination vécues par les personnes LGBT et autorisent une plus grande disponibilité et accessibilité des services sanitaires pour ces populations et *c)* colliger des données sur la santé des personnes LGBT et sur leur accès aux services de santé.
2. De plus, la résolution CD52.R6 demande à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) d'élaborer et de présenter aux États Membres un rapport (le rapport de la Directrice) concernant la situation de santé des personnes LGBT, leur accès aux soins, les obstacles auxquels elles peuvent se heurter en matière d'accès aux soins ainsi que les incidences d'un accès réduit pour ce groupe démographique.
3. Ce document résume les progrès accomplis en date dans la mise en œuvre de la résolution CD52.R6, décrit les lacunes actuelles concernant l'accès des personnes LGBT aux soins de santé et offre des recommandations préliminaires pour renforcer cette mise en œuvre. L'information présentée dans ce document est fondée sur les premiers résultats de deux enquêtes/questionnaires en ligne préparés par le Bureau : l'un adressé au personnel des ministères de la Santé des États Membres de l'OPS, l'autre adressé à des organisations non gouvernementales (ONG).¹ Elle est par ailleurs complétée par une revue détaillée de la littérature sur le sujet, mentionnée ici. Les résultats de ces sources ont servi à l'élaboration du rapport de la Directrice, actuellement en cours de rédaction, qui sera finalisé en consultation avec les États Membres et les parties prenantes

¹ Un total de 33 pays et territoires a répondu au questionnaire du ministère de la Santé (Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Haïti, Honduras, Îles Vierges britanniques, Îles Turques et Caïques, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela,), tandis que 28 ONG réparties sur 18 pays ont répondu au second questionnaire.

pertinentes, tel que le requiert la résolution CD52.R6. L'ébauche du rapport de la Directrice applique le cadre conceptuel établi par la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (2), qui sert de guide pour renforcer la réponse du système de santé aux besoins sanitaires des populations LGBT. Le rapport de la Directrice sera terminé et présenté aux États Membres en 2018.²

Mise à jour sur les progrès réalisés par les États Membres

4. Les États Membres progressent en termes de prestations de services sanitaires répondant aux besoins de santé des personnes LGBT. Deux tiers des pays ayant répondu à l'enquête du Bureau ont indiqué qu'ils offrent, dans leur système de santé publique, des services adaptés aux personnes LGBT. De plus, les ONG LGBT offrent un large éventail de services. Les préoccupations et inégalités sanitaires dont fait état la littérature peuvent être extrapolées aux populations LGBT des Amériques.³ Même si les États Membres reconnaissent un ensemble de problèmes sanitaires touchant les populations LGBT, les besoins et les iniquités en matière de santé concernant les personnes LGBT sont principalement envisagés sous la perspective de l'infection à VIH et des IST. Dû à ce préjugé, les besoins des personnes trans et des femmes lesbiennes et bisexuelles sont occultés. Cet état de fait, qui transparait dans la prestation, la structure et le financement des services sanitaires, a des répercussions sur la santé globale des personnes LGBT.

5. Les résultats préliminaires de l'ébauche du rapport de la Directrice mettent en évidence que, malgré les efforts des États Membres, la prestation dans la région de services sanitaires adaptés aux besoins des personnes LGBT est hétérogène. Ces services sont le plus souvent offerts avec une approche identique d'une personne à l'autre et centralisés dans les grands établissements urbains. Dans le cas de l'infection à VIH par exemple, même si les services sont répandus et présentés comme étant adaptés aux personnes LGBT, ils peuvent : *a*) ne pas offrir de mesures préventives adaptées, *b*) manquer de ressources pour répondre aux besoins sanitaires des personnes LGBT, *c*) être offerts dans des cadres où les personnes LGBT font encore l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination et *d*) nécessiter un paiement direct au point de service. Il est ainsi évident qu'améliorer les services concernant l'infection à VIH chez les personnes LGBT reste crucial.

² Titre à paraître : *Addressing the Causes of Disparities in Health Service Access and Utilization: Assessing the Health Situation and Access to Care for LGBT People in the Americas*.

³ Les problèmes de santé le plus souvent évoqués en termes d'inégalités et de lacunes des services sanitaires comportaient : offre limitée d'hormonothérapie; procédures chirurgicales dans le cadre d'une transition; complications de santé liées à une utilisation d'hormones sans supervision et modifications corporelles (p. ex., utilisation d'huile industrielle ou de silicone liquide) pour les populations trans; accès aux services pour aborder la santé anale, la santé mentale et certains types de cancer constatés chez les hommes homosexuels; accès à la prophylaxie avant et après exposition et à la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) pour les hommes gay et bisexuels; accès aux services gynécologiques et aux services de santé génésique, ainsi qu'à la prise en charge de certains types de cancer et de la violence sexuelle pour les femmes lesbiennes.

6. En ce qui concerne les politiques et les lois qui concernent les personnes LGBT, la moitié des 33 ministères de la Santé qui ont répondu au questionnaire du Bureau ont indiqué avoir mis en place des politiques anti-discrimination et des lois adaptées pour répondre aux besoins particuliers des personnes LGBT. De plus, 48,5 % des ministères de la Santé ayant répondu ont confirmé être dotés d'un cadre légal et/ou d'un ensemble de lois qui promeuvent les droits des personnes LGBT. Presque la moitié des pays et territoires répondants a adopté des lois ayant pour objectif d'éliminer la violence et la discrimination orientées vers les personnes LGBT, tandis que 33 % ont déjà des lois (ou en préparent) imposant la création de services sanitaires adaptés aux personnes LGBT. Parmi les exemples de lois promouvant les droits des personnes LGBT cités par les ministères répondants se trouvent des sujets comme l'anti-discrimination, l'adoption étendue aux personnes LGBT, le mariage et les unions civiles, l'identité de genre, la santé universelle et la violence liée au genre. Par ailleurs, plus de la moitié des ministères de la Santé répondants ont indiqué avoir élaboré des politiques et des lois qui abordent la santé des personnes LGBT.

7. La législation concernant la santé à laquelle les ministères répondants ont fait référence inclut des lois reconnaissant les groupes LGBT comme une population qui vit dans des conditions de vulnérabilité et dont les besoins sanitaires sont uniques. Cependant, certains pays et territoires ont encore des lois qui considèrent que les personnes LGBT sont en infraction. Il s'agit d'une situation cruciale car, selon la littérature examinée, les lois de ce type peuvent créer un environnement qui tolère, voire permet, la violence contre les personnes LGBT et, de ce fait, encourage les abus envers ces populations. Même si des politiques et des lois existent, leur application et leur mise en vigueur varient considérablement d'un pays et d'un territoire à l'autre, et même à l'intérieur d'un pays ou d'un territoire.

8. Les pays et territoires qui ont répondu au questionnaire sont dotés d'une large gamme de mécanismes de reddition de comptes qui articulent différentes structures gouvernementales, parmi lesquelles le ministère de la Santé et le Bureau de l'Ombudsman, ainsi que des ONG LGBT et des organisations de la société civile (OSC). Moins de 20 % des ministères de la Santé répondants ont évoqué la création d'entités ou de conseils dédiés ciblant exclusivement les problèmes en lien avec la diversité sexuelle et la diversité de genre. Ce type d'initiatives est vraisemblablement davantage constaté dans les pays et les territoires où les actions légales et les politiques affirmant les droits des personnes LGBT sont plus énergiques (3).

9. Plus de 50 % des pays qui ont répondu au questionnaire ont indiqué être dotés de politiques, normes ou directives concernant la prestation de services sanitaires aux personnes LGBT. Cela posé, la plupart des politiques et des normes de santé existantes ciblent la prévention et le traitement de l'infection à VIH sans aborder d'autres besoins sanitaires. Néanmoins, un certain nombre de ministères répondants (24,2 %) ont indiqué être dotés de politiques et de directives concernant la diversité sexuelle et la diversité de genre, ou les normes de soins pour les populations LGBT. Parmi les exemples de ces normes se trouvent la promotion de services sanitaires dédiés (particulièrement pour les

personnes trans, par exemple la fourniture d'hormonothérapie) et les consultations sans préjugés vis-à-vis des personnes LGBT, la non-discrimination selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans un contexte de soins de santé, et les meilleures pratiques pour les soins de santé des personnes LGBT. De plus, environ 70 % des ministères répondants ont indiqué l'existence d'activités de formation ciblées sur les personnes LGBT et abordant l'infection au VIH et les IST, les droits de l'homme, les besoins sanitaires, la stigmatisation et la discrimination.

10. Les résultats préliminaires de l'ébauche du rapport de la Directrice indiquent également que la stigmatisation et la discrimination constituent toujours des obstacles majeurs à l'accès des personnes LGBT aux services sanitaires. La majorité des ministères et des ONG répondants (respectivement 75 % et 96,4 %) ont explicitement mentionné la stigmatisation et la discrimination comme des réalités qui constituent, pour les personnes LGBT, un obstacle à la santé. Ils notent que, pour tenter de se protéger contre la stigmatisation, les personnes peuvent éviter ou retarder les soins, ou encore cacher à leurs prestataires de soins leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre. En fait, du côté des prestataires de santé, l'obstacle principal déterminé par 92,9 % des ONG répondantes est le manque d'expertise face aux problèmes de santé des personnes LGBT. Celles-ci, ne recevant aucun soutien de la part des autorités de santé nationales sur le plan de la diffusion des informations, finissent souvent par s'en remettre à des ONG, à des OSC, ou encore à d'autres réseaux pour obtenir des informations, améliorer leurs connaissances en matière de santé, et trouver des services sanitaires adaptés à leurs besoins. Le fait de considérer les identités LGBT, particulièrement les identités trans, comme des pathologies pénalise les personnes LGBT en termes d'autonomie et peut faire le lit de la stigmatisation dans les établissements de soins de santé. Cette perspective des identités LGBT considérées comme des pathologies constitue également un facteur clé de la prévalence de la thérapie de conversion.

11. De plus, le fait que les personnes LGBT ne soient pas bien représentées à des niveaux d'autorité ou dans le contexte national des soins de santé renforce leur mise à l'index du système de santé en les rendant invisibles et en les empêchant de prendre des décisions qui seraient bénéfiques à leur santé et à leur communauté. Des études faites dans la Région ont montré que les personnes LGBT indiquent avoir vécu de la violence et de l'intimidation de la part des prestataires de soins de santé même (4). Pour aborder la stigmatisation et la discrimination, 78,8 % des répondants au questionnaire ont affirmé appliquer dans leurs établissements de soins de santé nationaux un certain nombre de stratégies d'inclusion des LGBT. Parmi celles-ci, les plus utilisées sont la création de processus accessibles pour porter plainte et l'affichage visible de déclarations de non-discrimination. De plus, la plupart des ONG, des OSC et des réseaux LGBT offrent du conseil juridique à la communauté LGBT en cas de discrimination. Les services juridiques prennent la forme de soutien par les pairs, de conseils délivrés par des avocats bénévoles, d'association avec des organisations de droits de l'homme et de liens avec les bureaux de l'ombudsman nationaux.

12. Les autres obstacles identifiés par les résultats préliminaires sont les limites de prise en charge par l'assurance maladie, la discrimination sur le marché du travail ou dans les établissements éducatifs et la rareté des ressources pour la prestation des services sanitaires pertinents. La revue de littérature a également permis de noter une réduction de la prise en charge par l'assurance maladie (5). En fait, à cause des difficultés sur le marché du travail, une estimation (6) fait ressortir qu'environ 90 % des femmes trans vivant dans les Amériques se livrent à la prostitution et, si l'on considère les pays pris un par un, cette estimation pourrait même être supérieure dans certains d'entre eux. Par ailleurs, des études ont également indiqué que les personnes LGBT sont plus susceptibles de retarder les soins, voire de ne pas les recevoir, cette restriction étant due à leur coût (7-10).

13. Plus de la moitié des ministères de la Santé répondants ont indiqué que leur pays collige et ventilent des données de santé pour les groupes de personnes LGBT. Même si de telles données peuvent être recueillies en incluant des questions sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre aux outils de collecte des données sanitaires, aux systèmes d'information de santé, aux dossiers hospitaliers et aux recensements nationaux, c'est une situation qui est loin d'être répandue dans les Amériques. Même quand elles sont posées, de telles questions ne sont pas toujours incluses dans tous les outils, ou sont rédigées d'une manière qui limite l'inclusion de toutes les identités L-G-B-T (c.-à-d. en utilisant « sexe » au lieu de « genre », et en suivant un modèle binaire homme/femme), ce qui complique encore un peu plus la collecte de données sur la santé des personnes LGBT.

14. En plus de son travail sur l'ébauche du rapport de la Directrice, le Bureau poursuit son travail de promotion d'un accès accru des populations LGBT à des services sanitaires intégrés et de qualité. Cet effort comporte des formations en droits de l'homme et en droits des personnes LGBT, à la demande d'États Membres individuels, des réunions régionales ayant pour thèmes la diversité de genre et la santé universelle, des plaidoyers pour l'inclusion des personnes LGBT aux documents et politiques et la mise en œuvre d'autres résolutions connexes (résolution CD50.R8, La santé et les droits de l'homme, approuvée en 2010 (11), la résolution CD54.R9, Stratégie en matière de législation sur la santé, approuvée en 2015 (12) et la résolution CD53.R14, Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, approuvée en 2014, pour n'en citer que quelques-unes).

Mesures à prendre pour améliorer la situation

15. À la lumière des progrès accomplis jusqu'ici et des défis qui restent à relever, les États Membres de l'OPS pourraient considérer les recommandations suivantes :

- a) Renforcer et/ou établir des services de santé intégrés et ouverts aux personnes LGBT et qui, fondés sur des données probantes, abordent les besoins sanitaires propres aux personnes LGBT en tenant compte de l'identité de genre et de la diversité d'expression. Chaque population L-G-B-T nécessite des services de santé spécifiques pour répondre aux besoins sanitaires uniques de chaque

- personne, et des normes ou des directives de soins propres sont donc nécessaires pour chaque identité L-G-B-T. Pour améliorer l'accès aux soins de santé, il est important d'éviter la centralisation des services à l'écoute des personnes LGBT, d'augmenter la capacité de réponse au premier niveau de soins et de promouvoir des services à l'écoute des personnes LGBT dans le secteur public comme dans le secteur privé. Il est également crucial de garantir que des informations sur les ressources de santé concernant les personnes LGBT soient offertes au niveau de la communauté et des services sanitaires, et d'élaborer des stratégies qui permettent aux prestataires de santé d'orienter les personnes LGBT vers des services spécifiquement à l'écoute de leurs particularités.
- b) Améliorer la formation des prestataires de soins de santé de manière à ce qu'ils soient capables d'aborder les besoins sanitaires des personnes LGBT selon des approches fondées sur le genre, sur la diversité et sur les droits, ce qui contribuera à mettre fin à toute forme de discrimination. Collaborer avec les autorités nationales chargées de l'éducation pour apporter des changements aux programmes d'études universitaires liés à la santé et y inclure du contenu concernant les personnes LGBT, sous la forme soit de modules à l'intérieur de cours existants, soit de cours dédiés indépendants.
 - c) Envisager les besoins sanitaires propres aux personnes LGBT dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre d'initiatives renforçant les politiques de santé et le système de santé dans le cadre de l'effort pour faire progresser la santé universelle. Renforcer les mécanismes de reddition de comptes nationale en faisant participer activement des agences gouvernementales ou d'autres entités pour surveiller que leur conformité est effective.
 - d) Accroître les efforts pour garantir que les personnes LGBT peuvent jouir d'un accès et d'un recours aux services de santé sans discrimination, en incluant dans les lois anti-discrimination nationales des États Membres des dispositions interdisant explicitement toute discrimination sur la base de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. Former et sensibiliser les législateurs et les décideurs aux problèmes liés à la diversité sexuelle et à la diversité de genre, en soulignant les répercussions de la stigmatisation et de la discrimination sur la santé des personnes LGBT.
 - e) Renforcer les systèmes d'information et les mécanismes de surveillance de la santé, pour générer des rapports périodiques comportant les états de santé des personnes LGBT et les obstacles leur bloquant l'accès aux services de santé. Inclure des items concernant l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans les enquêtes sanitaires existantes qui visent à dresser un tableau de la santé au plan national, de manière à colliger des données pouvant être ventilées selon ces deux paramètres. Ces informations sont en effet essentielles pour adapter les services, les politiques et les lois concernant la santé et ainsi répondre aux besoins des populations LGBT. Elles sont aussi nécessaires pour contrôler les obstacles à la santé que rencontrent ces personnes et analyser leurs besoins sanitaires.

- f) Renforcer les mécanismes intersectoriels nationaux et les liens avec la communauté pour améliorer la santé et le bien-être des personnes LGBT. Cette action inclut une coopération et une coordination entre le ministère de la Santé et ceux de l'éducation, du travail, de la justice, de la protection sociale et du logement, mais aussi avec les agences faisant respecter la loi, les corps législatifs et les ONG, OSC et réseaux LGBT.
- g) S'appuyer sur la résolution CD54.R9, Stratégie en matière de législation sur la santé, et la résolution CD53.R14, Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et les autres résolutions de l'OPS, pour encourager l'établissement de cadres légaux, politiques et réglementaires qui promeuvent la possession du meilleur état de santé possible en tant que droit fondamental de tout être humain, tel qu'énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, sans distinction de sexe, genre, identité de genre ou expression de genre.

Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

16. La Conférence est priée de prendre note du présent rapport concernant les progrès réalisés et de formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington DC, États-Unis. Washington DC : OPS; 2013 (résolution CD52.R6) [consultée le 24 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23328&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington DC, États-Unis. Washington DC : OPS; 2014 (résolution CD53.R14) [consultée le 24 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27599&Itemid=270&lang=fr
3. Gonzales G, Blewett LA. National and state-specific health insurance disparities for adults in same-sex relationships. *Am J Public Health.* 2014;104(2):e95-104. doi: 10.2105/AJPH.2013.301577

4. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJH, Moreira Belém JM, dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16(1):1-10. doi: 0.1186/s12914-015-0072-9
5. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1111-8. doi: 10.2105/AJPH.2005.062661
6. Red LACTRANS. Report on the economic, social, and cultural rights of the transgender population of Latin America and the Caribbean. 2014 [consulté le 3 décembre 2016]. Disponible en anglais sur: <http://tinyurl.com/gkt332u>
7. Organisation des États Américains (OEA), Inter American Commission on Human Rights. Violence against LGBTI persons; 2015 [consulté le 2 décembre 2016]. Disponible en anglais sur : <http://tinyurl.com/jmo3bae>
8. Gates G. In U.S., LGBT more likely than non-LGBT to be uninsured [Internet]. 2014 [consulté le 28 novembre 2016]. Disponible en anglais sur : <http://tinyurl.com/k3rox5r>
9. Gonzales G, Ortiz K. Health insurance disparities among racial/ethnic minorities in same-sex relationships: An intersectional approach. *Am J Public Health*. 2015;105(6):1106-13. doi: 10.2105/AJPH.2014.302459 [consulté le 28 novembre 2016].
10. Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. Barriers to health care among adults identifying as sexual minorities: A US national study. *Am J Public Health*. 2016;106(6):1116-22. doi: 10.2105/AJPH.2016.303049
11. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet], 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010; Washington DC, États-Unis. Washington DC : OPS; 2010 (résolution CD50.R8) [consultée le 24 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8957&Itemid=270
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie en matière de législation sur la santé [Internet], 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2015; Washington DC, États-Unis. Washington DC : OPS; 2015 (résolution CD54.R9) [consultée le 24 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31906&Itemid=270&lang=fr

E. LA SANTÉ ET LES DROITS DE L'HOMME : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. Le présent rapport résume les progrès accomplis dans l'application du document conceptuel *La santé et les droits de l'homme*, adopté par les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) lors du 50^e Conseil directeur (document CD50/12 et résolution CD50.R8 [2010]) (1, 2).

2. Ce rapport est basé sur une analyse de la coopération technique effectuée par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) dans divers domaines, conformément aux engagements pris par la résolution CD50.R8, et diverses sources ont été utilisées pour son élaboration, au nombre desquelles il convient de mentionner les résolutions et stratégies de l'OPS, les instruments internationaux des droits de l'homme et le progrès du travail réalisé par divers projets suivant une approche fondée sur les droits de l'homme, en tenant compte du fait que les États Membres ont le droit souverain de signer et de ratifier les instruments internationaux des droits de l'homme qu'ils jugent pertinents.

Mise à jour sur les progrès réalisés

3. La résolution CD50.R8 *La santé et les droits de l'homme* établit six domaines spécifiques de collaboration technique¹ pour lesquels les États Membres de l'OPS s'engagent à utiliser, dans leurs cadres nationaux respectifs, les instruments internationaux des droits de l'homme qui leur sont applicables, conformément aux obligations particulières de chaque État Membre. La résolution CD50.R8 a permis l'obtention des résultats suivants :

a) La transversalisation des droits de l'homme dans les documents des Organes directeurs de l'OPS dans le cadre d'une collaboration avec les unités techniques sur les thèmes liés à l'accès à la santé universelle, le parcours de vie sain, la mortalité maternelle, les déterminants sociaux, les maladies non transmissibles et les facteurs de risque connexes, ainsi que la santé des groupes en situation de vulnérabilité.

¹ Les six domaines de coopération technique sont les suivants : 1) renforcement de la capacité technique de l'autorité sanitaire pour évaluer et surveiller la mise en œuvre des instruments internationaux des droits de l'homme ayant trait à la santé qui sont applicables, 2) appui à la formulation de politiques et de plans de santé conformément aux instruments internationaux des droits de l'homme ayant trait à la santé qui sont applicables, 3) appui à la coopération technique de l'OPS dans la formulation, la révision et la reformulation des plans nationaux et de la législation en matière de santé 4) promotion et renforcement des programmes de formation des agents de santé concernant les instruments internationaux des droits de l'homme qui sont applicables, 5) formulation et adoption possible de mesures à caractère législatif, administratif, éducatif et d'autre nature sur la protection du droit à la jouissance du niveau de santé le plus élevé possible et d'autres droits de l'homme apparentés et 6) diffusion de l'information afin de traiter de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion des groupes en situation de vulnérabilité.

- b) L'adoption en 2013, par le Conseil directeur, du document de réflexion *Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans* (3, 4), lequel a marqué une étape importante du travail réalisé avec des instruments relatifs aux droits de l'homme, et constitue un complément de la résolution CD50.R8.
- c) L'utilisation des instruments internationaux des droits de l'homme, tel qu'approprié dans le contexte de chaque pays, a contribué à l'entrée en vigueur de lois qui incorporent des normes et standards internationaux concernant les droits de l'homme et ont des implications en matière de droit à la santé et autres droits de l'homme connexes dans des domaines tels que les droits du patient (Chili), la prévention de la violence contre la femme (Nicaragua) et la prévention de toute forme de discrimination fondée sur l'identité de genre ou l'orientation sexuelle (El Salvador).
- d) La formation en matière de droits de l'homme a été complétée par la tenue d'ateliers nationaux et infrarégionaux, en collaboration avec les États Membres correspondants, pour stimuler la mise en œuvre de la résolution CD54.R9 (2015) *Stratégie en matière de législation sur la santé* (5). La stratégie en question établit quatre axes d'intervention fondamentaux pour faciliter et promouvoir la formulation, la mise en œuvre ou la révision de cadres juridiques et réglementaires basés sur la promotion, le respect et la protection des droits de l'homme.²
- e) Le BSP a établi la *Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans la Région des Amériques*, dirigée par l'Institut d'équité en santé (IHE selon son sigle anglais) (6, 7). Le but de cette commission est d'approfondir, par le biais d'une approche multidisciplinaire, la compréhension des principaux facteurs qui contribuent aux inégalités en matière de santé. Afin de s'acquitter de son engagement et dans le cadre des droits de l'homme, la Commission analysera des variables liées notamment à l'identité et à l'égalité de genre, l'orientation sexuelle, l'ethnicité et la race.
- f) Le BSP a collaboré sur le plan technique avec les États Membres de l'Organisation des États Américains (OEA). Entre 2011 et 2015, il a fourni une aide technique à l'OEA pour la formulation de dispositions juridiques liées à la santé et au développement des personnes âgées. Cet effort a débouché sur l'adoption par l'OEA de la *Convention interaméricaine sur la protection des droits humains des personnes âgées* (8), qui est entrée en vigueur le 11 janvier 2017. Cette convention est en fait le premier traité international en la matière.

² Conformément à la résolution CD54.R9, les quatre axes d'intervention qui guident la coopération technique du BSP sont les suivants : 1) actions en faveur des déterminants de la santé, 2) actions en faveur de la promotion, la diffusion et l'échange d'information stratégique en matière de législation sur la santé, 3) actions en faveur de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle et 4) actions visant à une coordination renforcée entre l'autorité sanitaire et le pouvoir législatif et d'autres secteurs.

- g) Conformément aux données recueillies par l'organisation *Special Olympics*³ entre 2014 et 2015 (9), il a été déterminé que 48,2 % des personnes souffrant de déficits intellectuels étaient atteintes de certains troubles liés à la peau ou aux ongles, 69 % des adultes souffraient de surpoids ou d'obésité, 51 % présentaient des signes de gingivite et 27 % ne passaient pas les tests auditifs. Pour faire face à ce phénomène, le BSP a appuyé le renforcement des capacités techniques des autorités sanitaires qui en ont fait la demande afin de fournir un appui à la révision ou la formulation de politiques, plans et lois relatifs aux personnes handicapées, conformément à la *Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées* et la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (10, 11).

Mesures à prendre pour améliorer la situation

4. Dès lors que de nombreux États Membres de la Région des Amériques ont fait des progrès en matière d'incorporation de certains des instruments internationaux des droits de l'homme dans leurs politiques et législation sur la santé, les États Membres sont invités, avec l'appui du BSP et dans la mesure où ils choisissent de le faire, à poursuivre les travaux réalisés et à redoubler d'efforts, à leur tour, pour :
- a) Resserrer la collaboration avec les défenseurs des droits de l'homme et les pouvoirs législatif et judiciaire des États Membres de l'OPS afin de coordonner leurs actions en utilisant une approche des droits de l'homme qui permette de promouvoir et de protéger la santé, y compris dans la perspective du droit à la santé où il est reconnu à l'échelle nationale. Ceci peut être réalisé par la formulation de cadres normatifs qui protègent les droits humains, ou par l'élimination des barrières législatives qui pénalisent des comportements déterminés.
 - b) Intensifier les efforts pour que les questions relatives aux droits de l'homme, les questions de genre, d'ethnicité, tout comme les déterminants sociaux, économiques, environnementaux, politiques et culturels qui contribuent à la jouissance du meilleur état de santé possible soient en harmonie avec les priorités régionales et l'engagement mondial visant la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).
 - c) Renforcer le rôle que joue le BSP avec les commissions et organes de traités des droits de l'homme, tels que la Commission interaméricaine des droits de l'homme (CIDH), les organes des Nations Unies et les procédures spéciales.

³ *Special Olympics* est l'organisation sportive la plus grande au monde, consacrée aux enfants et aux adultes souffrant de déficits intellectuels. Son programme *Unified Sports*® offre entraînement et compétition à plus de 5,3 millions d'athlètes et partenaires dans environ 170 pays. Le programme *Special Olympics Healthy Athletes*® offre des services de santé et d'information à plus de 1,7 millions d'athlètes en situation d'extrême nécessité dans plus de 130 pays.

- d) Encourager l'utilisation d'instruments internationaux de droits de l'homme, le cas échéant, comme cadre conceptuel et juridique dans tous les thèmes liés à la santé.
- e) Renforcer la capacité technique des autorités sanitaires, lorsque la demande en est faite, afin de promouvoir des programmes de formation à l'intention des agents de santé concernant les instruments internationaux de droits de l'homme applicables aux personnes atteintes de déficits intellectuels.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

- 5. La Conférence est priée de prendre note du présent rapport d'avancement et de formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme (document conceptuel) [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (document CD50/12) [consulté le 17 février 2017]. Disponible sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (résolution CD50.R8) [consulté le 17 février 2017]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166868/3/CD50.R8-f.pdf>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (document de réflexion) [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (document CD52/18) [consulté le 17 février 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23141&Itemid=270&lang=fr
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (résolution CD52.R6) [consulté le 17 février 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23328&Itemid=270&lang=fr

11. Organisation des Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées (A/RES/61/106). [Internet]. Soixante et unième session de l'Assemblée générale; 13 décembre 2006 [consulté le 21 juillet 2017]. Disponible sur : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/80/PDF/N0650080.pdf?OpenElement>

F. PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE VACCINATION : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Introduction

1. Durant le 54^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), tenu en septembre 2015, les États Membres ont approuvé une résolution visant à adopter le Plan d'action en matière de vaccination (document CD54/7, Rev. 2) comme cadre directeur pour la vaccination en Amérique (1). Le Plan vise à assurer de nouveaux progrès ainsi qu'à cerner et à surmonter les défis relatifs à la vaccination auxquels les pays des Amériques doivent actuellement faire face ; il s'aligne en outre sur le Plan d'action mondial pour les vaccins de l'OMS (2). Le présent rapport résume la situation à mi-parcours quant aux progrès réalisés par la Région vers l'atteinte des objectifs du Plan en 2015 et en 2016. Il souligne également les défis qui devront être surmontés au cours des deux prochaines années afin d'atteindre les objectifs formulés par le Plan. Plusieurs sources ont été consultées dans l'élaboration de ce rapport, dont les suivantes : *a*) rapports préparés par les ministères de la Santé des pays, *b*) Formulaire conjoint de notification OPS-OMS/UNICEF (JRF) sur la vaccination (3), *c*) compilation d'études et d'autres ressources disponibles. Ce rapport sera examiné par le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination de l'OPS et communiqué aux États Membres pour information et intervention.

Mise à jour sur les progrès réalisés

2. Le Plan a établi la feuille de route vers un accès équitable à la vaccination pour toutes les populations de la Région. Les pays s'emploient à tirer parti de l'engagement à atteindre la couverture sanitaire universelle afin d'obtenir une meilleure couverture vaccinale et de renforcer les systèmes sanitaires comme un moyen d'accroître la couverture vaccinale.

3. Le Plan définit 13 objectifs (7 généraux et 6 stratégiques) ainsi que 29 indicateurs. Au moment où cet examen à mi-parcours est rédigé, la situation dans la Région est comme suit (voir le tableau ci-dessous) : 16 indicateurs sont en voie d'être atteints et 3 sont en cours de réalisation, alors que 10 des indicateurs sont en retard et exigeront un effort concerté et des interventions urgentes pour que les cibles fixées soient atteintes.

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
OG 1.1 Maintenir le statut de la Région exempt de poliomyélite	OG 1.1.1 Nombre de pays et territoires qui signalent des cas de paralysie dus au poliovirus sauvage ou à la circulation du poliovirus dérivé du vaccin (PVDVc) lors de l'année précédente Référence : 0 en 2013 Objectif : 0 en 2020	En date de 2016, aucun pays ou territoire (sur 51) de la Région n'a signalé de cas de paralysie dus au poliovirus sauvage ou au PVDVc.
OG 1.2 Maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC	OG 1.2.1 Nombre de pays et territoires dans lesquels la transmission endémique du virus de la rougeole ou de la rubéole a été rétablie Référence : 0 en 2013, 1 en 2015 Objectif : 0 en 2020	En date de 2016, aucun pays ou territoire (sur 51) de la Région n'a signalé de cas endémique du virus de la rougeole ou de la rubéole.
OG 1.3 Préserver les acquis en matière de contrôle des maladies évitables par la vaccination	OG 1.3.1 Nombre de pays et territoires qui respectent les indicateurs de suivi de la qualité de la surveillance épidémiologique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) Référence : 2 en 2013 Objectif : 13 en 2020	En date de 2016, deux pays de la Région ont amélioré la surveillance épidémiologique de la polio. Cet indicateur est en retard. Les pays devront concentrer leurs efforts sur le renforcement de leur capacité à détecter les cas suspects (c'est-à-dire les taux de cas suspects).
	OG 1.3.2 Nombre de pays et territoires qui respectent les indicateurs en vue d'assurer le suivi de la qualité de la surveillance épidémiologique de cas suspects de rougeole, de rubéole et de syndrome de rubéole congénitale Référence : 9 en 2013 Objectif : 18 en 2020	En date de 2016, 17 pays respectent les indicateurs relatifs à la surveillance épidémiologique.
	OG 1.3.3 Nombre de pays et territoires qui ont introduit le vaccin contre l'hépatite B chez les nouveau-nés pendant les premières 24 heures Référence : 18 en 2013 Objectif : 25 en 2020	En date de 2016, 22 pays et territoires ont adopté une politique concernant la vaccination universelle à la naissance ; 14 pays et territoires ne vaccinent que les nouveau-nés dont la mère a contracté le virus de l'hépatite B, dans le cadre de leurs efforts visant à lutter contre la transmission périnatale du virus de l'hépatite B.

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
<p>OS 1.1 Tous les pays s'engagent en faveur de la vaccination en tant que priorité pour la santé et le développement</p>	<p>OS 1.1.1 Nombre de pays et territoires qui disposent d'un soutien législatif ou réglementaire pour leur programme de vaccination</p> <p>Référence : 28 en 2013 (26 où des lois ont été adoptées et 2 où des lois sont en instance d'adoption)</p> <p>Objectif : 32 en 2020</p>	<p>En date de 2016, aucun autre pays n'a adopté de lois relatives à son programme de vaccination. Cet indicateur est en retard.</p>
	<p>OS 1.1.2 Nombre de pays et territoires qui signalent la présence d'un comité consultatif technique de vaccination répondant aux critères de bon fonctionnement de l'OMS</p> <p>Référence : 15 en 2013</p> <p>Objectif : 18 en 2020</p>	<p>En date de 2016, aucun autre pays de la Région ne mentionne bénéficiaire du soutien d'un groupe consultatif technique national sur la vaccination (GCTNV) performant. Il est important de noter qu'Haïti est le pays le plus récent à avoir créé un GCTNV, en mars 2017. Cet indicateur est en retard.</p>
	<p>OS 1.1.3 Nombre de pays et territoires dotés d'un plan d'action annuel de vaccination en vigueur comprenant des plans opérationnels et financiers</p> <p>Référence : 25 en 2013</p> <p>Objectif : 35 en 2020</p>	<p>En date de 2016, 41 pays disposent d'un plan de vaccination annuel à jour.</p>
<p>OS 1.2 Les individus et les collectivités comprennent la valeur des vaccins</p>	<p>OS 1.2.1 Nombre de pays et territoires qui signalent le suivi de la satisfaction du public vis-à-vis de la vaccination pendant la Semaine de la vaccination dans les Amériques ou pendant d'autres initiatives</p> <p>Référence : 0 en 2013</p> <p>Objectif : 15 en 2020</p>	<p>En date de 2016, six pays et territoires ont mentionné s'être servis de la Semaine de la vaccination comme contexte pour évaluer les connaissances, l'acceptation et la satisfaction du public relativement à la vaccination pendant la Semaine de la vaccination dans les Amériques 2016.</p>

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
OG 2.1 Éliminer le tétanos néonatal en tant que problème de santé publique dans tous les pays	OG 2.1.1 Nombre de pays et territoires avec des municipalités où le taux de tétanos néonatal dépasse les 1/1000 naissances vivantes Référence : 1 en 2013 Objectif : 0 en 2020	En 2017, Haïti évaluera le plan d'action mis en œuvre en 2015 pour l'élimination du tétanos néonatal.
OG 2.2 Atteindre les objectifs relatifs à la couverture vaccinale avec le DTC à tous les niveaux	OG 2.2.1 Nombre de pays et territoires qui signalent une couverture moyenne nationale d'au moins 95 % avec trois doses de vaccin DTC chez les enfants de moins d'un an Référence : 19 en 2013 Objectif : 35 en 2020	En date de 2015, 20 pays avaient atteint un taux de couverture de 95 % par le DTC3. Cet indicateur est en retard dans la Région.
	OG 2.2.2 Nombre de pays et territoires qui signalent une couverture d'au moins 80 % dans chaque district ou équivalent avec trois doses de vaccin DTC chez les enfants de moins d'un an Référence : 12 en 2013 Objectif : 35 en 2020	En date de 2015, 13 pays signalent un taux de couverture par le DTC3 d'au moins 80 % dans chaque district. Cet indicateur est en retard. Les pays et le Bureau sanitaire panaméricain s'emploient actuellement à concentrer leurs efforts sur les zones géographiques où les taux de vaccination sont faibles.

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
OS 2.1 Les avantages de la vaccination sont étendus de manière égale à toutes les personnes et groupes sociaux	OS 2.1.1 Nombre de pays et territoires qui signalent la couverture par quintile de revenus ou autres sous-groupes, permettant le suivi de l'équité de la vaccination Référence : 0 en 2013 Objectif : 15 en 2020	En date de 2016, aucun pays de la Région ne signale son taux de couverture par tranche de revenu. Bien que cet indicateur soit en retard, deux ateliers ont été tenus pour former 21 pays à la méthodologie servant à mesurer les inégalités.

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
OG 3.1 Incorporation de vaccins sur la base de critères techniques et programmatiques	OG 3.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont introduit un ou plusieurs nouveaux vaccins à leurs programmes nationaux de vaccination Référence : 32 en 2013 Objectif : 40 en 2020	En date de 2016, 33 pays et territoires ont introduit de nouveaux vaccins dans leur calendrier national.
OS 3.1 La prise de décision est basée sur des données probantes et les évaluations d'impact garantissent l'adoption de politiques qui permettent d'optimiser les avantages de la vaccination	OS 3.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont mené des études préliminaires à l'introduction d'un vaccin (p. ex., analyse coût-efficacité) Référence : 14 en 2013 Objectif : 20 en 2020	En date de 2016, 16 pays ont mené des études avant d'introduire de nouveaux vaccins.
	OS 3.1.2 Nombre de pays et territoires qui ont mené des études postérieures à l'introduction d'un vaccin (p. ex., études d'impact, examen opérationnel, etc.) Référence : 9 en 2013 Objectif : 15 en 2020	En date de 2016, 12 pays ont mené des études après avoir introduit de nouveaux vaccins.

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
OG 4.1 Atteindre les résultats attendus proposés par le programme de développement pour l'après-2015 sur la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle	OG 4.1.1 Nombre de pays et territoires qui intègrent dans leurs programmes de vaccination la vaccination antigrippale des femmes enceintes et/ou le vaccin contenant l'anatoxine diphtérique, comme traceurs de la vaccination maternelle Référence : 27 en 2013 Objectif : 35 en 2020	En date de 2016, la vaccination antigrippale est indiquée pour les femmes enceintes dans 31 pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Le vaccin anticoquelucheux est indiqué pour les femmes enceintes dans 18 pays (qui comptent tous parmi les 31 pays où la vaccination antigrippale est en vigueur).
	OG 4.1.2 Nombre de pays et territoires qui offrent d'autres interventions préventives intégrées à la vaccination Référence : 4 en 2013 Objectif : 20 en 2020	En date de 2016, six pays offrent des interventions préventives intégrées à la vaccination (p. ex., vermifugation).

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
<p>OS 4.1 Le programme de vaccination dispose d'intrants de manière durable grâce à des ressources nationales</p>	<p>OS 4.1.1 Nombre de pays et territoires qui financent plus de 90 % de leurs programmes de vaccination à travers des ressources nationales</p> <p>Référence : 27 en 2013 Objectif : 35 en 2020</p>	<p>En date de 2015, 34 pays de l'Amérique sont en mesure de financer leurs propres programmes à l'aide de ressources internes.</p>
	<p>OS 4.1.2 Pourcentage de la cohorte des naissances en Amérique latine et dans les Caraïbes qui dispose d'un accès à un approvisionnement adéquat en vaccins de qualité</p> <p>Référence : 100 en 2013 Objectif : 100 en 2020</p>	<p>En date de 2016, 100 % de la cohorte a accès à un approvisionnement adéquat en vaccins de qualité.</p>
	<p>OS 4.1.3 Nombre de pays et territoires qui achètent des vaccins par l'intermédiaire du Fonds renouvelable et qui répondent aux critères de précision en matière de demande de vaccins et de fournitures</p> <p>Référence : 10 en 2013 Objectif : 30 en 2020</p>	<p>En date de 2016, seulement quatre pays et territoires achetaient des vaccins par l'intermédiaire du Fonds renouvelable et répondaient aux critères d'exactitude relatifs à la demande de vaccins et de fournitures. Cet indicateur est en retard. L'accroissement du fardeau financier sur les pays, l'introduction du VPI et le passage du vaccin antipolio trivalent au vaccin bivalent figurent parmi les raisons pour lesquelles les pays ont dû mettre à jour les quantités prévues. Dans le cadre de son assistance technique, l'OPS a notamment communiqué aux autorités les dernières informations concernant les marchés des vaccins, résolu des problèmes d'approvisionnement et facilité des mesures visant à améliorer la planification de la demande et la performance financière.</p>

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
<p>OS 4.2 Les services de vaccination renforcés font partie d'un service de santé complet et performant</p>	<p>OS 4.2.1 Nombre de pays et territoires qui présentent des taux d'abandon entre la première et la troisième dose du vaccin DTC inférieurs à 5 %</p> <p>Référence : 11 en 2013 Objectif : 35 en 2020</p>	<p>En date de 2015, 26 pays présentent un taux d'abandon de moins de 5 % pour le DTC1-3. La performance de cet indicateur montre que les pays devront accroître leurs efforts pour améliorer la qualité des services de vaccination offerts, et qu'ils peuvent prendre des mesures visant à corriger les problèmes existants et à améliorer la couverture par le DTC3 au sein de l'infrastructure actuelle.</p>
	<p>OS 4.2.2 Nombre de pays et territoires qui présentent une couverture pour la troisième dose du vaccin DTC supérieure à 95 % pendant trois années consécutives ou plus</p> <p>Référence : 13 en 2013 Objectif : 35 en 2020</p>	<p>En date de 2015, dix pays et territoires ont maintenu un taux de couverture par le DTC3 supérieur à 95 % pendant trois années consécutives ou plus. Cet indicateur est en retard. Il faut continuer à renforcer les systèmes nationaux de santé à mesure que les pays ajoutent des vaccins à leurs programmes nationaux, afin que la couverture réalisée grâce à tous les vaccins atteigne la cible de 95 % ou plus et s'y maintienne.</p>
	<p>OS 4.2.3 Nombre de pays et territoires qui ont entrepris des activités pour identifier et surmonter les obstacles les empêchant d'atteindre les populations non vaccinées ou insuffisamment vaccinées</p> <p>Référence : 22 en 2013 Objectif : 35 en 2020</p>	<p>En date de 2016, 23 pays et territoires ont mis en œuvre des activités de vaccination visant des populations éloignées afin de réduire le nombre de personnes susceptibles. Cet indicateur est en retard. La Région continue à donner la priorité à la mise en œuvre de stratégies visant à atteindre les populations insuffisamment vaccinées ou non vaccinées, ce qui inclut une étroite collaboration avec les pays en vue de définir les besoins existants et de déterminer des interventions de suivi.</p>
	<p>OS 4.2.4 Nombre de pays et territoires qui ont entrepris des activités pour améliorer la qualité de leurs données de couverture et qui intègrent ces</p>	<p>En date de 2016, 14 pays et territoires ont tenu des activités visant à améliorer la qualité de leurs données relatives à la vaccination.</p>

Objectifs généraux (OG) et stratégiques (OS)	Indicateur	État d'avancement
	activités dans leurs plans d'action annuels Référence : 12 en 2013 Objectif : 25 en 2020	
	OS 4.2.5 Nombre de pays et territoires dotés d'un système électronique national d'enregistrement nominal de vaccination Référence : 3 en 2013 Objectif : 10 en 2020	En date de 2016, cinq pays ont recours à un système de registre électronique de vaccination au niveau national.
	OS 4.2.6 Nombre de pays et territoires qui déclarent avoir connu une pénurie d'un vaccin ou d'intrant associé pendant un mois entier ou plus à tous les niveaux (local, infranational ou national) Référence : 11 en 2013 Objectif : 0 en 2020	En date de 2015, 21 pays ont signalé des ruptures de stock, principalement dues à des pénuries de vaccin au niveau mondial. Cet indicateur est en retard. Les pays devront examiner leur chaîne d'approvisionnement en vaccins afin d'optimiser les étapes du processus et d'appliquer les stratégies visant à en maximiser l'efficacité et l'efficacité.
	OS 4.2.7 Nombre de pays et territoires qui ont renforcé la surveillance post-commercialisation des vaccins au sein du Programme élargi de vaccination Référence : 4 en 2013 Objectif : 10 en 2020	En date de 2016, 28 pays et territoires ont renforcé la surveillance post-commercialisation des vaccins dans le cadre du Programme élargi de vaccination.
	OS 4.2.8 Nombre de pays et territoires qui entreprennent des activités de vaccination auprès du personnel de santé Référence : 19 en 2013 Objectif : 25 en 2020	En date de 2016, 25 pays de la Région s'emploient à améliorer les connaissances et les compétences de leurs agents de santé.

Défis rencontrés et mesures à prendre pour améliorer la vaccination dans la Région

4. La vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus efficaces qui aient jamais été mises en œuvre (4). Pour que cette intervention atteigne son plein potentiel, et afin de progresser davantage vers les objectifs du Plan, les pays devront renforcer les domaines de travail suivants, en tenant compte de leur propre réalité :

- a) *Améliorer les cadres législatifs.* Les pays devront voter des lois relatives aux vaccins ou renforcer les lois existantes afin de protéger la pérennité financière du programme.
- b) *Faire en sorte que tous profitent également des avantages de la vaccination.* Avec pour objectif une couverture accrue à tous les niveaux, les programmes de vaccination devront collaborer avec les systèmes sanitaires afin d'étendre leurs services aux personnes non couvertes actuellement et de tirer parti des approches intégrées associées à d'autres interventions de soins primaires (5-6).
- c) *Maintenir et renforcer l'engagement national à l'égard des programmes de vaccination.* Bien que les pays aient investi dans l'achat de vaccins nouveaux et plus chers, il faut des ressources financières pour appuyer et améliorer les activités programmatiques telles que la supervision, la formation et l'assistance technique (7). L'un des défis qui se posent est la situation économique à laquelle doivent faire face de nombreux pays à revenu moyen de la Région, qui sont aux prises avec des priorités en concurrence dans le domaine de la santé. Les investissements devront être liés à un cadre d'évaluation mesurable.
- d) *Accroître la surveillance des maladies.* La surveillance basée sur les cas suspects de polio, de rougeole et de rubéole est l'outil le plus puissant pour ce qui est de préserver les acquis et d'éviter que ces virus ne recommencent à circuler dans la Région (8-9). Les pays devront améliorer la performance de la surveillance intégrée, aussi bien épidémiologique qu'en laboratoire, des maladies évitables par la vaccination (MEV), tirer profit de ce réseau et inclure d'autres MEV, en plus d'accentuer la surveillance sentinelle.
- e) *Dynamiser le système d'information.* Les pays devront s'employer à assurer la collecte, la gestion, l'analyse et l'utilisation excellentes des données à tous les niveaux afin que les décisions prises reposent sur les informations les plus fiables possible (10). Ces activités devront porter notamment sur la formation, l'évaluation de la qualité des données de leur système et l'exploration de l'usage des nouvelles technologies.
- f) *Améliorer la communication et la mobilisation sociale.* Les pays devront s'efforcer, sur la base de données probantes, d'accroître la confiance dans les vaccins et le recours à ceux-ci, par le dialogue avec les collectivités et l'utilisation de nouvelles technologies, aussi bien mobiles que sur Internet.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

5. La Conférence est priée de prendre note du présent rapport et de formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de vaccination [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 (résolution CD54.R8) [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31902&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation mondiale de la Santé. Projet de plan d'action mondial pour les vaccins [Internet]. 65^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 21 au 26 mai 2012 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2012 (document A65/22) [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha65/a65_22-fr.pdf
3. Organisation panaméricaine de la Santé. L'immunisation aux Amériques, résumé 2016 [Internet]. Washington (DC) : OPS; 2016 [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible sur: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=36290&lang=fr
4. Horton S, Levin C. Cost-Effectiveness of Interventions for Reproductive, Maternal, Neonatal, and Child Health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, editors. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2). Washington (DC) : Banque internationale de reconstruction et développement/Banque mondiale; avril 2016. chapitre 17 [consulté le 23 janvier 2017] Disponible en anglais sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361907/pdf/Bookshelf_NBK361907.pdf
5. World Health Organization. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. 2016 Assessment Report of the Global Vaccine Action Plan [consulté le 10 juin 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2016/october/1_Draft_GVAP_Assessment_report_2016_for_Yellow_Book_28_Sep_2016.pdf?ua=1

6. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2) [consulté le 23 février 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr
7. Organisation mondiale de la santé. Renforcer la vaccination pour atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins [Internet]. 70^e Assemblée mondiale de la Santé ; 23 mai 2017 ; Genève, Suisse. Genève : WHO ; 2017 (document A70/A/CONF/1) [consulté le 2 juin 2017]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_ACONF1-fr.pdf
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale dans la Région des Amériques [Internet]. 28^e Conférence sanitaire panaméricaine, 64^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 21 septembre 2012 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2012 (résolution CSP28.R14) [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18949&Itemid=270&lang=fr
9. Organisation mondiale de la Santé. Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible sur : http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_FR_A4.pdf
10. Pan American Health Organization [Technical Advisory Group (TAG) on Vaccine-preventable Diseases]. Update on immunization data quality and electronic immunization registries. In: Vaccination, Your best shot! Final Report [Internet]. XXII^e réunion du GCT sur les maladies évitables par la vaccination ; du 1^{er} au 2 juillet 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 [consulté le 23 janvier 2017]. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26691&Itemid=270&lang=en

G. STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR L'ÉPILEPSIE : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Ce document est destiné à informer les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la *Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie*, adoptés en septembre 2011 (document CD51/10 Rev. 1 (1) et résolution CD51.R8) (2). Cette stratégie et plan d'action définit le cadre de la coopération technique dans la Région pour le traitement de l'épilepsie. La *Stratégie et Plan d'action sur la santé mentale* adoptés par le Conseil directeur de l'OPS en 2009 (3), le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (4) ainsi que le *Plan d'action sur la santé mentale 2015-2020* (5) viennent compléter la stratégie et le plan d'action. Plusieurs résolutions et documents techniques régionaux sur l'épilepsie, adoptés par l'OPS et les États Membres, ainsi que le Programme d'action sur la santé mentale (mhGAP, selon son sigle anglais), démarré en 2008 par l'OMS, tout comme le guide d'intervention de 2010, qui comprend un module pour le traitement de l'épilepsie dans les systèmes de soins de santé primaires (6-12), constituent d'autres antécédents. En 2015, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur la nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour faire face aux conséquences sanitaires et sociales de la charge associée à l'épilepsie (résolution WHA68.20) (13). Il convient de noter que le plan d'action ne présente pas un cadre logique précis. Tous les domaines stratégiques présentent ainsi des objectifs et des indicateurs associés.

Mise à jour sur les progrès réalisés

2. Les pays de la Région ont accompli des progrès dans de nombreux objectifs avec des progrès significatifs pour la mise en œuvre des domaines stratégiques 2 et 4. Bien que des progrès importants ont été accomplis, certains obstacles sont toujours présents. Plus précisément, au niveau des pays, le débat sur les stratégies et modèles de services pour l'épilepsie relève généralement des associations professionnelles. Les ministères de la Santé rencontrent des difficultés pour gérer cette thématique avec leurs ressources. L'OPS dirige ses efforts dans ce sens en favorisant et en facilitant la participation des autorités. Elle collabore étroitement, par ailleurs, avec les ministères et les associations médicales d'Amérique latine et des Caraïbes.

3. Les données sur les États Membres (se reporter au tableau ci-dessous) sont issues du rapport *L'épilepsie en Amérique latine* et de l'instrument *OMS/ATLAS pour les troubles neurologiques* (14, 15). Ces instruments, ainsi que les informations disponibles dans le rapport *Données de mortalité pour la santé dans les Amériques 2012*, sont les principales références pour la préparation du présent rapport (16).

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : Programmes et législation pour le traitement des personnes atteintes d'épilepsie et la protection de leurs droits humains</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
1.1	1.1.1 Nombre de pays disposant d'un plan national de traitement de l'épilepsie en cours d'exécution. Référence : 10 pays en 2010 Cible : 20 en 2015, 30 en 2020	18 pays en 2016 (14, 15). Les cibles sont trop ambitieuses. Il est proposé de fixer la cible de 25 pays d'ici 2020
1.2	1.2.1 Nombre de pays ayant révisé/modifié et actualisé leur cadre législatif sur l'épilepsie et sa conformité avec les normes internationales des droits de l'homme. Référence non définie pour 2012 Cible : 10 pays en 2015 ; 25 en 2020	10 pays en 2016 (14, 15). Il n'existe pas d'accord unanime entre les pays sur la nécessité d'une législation spécifique concernant l'épilepsie. Une réduction de la cible à 15 pays d'ici 2020 est proposée.
	1.2.2 Élaboration et publication de l'Instrument et de la Méthode de travail pour une évaluation intégrale des programmes nationaux et services de traitement de l'épilepsie (IEPE). Référence : aucun instrument publié en 2010 Cible : 1 instrument publié en 2012 ; 1 révisé en 2020	Élaboration d'un questionnaire de renseignements de base sur les programmes, services et ressources, en 2013 (14). Révision en cours du questionnaire sur la base de l' <i>Atlas neurologique de l'OMS</i> .
	1.2.3 Nombre de pays qui ont évalué leur programme national et/ou leurs services de traitement de l'épilepsie. Référence : aucun pays en 2010 Cible : 25 pays en 2014 ; 30 en 2020	Aucune information n'est disponible en la matière. L'alignement de cet indicateur avec l'indicateur 1.1 est proposé ainsi que la reformulation de la cible à 20 pays d'ici 2020
	1.2.4 Taux régional de mortalité causée par l'épilepsie (pour 100 000 habitants). Référence : 0,8 en 2010 Cible : < 0,8 (le plan ne précise pas l'année).	Taux de 0,50 en Amérique du Nord ; 1,04 en Amérique latine et dans les Caraïbes ; 0,84 pour 100 000 habitants en 2012 dans les Amériques (dernières informations disponibles) (16).

Axe stratégique d'intervention 2 : Réseau de services médicaux pour le traitement des personnes atteintes d'épilepsie, en particulier les soins primaires de santé et la fourniture de médicaments		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
2.1	<p>2.1.1 Élaboration et publication d'un Module régional de formation (manuels) sur l'épilepsie, fondé sur les compétences requises pour répondre aux besoins et ciblant les agents de soins primaires de santé.</p> <p>Référence : 1 guide en 2010 (mhGAP-IG) Cible : 1 guide adapté à l'échelle régionale en 2013 ; 1 guide révisé en 2020</p>	<p>Le <i>Guide d'intervention mhGAP/Module épilepsie</i> élaboré par l'OMS en 2010 répond aux exigences du module régional de formation proposé dans cet indicateur. Ce guide, y compris le module sur l'épilepsie, a été publié et mis à la disposition des pays de la Région dans ses versions en anglais (2010), français (2011), espagnol (2012) et portugais (2015). De plus, le module a été adapté par les pays et est utilisé dans environ 30 pays et territoires, suivant la méthodologie de l'OMS (12).</p>
2.2	<p>2.2.1 Pourcentage des personnes atteintes d'épilepsie qui ne reçoivent pas de traitement.</p> <p>Référence : 60 % en 2009 Cible : 30% en 2020</p>	<p>Étude pilote au Honduras avec un programme d'intervention communautaire. Réduction de l'écart de traitement de 53 % en 1997 à 13 % en 2014 (14).</p> <p>Une nouvelle étude régionale est prévue en 2017 pour analyser les lacunes au niveau du traitement en santé mentale, de la même manière que l'étude de 2013. Tous les pays de la région disposant de données disponibles seront inclus.</p>

Axe stratégique d'intervention 3 : Information et sensibilisation de la population, y compris les personnes atteintes d'épilepsie et leurs familles		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
3.2	<p>3.2.1 Élaboration et publication de manuels régionaux destinés à l'élaboration et l'exécution d'interventions pour prévenir l'épilepsie dans les pays.</p> <p>Référence : aucun guide en 2010 Cible : 1 en 2013 ; révisé en 2020</p>	<p>Le document pertinent pour les manuels régionaux destinés à l'élaboration et l'exécution d'interventions pour prévenir l'épilepsie a été préparé en 2016. Il devrait être terminé au premier semestre de 2017.</p>

<i>Axe stratégique d'intervention 4 : Renforcement de la capacité de produire, évaluer et exploiter l'information sur l'épilepsie</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
4.1	4.1.1 Publication d'un document méthodologique régional pour l'élaboration d'indicateurs sur l'épilepsie, élaboré au moyen d'un processus de consultation, avec la participation d'un groupe d'experts. Référence : aucun document en 2010 Cible : 1 document en 2014	Partiellement terminé à l'aide de données-indicateurs du <i>Rapport régional/OPS</i> et de l' <i>Atlas sur les troubles neurologiques/OMS (14, 15)</i> . Il doit être terminé pendant la période 2017-2020.
	4.1.2 Rapport régional sur l'épilepsie, achevé et publié. Référence : 1 rapport en 2008 Cible : 1 en 2015 ; 1 en 2020	Rapport sur l' <i>Épilepsie en Amérique latine, 2013 (14)</i> .
4.2	4.2.1 Publication d'une compilation d'enquêtes épidémiologiques sur l'épilepsie en Amérique latine et dans les Caraïbes. Référence : aucune publication en 2010 Cible : 1 en 2015 ; 1 en 2020	Un document technique a été publié, qui rassemble les expériences les plus importantes en Amérique latine dans le domaine de l'épilepsie (programmes, services et recherche épidémiologique), sur la base de deux ateliers régionaux qui ont eu lieu au Chili (2013) et au Honduras (2015) (14).

Mesures à prendre pour améliorer la situation

- a) Modifier les cibles de la *Stratégie et du Plan d'action sur l'épilepsie* de manière à définir des cibles plus réalistes.
- b) Consolider et mettre en œuvre les outils et les études pour évaluer le contenu et les normes qui font partie de la *Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie*.
- c) Soutenir le travail conjoint du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et des États Membres pour développer des systèmes de santé, des ressources humaines et des services afin d'améliorer la qualité des soins et augmenter le traitement.
- d) Favoriser l'affectation des ressources conformément aux besoins identifiés et des cibles fixées.
- e) Renforcer les systèmes de surveillance et d'information, améliorer l'information épidémiologique et accroître la couverture des enquêtes auprès des populations marginalisées et autres groupes vulnérables.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

4. La Conférence est invitée à prendre connaissance du présent rapport, à approuver la modification des cibles des indicateurs 1.1.1 et 1.2.1 et à formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011. Washington, DC. Washington, DC. OPS ; 2011 (document CD51/10, Rev. 1) [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14465&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2011 (résolution CD51.R8) [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15043&Itemid=270&lang=fr
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/11) [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2624&Itemid=270
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document officiel 345). Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27422&Itemid=270&lang=fr
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/8, Rev. 1). Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26720&Itemid=270&lang=fr

6. Comisiones de Asuntos Latinoamericanos de la Liga Internacional contra la Epilepsia y del Bureau Internacional para la Epilepsia, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, UNICEF para América Latina y el Caribe, Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe de la UNESCO, Ministerio de Salud de Chile. Declaración Latinoamericana sobre Epilepsia [Internet]. Santiago (Chili) : ILAE, IBE, OPS/OMS, UNICEF, UNESCO, MINSAL ; 2000 [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible en espagnol sur : http://apps.who.int/mental_health/neurology/epilepsy/latin_american_declaration_2000_spanish.pdf
7. World Health Organization, International League Against Epilepsy, International Bureau for Epilepsy. Global Campaign Against Epilepsy: out of the shadows [Internet]. Heemstede (The Netherlands): ILAE, IBE, WHO; 2003 [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/mental_health/management/en/GcaeBroEn.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Liga Internacional Contra la Epilepsia, Buró Internacional para la Epilepsia. Informe sobre la Epilepsia en Latinoamérica [Internet]. Washington, DC (États-Unis d'Amérique): OPS/OMS, ILAE, IBE; 2008 [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible en espagnol sur : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Informe_sobre_epilepsia.pdf
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes [Internet]. 47^e Conseil directeur de l'OPS, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2006. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2006 (résolution CD47.R1) [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD47.r1-f.pdf>
10. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington, DC. Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 (résolution CD50.R8) [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R8-f.pdf>
11. Organisation mondiale de la Santé. mhGAP - Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale ; élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives [Internet]. Genève (Suisse) : OMS ; 2008. Disponible sur : http://www.who.int/entity/mental_health/mhgap_french.pdf?ua=1

12. Organisation mondiale de la Santé. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées [Internet]. Genève (Suisse) : OMS ; 2012. Disponible sur :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548068_fre.pdf?ua=1
13. Organisation mondiale de la Santé. Charge mondiale de l'épilepsie et nécessité d'une action coordonnée au niveau des pays pour influencer sur ses conséquences sanitaires et sociales et sensibiliser l'opinion publique [Internet]. 68^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 18 au 26 mai 2015. Genève, Suisse. Genève : OPS ; 2015 (résolution WHA68.20) [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-fr.pdf#page=27 (page 87)
14. Organización Panamericana de la Salud. Epilepsia en Latinoamérica [Internet] Santiago (Chili): OPS ; 2013 [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible en espagnol sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33137&lang=es
15. O World Health Organization. Atlas Project Neurology [Internet]. OMS ; 2015. Données non publiées. Disponible sur demande auprès de l'unité de santé mentale, Département des maladies non transmissibles et santé mentale, OPS [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible en anglais sur :
http://www.who.int/mental_health/neurology/atlas/en/#
16. Organización Panamericana de la Salud. Datos de Mortalidad para Salud en las Américas. Washington, DC : OPS ; 2012 [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible en espagnol sur :
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Ahome&Itemid=40434&lang=es

H. PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ MENTALE : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le présent document a pour objet d'informer les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) de l'état d'avancement dans l'exécution du *Plan d'action sur la santé mentale* qui a été approuvé en octobre 2014 (document CD53/8 et résolution CD53.R7) (1). L'élaboration du présent plan d'action et, en général, l'action de coopération technique actuelle dans la Région en matière de santé mentale reposent sur la Stratégie et le Plan d'action sur la santé mentale qui ont été approuvés par le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 2009, puis révisés et adaptés conformément au *Plan d'action global pour la santé mentale* mis en marche par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2013 (2, 3). Le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (4) en constitue le complément. D'autres antécédents comprennent diverses résolutions et déclarations et des documents techniques régionaux sur la santé mentale approuvés par l'OPS et les États Membres ainsi que le Programme d'action *Comblant les lacunes en santé mentale* (mhGAP, selon le sigle anglais), lancé par l'OMS en 2008 et le guide d'intervention connexe, paru en 2010 (5-12).

Mise à jour sur les progrès réalisés

2. Comme l'illustre le tableau figurant plus loin, des progrès ont été accomplis au titre de la réalisation de la plupart des objectifs établis. Les pays de la Région déploient actuellement des efforts sérieux pour faire en sorte que le centre d'attention passe de la prestation de services dans les hôpitaux psychiatriques traditionnels à un modèle axé sur la communauté, qui propose une prise en charge intégrale et continue pour les personnes souffrant de troubles mentaux et les membres de leur famille. À travers la Région tout entière, de nombreuses activités ont eu lieu, au cours desquelles des échanges se sont déroulés concernant des outils techniques ayant une utilité pratique. Le processus d'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires s'est renforcé au cours des dernières années avec la formation du personnel qui fournit ces soins à l'utilisation de l'instrument mhGAP de l'OMS, qui consiste à effectuer des interventions de prévention et de prise en charge des troubles mentaux et neurologiques et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans des structures non spécialisées de soins de santé. Toutefois, il est nécessaire de renforcer ce processus au moyen d'outils de suivi et d'évaluation qui permettent de comprendre l'impact de l'effort déployé actuellement.

3. Les États Membres présentent leurs données périodiquement par le biais de rapports d'enquêtes, d'annuaires épidémiologiques, de l'instrument dénommé Atlas régional de la santé mentale des Amériques (OPS) et de l'outil WHO-AIMS de l'OMS sur les systèmes de prise en charge de la santé mentale. Conjugués aux rapports élaborés par l'OPS, dont la *Mortalité due aux suicides dans les Amériques* (2014), *Indicateurs de*

base – *Situation de santé dans les Amériques* (2016), ainsi que les rapports des missions techniques du personnel responsable auprès du Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau), ces instruments constituent les principaux points de référence de l'élaboration du présent rapport.

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : Formuler et mettre en œuvre des politiques, des plans et des lois dans le domaine de la santé mentale et de la promotion de la santé mentale, afin de parvenir à une gouvernance appropriée et efficace.</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
1.1	1.1.1 Nombre de pays qui ont une politique ou un plan national sur la santé mentale conforme aux plans régional et mondial de santé mentale. Référence : 22 en 2013 But : 30 en 2020	En 2015, 27 pays recensaient une politique ou un plan indépendant en matière de santé mentale (13, 14).
1.2	1.2.1 Nombre de pays qui disposent de lois nationales sur la santé mentale conformes aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Référence : 8 en 2013 But : 18 en 2020	En 2015, 22 pays recensaient une loi indépendante en matière de santé mentale (13, 14). En outre, dans sept pays, la législation sur la santé mentale était intégrée aux lois générales sur la santé ou le handicap (13).

<i>Axe stratégique d'intervention 2 : Améliorer la capacité de réponse des systèmes et services de santé mentale, ainsi que la capacité d'intervention pour les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, afin d'offrir une prise en charge complète et de qualité à l'échelle communautaire.</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
2.1	2.1.1 Nombre de pays où le taux de personnes prises en charge par des services de santé mentale ambulatoires a dépassé la moyenne régionale (975/100 000 habitants). Référence : 19 en 2013 But : 30 en 2020	En 2015, 21 pays avaient notifié un nombre de consultations annuelles dans des installations ambulatoires de santé mentale au-dessus de la moyenne régionale (13, 14).

2.2	<p>2.2.1 Nombre de pays où les hôpitaux psychiatriques ont réduit le nombre de lits d'au moins 15 %.</p> <p>Référence : 0 But : 10 en 2020</p>	<p>Les informations présentées par 31 pays en 2013 ont permis d'établir comme référence la moyenne régionale de 39,43 lits pour 100 000 habitants et quatre pays ont rapporté n'avoir aucun lit dans leurs hôpitaux psychiatriques (14). En 2015, parmi les 31 pays inclus dans la référence, 16 avaient réduit le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques d'au moins 15 % (13). La référence sera élargie à mesure de l'obtention d'informations pertinentes.</p>
2.3	<p>2.3.1 Nombre de pays qui ont intégré la composante de la santé mentale dans les soins de santé primaires.</p> <p>Référence : 15 en 2013 But : 25 en 2020</p>	<p>En 2015, 23 pays ont présenté des informations sur les personnels de soins de santé primaires qui ont reçu, au cours des deux années précédentes, au moins deux jours de formation en santé mentale (13, 14).</p>

Axe stratégique d'intervention 3 : Élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion et de prévention dans le domaine des systèmes et services de santé mentale et d'intervention pour les problèmes liés à la consommation d'alcool et autres substances psychoactives, en accordant une attention particulière au cycle de vie.

Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
3.1	<p>3.1.1 Nombre de pays dotés de programmes multisectoriels opérationnels de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.</p> <p>Référence : 20 en 2013 But : 25 en 2020</p>	<p>Si 14 pays ont notifié qu'ils disposaient en 2015 de programmes officiels de promotion et de prévention en matière de santé mentale, tous les pays recensent des activités dont les objectifs sont similaires et qui relèvent d'autres secteurs ; ces efforts sont en augmentation (13).</p>
3.2	<p>3.2.1 Nombre annuel de décès par suicide pour 100 000 habitants. Pas d'augmentation du taux de suicide dans le Région en 2020 par rapport à 2013.</p> <p>Référence : 7,3 pour 100 000 habitants en 2013 But : < 7,3 pour 100 000 habitants</p>	<p>La référence proposée dans l'indicateur correspond à des données de la période 2005-2009 qui ont été publiées en 2014 (15).</p> <p>La moyenne régionale du taux de suicide était de 7,96 pour 100 000 habitants selon des données de 2012. Sur les 34 pays ayant des informations disponibles, 19 notifient un taux annuel de suicide inférieur à la référence (16).</p> <p>L'augmentation apparente du taux de suicide à court terme peut être en rapport avec l'effort déployé en direction d'une compilation de meilleure qualité et plus complète des données dans la Région.</p>

<i>Axe stratégique d'intervention 3 : Élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion et de prévention dans le domaine des systèmes et services de santé mentale et d'intervention pour les problèmes liés à la consommation d'alcool et autres substances psychoactives, en accordant une attention particulière au cycle de vie.</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
	<p>3.2.2 Nombre de pays qui élaborent et mettent en œuvre des programmes nationaux de prévention du suicide.</p> <p>Référence : 6 en 2013 But : 20 en 2020</p>	<p>En 2015, 11 pays ont rapporté avoir formulé une stratégie nationale de prévention du suicide (13).</p> <p>Nonobstant cela, la composante de prévention est présente dans les plans et stratégies formulés par 27 pays et l'écart repose sur la portée de ces stratégies et leur niveau de mise en œuvre.</p>

<i>Axe stratégique d'intervention 4 : Renforcer les systèmes d'information, les preuves scientifiques et les recherches.</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
4.1	<p>4.1.1 Nombre de pays disposant d'une série d'indicateurs de la santé mentale de base convenus et compilés systématiquement et notifiés sur une base annuelle.</p> <p>Référence : 21 en 2013 But : 30 en 2020</p>	<p>En 2015, 25 pays ont rapporté disposer d'un ensemble d'indicateurs essentiels de santé mentale (13).</p> <p>En Amérique centrale particulièrement, l'OPS, agissant en collaboration avec le Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale (COMISCA), a effectué récemment un travail d'épuration et de normalisation de ces indicateurs ; elle fournit actuellement un soutien aux pays au titre de la mise en œuvre du compendium d'indicateurs ainsi obtenu. De même, l'inclusion de ces indicateurs dans l'observatoire actuel des comportements suicidaires en Amérique centrale et en République dominicaine est en cours de réalisation, l'objectif étant d'en faire ensuite un observatoire de santé mentale.</p>

Mesures à prendre pour améliorer la situation

- a) Soutenir le travail commun du Bureau et des États Membres sur l'expansion des systèmes de santé mentale, des ressources humaines et des services requis pour réduire l'écart sur le plan du traitement et améliorer la qualité des soins.

- b) Renforcer les systèmes d'information et de surveillance, améliorer l'information épidémiologique et augmenter la couverture des enquêtes pour les populations marginalisées et d'autres groupes vulnérables.
- c) Promouvoir l'affectation de ressources conformément aux besoins établis et aux cibles arrêtées.
- d) Pour produire un chiffre plus précis correspondant au taux régional de suicide, il faudra mener une analyse sur la période 2010-2015 tout entière. La publication de ce rapport est prévue pour l'année 2018 et les résultats y relatifs feront partie du rapport final du présent plan d'action.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

- 4. La Conférence est invitée à prendre note du présent rapport et à formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé mentale 2015-2020 [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/8, Rev. 1 et résolution CD53.R7) [consulté le 8 février 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27572&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/11 et résolution CD49.R17) [consulté le 8 février 2017]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-f.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013--2020. [Internet]. Genève : OMS ; 2013. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (Document officiel n° 345) [consulté le 8 février 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27422&Itemid=270&lang=fr

5. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé mentale [Internet]. 40^e Conseil directeur de l'OPS ; 49^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 22 au 26 septembre 1997 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 1997 (résolution CD40.R19) [consulté le 8 février 2017]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1634/CD40.R19en.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé mentale [Internet]. 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 24 au 28 septembre 2001 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2001 (résolution CD43.R10) [consulté le 8 février 2017]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd43.r10-f.pdf>
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Déclaration de Caracas [Internet]. Adoptée à Caracas (Venezuela) le 14 novembre 1990 par la Conférence sur la restructuration des soins psychiatriques en Amérique latine au sein des systèmes locaux de santé. Washington (DC) : OPS ; 1990. Disponible en anglais sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/DECLARATIONOFCARACAS.pdf>
8. Organisation panaméricaine de la Santé ; Ministère de la Santé de la République fédérative du Brésil ; Organisation mondiale de la Santé. Principios de Brasilia [Internet]. Conférence régionale pour la réforme des services de santé mentale : 15 ans après Caracas ; du 7 au 9 novembre 2005 ; Brasilia (Brésil). Washington, DC : OPS ; 2006. Disponible en anglais sur : http://www.wapr.org/wp-content/uploads/Brazilia_declaration.pdf
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. [Internet]. Présenté par les ministres de la Santé des Amériques à Panama ; 3 juin 2007 ; Panama. Washington, DC : OPS ; 2007. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16304&Itemid
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Consenso de Panamá [Internet]. Conférence régionale de santé mentale ; les 7 et 8 octobre 2010 ; Panama (République du Panama). Washington, DC : OPS ; 2010. Disponible en anglais sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Panama%20Consensus.pdf>
11. Organisation mondiale de la Santé. mhGAP-Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale : Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives [Internet]. Genève (Suisse): OMS ; 2008. Disponible sur : <http://www.who.int/publications/list/9789242596205/fr/>

12. Organisation mondiale de la Santé. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées [Internet]. Genève (Suisse) : OMS ; 2010. Disponible sur :
http://www.who.int/entity/mental_health/publications/mhgap_hig/fr/
13. Organisation panaméricaine de la Santé. Atlas Regional de Salud Mental de las Américas. Décembre 2015 [Internet]. Washington, DC ; OPS ; 2016. Disponible en anglais sur :
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28451/9789275119006_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Organisation panaméricaine de la Santé. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2013. Disponible en anglais sur :
http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21325&Itemid=270
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Suicide Mortality in the Americas. [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2014. Disponible en anglais sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10114:2014-new-paho-report-more-than-7-suicides-per-hour-in-the-americas&Itemid=1926&lang=en
16. Organisation panaméricaine de la Santé. Core Health Indicators 2016. Health Situation in the Americas. Washington, DC: OPS ; 2016. Disponible en anglais sur :
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31289>

I. PLAN D'ACTION SUR LES INCAPACITÉS ET LA RÉADAPTATION : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le présent document a pour objet d'informer les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) de l'état d'avancement dans l'exécution du *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation* qui a été approuvé en octobre 2014 (document CD53/7, Rev. 1 et résolution CD53.R12) (1, 2). Il établit la base de la coopération technique à travers la Région pour le traitement de la question des incapacités et de la réadaptation en conformité avec le *Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées* et la Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée par les Nations Unies (3, 4). Les autres antécédents sont constitués des résolutions et documents techniques de l'OPS/OMS ainsi que de la Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées (5).

Mise à jour sur les progrès réalisés

2. Les pays de la Région ont réalisé d'importantes avancées pour la mise en œuvre des objectifs compris dans les axes stratégiques d'intervention 1 et 2, ce qui a permis de renforcer la composante de réadaptation dans le modèle de soins de santé et son rapport aux soins primaires. De même, l'élaboration de programmes de santé ouverts à tous a été encouragée pour faciliter l'accès de toutes les personnes handicapées à tous les services de santé et améliorer leur qualité de vie. En ce qui concerne l'axe stratégique 3, on peut observer un progrès important dans la disponibilité des données sur les incapacités dans les systèmes d'information sur la santé, en particulier par le recours à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, ce qui facilite la prise de décisions sur la situation réelle des conditions et des besoins des personnes handicapées en matière de santé.

3. Les données sur les États Membres (voir le tableau ci-dessous) ont été obtenues par le biais de rapports d'enquêtes, d'annuaires épidémiologiques et des pages web des ministères de la Santé. Conjugés aux rapports des missions techniques du personnel responsable élaborés par le Bureau sanitaire panaméricain, ces instruments constituent les principaux points de référence de l'élaboration du présent rapport.

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : Promouvoir l'équité dans le cadre des politiques, des plans et de la législation de la santé en matière d'incapacités afin de renforcer la gouvernance</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
1.1	<p>1.1.1 Nombre de pays qui ont exécuté des plans nationaux sur les incapacités et la réadaptation en conformité avec les plans régionaux et mondiaux, ainsi qu'avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées et d'autres normes internationales connexes.</p> <p>Référence 2013 : 6 Cible 2019 : 14</p>	<p>En 2016, 13 pays de la Région disposent de plans nationaux spécifiques sur les incapacités et la réadaptation dans le secteur de la santé qui sont alignés sur les plans d'action de l'OPS et de l'OMS et d'autres normes internationales comme la Convention relative aux droits des personnes handicapées (6, 7).</p>
1.2	<p>1.2.1 Nombre de pays ayant une législation spécifique sur les incapacités en accord avec les instruments internationaux des droits de l'homme et les directives techniques de l'OPS/OMS.</p> <p>Référence 2013 : 6 Cible 2019 : 16</p>	<p>En 2016, 22 pays de la Région disposent d'une législation spécifique en matière de handicap en conformité avec les normes internationales des droits de l'homme (6, 7).</p>
1.3	<p>1.3.1 Nombre de pays avec la composante incapacités dans les plans de gestion du risque de catastrophes et de situations d'urgence.</p> <p>Référence 2013 : 1 Cible 2019 : 9</p>	<p>En 2016, huit pays de la Région disposent de plans spécifiques de gestion du risque de catastrophes et de situations d'urgence qui prévoient les besoins des personnes handicapées.</p> <p>En outre, six pays mentionnent, dans leurs activités relevant des programmes de gestion du risque en situation d'urgence et de catastrophes, la prise en charge des personnes handicapées (8).</p>

<i>Axe stratégique d'intervention 2 : Renforcer le réseau de services d'adaptation et de réadaptation du secteur de la santé, ce qui inclut le recours à des dispositifs d'aide technique et la réadaptation à base communautaire</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
2.1	2.1.1 Nombre de pays qui ont atteint au moins 12 % d'accès aux soins pour les personnes handicapées dans le domaine de l'adaptation et de la réadaptation et les services sociaux. Référence 2013 : 0 Cible 2019 : 16	En 2016, seul un pays a informé qu'il avait atteint cet indicateur. À l'heure actuelle, un travail est effectué avec cinq autres pays dans l'évaluation de l'accès aux services d'adaptation et de réadaptation (9, 10).
	2.1.2 Pourcentage de pays qui ont incorporé la stratégie de réadaptation communautaire dans les programmes nationaux de réadaptation, suivant le tableau de l'OPS/OMS Référence 2013 : 3 Cible 2019 : 19	En 2016, la stratégie de réadaptation communautaire a été intégrée dans les plans nationaux de réadaptation de 12 pays de la Région (23 % des 52 pays et territoires). Trois autres pays ont commencé à planifier l'inclusion de cette stratégie dans leurs programmes nationaux de réadaptation (10-14).
	2.1.3 Pourcentage de pays qui fournissent des dispositifs d'aide technique pour les personnes handicapées comme une composante de leurs systèmes de prestation de services de santé. Référence 2013 : 6 Cible 2019 : 20	En 2016, 14 pays de la Région (26 % des 52 pays et territoires) ont inclus de manière explicite la fourniture de dispositifs d'aide technique pour les personnes handicapées qui en ont besoin dans le cadre des programmes nationaux de prise en charge des personnes handicapées (10-14).
2.2	2.2.1 Nombre de pays qui ont formulé ou mis à jour des normes sur l'adaptation et la réadaptation. Référence 2013 : 3 Cible 2019 : 16	En 2016, 14 pays de la Région ont formulé ou mis à jour leurs normes et réseaux de services d'adaptation/réadaptation dans le secteur de la santé. Trois autres pays planifient actuellement leur réseau de services de réadaptation (10-14).

Axe stratégique d'intervention 3 : Promouvoir la production et l'analyse de données sur les incapacités et soutenir la recherche		
Objectif	Indicateur, référence et cible	État d'avancement
3.1	3.1.1 Pourcentage de pays qui ont incorporé la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé dans leur système de certification du handicap. Référence 2013 : 6 Cible 2019 : 19	En 2016, 11 pays (21 % des 52 pays et territoires) ont intégré l'utilisation de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé dans la certification du handicap (10, 15, 16).
	3.1.2 Nombre de pays qui ont incorporé dans leurs systèmes de surveillance l'ensemble des indicateurs élaborés selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Référence 2013 : 6 Cible 2019 : 18	En 2016, 11 pays ont intégré l'utilisation des indicateurs fondés sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé dans leurs systèmes de surveillance (10, 15, 16).
3.2	3.2.1 Nombre de pays qui incorporent de façon systématique dans le système d'information sur la santé des données sur les incapacités, ventilées par âge, sexe et origine ethnique (type de handicap, niveau de gravité, origine ou cause). Référence 2013 : 2 Cible 2019 : 16	En 2016, 10 pays de la Région ont intégré des données relatives aux incapacités dans leurs systèmes d'information sur la santé (10, 15, 16).
3.3	3.3.1 Nombre de pays qui subventionnent au moins deux projets de recherche sur le handicap, l'adaptation et la réadaptation par année. Référence 2013 : 0 Cible 2019 : 14	En 2016, 6 pays de la Région disposent de programmes de financement qui privilégient la question du handicap et de la réadaptation (10).

Mesures à prendre pour améliorer la situation

- a) Soutenir le travail commun du Bureau et des États Membres pour le développement et le renforcement des services d'adaptation et de réadaptation, des ressources humaines et des services nécessaires pour réduire l'écart sur le plan de l'accès à ceux-ci et améliorer la qualité des soins.
- b) Elargir les services d'adaptation et de réadaptation décentralisés qui garantissent la couverture territoriale liée au réseau de services de santé, en particulier la coordination de ceux-ci avec les soins de santé primaires.
- c) Soutenir la mise en œuvre et l'utilisation de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé pour en faire un instrument de renforcement des systèmes d'information et de surveillance, intégrer le fonctionnement et les incapacités dans les systèmes d'information sur la santé, améliorer l'information épidémiologique et promouvoir la recherche.
- d) Promouvoir l'affectation de ressources conformément aux besoins établis et aux cibles arrêtées.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

4. La Conférence est priée de prendre note du présent rapport et de formuler les recommandations qu'elle juge pertinentes.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/7, Rev. 1) [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur :
 1. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26733&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (résolution CD53.R12) [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur :
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7650/CD53-R12-f.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

3. Organisation mondiale de la Santé. Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées : rapport du secrétariat [Internet]. 134^e session du Conseil exécutif de l'OMS ; du 20 au 25 janvier 2014 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2014 (document EB134/16). [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/disabilities/actionplan/fr/>
4. Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Département des affaires économiques et sociales, Division de la politique sociale et du développement social, New York. New York : Nations Unies ; 2006. [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>
5. Organisation des États Américains. Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées [Internet]. Washington (DC) : OEA ; 1999 [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.cidh.oas.org/Basicos/French/o.handicapees.htm>
6. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Panorama Social de América Latina 2012 [Internet]. Santiago (Chili) : New York : Nations Unies ; 2013 [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible en espagnol sur : http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1247/1/S2012959_es.pdf
7. Políticas Públicas y Discapacidad. Derechos e Inclusión. Avances y Desafíos en América Latina. Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale. Quito (Équateur), 2015.
8. Política Andina en Salud para la prevención de la discapacidad y para la atención, habilitación/rehabilitación integral de las personas con discapacidad. Organismo Andino de Salud. Convenio Hipólito Unanue. Lima (Pérou) : ORAS-CONHU; 2010 [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible en espagnol sur : http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Libro%20Politica%20Andina%20de%20Discapacidad_0.pdf
9. Segundo Estudio Nacional de Discapacidad 2015. SENADIS. Chili. Disponible en espagnol sur : http://www.senadis.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
10. Informes de viaje del Asesor Regional sobre Discapacidad y Rehabilitación NMH/MH – OPS. 2015-2016. Disponible sur demande auprès de l'Unité de santé mentale, Département des maladies non transmissibles, OPS.
11. Programme du ministère du Pouvoir populaire pour la santé du Venezuela. Disponible en espagnol sur : <http://www.mpps.gob.ve/>

12. Iniciativa de la Caja Costarricense de Seguro Social en el fortalecimiento de la atención primaria de salud incluyendo acciones básicas de rehabilitación. Disponible en español sur :
2. http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/GIT/Foro_Salud_Tics/Tab/Tab/1%20-%20Foro%202010-atenci%F2n%20primaria-equipamiento1.pdf
13. Iniciativa del Programa Nacional de Discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay y apoyo del Ministerio de Salud y de la OPS/OMS para propiciar la inclusión de las personas con discapacidad. [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible en español sur :
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/26562/3/innova.front/uruguay_sin_barreras
14. Iniciativa del gobierno peruano a través del Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad para generar condiciones que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables. N° 2, 2013. Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables, Perú [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible en español sur :
http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_02_dvmpv.pdf
15. IVADEC-CIF. Instrumento de Valoración del Desempeño en la Comunidad, basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, elaborado por el Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile para el proceso de implementación del Sistema de Calificación y Certificación de la Discapacidad en Red [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible en español sur :
<http://ssviqui.redsalud.gob.cl/?p=2800>
16. 2016 Disability Statistics Annual Report. Durham, NH. Institute on Disability, University of New Hampshire, National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Research (NIDILRR) 2016.

J. PLAN D'ACTION POUR LA COORDINATION DE L'ASSISTANCE HUMANITAIRE : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le but du présent document est d'informer les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès réalisés dans l'exécution du *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire* (document CD53/12) (1), approuvé en octobre 2014 par la résolution CD53.R9 (2014).
2. Le Plan vise à faciliter le renforcement du secteur de la santé dans les États Membres, ainsi qu'à améliorer la coordination pour la réception et l'envoi de l'aide humanitaire en matière de santé dans les situations d'urgences et de catastrophes.

Mise à jour sur les progrès réalisés

3. Ce rapport repose sur les mises à jour reçues des États Membres dans le cadre de leur participation aux réunions régionales des coordonnateurs des situations d'urgence des ministères de la Santé, des bureaux de l'OPS/OMS dans les pays, de la coordination directe avec des entités et organismes infrarégionaux, ainsi que des bases de données du Département des urgences sanitaires de l'OPS (2-4).
4. Le plan d'action comprend trois axes stratégiques d'intervention : *a*) alliances stratégiques, coopération entre pays et accords internationaux, *b*) équipes médicales internationales et *c*) leadership, coordination et responsabilisation.
5. Le rapport signale que toutes les cibles fixées à mi-parcours ont été atteintes. Les accords relatifs à l'établissement du réseau de santé et de logistique sont en voie de confirmation aux fins de signature avec les pays ou entités. La mise en œuvre de la résolution de l'UNASUR et de nouvelles alliances stratégiques demandera un délai supplémentaire. Les pays élaborent actuellement les stratégies et forment des groupes de travail pour mettre à jour leurs mécanismes et procédures dans le but de faciliter la demande, l'envoi et le registre des équipes médicales d'urgence (EMT, selon son sigle anglais). Il convient de souligner que les Amériques sont la Région la plus avancée dans la mise en œuvre de l'initiative mondiale des EMT.

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : Alliances stratégiques, coopération entre pays et accords internationaux</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Progrès
1.1 Accroître les alliances et la coopération pour une assistance internationale rapide et efficace dans le domaine de la santé.	1.1.1 Nombre d'accords multilatéraux qui facilitent l'assistance humanitaire en matière de santé. Référence : 3 Cible 2017 : 4	Entente multilatérale, l'Union des nations sud-américaines (UNASUR) a reconnu, dans le cadre d'une déclaration émanée de son X ^e Sommet des ministres de la Santé, ¹ l'initiative de normalisation des équipes médicales d'urgence, tant nationales qu'internationales.
	1.1.2 Nombre de pays qui forment le réseau de santé interaméricain pour les urgences du secteur de la santé. Référence : 0 Cible 2017 : 10	Douze pays de l'UNASUR, signataires de la Déclaration, feraient partie du réseau de santé interaméricain pour les urgences du secteur de la santé.
	1.1.3 Nombre de pays qui participent au réseau logistique interaméricain de santé. Référence : 0 Cible 2017 : 10	Cinq pays, l'Argentine, la Colombie, l'Équateur, le Pérou et la République dominicaine, réexaminent actuellement les accords pour la formation du réseau logistique et ont manifesté leur intérêt concernant l'établissement d'accords bilatéraux avec l'OPS.

<i>Axe stratégique d'intervention 2 : Équipes médicales internationales</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Progrès
2.1 Établir un mécanisme régional de registres des équipes médicales internationales.	2.1.1 Nombre de pays qui mettent en œuvre le système de registres des équipes médicales internationales. Référence : 0 Cible 2017 : 15	Quatre pays ont mis en œuvre la méthodologie CICOM – Cellule d'information des équipes médicales nationales et internationales – pour la demande, le registre et la coordination des équipes médicales d'urgence durant les urgences survenues à ce jour en Colombie, au Costa Rica, en Équateur et en Haïti.

¹ Déclaration sur les normes minimales des équipes médicales d'urgence (EMT).

<i>Axe stratégique d'intervention 2 : Équipes médicales internationales</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Progrès
	<p>2.1.2 Nombre de pays qui disposent de procédures actualisées de réception et d'envoi d'assistance internationale dans le domaine de la santé.</p> <p>Référence : 5 Cible 2017 : 15</p>	<p>Dans 15 pays de la Région, des ateliers de formation ont été organisés sur les procédures de coordination pour la réception et l'envoi des équipes médicales d'urgence. Dans les Caraïbes, 22 experts de 19 pays et territoires ont reçu une formation sur la coordination des équipes médicales d'urgence. Cinq pays de la Région intègrent actuellement les procédures dans leurs mécanismes nationaux (Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur et Pérou).</p>

<i>Axe stratégique d'intervention 3 : Leadership, coordination et responsabilisation</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Progrès
<p>3.1 Renforcer la capacité des ministères de la Santé pour diriger et coordonner l'assistance humanitaire internationale.</p>	<p>3.1.1 Nombre de ministères de la Santé qui disposent de mécanismes de coordination de l'assistance humanitaire dans le domaine de la santé.</p> <p>Référence : 3 Cible 2017 : 10</p>	<p>A) Vingt pays disposent d'un centre d'opérations d'urgence au sein de leur ministère de la Santé pour la coordination de l'intervention du secteur de la santé en cas d'urgences et de catastrophes au niveau national.²</p>
	<p>3.1.2 Nombre de pays ayant du personnel formé pour la coordination de l'assistance humanitaire en santé.</p> <p>Référence : 3 Cible 2017 : 10</p>	<p>Dix pays de la Région dispose de personnel formé à la coordination de l'assistance humanitaire en matière de santé. En 2016, des formations ont été menées à l'intention de 42 experts dans le but de renforcer la capacité des ministères de la Santé pour diriger et coordonner l'assistance humanitaire internationale.³</p> <p>Vingt-et-un pays de la Région ont formé 64 experts nationaux comme coordonnateurs des équipes médicales d'urgence, qui seraient déployées en appui</p>

² Réunion régionale des coordonnateurs de catastrophes sanitaires; octobre 2015.

³ Rapport sur la réunion du groupe de consultation pour la direction et la coordination de l'assistance humanitaire en santé dans les Amériques, 15 juin 2016.

<i>Axe stratégique d'intervention 3 : Leadership, coordination et responsabilisation</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Progrès
		<p>aux autorités nationales pour la gestion de l'information et la coordination des équipes médicales d'urgence.</p> <p>En Colombie, le groupe d'action sanitaire a été mis sur pied, sous la direction du ministère de la Santé et avec l'appui de l'OPS.</p>

Mesures à prendre pour améliorer la situation

- a) Approuver et diffuser le guide de coordination de l'assistance humanitaire en matière de santé; poursuivre l'exécution du plan d'action et de la feuille de route établie par le comité consultatif.
- b) Partager les progrès avec les Chancelleries des États Membres puisque que dans la majorité des pays de la Région, ces instances sont responsables de la négociation et du fonctionnement des procédures pour l'envoi et la réception de l'aide humanitaire conjointement avec les diverses agences responsables dans chaque pays, en fonction des procédures de la gestion intégrée du risque de catastrophes.
- c) Promouvoir le renforcement de l'initiative des équipes médicales d'urgence dans les pays, en facilitant la formation des équipes médicales au niveau national, l'élaboration de mécanismes nationaux pour la demande et l'enregistrement de ces équipes, ainsi que la création de la Cellule d'information des équipes médicales et internationales (CICOM).
- d) Poursuivre l'incorporation des pays au réseau panaméricain de santé et logistique, et appuyer la définition des contenus minimaux, l'établissement et la mise à jour des procédures de prêt, d'envoi, de donation et de réapprovisionnement d'intrants médicaux et de fournitures, en plus de l'harmonisation et de la diffusion des procédures.
- e) Incorporation par les États Membres dans leurs procédures des éléments nécessaires pour renforcer les capacités nationales de manière à pouvoir disposer de meilleures capacités de demande, réception et accompagnement de l'assistance internationale en santé le cas échéant, en tenant compte du cadre normatif national existant.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

6. La Conférence est priée de prendre note de l'évaluation à mi-parcours et de formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014, Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (document CD53/12) [consulté le 5 mai 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26872&Itemid=270&lang=fr
2. Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Declaración sobre estándares mínimos de equipos médicos de emergencia (EMT). Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR)/Consejo de Salud Suramericano (CSS). 31 mars 2017, Quito (Équateur) [consulté le 5 mai 2017]. Disponible en espagnol sur : http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2515&Itemid=1179&lang=en
3. Pan American Health Organization. Report of the Regional Meeting of Health Disaster Coordinators [Internet]. 15 et 16 octobre 2015, Managua, Nicaragua. Washington, DC: OPS; 2015 [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible en anglais sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiZpOCZx4vUAhXCQiYKHVeOByEQFgguMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fdisasters%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2412%26Itemid%3D%26lang%3Den&usg=AFQjCNEPmvsdn-h3pGAzCVZMd-K7FHRL1Q&sig2=L-UufPGaghPtPQcW7qQgnQ
4. Informe sobre la reunión del grupo de consulta para el liderazgo y la coordinación de la asistencia humanitaria en salud de las Américas [Internet]. Montenegro, Quindío (Colombie); 15 juin 2016. [consulté le 5 mai 2017]. Disponible en espagnol sur : http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2514&Itemid=1179&lang=en

K. LA COOPÉRATION POUR LE DÉVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ AUX AMÉRIQUES : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. Le présent document vise à informer les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des avancées réalisées dans le cadre de la mise en œuvre de la résolution CD52.R15 (2013) (1) intitulée : *La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques*, rattachée au document de politique CD52/11 (2013) (2). Ce document établit que : « Le but de cette politique est de renforcer la coopération entre les pays et les partenariats horizontaux entre les régions et au sein de celles-ci, ce pour échanger de manière dynamique des solutions dans le domaine sanitaire qui traitent de manière efficace et durable les problèmes communs de santé, en particulier dans les domaines prioritaires comme l'accès universel aux soins médicaux et les déterminants sociaux de la santé. La coopération entre pays et les partenariats horizontaux peuvent aussi servir à traiter les questions d'équité et les asymétries à l'intérieur des pays et entre ceux-ci. Les solutions mises en commun et les échanges doivent être fondés de plus en plus sur des preuves scientifiques pour renforcer l'application d'une approche scientifique quant à ces modalités de coopération ».

2. La résolution CD52.R15 demande à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) « de présenter au Conseil directeur ou à la Conférence sanitaire panaméricaine des évaluations périodiques portant sur la mise en œuvre et l'impact de la politique sur la coopération, tout particulièrement celle qui comporte une mobilisation de ressources pour l'Organisation pour le développement en matière de santé aux Amériques dans le but de mettre l'accent sur les éventuels défis à relever et les facteurs de réussite susceptibles de contribuer à perfectionner davantage la politique, ce à partir de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine ».

Mise à jour sur les progrès réalisés

3. Pour donner suite au mandat émis dans la résolution et au document de politique traitant de la coopération pour le développement de la santé aux Amériques, il a été mené une évaluation qualitative du programme de coopération technique entre pays (TCC selon le sigle anglais), laquelle fournit une description détaillée des opportunités et des défis qui se présentent, ainsi que les mesures adoptées par l'Organisation en appui à la coopération entre les pays pour le développement en matière de santé.

4. Des consultations ont été menées avec les États Membres (au Panama en 2015 et en République dominicaine en 2016), qui ont principalement traité de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire, en vue de promouvoir la coopération entre les pays et tirer avantage des pratiques optimales existantes.

5. Pour ce qui est de la promotion de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire, plusieurs rapports soumis par le Secrétaire général des Nations unies à l'Assemblée générale en 2015 et 2016 ont reconnu que l'OPS est un partenaire essentiel pour le développement de la politique et le dialogue afférent à ce domaine (3, 4).

6. En vue d'incorporer les directives énoncées dans le document de politique au nombre des activités habituelles de l'Organisation, la pratique de la coopération entre pays est en voie d'institutionnalisation au moyen de la planification et l'identification de débouchés de coopération dans le plan de travail biennal 2016-2017. La coopération entre pays pour le développement de la santé a également été incluse dans le plan de travail biennal 2018-2019.

7. L'OPS a également convoqué divers acteurs au niveau régional, au nombre desquels figurent les institutions des Nations unies, les institutions de coopération internationale et les mécanismes d'intégration régionale entre autres, en vue de promouvoir le dialogue et inclure toutes les parties intéressées aux initiatives de coopération entre pays. De même, l'OPS est en train de négocier des accords officiels de coopération avec des entités comme le MERCOSUR, l'UNASUR et le Secrétariat général ibéroaméricain (SEGIB). Les progrès du Système mésoaméricain de santé publique qui travaille au niveau de la sous-région d'Amérique centrale et ses dix États Membres sont également salués.¹

8. En réponse aux requêtes émanées des États Membres, l'OPS a mis sur pied le Programme de renforcement de la coopération pour le développement de la santé aux Amériques, conjointement avec le Centre des relations internationales de FIOCRUZ (CRIS/FIOCRUZ), le Centre collaborateur de l'OPS/OMS pour la santé mondiale et la coopération Sud-Sud, en vue de renforcer les capacités des bureaux de relations internationales. Ce programme de formation, auquel des représentants de 33 États Membres ont participé, a inclus deux rencontres présentiels, des séances virtuelles et un travail à l'aide de tuteurs sur des questions concernant notamment la diplomatie et la coopération dans le domaine de la santé, les défis en matière de santé qui se posent à l'heure actuelle, la gouvernance mondiale de la santé, la santé dans les processus d'intégration régionale et infrarégionale et la santé comme sujet de politique extérieure dans la Région.

9. L'OPS s'est consacrée à la production d'information et de documentation sur la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire, particulièrement à travers le rapport intitulé *La Cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica*² [La coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire dans le secteur de la santé en Ibéroamérique], publié conjointement avec le Secrétariat général ibéroaméricain.

¹ Pour de plus amples renseignements, se reporter au document CSP29/INF/8/C - Organisations infrarégionales.

² Ce document est disponible en espagnol sur :
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34005/9789275319451-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

10. De même, le Bureau et les bureaux des représentants de l’OMS/OPS ont réalisé un travail de compilation d’informations sur les initiatives de coopération entre pays auxquelles l’OPS a directement pris part. Ainsi, entre 2014 et 2016, 51 initiatives ont été recensées et classées comme étant « achevées » et « en cours d’achèvement », en plus de 34 initiatives qui se trouvent en cours de « développement ». Concernant les initiatives classées comme « achevées » et « en cours d’achèvement », il convient de souligner ce qui suit :

- a) La sous-région de l’Amérique du Sud compte pour 39 % des initiatives tandis que l’Amérique centrale et la Caraïbe représentent 29 % et 25 %, respectivement, des initiatives. Les 7 % restants correspondent à la sous-région de l’Amérique du Nord et à des initiatives lancées avec d’autres régions de l’Organisation mondiale de la santé (OMS).
- b) Tous les États Membres de l’OPS ont pris part à des initiatives de coopération entre pays, soit sous forme de participation directe, soit par le biais de mécanismes d’intégration régionale, particulièrement dans la Caraïbe à travers la Communauté des Caraïbes (CARICOM) et l’Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA).
- c) Une grande partie des initiatives (46 %) contient une composante liée à la catégorie 4 (Systèmes de santé) du Plan stratégique de l’OPS, suivie par des initiatives liées à la catégorie 1 (Maladies transmissibles, 21 %) et à la catégorie 2 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque, 14 %).
- d) En relation avec le Programme de développement durable à l’horizon 2030, la grande majorité des initiatives est liée à l’objectif 3 (« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »), surtout la cible 3.8 (« Faire en sorte que chacun bénéficie d’une couverture santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d’un coût abordable ») (5).

Mesure à prendre pour améliorer la situation

11. Afin de continuer d’avancer vers l’exécution du mandat confié par les Organes directeurs et les États Membres, le Bureau doit continuer à élaborer les programmes de renforcement des capacités, à travers la mise en place de communautés de pratique virtuelles, tant avec les États Membres qu’avec leurs partenaires stratégiques, ainsi qu’à l’intérieur de l’Organisation, l’intention étant d’institutionnaliser cette approche et d’être mieux à même de relever les différents défis qui se posent pour la coopération entre pays.

12. L’Organisation continuera d’œuvrer étroitement avec les institutions de coopération internationale, les mécanismes d’intégration régionale et les autres partenaires en vue de la promotion de la coopération entre les pays pour le développement de la santé.

13. Le Bureau poursuivra ses efforts de dissémination des pratiques optimales et des enseignements tirés en matière de coopération entre pays et veillera à la continuité des actions d'enregistrement, de documentation et d'analyse de la coopération entre pays ainsi que de leur impact sur le développement de la santé.³

14. Dans le but de continuer à épauler la coopération entre pays pour le développement en matière de santé, et prenant en considération les opportunités et les défis générés par ce genre de coopération, le Bureau a mis sur pied un mécanisme de financement de projets de coopération entre pays, assorti de guides de procédure, de modèles de projet et de méthodologie d'évaluation. Ce mécanisme fait l'objet d'une vulgarisation à l'intention des États Membres et des partenaires stratégiques.

15. La coopération entre les pays continuera d'être soutenue dans les domaines thématiques transversaux (genre, équité, droits de l'homme et ethnicité), ainsi qu'avec les pays clés (Bolivie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay et Suriname) et les populations vulnérables (telles que les enfants, les adolescents et les femmes).

16. Dans le but d'améliorer la mise en œuvre de la coopération entre les pays, il sera souhaitable d'élaborer les outils de systématisation et de mettre en œuvre un cadre de suivi et d'évaluation pour déterminer l'impact de ce type de coopération.

17. En vue d'informer les Organes directeurs de l'OPS sur la mise en œuvre des mandats émis dans la résolution CD52.R15, des rapports d'activité seront soumis tous les deux ans.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

18. La Conférence est invitée à prendre note du rapport et à formuler des commentaires et des recommandations pour faire avancer la promotion de la coopération entre pays pour le développement en matière de santé aux Amériques.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2013 (résolution CD52.R15) [consulté le 29 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23250&Itemid=270&lang=fr

³ Pour plus d'informations, visitez le lien suivant: <http://www.paho.org/cchd>.

2. Organisation panaméricaine de la Santé. La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS ; 2013 (document CD52/11) [consulté le 29 mars 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22643&Itemid=270&lang=fr
3. Nations Unies. État de la coopération Sud-Sud. Rapport du Secrétaire général [Internet]. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; 15 septembre 2015 ; New York, NY. New York : ONU ; 2015 (document A/70/344) [consulté le 8 mars 2017]. Disponible sur : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/265/70/PDF/N1526570.pdf?OpenElement>
4. Nations Unies. État de la coopération Sud-Sud. Rapport du Secrétaire général [Internet]. Soixante et onzième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; 13 septembre 2016 ; New York, NY. New York : ONU ; 2016 (document A/71/208) [consulté le 8 mars 2017]. Disponible sur : <http://undocs.org/fr/A/71/208>
5. Nations Unies. Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; 21 octobre 2015 ; New York, NY. New York : ONU ; 2015 (résolution A/RES/70/1) [consulté le 11 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.un.org/es/comun/docs/index.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/spanish/&Lang=F>

L. EXAMEN DE LA COMMISSION PRÉLEVÉE SUR LES ACHATS DE FOURNITURES DE SANTÉ PUBLIQUE EFFECTUÉS POUR LE COMPTE DES ÉTATS MEMBRES : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. Les activités d'achat de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont été appuyées au long des années par trois mécanismes d'achat : le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins (Fonds renouvelable), le Fonds régional renouvelable pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique (Fonds stratégique) et les achats remboursables effectués au nom des États Membres. Le Fonds renouvelable a été établi en 1977 conformément à la résolution du Conseil directeur CD25.R27 afin de faciliter la disponibilité ponctuelle de vaccins de qualité aux prix les plus bas. Le Fonds stratégique a été établi en 1999 suite aux demandes des États Membres pour une assistance dans l'achat de fournitures stratégiques destinées à lutter contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies négligées. Depuis 2013, le Fonds stratégique incorpore des médicaments pour prévenir et traiter les maladies non transmissibles. La valeur totale des achats effectués pour le compte des États Membres continue à augmenter sensiblement chaque année. En 2016, elle était environ de 15 % plus élevée que pour la période antérieure (Fonds renouvelable, US\$ 628 millions¹ ; Fonds stratégique, \$82 millions).

2. En 2013, le 52^e Conseil directeur a adopté la résolution CD52.R12, *Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres (1)*. Cette résolution préconisait une augmentation de la commission prélevée sur les achats de toutes les fournitures de santé publique à 4,25% à compter du 1^{er} janvier 2014. Elle demandait également que la Directrice examine la commission prélevée et présente un rapport sur les recettes et les dépenses liées à l'usage du montant d'1,25% de la commission totale pour couvrir les frais administratifs, de fonctionnement et de personnel à la fin de chaque période biennale. Les recettes produites par les 3% restants sont appliquées à la capitalisation des mécanismes des achats effectués pour le compte des États Membres.

Mise à jour sur les progrès réalisés

3. Les recettes cumulées générées de la commission de 1,25% durant la période biennale 2014-2015 se sont élevées à un total de \$14 725 000. En conformité avec la pratique actuelle pour l'allocation des coûts de soutien, les recettes ont été mises à disposition pour la période biennale suivante, 2016-2017. Avec cette pratique à l'esprit ainsi que le montant généré, un plan de travail et un budget ont été préparés pour la période biennale 2016-2017 et approuvés par la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) (tableau 1). Le budget pour le plan, se montant à \$12,1 millions,

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

soutient tous les coûts du personnel clé affecté aux mécanismes des achats, ainsi que les activités à l'appui du cadre opérationnel approuvé et ses quatre fonctions d'appui essentielles.

Tableau 1. Budget approuvé, 2016-2017

Personnel		\$10 362 700
	Fonds renouvelable pour les vaccins	1 513 000
	Renforcement des systèmes de santé	893 100
	Achats	4 694 900
	Conseil juridique	180 390
	Finances	1 022 000
	Sous-régional (CPC, ELS, PER)	2 059 310
Activités de soutien		\$1 735 000
Total		\$12 097 700

4. Les détails sur le cadre opérationnel, ses quatre fonctions d'appui et les activités de soutien à mettre en œuvre par le personnel sont décrits ci-dessous. La période biennale se terminant en décembre 2017, les dépenses réelles seront présentées au Conseil directeur de l'OPS en 2018.

Renforcement des connaissances et de la sensibilisation

5. Des missions de coopération technique ont été effectuées au nom des deux Fonds pour accroître la sensibilisation ainsi que la compréhension de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et des prévisions de la demande, et pour aider à résoudre les problèmes liés à la qualité, à l'approvisionnement et au financement.

6. Avec l'appui des bureaux dans les pays, les missions de travail ont fourni une formation et d'autres activités de renforcement institutionnel pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement et une meilleure utilisation des Fonds. Par conséquent, les pays sont maintenant en mesure de réduire les risques concernant les stocks (excès ou pénuries) et d'améliorer la prévision des besoins de médicaments essentiels et de vaccins. En outre, à l'aide d'une approche interprogrammatique, la coopération technique a compris le soutien à l'amélioration des directives de traitement et l'usage rationnel des médicaments. Des plans ont également été préparés pour formuler un outil de prévision et concevoir une plateforme appropriée pour la prévision de la demande afin de soutenir les pays lors de la préparation de plans qui répondent à leurs demandes en vaccins et seringues.

7. De plus, les missions dans les pays ont fourni des conseils et une assistance en analysant l'épargne potentielle due à l'utilisation des Fonds. Par exemple, afin d'assurer la disponibilité de médicaments, vaccins et autres fournitures d'urgence et stratégiques en matière de santé dont l'approvisionnement est difficile, pour les maladies tropicales négligées, le paludisme et d'autres maladies, le Fonds stratégique a mené des exercices de consolidation de la demande et trouvé des moyens de soutenir l'approvisionnement ponctuel des produits.

8. Avec l'appui des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, le personnel des deux Fonds a collaboré à l'établissement d'un cadre de communication. Le cadre fait une distinction entre les domaines communs de collaboration entre les deux Fonds et les domaines spécifiques de travail essentiels au développement continu de chaque Fonds ainsi qu'à leur communication avec les États Membres.

Accroissement de l'efficacité des opérations

9. Durant la période couverte par le présent rapport, le personnel financé par cette commission a élaboré une série de stratégies spécifiques misant sur l'amélioration de l'engagement et de la performance des fournisseurs. L'éligibilité et les critères techniques ont été examinés pour les produits achetés par le biais de ces mécanismes et les conclusions ont été présentées à un forum de fournisseurs organisé par le BSP. Ces critères ont été incorporés dans tous les nouveaux appels d'offres. L'initiative a rationalisé le processus de demandes d'offres, en éliminant les changements ponctuels et en réduisant le temps requis pour examiner les documents de fournisseurs concurrentiels, ce qui a amélioré les efficacités des deux Fonds.

10. Les défis pour la fourniture du vaccin inactivé contre la polio, du vaccin anti-amaril et du vaccin contre la grippe saisonnière ont été étroitement suivis par le Fonds renouvelable en coordination avec les bureaux de l'OPS dans les pays et le programme régional de vaccination. Un examen et une analyse des lignes de crédit liées aux plans nationaux de vaccination ont également été entrepris.

11. Le personnel couvert par la commission a travaillé intensément à l'accroissement de l'affiliation au Fonds stratégique, qui compte maintenant 30 États Membres. L'affiliation élargie s'est traduite par des volumes d'achats plus importants, ce qui a permis de négocier de meilleures conditions, y compris de meilleurs prix, pour les États Membres.

12. En janvier 2016, l'OPS a déployé un nouveau système de planification des ressources institutionnelles pour gérer toutes les transactions opérationnelles, financières et d'achat de l'Organisation, y compris celles liées aux deux Fonds. Dans le but de fournir aux pays des mises à jour ponctuelles sur l'état de leurs commandes et de leurs obligations financières, les personnels consacrés à plein temps à ces Fonds ont élaboré une série de rapports et de tableaux de bord qui seront intégrés dans ce nouveau système, mobilisant ainsi leurs fonctionnalités. Ces outils offriront une meilleure image de la performance des deux Fonds et assureront une plus grande efficacité.

Augmentation des données relatives au marché

13. Les membres du personnel du BSP dont le poste est financé par cette commission ont participé à la réunion annuelle du réseau des fabricants de vaccins de pays en développement, qui s'est tenue à Buenos Aires en octobre 2016. Cet événement a offert

une opportunité pour rassembler des données relatives au marché et promouvoir la sensibilisation à la réussite du Fonds renouvelable sur les quatre dernières décennies avec ce groupe clé de fournisseurs. Le personnel a fait des exposés prévus au programme et rencontré séparément les fournisseurs. Les perspectives de l'OPS concernant le marché des vaccins ont été publiées avec les résultats de la réunion (2). Dans le même ordre d'idée, des réunions trimestrielles sont tenues avec tous les fournisseurs de vaccins dans le cadre d'accords à long terme avec le Fonds renouvelable. Ces réunions offrent une opportunité pour examiner la performance de l'offre/demande, identifier les défis et rassembler les données relatives au marché.

14. Les États Membres sont tenus à jour sur les changements concernant le marché des vaccins à travers des forums régionaux et des visites dans les pays. Le suivi continu du marché des vaccins s'est poursuivi en dépit des défis associés à l'alignement de la demande régionale sur l'offre.

15. Grâce aux fonds générés par cette commission, le Fonds stratégique a mené une série de réunions stratégiques avec les États Membres afin de mieux comprendre leurs besoins, d'identifier les opportunités de collaboration et d'étudier des moyens pour améliorer le soutien dans l'échange d'information sur les tendances des marchés et des prix. Les membres du personnel ont participé activement à des forums et des réunions internationales avec d'autres organismes des Nations Unies et des organisations internationales, partageant les informations sur les tendances du marché, les pratiques, les nouveaux fournisseurs potentiels et les défis et les opportunités.

16. En outre, des réunions ont été tenues avec les fournisseurs sur une base régulière pour discuter des affaires en cours, des nouveaux produits, des changements dans le marché et des nouvelles stratégies et domaines de collaboration potentiels.

Mobilisation des alliances et des partenariats stratégiques

17. Au cours de la période, les partenariats existants ont été renforcés et de nouveaux ont été forgés. Le personnel du Fonds renouvelable financé par cette commission a travaillé en réseau avec Gavi, l'Alliance du Vaccin durant les négociations avec les fournisseurs de vaccin antipneumococcique en 2016 et à nouveau en 2017. En outre le Fonds renouvelable, en collaboration avec la Fondation Gates, a mis en œuvre avec succès un accord de fourniture pour le vaccin contre le virus bivalent du papillome humain (VPH) pour les États Membres.

18. Le Fonds stratégique a développé et renforcé les partenariats avec des organisations internationales clés telles que l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'UNICEF et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le Fonds stratégique a maintenant accès à des accords à long terme et des modalités de prix avantageuses au titre de sa collaboration avec le Fonds mondial et l'UNICEF. Pour renforcer la capacité des États Membres en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement et de prévision de la demande,

l'OPS a signé un accord de collaboration avec le Fonds mondial dans ce domaine. Une offre conjointe a été émise avec l'UNICEF pour répondre aux demandes d'antipaludiques.

19. Une réunion a été tenue avec les représentants du Fonds mondial pour examiner la performance des fournisseurs et débattre des prix. Elle a eu pour résultat des accords à long terme impliquant des épargnes importantes pour le compte des États Membres.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

20. Le BSP continue à suivre la situation pour assurer que les activités d'achats et le personnel nécessaire pour gérer ces deux Fonds sont couverts par les recettes générées par la commission imposée sur les achats de fournitures de santé publique pour le compte des États Membres.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

21. La Conférence est priée de prendre note du présent rapport d'avancement et de formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC. Washington, DC: OPS ; 2013 (document CD52/15) [consulté le 15 mai 2017]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22595&Itemid=270&lang=fr
2. Pagliusi S, Ting CC, Lobos F, DCVMN Executive Committee Group. Vaccines: Shaping global health. *Vaccine*. 23 février 2017 [consulté le 15 mai 2017]; 35(12): 1579–85. Disponible en anglais sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17301986>

M. SITUATION DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

1. Ce document a été élaboré en réponse au mandat des Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) consistant à procéder à des évaluations et des examens périodiques des Centres panaméricains et à faire rapport sur les questions institutionnelles ou les progrès techniques d'importance stratégique pour l'Organisation.

Antécédents

2. Les Centres panaméricains constituent depuis près de 60 ans une modalité importante de la coopération technique de l'OPS. Durant cette période, l'OPS a créé ou géré 13 centres,¹ en a supprimé neuf et a transféré l'administration de l'un d'entre eux à ses propres Organes directeurs. Ce document présente des informations stratégiques mises à jour sur le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), le Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (CLAP/WR) et le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA).

Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

3. Le BIREME est un centre spécialisé de l'OPS fondé en 1967 pour gérer la coopération que l'Organisation offre aux États Membres dans le domaine de l'information scientifique et technique, et pour l'échange de connaissances et de données probantes contribuant à l'amélioration continue des systèmes de santé, de l'éducation et de la recherche.

4. Au sein de la structure organisationnelle du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), le BIREME est rattaché au Bureau de la gestion des connaissances, de la bioéthique et de la recherche, et dispose d'un plan de travail biennal 2016-2017 approuvé par le Directeur du BSP.

Cadre institutionnel du BIREME

5. Le cadre institutionnel du BIREME a été établi par l'Accord d'entretien et de développement du Centre (« Accord d'entretien »), signé entre l'OPS et les ministères de la Santé et de l'Éducation du Brésil, le ministère de la Santé de l'État de São Paulo et l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP) en 2004.²

¹ BIREME, CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLAP, CLATES, ECO, INCAP, INPPAZ, PANAFTOSA, PASCAP et Programme régional de bioéthique au Chili.

² Le premier accord a été signé le 3 mars 1967 et le dernier le 2 décembre 2004.

6. En 2009, reconnaissant que le cadre institutionnel du BIREME n'était plus approprié aux besoins de gouvernance, de gestion et de financement présents et futurs, le 49^e Conseil directeur de l'OPS a adopté la résolution CD49.R5 approuvant un nouveau statut pour le BIREME et demandant au Secrétariat d'entreprendre des négociations avec le gouvernement du Brésil pour approuver un nouveau document de base concernant l'entretien du BIREME ainsi que ses privilèges et ses immunités dans ce pays.

7. L'Accord d'entretien de 2004 est arrivé à expiration le 1^{er} mars 2015.

Situation actuelle des cadres institutionnels

Accord sur les installations et le fonctionnement

8. Des efforts sont en cours pour la pleine application du nouveau cadre institutionnel du BIREME, alors que le Représentant de l'OPS/OMS au Brésil et le Directeur du BIREME poursuivent les négociations entamées avec le gouvernement du Brésil concernant l'Accord du siège. Entre-temps, un accord quinquennal spécifique de coopération (*Termo de Cooperação para o desenvolvimento e aprimoramento da BIREME*) a été signé le 2 février 2017 avec le ministère de la Santé du Brésil. Ce nouvel accord reconnaît le statut juridique du BIREME en tant que Centre panaméricain faisant partie intégrante de l'OPS, conformément aux accords de base signés entre l'Organisation et le gouvernement du Brésil. Il stipule également les contributions financières dont le gouvernement du Brésil devra s'acquitter pour l'entretien du BIREME en 2017 et 2018.

Progrès récents au BIREME

9. L'ouverture des nouvelles installations du BIREME a eu lieu le 1^{er} février 2017. La sixième session du Comité consultatif du BIREME s'est tenue le 2 février 2017, avec la participation de représentants de l'Argentine, de la Jamaïque, du Panama, du Pérou et de Trinité-et-Tobago, pour formuler des recommandations afin d'appuyer la viabilité financière et la coopération technique du Centre. Une session a également été tenue pour sélectionner et nommer des représentants au Comité scientifique du BIREME.

10. La troisième session du Comité scientifique se tiendra durant la première semaine de décembre 2017. Les membres sélectionnés sont des spécialistes reconnus dans les domaines de la gestion de l'information et des connaissances et domaines connexes, provenant du Brésil, de la Colombie, du Costa Rica, de Cuba, de la Jamaïque et du Mexique.

Objectifs à court terme pour le BIREME

11. Les objectifs comprennent :

- a) la poursuite des négociations avec le gouvernement du Brésil pour finaliser l'accord sur le siège, qui contribuera à l'efficacité du BIREME en tant qu'institution et renforcera le centre sur les plans opérationnel et financier ;
- b) l'élaboration de domaines d'intervention dans le contexte du 50^e anniversaire du BIREME (2017) pour renforcer le Centre sur le plan institutionnel ;
- c) la mise en application des recommandations du Comité consultatif du BIREME, comme convenu lors de la sixième session du Comité le 2 février 2017 ;
- d) la tenue de la troisième session du Comité scientifique du BIREME durant la première semaine de décembre 2017 ;
- e) la tenue du 10^e Congrès régional de l'information sur les sciences de la santé (CRICS10) en coordination avec le pays hôte du 7 au 10 mai 2018 à Panama ;
- f) l'élaboration et la mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources financières du BIREME, conformément à la politique interne du BSP pour la viabilité financière du Centre.

Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (CLAP/WR)

12. Le Centre latino-américain de périnatalogie (CLAP) a été créé en 1970 par un accord entre le gouvernement de la République orientale d'Uruguay, l'Université de la République d'Uruguay et l'OPS. Dans un processus de décentralisation, le Centre a fusionné avec l'unité de la santé de la femme en 2005, quand il est devenu le Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (CLAP/WR), et a commencé son fonctionnement en tant qu'unité décentralisée relevant du Département de la famille, du genre et du parcours de vie (FGL). L'objectif général du CLAP/WR est de promouvoir, renforcer et améliorer les capacités des pays de la Région des Amériques en matière de soins de santé pour les femmes, les mères et les nouveau-nés.

Progrès récents au CLAP/WR

13. Une évaluation externe détaillée du CLAP/WR a été effectuée à la fin de 2016. Les résultats définitifs de l'évaluation confirment que, dans le cadre des efforts nationaux accomplis par les pays d'Amérique latine et des Caraïbes pour améliorer l'accès et la qualité des soins dans les domaines de la santé maternelle et néo-natale et de la santé sexuelle et génésique, le CLAP/WR apporte une valeur ajoutée et est largement reconnu par les ministères de la Santé de la Région en tant qu'atout précieux de l'OPS qui stimule les capacités de réponse nationale. La coopération technique offerte à travers le CLAP/WR est reconnue comme excellente et bien adaptée aux besoins spécifiques des pays. Le CLAP/WR favorise les partenariats de travail avec des acteurs régionaux (associations professionnelles, organisations non gouvernementales, agences des Nations Unies, organismes donateurs, groupes organisés et autres) et les unités et départements de l'OPS. Un aspect positif souligné par l'évaluation était l'expansion de la coordination

technique avec les pays des Caraïbes anglophones, qui est passée de deux pays desservis pour la période biennale 2014-2015 à 10 pour la période biennale en cours (2016-2017).

14. L'évaluation concluait qu'il fallait renforcer progressivement le CLAP/WR tout en cherchant à optimiser la coopération technique. Au titre des recommandations, quatre scénarios étaient présentés pour renforcer le Centre d'une manière stratégique et structurée afin d'assurer sa viabilité. Un délai de 30 mois a été établi pour que FGL établisse des axes de travail à court et moyen terme visant à maximiser la coopération technique fournie par le CLAP/WR. L'évaluation soulignait que les engagements internationaux et régionaux pris à la lumière du Programme de développement durable à l'horizon 2030 offraient une opportunité d'améliorer progressivement l'efficacité de la coopération technique. Il est suggéré que les efforts soient axés sur les priorités clés des pays, tout en renforçant également la mobilisation afin de contribuer à la viabilité des efforts nationaux en matière de santé maternelle et néonatale et de santé sexuelle et génésique.

15. L'accord de base du CLAP signé entre le gouvernement de la République orientale d'Uruguay, l'Université de la République d'Uruguay et l'OPS est arrivé à expiration le 28 février 2016. Un nouvel accord de base pour la structure institutionnelle et stratégique actuelle du CLAP/WR est en cours de négociation avec le gouvernement de la République orientale d'Uruguay.

Centre panaméricain sur la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

16. PANAFTOSA est le centre de l'OPS situé dans l'État brésilien de Rio de Janeiro. Il a été créé en 1951 conformément à un accord souscrit entre le gouvernement du Brésil et l'OPS. Son objectif initial était d'exécuter le programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA selon son sigle espagnol). En 2005, la référence zoonotique, la recherche et les activités de coopération technique sur la sécurité alimentaire ont été transférées de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et les zoonoses (INPPAZ) à PANAFTOSA.

Progrès récents à PANAFTOSA

17. Le Centre a fait l'objet d'un examen administratif en septembre 2016 et une évaluation technique externe de PANAFTOSA doit être effectuée au début de 2018. Les termes de référence et la sélection de l'équipe d'évaluation sont en cours.

18. Avec l'appui de PANAFTOSA, la surveillance, la prévention et le contrôle des cas de rage, tant chez les humains que chez les animaux, ont été renforcés dans 18 pays (Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Haïti, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay, et Venezuela).

19. En Haïti, la disponibilité de prophylaxie pré-exposition à la rage pour les personnes a été augmentée, suite au don de vaccins contre la rage humaine par le Brésil et le Paraguay. En outre, plus de 160 professionnels de la santé de 84 centres sanitaires médicaux dans 63 municipalités ont été formés à la gestion des cas cliniques de personnes attaquées par des chiens, conformément aux protocoles et directives recommandés par l'OPS/OMS, adaptés à la situation du pays. Un soutien spécifique a également été fourni pour l'élaboration d'une proposition de projet afin d'éliminer la rage canine sur l'île d'Hispaniola (Haïti et République dominicaine). La surveillance de la rage canine a été renforcée en coordination avec les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis.

20. PANAFTOSA a contribué à améliorer la surveillance, la préparation et la réponse à la grippe aviaire hautement pathogène, a continué à appuyer l'initiative sud-américaine d'hidatidose/échinococcose et a promu et mené des actions interprogrammatiques dans les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'environnement, pour la surveillance des épizooties de primates non humains et des vecteurs de la fièvre jaune dans la Région. De plus, une coopération technique a été fournie aux pays pour d'autres maladies zoonotiques telles que la morve, l'encéphalite équine et la tuberculose bovine.

21. En ce qui concerne la fièvre aphteuse, PANAFTOSA continue à coordonner les efforts d'éradication avec PHEFA. Alors que la Région a connu quatre années consécutives sans notification de fièvre aphteuse, la flambée récente de la maladie en Colombie (24 juin 2017) démontre le risque permanent dans la Région et le besoin constant de renforcer les programmes nationaux de prévention et d'éradication de la fièvre aphteuse.

Accords de coopération et mobilisation des ressources

22. La contribution annuelle du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement du Brésil (MAPA selon son sigle portugais) couvre entièrement les coûts d'entretien du Centre. De plus, PANAFTOSA a réussi à mobiliser des contributions volontaires pour l'éradication de la fièvre aphteuse en Amérique latine et ces contributions appuient la coopération technique du Centre pour la coordination régionale du PHEFA. Ceci a permis à PANAFTOSA d'utiliser les ressources financières ordinaires pour la coopération technique dans les domaines des zoonoses et de la sécurité des aliments. Le Centre a également été en mesure de mobiliser des contributions volontaires pour la sécurité des aliments et les zoonoses, provenant d'agences gouvernementales du secteur de la santé animale, y compris de l'Agence d'assurance de la qualité agricole de l'Équateur (Agrocalidad) et du Service national du Paraguay pour la santé animale et la qualité (SENACSA selon son sigle espagnol). Enfin, par le biais de PANAFTOSA, l'OPS a renouvelé l'accord de coopération technique signé avec le Secrétariat de la veille sanitaire (SVS)/ministère de la Santé du Brésil ainsi qu'un accord signé avec l'Agence nationale de veille sanitaire du Brésil (ANVISA selon son sigle portugais), qui appuient

tous deux la surveillance en matière de maladies alimentaires et zoonotiques et la sécurité des aliments.

Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine

23. La Conférence est priée de prendre note du présent rapport et de formuler les recommandations qu'elle jugera appropriées.

- - -