



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



148^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, du 20 au 24 juin 2011

Point 7.5 de l'ordre du jour provisoire

CE148/INF/5 (Fr.)

7 juin 2011

ORIGINAL : ANGLAIS

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

TABLE DE MATIERES

A.	Immunisation : défis et perspectives.....2 <i>Résolutions CD25.R27 (1997) et CD50.R5 (2010)</i>
B.	Mise en œuvre de la stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, innovation et propriété intellectuelle.....6 <i>Résolutions WHA61.21 (2008) et CD48.R15 (2008)</i>
C.	Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.....11 <i>Résolutions CD48.R2 (2008) et CD50.R6 (2010)</i>
D.	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)..... 14 <i>Résolutions WHA58.3 (2005) et CSP27/R13 (2007)</i>
E.	Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques.....18 <i>Résolutions CD45.R3 (2004), WHA63.15 (2010) et A/RES/65/1(2010)</i>
F.	Examen des Centres panaméricains.....27 <i>Résolutions CSP20.R31 (1978) et CD50.R14 (2010)</i>

A. VACCINATION : ENJEUX ET PERSPECTIVES

Antécédents

1. Le 50^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a pris connaissance du document de réflexion *Renforcement des programmes de vaccination* (CD50/14 [2010]) qui a été approuvé au moyen de la résolution CD50.R5, laquelle réitère les importantes réalisations enregistrées à ce titre dans la Région et invite instamment les États Membres à ratifier les programmes nationaux de vaccination comme un bien public, et à réaffirmer la vision et la Stratégie régionale de vaccination pour maintenir les acquis, achever les programmes en suspens et affronter les nouveaux défis dans ce domaine. La résolution appelle également à continuer d'épauler le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins.

Réalisations

2. Au niveau régional, la couverture vaccinale figure parmi les plus élevées du monde. En 2009, dans la Région des Amériques, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont effectué les estimations suivantes : pour le BCG, un taux de couverture de 94 % ; pour le VPO3, 91 % ; pour le DTC3, 92 % chez les nourrissons de moins d'un an ; enfin pour le vaccin ROR, 93 % chez les nourrissons âgés d'un an. Toutefois, en ce qui concerne le DTC3, 10 pays rapportent une couverture nationale de moins de 90 %, et en Amérique latine et dans les Caraïbes, 43 % des municipalités déclarent une couverture inférieure à 95 %.

Conserver les acquis

3. Depuis 1991, notre Région ne connaît pas de cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage. Depuis 2002, il n'y a pas de cas de rougeole autochtone et, depuis 2009, l'on n'a rencontré aucun cas de rubéole autochtone ni de cas de syndrome de rubéole congénitale. En 2010, 63 cas de rougeole ont été notifiés, qui étaient importés d'autres régions du monde, et 190 cas liés à des importations. En Argentine et au Brésil, les épidémies de rougeole constatées en 2010 étaient liées à des personnes ayant assisté à la coupe du monde de football en Afrique du Sud.

4. En 2010, la réintroduction de la poliomyélite dans des pays de régions du monde où cette maladie avait disparu, ainsi que l'importation de cas de rougeole, ont amené tous les États Membres à envisager le risque de réintroduction de ces maladies, la capacité de dépister à temps l'apparition de cas ou encore la réintroduction du virus, ainsi que la capacité de stopper de manière opportune et radicale l'apparition de cas secondaires.

5. La vaccination contre le virus *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) a permis de diminuer radicalement le nombre de cas et d'hospitalisations y relatifs, et l'on renforce actuellement les mesures permettant de calculer les effets du vaccin. Il est probable que de nombreux pays aient déjà réussi à éliminer les maladies envahissantes causées par le Hib.

Achever les programmes en cours

6. L'emploi du vaccin contre la grippe saisonnière dans les programmes de vaccination des États Membres est en augmentation, et 36 pays et territoires y ont déjà recours. Les enseignements tirés de la vaccination contre la grippe pandémique H1N1 2009 ont permis d'intensifier considérablement les vaccination des groupes à risque, surtout les femmes enceintes.

7. La vaccination contre la fièvre jaune est demeurée une priorité dans les États Membres où cette maladie est enzootique. En 2010, cet exercice a été entravé par la diminution de l'offre de vaccins chez les fabricants, une situation qui a commencé à être corrigée en 2011. L'on espère aujourd'hui que les États Membres se mettent à jour de la vaccination au sein de leur population à risque.

8. Chaque État Membre a élaboré un plan d'action pour atteindre ou maintenir une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95 % à l'échelle municipale, et pour renforcer la surveillance épidémiologique. Dans ce contexte, l'appui technique et financier de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et des Centres de prévention et de contrôle des maladies (CDC) des États-Unis a été capital.

9. La Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) représente une occasion de maintenir la question de vaccination à l'ordre du jour des programmes politiques et sociaux des pays, mais d'atteindre aussi les populations vulnérables ou difficilement accessibles. L'année 2011 marque la neuvième édition de la SVA, qui a pour slogan "Fais vacciner ta famille, protèges la communauté". Toujours en 2011, quatre autres régions de l'OMS réalisent leur propre semaine de vaccination. La Région de l'Europe connaît sa sixième édition, la Région de la Méditerranée orientale, sa deuxième et, pour la première fois, les régions de l'Afrique et du Pacifique ouest connaissent leur Semaine de vaccination. L'OPS a fourni un appui technique aux autres régions au moyen d'ateliers, téléconférences et visites sur le terrain pour échanger du matériel, des données d'expériences et des enseignements. La Région d'Asie du sud-est s'est engagée à lancer sa propre initiative en 2012, ce qui nous rapproche de notre objectif, qui est de déclarer une semaine de vaccination à l'échelle mondiale.

10. Le risque de réintroduction ou de réapparition en Haïti de maladies évitables par la vaccination demeure présent, surtout en raison de la fragilité sanitaire occasionnée par le tremblement de terre et l'épidémie de choléra en 2010, ainsi que du nombre global de personnes susceptibles. Face à cette situation, et sous la coordination du ministère haïtien

de la Santé publique et de la Population, l'OPS a enjoint d'autres institutions et partenaires d'œuvrer conjointement au renforcement du programme de vaccination de ce pays.

Relever les nouveaux défis

11. Des avancées extraordinaires ont été réalisées en matière d'introduction de nouveaux vaccins, ce qui permet d'épargner des vies et d'économiser des frais. En 2010, l'on a constaté que 15 pays et territoires avaient introduit le vaccin anti-rotavirus dans leurs programmes systématiques, que 18 pays disposaient du vaccin anti-pneumocoque et que 5 pays disposaient du vaccin contre le virus du papillome humain. Au total, 16 pays ont des centres sentinelles de surveillance qui permettent d'évaluer l'effet de la vaccination et de dépister en temps voulu les changements de comportement épidémiologique des maladies.

12. Grâce à l'initiative ProVac, l'OPS a maintenu un appui technique aux États Membres portant sur tous les aspects décisionnels relatifs à de nouveaux vaccins, ainsi qu'un soutien aux études économiques.

13. En ce qui concerne les États Membres et partenaires techniques, des études ont été réalisées pour consolider les acquis de l'introduction de nouveaux vaccins et de l'efficacité par rapport à l'investissement, ainsi que l'impact épidémiologique et économique et la surveillance des événements néfastes. Ces études ont servi de référence sur le plan international.

14. Le fait de disposer d'informations adéquates et opportunes sur les populations vaccinées, la couverture, les besoins de vaccination et les matériels pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action représente l'un des grands défis que doivent affronter les programmes de vaccination. Avec l'appui de l'OPS, les États Membres ont encouragé la création de registres nominaux de vaccination informatisés. Certains pays maintiennent ces registres depuis quelques années, tandis que d'autres sont en train de les établir et de les mettre en application. Les États Membres se sont engagés à mettre en commun leurs données d'expériences et à travailler conjointement, ce qui laisse entrevoir que l'exploitation des registres nominaux de vaccination informatisés s'étendra prochainement à la Région tout entière.

Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins

15. À la fin 2010, 40 États Membres avaient acheté des vaccins, seringues et matériels par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (FR). En 2010, le FR a proposé 45 articles biologiques différents, le montant total des achats s'élevant à 510 millions USD.

Prochaines étapes

- a) Maintenir le statut de la vaccination comme bien public.
- b) Renforcer à tous les niveaux les mesures de surveillance épidémiologique et vaccinale face au risque de réintroduction de maladies évitables par la vaccination, déjà éradiquées ou éliminées de notre Région.
- c) Renforcer la communication, l'information et la sensibilisation sur les avantages offerts par les vaccins et la vaccination au sein de la population.
- d) Continuer d'apporter un soutien technique aux États Membres à partir du Bureau sanitaire panaméricain.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

16. Le Comité exécutif est prié de prendre note du présent rapport intérimaire et de formuler des recommandations à cet égard.

B. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION MONDIAL SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

17. Ce rapport vise à fournir une vue d'ensemble de la façon dont la *Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle* (Résolution WHA61.21 [2008]) est adaptée, à travers une perspective régionale (CD48.R15 résolution [2008]), à la Région des Amériques, en mentionnant les principales lignes d'action, d'accès, d'innovation et de gestion des droits de la propriété intellectuelle dans une perspective de santé publique.

18. Les principes régissant la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle exprimés dans la stratégie mondiale sont progressivement incorporés comme une partie intégrante des politiques nationales de médicaments, de recherche et d'innovation. Les mécanismes d'intégration sous-régionale comme l'Union des nations sud-américaines (UNASUR), l'Organisme andin de la santé (ORAS) et le MERCOSUR (et les États associés) ont adopté des éléments de la stratégie mondiale.

19. Les États membres continuent d'occuper une position de leader dans le débat lié à la stratégie mondiale. Le groupe consultatif d'experts sur les mécanismes de financement et de coordination pour la recherche et le développement est d'une importance capitale. Sur les treize candidatures présentées par les États membres de la Région des Amériques, le Conseil exécutif de l'OMS a intégré, en janvier 2011, quatre représentants (Argentine, Brésil, Canada et États-Unis) au Groupe consultatif.

20. La volonté politique et la coopération des États membres et des principaux acteurs régionaux s'est transformée en mesures concrètes de coopération et en particulier, par la mise en réseau. Le Réseau d'évaluation des technologies des Amériques, récemment créé et dirigé par les autorités sanitaires nationales, réunit des experts des centres collaborateurs et des institutions compétentes de la Région pour renforcer la capacité des pays à soutenir les décisions d'intégration et d'innovation ainsi que le développement et l'utilisation des technologies de la santé dans les systèmes de santé. Grâce à la liste de distribution électronique bilingue ECONMED,¹ les autorités sanitaires ont accès à une information clé pour la gestion des technologies de la santé. Le Réseau panaméricain pour l'harmonisation des réglementations pharmaceutiques (Red PARF) rassemble les autorités de réglementation nationales afin de faciliter l'élaboration de normes et de directives de réglementation.² Les sujets que couvrent ces réseaux sont très divers et reflètent

¹ Pour accéder aux documents, communications et documents publics distribués par le Conseil économique, veuillez consulter www.paho.org/econmed.

² Pour visualiser la situation actuelle, les groupes historiques et actuellement actifs dans le réseau, rendez-vous sur le site web

différentes priorités, allant de l'utilisation des plantes médicinales³ à la biotechnologie,⁴ de la santé et de l'innovation dans la Pan-Amazone⁵ jusqu'à la réalisation d'essais cliniques de grande envergure.

21. La Région continue de donner la priorité à la gestion des droits de propriété intellectuelle du point de vue de la santé publique. Depuis juin 2010, le Mexique dispose d'un mécanisme permettant d'évaluer la demande de brevet (la Commission fédérale pour la protection contre les risques sanitaires, COFEPRIS), tandis que la Bolivie et le Paraguay ont adopté un instrument similaire, appelé de « consentement préalable ». La cession par les Instituts nationaux de santé des États-Unis d'un brevet lié à un médicament antirétroviral à l'ensemble commun de brevets, créée par le Mécanisme international d'achat de médicaments (UNITAID), se doit d'être saluée. Les flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent le commerce (ADPIC) ont été utilisées dans la Région : en Équateur avec l'utilisation de licences obligatoires par les autorités nationales et en Colombie avec l'annonce par le gouvernement de sa volonté d'utiliser le mécanisme d'importation parallèle.

22. Onze États membres ont entrepris une analyse des cadres juridiques et institutionnels en matière de santé liés à la gestion des droits de propriété intellectuelle. Les informations recueillies sont analysées dans chaque pays sous la coordination des autorités de santé afin d'améliorer l'articulation du secteur de la santé avec d'autres secteurs dans la gestion des droits de propriété intellectuelle pour améliorer l'accès et la santé.⁶

23. Compte tenu de la demande officielle des pays de la Région, l'OPS a contribué à diverses activités relatives au commerce et à l'accès aux médicaments essentiels. Ces actions soutenaient l'organisation d'ateliers de formation en Amérique centrale et les Caraïbes en y intégrant la participation de représentants des ministères de la Santé et autres acteurs nationaux. Le ministère de la Santé de l'Argentine a reçu un soutien pour la mise en œuvre d'un parcours de santé publique et de propriété intellectuelle afin de former entre autres les fonctionnaires des ministères et des organismes de réglementation. La réalisation d'une étude sur les politiques pharmaceutiques, la réglementation de la

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1054&Itemid=513&lang=es.

³ Information disponible sur :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1587&Itemid=513.

⁴ Pour connaître le groupe de travail, les membres et les dernières publications, rendez-vous à

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1587&Itemid=513.

⁵ Pour connaître les objectifs et la mission du réseau rendez-vous à

<http://panamazonica.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=19&item=4>.

⁶ Brésil, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, El Salvador, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Panama et Pérou. Vous pouvez trouver des informations sur le projet et sur son champ d'application sur :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2781&Itemid=1178&limit=1&limitstart=2&lang=es.

propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments ont également été soutenus en collaboration avec la CARICOM et d'autres pays des Caraïbes.⁷

24. Le regain d'intérêt dans la promotion de la création de systèmes nationaux d'innovation s'est traduit par la participation active des pays et des principaux acteurs dans le processus de consultation sur les aspects fondamentaux de la mise en œuvre de la stratégie mondiale. La réunion sur l'innovation pour combattre les maladies négligées dans le cadre du Forum mondial pour la santé qui s'est tenue à Cuba en novembre 2009 et la consultation réalisée au Panama en septembre 2009⁸ sur la promotion de la recherche et du développement des produits de santé sont des exemples incontestables de cet intérêt.

25. Le cadre réglementaire et le renforcement des capacités pour faciliter le transfert de technologie ont également été discutés lors d'une consultation tenue en Uruguay en octobre 2010⁹ ainsi que lors de celle qui a eu lieu au Mexique en mai 2011 sur la production de vaccins contre la grippe. La recherche de mesures d'incitation appropriées pour remédier au déficit d'innovation qui touche les secteurs les plus vulnérables de la population a également été abordé. La proposition de l'OPS d'organiser une incitation à l'innovation pour les maladies négligées et prioritaires a suscité l'intérêt des pays.

26. Les actions que les pays ont entrepris pour améliorer l'accès aux technologies de la santé se fondent sur le principe de l'intégration des interventions d'accès et d'innovation, telles que :

- l'intégration des systèmes d'approvisionnement d'El Salvador et de la République dominicaine ;
- l'expansion et l'amélioration de l'efficacité du financement public des médicaments par le biais du Programme de pharmacie populaire au Brésil ;
- l'augmentation de la transparence du marché pharmaceutique avec la création et l'utilisation des banques qui soutiennent l'achat de médicaments par le secteur public dans le Mercosur, l'Amérique centrale, le Pérou et la Colombie ;
- la promotion de l'utilisation rationnelle avec la création de programmes multidisciplinaires aux Bahamas, en Bolivie, au Nicaragua et au Paraguay ; le soutien au Fonds renouvelable régional pour les fournitures de santé publique

⁷ Le rapport sur la situation de réglementation, de gestion de la propriété intellectuelle et de l'accès aux médicaments dans les pays de la CARICOM (et en République dominicaine) est en cours d'examen par les organes compétents de la CARICOM.

⁸ Un résumé de la réunion est disponible sur le site :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8796&Itemid=

⁹ Vous pouvez trouver un résumé de la Réunion internationale sur le transfert de technologie et d'innovation en santé dans les Amériques sur le site :

http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=230.

stratégiques des pays d'Amérique centrale dans les négociations et les achats groupés de médicaments coûteux, afin d'améliorer l'accès à ces intrants, et

- le renforcement de la capacité de réglementation pour assurer la sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments dans les Caraïbes, en Colombie, à Cuba, au Honduras, au Panama et au Pérou.

27. La Région dispose à présent de quatre autorités de régulation de référence (Résolution CD50.R9 [2010]) pour renforcer les capacités et les fonctions de réglementation dans les États membres.

28. L'intégration des diverses initiatives et des zones de travail proposées par la stratégie mondiale implique des défis importants. Le fait de compter avec un espace d'échange d'informations fiables et pertinentes facilitera le renforcement des capacités nécessaires pour mener à bien toutes les activités impliquant les processus d'innovation pour la santé ainsi qu'un meilleur accès. Par conséquent, l'OPS, en collaboration avec les États membres, les organisations internationales et les parties prenantes concernées, développe une plate-forme régionale d'accès et d'innovation pour la santé.¹⁰ Cette plate-forme servira d'instrument intégré et de canal pour la promotion de la coopération, le travail en réseau, la transparence et la circulation de l'information de manière à promouvoir la gestion, l'innovation, l'accès et l'utilisation rationnelle dans le domaine des technologies de la santé et dans l'échange des initiatives développées au sein de la stratégie mondiale.

29. Les États membres de l'OPS ont montré un engagement important dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale. Le 49^e Conseil directeur de l'OPS a fourni des outils supplémentaires avec l'adoption de la *Politique sur la recherche pour la santé* (Résolution CD49.R10 [2009])¹¹ et la résolution CD49.R19¹² (2009) sur l'élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

30. Le Comité exécutif est invité à prendre note de ce rapport et à formuler ses recommandations à cet égard.

¹⁰ Disponible à l'adresse :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2168&Itemid=1178&lang=es.

¹¹ La résolution CD49.R10 (2009), *Politique sur la recherche pour la santé*, [Internet] est disponible sur le site : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R10%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R10%20(Fr.).pdf).

¹² La résolution CD49.R19 (2009), *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* [Internet] est disponible sur le site : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Fr.).pdf).

C. AVANCEES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC

Antécédents

31. L'objectif du présent rapport sur l'état d'avancement consiste à fournir une mise à jour en matière d'avancée des mesures de la lutte antitabac aux Amériques, dans le cadre de la résolution CD48.R2 (2008), du 48^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (1), et de la résolution CD50.R6 (2010), du 50^e Conseil directeur de l'OPS (2).

Rapport sur l'état d'avancement

32. Saint-Vincent-et-les-Grenadines a ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), ce qui porte le nombre total à 28 États parties (80% du total des États membres de l'OPS).

33. Le Mexique et le Panama ont augmenté les taxes sur le tabac, bien que celles-ci ne représentent pas encore 75% du prix de vente au détail ; de fait, seuls trois pays ont atteint cet objectif (le Chili, Cuba et le Venezuela).

34. Dix pays ont adopté une législation nationale (ou infranationale, englobant 90% de la population) interdisant de fumer dans tout lieu fermé, tant public que professionnel, sans exception. La Barbade, le Honduras et le Venezuela sont les trois derniers pays qui sont venus rejoindre le Canada, la Colombie, le Guatemala, le Panama, le Pérou, Trinidad-et-Tobago et l'Uruguay. Un seul pays (le Paraguay) a enregistré un recul en introduisant une dérogation au décret sur ce thème, en raison de l'action en justice intentée par l'industrie du tabac.

35. Quinze pays ont adopté des réglementations sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac, qui sont en parfaite adéquation avec la CCLAT, bien que deux de ces pays n'incluent pas d'images dans les avertissements. Le Honduras et le Nicaragua sont les derniers pays à avoir rejoint ce groupe. Le Paraguay a enregistré un recul car une dérogation a été introduite au décret sur ce thème, en raison de l'action en justice intentée par l'industrie du tabac. La date limite pour l'application de l'article pertinent de la CCLAT arrivera à expiration fin 2011 pour douze pays.

36. Le Honduras et le Nicaragua ont limité partiellement la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac, alors que d'autres pays ont imposé d'amples restrictions ; les deux seuls pays à avoir instauré une interdiction globale sont la Colombie et le Panama. La date limite pour l'application de l'article pertinent arrivera à expiration fin 2011 pour vingt pays.

37. On a pu observer au cours des dernières années une augmentation du nombre et de l'intensité des actions intentées par l'industrie du tabac à l'encontre des politiques de lutte antitabac. L'OPS collabore étroitement avec des organisations de la société civile pour offrir une assistance technique immédiate et adéquate aux États membres sur ce thème, dans le cadre de l'Article 5(3) de la CCLAT.

38. S'agissant des thèmes transversaux du genre et des droits de l'homme, l'OPS, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les Centres pour la prévention et le contrôle des maladies des États-Unis (CDC), continue à soutenir le Système mondial de surveillance du tabagisme, moyennant l'utilisation d'un protocole standard permettant de disposer de données ventilées par sexe pour tous les composants du Système. Elle a également offert son assistance technique pour l'application des mesures de lutte antitabac avec une approche des droits de l'homme ; cette assistance s'est avérée tout à fait appropriée pour contribuer à contrecarrer l'interférence de l'industrie du tabac, qui cherche à s'opposer aux mesures favorisant des environnements exempts de fumée de tabac.

Mesures visant à améliorer la situation

39. Le thème de la lutte antitabac continue d'être une priorité, d'autant que la mise en œuvre globale de la CCLAT permettra de sauver d'innombrables vies, à long terme et à court terme, comme le démontrent les études révélant une diminution significative de l'incidence de l'infarctus aigu du myocarde aussitôt après la mise en œuvre de politiques sur les environnements exempts de fumée de tabac.

40. Attendu que 80% des États membres sont légalement liés par le Traité, il est fondamental d'encourager l'inclusion du thème de la lutte antitabac aux plans de coopération avec le pays, et de stimuler le recours au mécanisme de collaboration moyennant la coopération technique entre pays.

41. Il est nécessaire de jouer un rôle plus actif au niveau national afin de contribuer à établir ou à renforcer les unités de coordination et les unités responsables du thème de la lutte antitabac.

42. Les actions de l'industrie du tabac requièrent en général des mesures rapides et coordonnées. L'Organisation se doit de divulguer amplement les diverses modalités de coopération technique disponibles pour chaque cas de figure, tout en promouvant la coordination des autres acteurs gouvernementaux et de la société civile afin d'optimiser les interventions.

43. Il est recommandé d'inclure le thème de la lutte antitabac en tant que composant de projets plus vastes, d'autant que cette lutte pourrait profiter à de nombreux autres thèmes comme les maladies chroniques non transmissibles, la santé maternelle et

infantile, et bien d'autres encore, tout en contribuant à mobiliser de nouvelles sources de financement. Il est également important de poursuivre et d'approfondir l'inclusion de la vision du genre et la perspective des droits de l'homme dans le programme de lutte antitabac.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

44. Il est demandé au Comité exécutif de prendre note du présent rapport sur l'état d'avancement et de déterminer que ce rapport devra être présenté tous les deux ans, et coïncider avec la fin d'une période biennale.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre 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), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2008 (résolution CD48.R2) [consulté le 22 mars 2011]. Disponible à : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48.r2-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement de la capacité des États membres à mettre en œuvre les dispositions et lignes directrices de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. [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.R6) [consulté le 22 mars 2011]. Disponible à : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8952

D. MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

Introduction

45. Le présent rapport a pour objectif de rendre compte des progrès accomplis par les États membres de la Région des Amériques et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour honorer leurs obligations et engagements en matière de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) depuis le dernier rapport présenté au 50^e Conseil directeur qui s'est réuni en 2010 (document CD50/INF/6).

Promotion des partenariats régionaux et mondiaux

46. Dans les domaines de la transparence, de la responsabilité partagée et de l'entraide, les États parties prennent peu à peu le contrôle et se conforment à l'esprit du Règlement, motivés également par les mécanismes et initiatives d'intégration existant à l'échelle sous-régionale. Tout en reconnaissant les avantages d'une telle démarche, l'OPS continue de promouvoir ces mécanismes et initiatives tout en y collaborant. En outre, elle continue de renforcer ses liens de coopération avec d'autres organisations internationales et institutions à caractère technique qui sont connues pour leur rôle essentiel d'appui à la mise en œuvre du Règlement.

Renforcement des systèmes nationaux de prévention, surveillance, contrôle et riposte vis-à-vis des maladies et de sécurité de la santé publique dans les voyages et les transports

47. À l'échelle des pays, les Plans d'action nationaux (PAN) relatifs au RSI (2005) sont les pierres angulaires de la mise en œuvre de ce Règlement. Par ailleurs, au moins 10 des 28 États parties qui ont élaboré de tels plans ont réalisé l'exercice d'établissement des coûts y relatifs. Parmi les éléments d'appui que l'OPS fournit aux pays au titre de la mise en œuvre de leur PAN figurent les suivants : a) conclusion et rectification du PAN ; b) renforcement du Bureau du point focal national pour le RSI au moyen de l'élaboration de procédures opérationnelles permanentes, de la formation à l'utilisation de l'annexe 2 du Règlement, de missions d'étude auprès du point de contact RSI de l'OMS pour la Région au siège de l'OPS et de la présentation de la plateforme informatique pour la gestion d'événements avec le concours des ministères de la Santé du Brésil et du Chili ; c) formation des équipes d'intervention rapide ; et d) désignation des compétences pour l'épidémiologie de terrain.

48. L'OPS a offert son assistance aux missions de pays pour faciliter la mise en œuvre des dispositions du RSI (2005) aux points d'entrée, en particulier pour le processus de désignation de ports, en favorisant les échanges intersectoriels entre les responsables de la

santé publique et des points d'entrée ainsi que d'autres ministères (par ex. ministères des transports, de la défense, entre autres), tout en soulignant l'importance d'allier les attributions de santé publique à un processus rentable de désignation des points d'entrée. Avec le concours du Gouvernement espagnol, l'OPS a facilité la traduction de documents de référence sur la mise en œuvre du RSI aux points d'entrée.

49. Bien que les États parties se soient engagés à établir des capacités de base pour la surveillance et les interventions d'ici juin 2012, il est peu probable que tous les pays de la Région arrivent à respecter ce délai. Ce dernier devrait être considéré comme une cible qui permettra de maintenir la dynamique et de faire progresser un processus de préparation durable et constant, où les pays adaptent les enseignements tirés et les pratiques optimales fondées sur des preuves.

Renforcement des systèmes régionaux et mondiaux d'alerte et d'intervention de l'OPS/OMS

50. L'OPS a continué d'honorer ses obligations contractées en qualité de point de contact RSI de l'OMS pour la Région des Amériques, et a contribué au processus de gestion d'événement de santé publique : détection et évaluation du risque, intervention et communication du risque. Au total, entre le 1^{er} janvier et le 3 novembre 2010, 110 événements de santé publique qui auraient pu avoir une répercussion internationale ont été détectés et évalués. Pour 60 des événements retenus, des vérifications ont été sollicitées et obtenues auprès des points focaux nationaux du RSI.

51. L'OPS a aidé les autorités nationales à réagir face à une épidémie nosocomiale de la peste pulmonaire dans un foyer de peste notoire au Pérou en août 2010. L'OPS a également soutenu Haïti et la République dominicaine après la réintroduction du choléra en Haïti en octobre 2010. En effet, plus de 100 experts ont été dépêchés pour soutenir les efforts de lutte contre le choléra, y compris ceux mobilisés par le biais du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). Parmi les institutions et les gouvernements qui ont contribué substantiellement aux interventions figurent les CDC (États-Unis), l'Agence de la santé publique du Canada, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, l'Institut de Veille sanitaire (France), les ministères de la Santé du Brésil, du Pérou et de l'Espagne, enfin le Gouvernement de Cuba. Ce pays a déployé 1 500 personnels supplémentaires pour renforcer sa présence, déjà considérable, et les gouvernements de l'Argentine, du Brésil, de l'Équateur et du Pérou en ont fait de même.

Préservation des droits, obligations et procédures, réalisation d'études et suivi des progrès

52. En Amérique centrale et dans les Caraïbes, la révision et/ou la modification du régime juridique national pour assurer sa compatibilité et sa conformité aux dispositions du RSI (2005) demeure difficile.

53. En 2010, seuls cinq États parties de la Région n'ont pas transmis de confirmation ou d'actualisation annuelle des coordonnées de leur point focal national pour leur plan national. Au 31 janvier 2011, la liste d'experts en RSI comprenait 75 experts de la Région des Amériques.

54. À la même date, 379 ports de 17 États parties de la Région des Amériques étaient autorisés à délivrer des patentes de santé. La liste des ports agréés est régulièrement mise à jour et publiée en ligne.¹

55. En 2010, huit États parties de la Région ont fait rapport à l'OMS sur leurs exigences de vaccination vis-à-vis des voyageurs. Ces données seront intégrées à l'édition 2011 de la publication de l'OMS intitulée *Voyages internationaux et santé*.

56. Rappelant que le RSI (2005) témoigne de l'engagement des États parties en faveur du renforcement des capacités de surveillance et d'intervention conjointement avec la garantie d'une responsabilité² mutuelle, à ce jour, il n'existe aucune obligation légale quant au modèle que doivent adopter les États parties pour présenter leur rapport annuel à l'Assemblée. Entre 2007 et 2009, plusieurs instruments d'évaluation et de mesure des progrès accomplis dans la mise en œuvre du RSI (2005) ont été élaborés à travers le monde et dans la Région. Dans le souci d'atteindre un consensus régional sur la formule de suivi de la mise en œuvre du RSI, les États parties sont convenus d'employer des outils de suivi qui ont été élaborés et validés au niveau national ou sous-régional et déjà utilisés au niveau pays. Dans la Région, le faible degré d'acceptation de l'instrument proposé par l'OMS pour la présentation des rapports à la 63^e Assemblée mondiale de la Santé se signale par le plus faible taux régional de présentation enregistré au cours des trois dernières années (57 %, 20 des 35 États parties).

Comité d'examen du RSI (2005)

57. Le Comité d'examen du RSI (2005)³ a été convoqué en vertu de la résolution WHA61.2 (2008) à la suite de la proposition formulée par le Directeur général à

¹ Disponible sur le suivant http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/fr/index.html.

² *Global Health Security and the International Health Regulations*. Andrus JK, Aguilera X, Oliva O, Aldighieri S. *BMC Public Health*. 2010 Dec. 3 ;10 Suppl. 1:S2.

³ D'autres informations sur le Comité d'examen sont disponibles sur le site suivant : http://www.who.int/ihr/review_committee/fr/index.html.

l'intention du 126^e Conseil exécutif, concernant un examen du fonctionnement du RSI durant la pandémie (H1N1) de 2009. Les principales conclusions et recommandations du Comité d'examen sont contenues dans le « Rapport de la deuxième réunion du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 ⁴ » (ci-après dénommé Rapport préliminaire) et ont été présentées à la dernière réunion du Comité d'examen ouverte à la participation des États membres (Genève, du 28 au 30 mars 2011), aux fins d'observation et de discussion.

58. Les trois principales conclusions formulées par le Comité d'examen dans le Document préliminaire sont les suivantes : a) le RSI (2005) a contribué à améliorer l'état de préparation internationale à des urgences de santé publique, bien que les capacités de base visées à l'annexe 1 du RSI et qui ont été réclamées avec instance ne sont pas encore entièrement fonctionnelles à tous les échelons du système de santé publique et ne sont pas en voie d'être mises à contribution à l'échelle mondiale ; b) durant la pandémie, l'OMS a convenablement réagi à plusieurs titres, connu des difficultés systémiques et fait preuve de certaines carences ; le Comité d'examen n'a fait état d'aucune faute avérée ; c) le monde entier demeure peu préparé à réagir à une grave pandémie de grippe ou à tout autre événement international de santé publique similaire ; en sus de la mise en place des capacités de base, d'autres éléments pourraient contribuer à un meilleur état de préparation à l'échelle mondiale.

59. Une fois que les ajouts et les propositions sur le document préliminaire auront été compilés puis intégrés au rapport final du Comité d'examen, le produit définitif sera présenté à la 64^e Assemblée mondiale de la Santé. Au cas où d'autres questions connexes surgiraient durant cette 64^e Assemblée, ce rapport sera complété verbalement durant la 148^e session du Comité exécutif.

⁴ Disponible sur le site http://www.who.int/ihr/preview_report_review_committee_mar2011_en.pdf.

E. AVANCEES VERS LA REALISATION DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT RELATIFS A LA SANTE DANS LA REGION DES AMERIQUES

Introduction

60. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD),¹ établis en 2000 par les 189 pays membres des Nations Unies aux termes de la Déclaration des Nations Unies, ont été réaffirmés lors du Sommet de 2010. Les États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont déclaré leur engagement sans équivoque en faveur de la réalisation des objectifs fixés pour donner suite aux [OMD](#), avec la conviction que la santé est une composante essentielle du développement social, économique et politique. L'Organisation a jugé que la meilleure façon d'avancer vers l'atteinte de ces objectifs consiste à renforcer l'équité dans le domaine de la santé, tant entre les pays qu'à l'intérieur de ceux-ci, en accordant la priorité aux régions et aux groupes vulnérables, ainsi qu'aux populations qui vivent dans la pauvreté. Les OMD et les objectifs qui y sont rattachés, représentent des volets clés de l'engagement de l'[OPS](#) en faveur des politiques de santé assorties de résultat quantifiables.

61. Le présent rapport se fonde sur les engagements pris durant le 45^e Conseil directeur tenu en 2004, lequel a adopté la résolution [CD45.R3](#) qui traite des OMD et des Objectifs de la santé ([CD45/8](#)); le rapport de l'Assemblée mondiale de la Santé [A63/7](#) (2010) et la résolution [WHA63.15](#) (2010); la résolution relative au Sommet du Millénaire adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies ([A/RES/65/1](#) [2010]), en ce qui a trait à la région des Amériques. Le rapport propose en outre des actions stratégiques pour les quatre prochaines années.

Antécédents

62. En 2010, les quatre cinquièmes du délai imparti pour la réalisation des OMD (1990-2015) ont été atteints. Bien que la région des Amériques semble être sur la voie d'atteindre les OMD dans le domaine de la santé, il est important de reconnaître que la moyenne régionale tend à dissimuler les grandes disparités entre les pays en développement et à l'intérieur de ceux-ci; en outre le rythme selon lequel les objectifs sont réalisés varie d'un pays à l'autre, indépendamment du niveau de développement de ce dernier.

¹ Il s'agit de huit objectifs de développement humain qui traitent de l'élimination de la pauvreté, de l'éducation primaire et universelle, de l'égalité entre les sexes, de la réduction de la mortalité infantile, de l'amélioration de la santé maternelle, du contrôle de l'infection par le VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies, de l'environnement durable et de l'encouragement d'une association mondiale pour le développement.

63. Selon les estimations de la Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe ([CEPAL](#)), entre 2003 et 2008, la proportion de personnes qui vivent dans des conditions de pauvreté dans la région d'Amérique latine et de la Caraïbe a chuté de 11% pour passer de 44% à 33%, de même que la proportion de personnes vivant dans des conditions de pauvreté absolue est passée de 19% à 13%. En dépit de ces avancées, on calcule que pour 2008, il existait 180 millions de personnes vivant dans des conditions de pauvreté et 71 millions vivant dans des conditions de pauvreté absolue. C'est pourquoi dans le Rapport interinstitutionnel des OMD ([Informe Interagencial de los OMD](#)), il a été décidé de mettre en relief trois aspects de l'égalité : l'égalité de droits, la réduction des écarts et le bien-être des générations futures, grâce à un développement durable (1–2).

64. À partir de l'adoption de la résolution [CD45.R3](#) de 2004, les pays ont mené des activités avec l'appui des différents secteurs techniques de l'Organisation, en mettant l'accent sur l'évaluation, la qualité et le suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs. De surcroît, les pays se sont engagés à travers divers documents, à :

- diminuer les inégalités à l'échelle sous-nationale (en 2006 [CD47/INF/2](#), [CD47/INF/1](#) et en 2007 [CSP27/14](#)) ;
- réduire la pauvreté et la faim (RIMSA [CD46/14](#) [2005], [CD48/19, Rev. 1](#) [2008]) ;
- améliorer la nutrition (en 2006 [CD47/18](#), [CD47.R8](#) et en 2009 [CD49/23, Rev.1](#)) ;
- réduire les inégalités entre les sexes ([CD46/12](#) [2005]) ;
- réduire le taux de mortalité infantile (en 2006 [CD47/12](#), [CD47/11, Rev. 1](#), [CD47.R19](#), [CD47.R10](#) et en 2008 [CD48/7](#), [CD48.R4, Rev. 1](#)) ;
- améliorer la santé maternelle ([WHA55.19](#)² [2002] y [A57.13](#) [2004]) ;
- combattre l'infection au VIH/SIDA (en 2005 [CD46/20](#) y [CD46.R15](#)), le paludisme ([CD46/17](#) [2005] et en 2007 [CSP27/9](#) et [CSP27.R11](#)) ; la tuberculose (en 2005 [CD46/18, Rev. 1](#) et [CD46/R12](#)) ;
- encourager le développement durable (en 2008 [CD48/16](#), [CD48/16, Add.II](#) et en 2010 [CD50/19](#), [CD50/19, Add. I](#) et [CD50/19, Add. II](#)) ;
- encourager les systèmes de santé fondés sur l'octroi de soins primaires et en réponse aux déterminants de la santé (en 2008 [CD48/14, Rev. 1](#), [CD48/14, Add. II](#) et en 2009 [CD49.R22](#)) ;
- renforcer les statistiques de l'état civil et de la santé ([CD48/9](#) [2008], [CD49/16](#) [2009], en 2007 [CSP27/13](#), [CSP27.R12](#) et [CD50/INF/6](#) [2010]).

² Ce document n'est disponible qu'en anglais pour le moment.

65. Ce rapport d'activité se fonde sur les données fournies par ses États Membres et publiées chaque année par l'OPS dans le cadre de ladite Initiative régionale de données de base essentielles et profils de santé ([CD45/14](#) [2004] et [CD50/INF/6](#) [2010]), ainsi que sur les données créés à l'échelle mondiale par le groupe interinstitutions des Nations Unies chargé du suivi des OMD et qui reflètent les chiffres normalisés fondés sur des projections démographiques ou des données ajustées (1-3).

Analyse de la situation actuelle

66. Le stade de réalisation des OMD varie d'un pays à l'autre et en fonction de chaque objectif.

67. Aux fins du présent rapport, ont été pris en compte aussi bien l'information fournie par les pays (dénommée OPS) provenant des registres réguliers et de calculs émanés du pays lui-même, que les estimations faites par la Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe (CEPAL/CELADE) responsable du groupe interinstitutions.^{3,4,5,6}

68. Il a été mené une analyse avec l'information recueillie pour la période allant de 1990 à 2009 équivalent à 76% du temps consacré à l'atteinte des OMD. Au nombre des problèmes ayant des incidences sur l'utilisation de l'information provenant des systèmes réguliers, figurent principalement le manque de couverture du numérateur et/ou du dénominateur des indicateurs. Ceci force le recours aux calculs élaborés par les pays et les institutions internationales qui ne coïncident pas toujours.⁷

³ Organisation panaméricaine de la Santé et analyse de la santé : situation de la santé dans les Amériques : indicateurs de base pour la période de 2004 à 2010. Washington (DC) US.

⁴ Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe/ Centre latino-américain et antillais de démographie. Taux de mortalité infantile calculés sur une période de cinq ans. Pays de l'Amérique latine 1950-2050 [Internet]. CEPAL/CELADE. Santiago, Chili (consulté le 1^{er} novembre 2010]. Disponible à l'adresse: http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

⁵ Institut métrique de la santé et d'évaluation : Santé néonatale et post natale, enfance et taux de mortalité des moins de 5 ans dans 187 pays, 1970-2010 : une analyse systématique des progrès réalisés vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, Objectif 4 [Internet]. IHME; 2010 [consulté le 1er novembre 2010]. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/resources/datasets/2010/mortality/results/child/child.html>

⁶ Fonds des Nations Unies pour l'enfance/Organisation mondiale de la Santé/Banque mondiale/Division de la population des Nations Unies. Le Groupe inter institutions pour les estimations de mortalité infantile : tendances des taux de mortalité infantile (1960-2009) [Internet]. IGME ; 2010 [consulté le 1^{er} novembre 2010]. Disponible à l'adresse suivante: http://www.childinfo.org/mortality_imrcountrydata.php.

⁷ L'OPS mène une stratégie visant à renforcer les statistiques de l'état civil et de la santé (CD48/9 [2008]) qui comprend deux composantes : a) le travail réalisé avec les pays pour renforcer et améliorer la production de données statistiques et b) la coordination avec des institutions internationales pour éviter le double emploi et l'utilisation de techniques ou d'hypothèses différentes au moment de calculer les indicateurs.

69. L'Objectif 4 est analysé à partir des données de l'OPS, sur la base du taux de mortalité des enfants âgés de moins d'un an, étant donné que c'est dans ce groupe d'âge qu'on enregistre 80% des décès au sein du groupe de mineurs de moins de cinq ans.

70. Le taux de **mortalité infantile** continue de chuter dans la région. En 1990, le taux de mortalité infantile (TMI) a été de 42 pour 1000 naissances vivantes (n.v.) en Amérique latine et dans la Caraïbe et de 19 pour 1000 n.v. en 2009, soit une réduction de 55% et une moyenne annuelle de réduction de 2,9% (4). On calcule qu'en 2009, 199 000 décès ont été enregistrés parmi les enfants dans les Amériques. Au nombre des mesures relatives à la santé publique qui ont contribué à cette diminution, on peut citer les progrès en matière de stratégie de soins primaires de santé ayant un fort impact et à faible coût ; les programmes universels et gratuits de vaccination systématique ; la thérapie de réhydratation orale ; le contrôle de la croissance et du développement des enfants ; l'élargissement de la couverture des services de base, spécialement l'eau potable et les conditions d'hygiène ; l'amélioration des niveaux d'éducation de la population, particulièrement des femmes ; la diminution de la fécondité et la réduction de la pauvreté.⁸ Il sied de souligner qu'il existe dans la région une grande hétérogénéité entre les pays et entre les groupes de population et les territoires à l'intérieur des pays eux-mêmes.

71. Sur la base des chiffres officiels recueillis par l'OPS de ses pays membres, les TMI les plus faibles sont observés au Canada, au Chili, au Costa Rica, à Cuba, aux États-Unis d'Amérique et en Uruguay (entre 6 et 10 mille n.v. selon la série utilisée) ; la Bolivie et Haïti accusent les niveaux les plus élevés (entre 50 et 80 pour 1000 n.v., selon la série), chiffres qui sont huit fois plus importants que dans les pays où ces taux sont les plus faibles.

72. Dans les pays de la Caraïbe (anglophones et francophones), les séries sont plus instables parce qu'il s'agit de populations réduites où règne une situation plus homogène que dans les pays latino-américains. Les départements français d'outre-mer dans l'Amérique (Guadeloupe, Guyane française et Martinique) et Anguilla présentent les TMI les moins élevés (moins de 10 pour 1000 n.v.) tandis que le Guyana, le Suriname et Trinité-et-Tobago accusent les taux les plus élevés de la sous-région (entre 40 et 20 pour 1000 selon les différentes estimations).

73. Le taux de **mortalité infantile** a diminué dans la région, mais avec différentes tendances dans les pays. En 1990, le ratio de mortalité maternelle (RMM) a été de

⁸ Cette assertion se fonde aussi sur le paragraphe 4 de ce même document. En 1990, on comptait 200 millions de pauvres et 93 millions de personnes vivant dans des conditions de pauvreté absolue ; en 2007, il existait 184 millions de pauvres et 68 millions vivant dans des conditions de pauvreté absolue. En 2008, en raison de la crise alimentaire, la pauvreté a diminué pour passer à 180 millions, mais la pauvreté absolue a augmenté pour passer à 71 millions. Par conséquent, conformément aux données correspondant à 2008 et fournies par la CEPAL, le nombre de personnes vivant dans des conditions de pauvreté absolue a augmenté ; mais on peut aussi affirmer que la pauvreté a chuté depuis 1990 (de 11 points pour passer à 20 millions de personnes).

140 pour 100 000 naissances vivantes en Amérique latine et dans la Caraïbe et de 84 en 2008, soit une réduction de 40%, avec une moyenne annuelle de réduction de 3% depuis 1990. On calcule qu'en 2008, ont été enregistrés 10 242 décès maternels dans les Amériques (5).

74. Sur la base des chiffres officiels recueillis par l'OPS de ses pays membres, a été analysé le changement du pourcentage dû au taux de mortalité maternelle (RMM), en prenant pour base le RMM disponible en 2000 et en le comparant au chiffre le plus récent disponible entre 2005 et 2009. Si un pays ne disposait pas d'un RMM en 2000, était utilisé à titre optionnel le chiffre de 1999 et celui de 2001.

75. Cette tendance à la diminution est observée dans 15 pays de la région, qui accusent divers niveaux de progrès fluctuant entre 2,9% et 44,3%. D'autre part, il existe des pays qui ont rapporté des augmentations, lesquelles ont été en grande mesure reflétées par une amélioration de la surveillance des décès maternels comme par exemple, une plus grande compréhension des causes indirectes des décès relevés au Canada, aux États-Unis et en République dominicaine. Il est important de souligner que pour 2009, et en raison de l'épidémie de AH1N1 2009, une hausse de la mortalité maternelle dans la majorité des pays est attendue. Le rapport contenant cette information sera publié dans le bulletin « Situation de la santé dans les Amériques : indicateurs de base pour 2011 ».

76. Il est important de noter que dans plusieurs pays, l'élargissement de la couverture de soins prénatals, les soins durant l'accouchement par un personnel formé, l'accès et le recours aux médicaments anticonceptionnels et une surveillance accrue de la mortalité maternelle sont des stratégies qui contribuent à leur diminution. Néanmoins, bien que l'indicateur de mortalité maternelle se soit amélioré, l'analyse est rendue difficile en raison de la rareté d'information dans les séries, que ce soit au sujet de la taille des populations et/ou du peu de disponibilité de sources qui couvrent toutes les années prévues pour l'analyse de l'OMD. Il faut aussi mettre en relief que la réduction du taux de mortalité maternelle continue d'être en suspens et qu'une grande partie des pays de la région n'a pas pu atteindre l'objectif dans le délai imparti.

77. Pour ce qui est du calcul du nombre de nouvelles infections au VIH (ONUSIDA, 2010, Rapport global) pour les pays de la région, on observe en général une diminution du taux de morbidité, avec des tendances différentes du taux de mortalité. Pour 2009, environ 7% du total des nouvelles infections au VIH à l'échelle mondiale, soit 179 000 cas avaient été dépistés dans la région ; de ce nombre, 92 000 étaient recensés en Amérique latine, 70 000 en Amérique du Nord et 17 000 dans la Caraïbe (3). Il incombe à l'ONUSIDA d'assurer le suivi des objectifs 6A et 6B.

78. L'épidémie n'a pas encore été enrayerée, ni renversée. Au contraire, elle continue de poser le risque d'une plus grande expansion de l'infection, notamment parmi les femmes, les jeunes et les autochtones (3). Pour la période 2004 à 2008, pour ce qui est de la proportion de la population vecteur du VIH ayant accès à des médicaments

antirétroviraux en Amérique latine et dans la Caraïbe, on relève une augmentation du nombre de femmes enceintes (de 35% à 54%) et d'enfants de 15 ans (de 65% à 76%) ayant accès à un traitement.

79. Pour la période 2000-2009, la Région a rapporté une réduction de 56% de morbidité due au **paludisme** et 60% de réduction de la mortalité due à cette maladie. Des 21 pays où la malaria est endémique, 18 ont pu la réduire vers 2009 et de ce chiffre, huit d'entre eux ont enregistré des réductions majeures de 75%, tandis que quatre d'entre eux ont connu des réductions excédant 50%. À partir de 2005, il y a eu une diminution soutenue de la transmission dans les Amériques. (6).

80. Pour ce qui est de la **tuberculose**, des progrès ont été enregistrés dans 21 pays de la région. Néanmoins, la résistance à de multiples médicaments continue de poser un défi. Le rapport de l'OMS pour 2010 sur le contrôle de la tuberculose (qui recueille les données rapportées par les pays de la région) indique un taux annuel de réduction de 4% de l'incidence de la tuberculose dans les Amériques, région qui a connu le taux de réduction le plus élevé enregistré dans le monde. En même temps, la région des Amériques a déjà atteint les objectifs proposés pour 2015, à savoir une réduction de 50% des taux de prévalence et de mortalité due à la tuberculose. (7).

81. Pour ce qui est d'un **accès durable à l'eau sur une base sûre**, il incombe à l'UNICEF et à l'OMS de gérer cet aspect en leur qualité d'organismes qui, par le truchement du Programme commun de suivi (JMP-Joint Monitoring Program), utilisent l'information recueillie par des enquêtes de foyers et de recensements, à l'aide de définitions normalisées pour assurer la comparabilité dans le temps et entre pays. Sur le plan régional, selon les données disponibles pour 2008 sur le JMP, on a enregistré un taux d'accès de 93% à des sources améliorées d'eau (97% dans les zones urbaines et 80% dans les zones rurales). L'enjeu est plus important parmi les habitants recevant les quintiles de revenus les plus faibles. Le JMP renforcera la tâche de suivi au moyen de la ventilation des données, ce qui permettra de préciser les définitions des sources d'accès à l'eau renforcée et une plus grande attention sera prêtée à l'évaluation de la qualité de l'eau. On procède à l'élaboration d'indicateurs postérieurement à 2015 sur le droit à l'eau potable et à l'hygiène, lequel a été récemment déclaré droit fondamental par l'Assemblée générale des Nations Unies. (8).

82. En ce qui concerne **l'hygiène de base**, selon les données pour 2008 provenant du JMP, il existe dans la région une couverture d'hygiène de base améliorée de 80%. Pour les zones rurales, cette couverture se porte seulement à 55% c'est pourquoi il est indispensable de continuer à encourager ce service dans les zones rurales et périurbaines. De même, on doit continuer de renforcer la qualité du service, réduire les services d'hygiène inadéquats et empêcher la défécation à l'air libre, ainsi que le traitement des eaux usées urbaines (8). L'enjeu est plus important parmi les habitants recevant les quintiles de revenus les plus faibles (2).

Proposition

83. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire : a) de garantir l'effort solidaire entre les pays de la région en prenant en compte que certains pays devront agir plus rapidement, b) que l'OPS maintienne son leadership en matière de suivi et de coopération technique en vue d'améliorer le rendement des systèmes de santé et c) de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire pour que l'on puisse disposer de données chaque fois toujours plus valides, fiables et opportunes provenant de leurs systèmes usuels.

84. Les pays seront invités à poursuivre les grandes lignes stratégiques pour atteindre les OMD, à savoir : a) révision et consolidation des systèmes d'information ; b) renforcement des systèmes fondés sur les soins de santé primaires (AOS). Il est proposé de renforcer les systèmes de santé dans les municipalités qui se trouvent dans des conditions vulnérables dans un cadre rénové de l'APS ; c) réduction des inégalités à l'échelle sous-nationale en accordant la priorité aux municipalités les plus vulnérables et aux groupes démographiques marginalisés, en réponse aux déterminants sociaux de la santé. Il est proposé de renforcer les initiatives visant ces municipalités et les groupes tels que *Rostros, Voces y Lugares* ; les municipalités saines ; l'Alliance pour la nutrition et le développement, et la Maternité sûre ; d) formulation de politiques publiques en vue d'assurer la durabilité des acquis et gérer les déterminants sociaux et environnementaux de la santé en encourageant l'intégration de la « santé dans toutes les politiques ». Il est proposé de tirer profit de toutes les tribunes politiques et techniques pour poser la question des enjeux que pose l'équité dans notre région ; et e) Intensifier les travaux intersectoriels et interinstitutions pour focaliser et conjuguer les efforts.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

85. Le Comité exécutif est prié de prendre note du présent rapport et de formuler ses observations et suggestions pour que la tâche de l'OPS dans cette orientation de coopération technique vienne renforcer les initiatives visant à encourager encore davantage les acquis des objectifs des OMD concernant la santé d'ici 2015.

86. Il est demandé aux États Membres d'intensifier leurs efforts en vue d'atteindre les OMD grâce à des actions focalisées sur les cinq orientations stratégiques proposées.

87. Il est recommandé de soumettre un rapport d'activité d'ici 2013, dans le cadre des préparatifs du rapport consolidé devant être acheminé à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015.

Références

1. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio 2010 : El progreso de América Latina y el Caribe hacia los objetivos de desarrollo del milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad [Internet]. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago, de Chile, Chile. Santiago de Chile : Naciones Unidas ; 2010 (documento LG/G.2460) [consulté le 28 janvier 2011]. Disponible à l'adresse :
<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/1/39991/P39991.xml&xsl=/MDG/tpl/p9f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl>.
2. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010 : Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en América Latina y el Caribe. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago, de Chile, Chile. Santiago de Chile : Naciones Unidas ; 2010 [consulté le 28 janvier 2011]. Disponible à l'adresse :
<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-OMD-7-completo.pdf>.
3. Programme commun des Nations Unies contre le VIH/SIDA. Rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA - 2010. [Internet]. New York : ONUSIDA ; 2010 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm.
4. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2010 [Internet]. New York : UNICEF ; 2010 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/UNICEF_Child_mortality_for_web_0831.pdf.
5. Organisation mondiale de la Santé. Tendances en matière de mortalité maternelle : 1990 à 2008. Estimations mises au point par les institutions suivantes : OMS, UNICEF, UNFPA, et la Banque mondiale [Internet]. Genève, Suisse : OMS ; 2010 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante :
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.
6. Organisation panaméricaine de la santé. Rapport sur la situation du paludisme. Rapport sur la situation du paludisme dans les Amériques, 2008. Washington (DC), US: OPS ; 2008 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante :
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5175&Itemid=2258.
7. Organisation mondiale de la santé. Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde [Internet]. Genève, Suisse : OMS ; 2010 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/fr/index.html.

8. World Health Organization. A snapshot of drinking-water and sanitation in the MDG region Latin-America & Caribbean – 2010 update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation. OMS and UNICEF ; 2010 [consulté 10 février 2011] Disponible à l'adresse suivante:

http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf.

F. EXAMEN DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

88. Le présent document a été élaboré en réponse au mandat des Organes directeurs de réaliser des examens et des évaluations périodiques des Centres panaméricains.

Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

89. Au vu de la convergence de la santé humaine et de l'hygiène animale, il devient de plus en plus nécessaire que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) exerce le leadership dans le domaine des zoonoses, de la salubrité des aliments et de la sécurité alimentaire (y compris les maladies des animaux qui ont une répercussion importante sur la sécurité alimentaire, par exemple, la fièvre aphteuse).

Avancées récentes

90. Un projet de développement institutionnel a été réalisé pour PANAFTOSA, dans le cadre duquel les processus administratifs fondamentaux ont été révisés et améliorés. Les coûts d'exploitation ont été ventilés dans le but de financer la plus grande partie de la coopération technique en vue de l'éradication de la fièvre aphteuse par des contributions volontaires du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement du Brésil, et d'autres organisations publiques et privées du secteur agricole par le biais d'un fonds fiduciaire dans lequel les ressources financières mobilisées seront regroupées d'un commun accord pour la coordination régionale du programme régional des Amériques pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA). Le plan d'action 2011-2020 du PHEFA a été approuvé lors d'une réunion extraordinaire du Comité régional des Amériques pour l'éradication de la fièvre aphteuse (COHEFA) en décembre 2010.

91. De leur côté, les mécanismes de coordination régionale et mondiale pour l'alerte précoce et la riposte rapide aux risques graves pour la santé apparentés aux zoonoses, aux maladies transmises par l'alimentation et aux maladies des animaux qui ont des répercussions sur la sécurité alimentaire, sont renforcés dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005), en collaboration étroite avec l'Organisation Mondiale de la Santé Animale. Au mois de septembre prochain, il est prévu que soient terminés les travaux de rénovation du laboratoire (niveau de biosécurité 4 conformément aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé Animale [OIE]) du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement du Brésil à Pedro Leopoldo (Minas Gérais), permettant ainsi le transfert du laboratoire de référence de PANAFTOSA du siège situé à Duque de Caxias (Rio de Janeiro) aux nouvelles installations de biosécurité dans le laboratoire national agricole Pedro Leopoldo.

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

92. BIREME est un centre spécialisé établi en 1967 dans le but de canaliser la coopération technique qu'apporte l'Organisation à la Région en ce qui concerne l'information scientifique et technique en matière de santé. Le Centre fonctionne en collaboration avec le Gouvernement du Brésil représenté par les Ministères de la Santé et de l'Éducation, le Secrétariat à la Santé de l'État de São Paulo et l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP). Cette coopération a été officialisée par le biais de l'Accord de maintien de BIREME, qui a été rénové successivement depuis sa mise en vigueur. Le dernier renouvellement a prolongé sa vigueur jusqu'au 31 décembre 2011.

93. Le document principal qui établit la nouvelle structure de gouvernance et le cadre institutionnel du Centre est le Statut de BIREME, en vigueur depuis janvier 2010. Ce document a été approuvé par le 49^e Conseil directeur (2009), à la suite d'un vaste processus de consultation auquel le Gouvernement du Brésil a participé activement sous l'autorité du Ministère de la Santé.

94. Le Statut de BIREME établit un Comité consultatif composé de cinq membres nommés par le Conseil directeur de l'OPS et deux membres permanents (l'OPS et le Brésil).

95. En 2009, le 49^e Conseil directeur a élu cinq États Membres au Comité consultatif de BIREME : l'Argentine, le Chili et la République dominicaine (avec un mandat de trois ans) et le Mexique et la Jamaïque (avec un mandat de deux ans). La différence de la durée des mandats a été établie afin de garantir la rotation et la continuité des membres à l'avenir.

96. Le nouveau Statut de BIREME est en vigueur conjointement avec l'Accord de maintien de BIREME qui restera effectif jusqu'à la fin de l'année en cours. Les ressources financières que fournissent les associés de BIREME pour son maintien en 2011 seront transférées par le biais d'un nouvel Accord de siège pour BIREME, qui se trouve actuellement en cours d'approbation par le Gouvernement du Brésil. La contribution du Ministère de la Santé du Brésil pour l'année 2011 est estimée à environ 2,2 millions de dollars.

Avancées récentes

97. L'instauration du Comité consultatif de BIREME a été menée à bien le 31 août 2010, avec la participation des cinq membres non permanents et des deux membres permanents (le Brésil et l'OPS). Au cours de cette session, le règlement interne du Comité consultatif a été approuvé ainsi qu'une programmation de mesures et de

réunions ayant trait à l'implantation du nouveau cadre institutionnel de BIREME. Il est prévu que cette programmation sera terminée au cours de l'année 2011.

98. Pour l'instauration du nouveau cadre institutionnel de BIREME, les mesures suivantes sont mises en route :

- a) Signature d'un Accord de siège pour BIREME. L'OPS/OMS et le Ministère de la Santé du Brésil ont élaboré un Accord de siège, qui est en cours d'analyse par le Ministère des Relations extérieures du Brésil depuis le deuxième semestre de 2010.
- b) Établissement et signature d'un accord sur les installations et le fonctionnement de BIREME dans l'enceinte de l'université d'UNIFESP. Ce processus sera initié une fois que sera signé le nouvel Accord de siège.
- c) Définition du régime de financement pour BIREME dans les prochaines années à partir des contributions de l'OPS/OMS et du Gouvernement du Brésil.
- d) Établissement du Comité scientifique en 2011, en coordination avec le Comité consultatif de BIREME.
- e) Tenue de la deuxième réunion ordinaire du Comité consultatif à BIREME, avant la fin du premier semestre de 2011.
- f) Harmonisation des processus de gestion institutionnelle dans toutes leurs dimensions, régularisation des échanges de travail et de coopération entre les institutions de l'OPS dans le pays.
- g) Élaboration du nouveau plan biennal en coordination avec le Domaine de gestion des connaissances et communication de l'OPS et en conformité à la stratégie de coopération au Brésil.

99. À l'occasion du 51^e Conseil directeur de l'OPS qui se tiendra en 2011, il faudra élire deux nouveaux membres au Comité consultatif de BIREME en raison de l'achèvement du mandat de la Jamaïque et du Mexique (résolution CD49.R6 [2009]).

Centre panaméricain de Génie sanitaire (CEPIS)

100. Comme noté dans la résolution CD50.R14, le 30 septembre 2010 un accord a été souscrit entre le Gouvernement du Pérou et l'OPS/OMS pour la transformation du CEPIS en une Équipe technique régionale pour l'eau et l'assainissement (ETRAS). L'ETRAS travaille dans les installations de la Représentation au Pérou dans le cadre du Domaine de la santé et du développement durable (SDE) de l'OPS. Par décision des parties, il a été mis fin à l'accord souscrit le 8 avril 1971 entre le Gouvernement du Pérou et l'OPS/OMS pour l'établissement du CEPIS, à la même date à laquelle a été souscrit l'accord pour l'établissement de l'ETRAS.

101. En conséquence de ce qui précède, les évaluations périodiques des Centres panaméricains ne contiendront plus d'informations sur le CEPIS et à leur place seront fournies des informations sur les activités de l'ETRAS dans le cadre du rapport de performance programmatique périodique s'inscrivant dans les objectifs stratégiques correspondants.

Centre latino-américain de périnatalogie et développement humain (CLAP)

Avancées récentes

102. Par l'intermédiaire de l'Administration des services de santé de l'État (ASSE) le Gouvernement de l'Uruguay s'est engagé à fournir un espace physique pour la relocalisation du CLAP et de la Représentation de l'OPS, toujours en attente à ce jour.

103. Une évaluation a été effectuée sur la fusion des services administratifs du CLAP et de la Représentation de l'OPS en Uruguay, et une proposition a été présentée sur les étapes nécessaires pour parvenir à la fusion administrative et au déplacement aux nouvelles installations.

104. La prorogation V à l'Accord entre le Gouvernement de la République orientale de l'Uruguay, l'Université de la République et l'OPS/OMS a été souscrite pour poursuivre les activités du CLAP. La nouvelle date d'expiration de l'Accord est le 28 février 2016.

Programme régional de bioéthique

105. À la suite de la demande exprimée dans la résolution CD50.R14, diverses modalités de collaboration avec les États Membres dans le domaine de la bioéthique ont été évaluées et il a été décidé de consolider le programme régional dans le cadre du Bureau de genre, diversité et droits de l'homme (GDR). En conséquence de ce qui précède, il n'y aura plus d'informations sur le Programme régional de bioéthique dans le contexte des évaluations périodiques des Centres panaméricains mais il y aura à leur place des informations sur les activités du Programme dans les rapports périodiques de performance programmatique s'inscrivant dans les objectifs stratégiques correspondants.

106. De même, des consultations sont entreprises avec le Gouvernement du Chili et l'Université du Chili pour identifier des activités conjointes dans ce domaine important, qui pourraient se matérialiser dans un nouvel accord en remplacement de l'Accord pour le fonctionnement du Programme régional de bioéthique souscrit entre le Gouvernement du Chili, l'Université du Chili et l'OPS/OMS le 13 janvier 1994.

Centres infrarégionaux (CAREC et CFNI)***Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC)***

107. Actuellement, le CAREC est condamné à maintenir ses services habituels, en les augmentant de façon appropriée et selon les besoins, durant le processus de transition à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA de son acronyme en anglais). Comme noté dans la résolution CD50.R14 (2010), des groupes d'étude et d'appui au processus de transition ont été formés concernant les domaines des ressources humaines et financières et la gestion des laboratoires. Ces groupes continuent à travailler pour assurer que la transition à CARPHA s'effectue d'une manière ordonnée et transparente. Certains des domaines prioritaires comprennent la définition du champ, les fonctions et l'augmentation de la capacité du laboratoire du CAREC, et le réseau de laboratoires qui sera mis en œuvre dans la structure de CARPHA.

108. Le CAREC a reçu l'appui et l'orientation du Conseil du CAREC et a pris en considération les décisions du Conseil pour le développement humain et social (COHSOD de son acronyme en anglais) se rapportant à CARPHA et du Comité de Ministres de la Santé de la Communauté des Caraïbes (CARICOM).

Institut pour l'Alimentation et la Nutrition des Caraïbes (CFNI)

109. Suite à la demande exprimée dans la résolution CD50.R14 (2010), le CFNI poursuit sa collaboration avec les équipes de CARICOM en ce qui concerne CARPHA pour garantir que les thèmes de la sécurité alimentaire et les composantes de nutrition sont incorporés dans ses plans d'exécution. Les programmes du CFNI sont en cours de révision afin de faciliter la définition des fonctions qui seront assumées par CARPHA.

110. On continue à étudier la possibilité d'établir des accords avec des institutions de cette sous-région pour le transfert d'autres fonctions telles que les services d'alimentation et de diététique hospitalière et la formation de ressources humaines. Cette distribution de responsabilités, au sein de chaque domaine prioritaire, a été appuyée par le Comité consultatif sur les politiques du CFNI dans ses résolutions 2, 3, 4 et 7 du 19 juillet 2010.

111. Afin de parvenir à une plus grande efficacité tant technique qu'administrative, il a été décidé de relocaliser le bureau de la Représentation de l'OPS/OMS en Jamaïque dans le bâtiment du CFNI. Le 29 novembre 2010, une modification a été apportée au contrat de location du siège du CFNI entre l'Université des West Indies et l'OPS/OMS, qui permettra la consolidation des deux bureaux. Par ailleurs, un coût estimatif a été obtenu pour les rénovations et améliorations nécessaires pour installer le personnel de la Représentation et le CFNI dans le même espace physique. Ces rénovations comprennent des améliorations de la sécurité, la réorganisation des bureaux et un nouveau système téléphonique qui a été envoyé de Washington. La date précise du déménagement n'a pas encore été fixée.