

53^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

Point 8.6 de l'ordre du jour provisoire

CD53/INF/6

18 août 2014

Original : inglés/español*

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

SOMMAIRE

A.	Stratégie et plan d'action sur le changement climatique	2
B.	Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la région des amériques	6
C.	Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle	10
D.	Statuts des Objectifs du millénaire pour le développement.....	19
E.	Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté	26
F.	Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux.....	32
G.	Situation des centres panaméricains	35

* Original en anglais : partie A, B, D, E y F. Original en espagnol : parties C y G.

A. STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LE CHANGEMENT CLIMATIQUE

Antécédents

1. Ce rapport présente une mise à jour sur les progrès réalisés au cours des deux premières années de la mise en œuvre de la *Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique (1)*. Le rapport met l'accent sur les progrès réalisés relativement aux quatre objectifs généraux : données probantes ; sensibilisation et éducation ; partenariats ; adaptation. Le rapport est basé sur les conclusions de deux ateliers clés qui ont examiné la mise en œuvre de la Stratégie et Plan d'action à la fin de 2013 : un atelier tenu au Mexique pour tous les pays de la Région, avec 24 pays participants, et l'autre tenu à la Barbade pour toutes les Caraïbes, avec 14 pays participants. Le rapport s'inspire également de l'information tirée de réponses à un questionnaire envoyé aux pays au sujet de leur mise en œuvre d'actions (18 réponses à ce jour). Au total, 33 pays nous ont fait parvenir leur contribution.

Mise à jour sur les progrès accomplis

2. La Stratégie présente un ensemble convenu d'activités communes qui sont nécessaires pour faire avancer le travail sur le changement climatique. La Stratégie a motivé les pays là où aucune activité, ou très peu, n'était réalisée. Le tableau 1 montre les facteurs qui facilitent la mise en œuvre du plan de travail, les facteurs qui font obstacle au progrès et les facteurs requis pour surmonter les difficultés, tel qu'identifiés par les pays (les facteurs ne s'appliquent pas tous à tous les pays).

3. **Données probantes** (*Promouvoir et renforcer la production et la diffusion des connaissances pour faciliter les actions informées en vue de réduire les risques de santé associés au changement climatique*) : des guides sur l'évaluation de la vulnérabilité et l'adaptation ont été élaborés et disséminés à grande échelle en anglais, espagnol et portugais. Dix pays ont soumis des communications nationales à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC) au cours de 2012-2013 ; toutes ces communications incluent des rapports sur la santé, quelques-uns avec des analyses détaillées (2). Il y a eu des progrès limités en ce qui concerne l'évaluation des émissions de gaz à effet de serre dans le secteur de la santé. Cependant, l'Initiative des établissements de santé adaptés au changement climatique (*Smart Health Facilities Initiative*) inclut la réduction des émissions de carbone dans ses efforts pour l'obtention d'établissements écologiques et sûrs.

4. **Sensibilisation et éducation** (*Accroître la sensibilisation et renforcer les connaissances sur les effets du changement climatique sur la santé en vue de faciliter les interventions en santé publique*) : plusieurs cours et activités de sensibilisation ont reçu un appui, y compris un cours pour les pays du MERCOSUR en Uruguay et un autre pour les pays andins en Équateur, un module pour le Programme international de leadership en santé Edmundo Granda Ugalde de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), ainsi

que de nombreux cours nationaux. Plusieurs pays ont préparé des campagnes de sensibilisation à l'intention de la population en général. Les ateliers du Mexique et de la Barbade ont permis d'accroître la sensibilisation et les connaissances parmi des participants clés des ministères de la santé. Une communauté de pratiques sur la santé et le changement climatique a été lancée en partenariat avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et l'Institut national de santé publique du Mexique, et le travail a commencé avec des séminaires en ligne.

5. **Partenariats** (*Promouvoir des politiques et des interventions dans et entre les pays en coordination avec d'autres agences et secteurs*) : l'OPS a collaboré efficacement avec d'autres partenaires des Nations Unies, y compris le PNUE dans le cadre d'un atelier au Mexique. Des activités ont été élaborées et réalisées avec des agences nationales (un atelier international de formation en Équateur), avec des centres collaborateurs (avec le NIEHS, un événement parallèle organisé en marge de la Conférence des Parties de la CCNUCC en 2013), avec l'Organisation du Traité de coopération amazonienne (un atelier de l'OCTA sur le changement climatique et la santé à Manaus) et avec la Convention sur la diversité biologique au sujet des liens d'interdépendance entre le changement climatique, la biodiversité et la santé (deux ateliers régionaux, un pour les Amériques et un en collaboration avec AFRO). L'OPS a également contribué aux rapports soumis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à la CCNUCC. Le travail continu avec des partenaires inclut l'élaboration d'instruments pour compiler et disséminer l'information ainsi que des réseaux pour l'échange d'information.

6. **Adaptation** (*Soutenir l'évaluation de la vulnérabilité de la population au changement climatique et identifier les interventions d'adaptation*) : l'OPS a appuyé les pays dans leurs évaluations de vulnérabilité dans le cadre de divers projets et avec d'autres partenaires. Plusieurs pays incluent la santé dans leurs plans d'adaptation nationaux, et quelques-uns ont terminé ou ont lancé des plans d'adaptation spécifiques au secteur de la santé. L'OPS contribue au travail du Bureau commun OMS/Organisation météorologique mondiale sur le climat et la santé avec des projets pilotes régionaux.

Action nécessaire pour améliorer la situation

7. Sur la base des consultations, l'OPS continuera de s'employer à déterminer les facteurs de succès et les meilleures pratiques, comme le montre le tableau 1, en particulier au cours du prochain exercice biennal. Ce travail sera axé sur la mise en œuvre d'actions réalisables nécessaires à toute réussite dans le cadre suivant : a) données probantes, élaboration d'indicateurs de vulnérabilité et d'évaluations de la vulnérabilité ; b) sensibilisation et éducation, appui aux efforts nationaux et régionaux de renforcement des capacités ; c) partenariats, renforcement des réseaux récemment établis ; et d) adaptation, poursuite de l'appui aux plans nationaux d'adaptation.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

8. Le Conseil directeur est prié de prendre note de ce rapport d'étape et de faire toute observation qu'il jugerait appropriée.

Tableau 1. Résumé des facteurs influant sur les progrès à réaliser pour la mise en œuvre de la stratégie et du Plan d'action dans la Région

	Facteurs facilitateurs	Facteurs limitatifs	Facteurs essentiels de succès
Données probantes	Accroissement des données scientifiques sur les liens entre le changement climatique et la santé. Meilleure compréhension des concepts de déterminants sociaux et environnementaux.	Données probantes insuffisantes au niveau national. Les données probantes actuelles ne sont pas pleinement utilisées dans le secteur de la santé. Participation insuffisante des institutions gouvernementales.	Indicateurs et évaluations de vulnérabilité de la santé pour guider les actions. Renforcement des normes pour réduire la vulnérabilité et les risques. Critères fondés sur la santé publique pour guider les investissements.
Sensibilisation et éducation	Volonté politique croissante. Information et contributions croissantes par groupes scientifiques. Actions dirigées par des agences internationales, y compris un financement limité mais ciblé.	Ressources humaines insuffisantes et mouvements de personnel fréquents. Manque de dissémination appropriée de l'information. Participation limitée des jeunes et des réseaux sociaux. Manque d'institutions de premier plan dans le domaine abordé.	Développement régional des ressources humaines. Programmes éducatifs conçus pour les décideurs, les enfants et la communauté en général. Séminaires régionaux sur le sujet. Habiller le secteur de la santé à être plus inclusif et proactif.
Partenariats	Accroissement des activités interagences nationales. Accroissement des activités d'alliances internationales actuelles.	Population ne participe pas aux questions. Retard dans la mise en œuvre des politiques. Lobbying par les producteurs de gaz à effet de serre.	Santé dans toutes les politiques. Améliorer la participation intersectorielle. Intervention du gouvernement local, avec participation de la communauté. Réseaux pour faciliter l'action.
Adaptation	Les plans nationaux d'adaptation incluent de plus en plus la santé. Certains pays élaborent des plans d'action spécifiques au secteur de la santé.	Certains pays favorisent l'atténuation par rapport à l'adaptation. Les plans manquent de financement. Manque d'une approche sectorielle. Maigres budgets pour la santé.	Favoriser l'action préventive. Un programme de santé est inclus dans les politiques sur le changement climatique. Élaborer des plans d'action basés sur des exemples de réussite.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique [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), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2011 (document CD51/6) [consulté le 14 avril 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14472&Itemid=
2. Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. Non-Annex I national communications [Internet]. Bonn (Allemagne) : CCNUCC ; c2014 [cité le 14 avril 2014]. Disponible en anglais sur : https://unfccc.int/national_reports/non-annex_i_natcom/items/2979.php

B. PLAN D'ACTION POUR MAINTENIR L'ÉLIMINATION DE LA ROUGEOLE, DE LA RUBÉOLE ET DU SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES

Introducción

1. En este informe se presentan a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) las evidencias relacionadas con la interrupción de la circulación endémica de los virus del sarampión y la rubéola en los países de las Américas. Asimismo, se informa sobre los progresos alcanzados en la ejecución del plan de acción para mantener la eliminación en las Américas.

Antecedentes

2. La 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana del 2007 aprobó la resolución CSP27.R2, en la cual se instaba a los Estados Miembros a que establecieran en cada país comisiones nacionales para documentar y verificar la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita (SRC). También se solicitaba la conformación de un Comité Internacional de Expertos (CIE) para documentar y verificar la eliminación regional.

3. Asimismo, para mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y el SRC la 28.^a Conferencia Panamericana del 2012 aprobó la resolución CSP28.R14 para la ejecución de un plan de acción de emergencia para los próximos dos años.

Análisis de la situación

4. La eliminación del sarampión y la rubéola es la interrupción de la transmisión endémica de estos virus durante un período de por lo menos 12 meses, bajo una vigilancia de alta calidad, según la definición de eliminación adoptada por la OPS/OMS. Para verificar la eliminación de estas enfermedades y la sostenibilidad de la eliminación, los países tenían que documentar dicha interrupción por un período de tres años como mínimo, a partir de la fecha del último caso endémico. Con la finalidad de verificar la eliminación, se creó un Comité Internacional de Expertos (CIE) independiente junto con 23 comisiones nacionales, una de ellas para los Departamentos Franceses de Ultramar en las Américas, además de una Comisión subregional para los países y territorios de habla inglesa y de habla holandesa del Caribe, que incluye a Suriname.

5. Cada comisión nacional examinó y aprobó los informes sobre la eliminación que fueron sometidos al CIE por conducto de la OPS/OMS. Estos informes fueron analizados por el CIE y los países recibieron comentarios para mejorar la versión final.

6. Los miembros del CIE visitaron ocho países a fin de evaluar los progresos alcanzados e identificar cualquier desafío al mantenimiento de la eliminación. Además, los países que presentaron brotes sostenidos de sarampión en el período 2011-2014, o que

identificaron casos de rubéola esporádicos durante búsquedas retrospectivas, fueron objeto de un seguimiento especial con las autoridades nacionales.

7. Se organizaron no menos de cinco reuniones entre el CIE y todas las comisiones nacionales, con el objetivo de analizar las tendencias en la epidemiología del sarampión y la rubéola, además de monitorear los progresos hacia la verificación de la eliminación. Estas reuniones también sirvieron para continuar abogando por mantener la eliminación.

8. Las comisiones nacionales y la comisión subregional presentaron evidencias en sus informes de eliminación, que indican la interrupción de la transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubeola en sus países y territorios. Las pruebas, que fueron analizadas por el CIE en su quinta reunión realizada en abril del 2014, son las siguientes :

- a) Los Estados Miembros documentaron el último caso de transmisión endémica de sarampión y de rubéola en sus países y territorios. No se notificaron casos endémicos de sarampión entre el 2002 y el 2013 en países y territorios. Los últimos casos endémicos de rubéola y del SRC ocurrieron el 3 de febrero del 2009 y el 26 de agosto del 2009, respectivamente.
- b) Desde el 2003 hasta el 2013, se notificaron cifras bajas de casos de sarampión asociados a la importación en las Américas. Estos casos importados estaban asociados con brotes extensos de sarampión en Europa y África.
- c) En el período 2009-2013 se notificaron pocos casos de rubéola asociados con la importación. Para el SRC, en el 2012 se notificaron tres casos asociados con la importación.
- d) En el período 2009-2013, en promedio, la Región cumplió con las metas de cuatro de los cinco indicadores de vigilancia epidemiológica¹ (>80%) de manera sostenida (entre 83% y 91%).
- e) Debido a la heterogeneidad entre los países y en el interior de ellos para el cumplimiento sostenido de los indicadores de vigilancia, en el período 2010-2013, 16 de 23 países con comisiones nacionales hicieron búsquedas activas institucionales y comunitarias para documentar la ausencia de casos de sarampión y rubéola en su territorio. No se confirmó ningún caso de sarampión ni de rubéola.
- f) Para el mismo período y con la finalidad de documentar la ausencia de casos de SRC, 16 de 23 países que tienen comisiones nacionales llevaron a cabo búsquedas retrospectivas de casos sospechosos, por medio de varias fuentes de información. No se confirmó ningún caso de SRC.
- g) El genotipo D9 fue aislado en el último brote endémico de sarampión notificado en Colombia y Venezuela en el 2002. Para el período 2009-2013, los genotipos

¹ Los indicadores son los siguientes : % de sitios que notifican semanalmente, % de casos con investigación adecuada (indicador compuesto por % de casos con visita domiciliaria antes de las 48 horas de haber sido notificado el caso y % de casos con los siguientes 8 datos completos); % de casos con muestra de sangre adecuada ; % de muestras de sangre que llegan al laboratorio en ≤ 5 días y % de resultados de laboratorio notificados en < 4 días.

- D4 y D8, que circulan predominantemente en Europa, se han encontrado en 88% de los brotes ; en tanto que el genotipo B3, que circula preferentemente en África, fue identificado en el brote de mayor duración (Ecuador 2011-2012).
- h) El virus de la rubéola genotipo 2B fue identificado en los últimos brotes endémicos notificados en Chile y Argentina en el período 2008-2009. Para el período 2009-2013, los genotipos 1E, 1G, 1J y 2B notificados se han vinculado a casos importados.
- i) Los países presentaron un análisis para demostrar que todas las cohortes ≤ 40 años de edad estaban vacunadas contra el sarampión y la rubéola. Desde 1994 hasta el 2013 cerca de 500 millones de personas fueron vacunadas en las campañas de puesta al día (< 15 años), de seguimiento (en general, para niños de 1 a 4 años) y de aceleración (en general para personas de 20 a 39 años).
9. Los datos epidemiológicos más recientes indican la reintroducción del virus del sarampión en dos estados de Brasil, puesto que ha circulado por más de un año (2013-2014). **El CIE esperará hasta que se haya controlado este brote para declarar la eliminación del sarampión en las Américas.** La eliminación de la rubéola y el SRC ha sido sostenida en las Américas.
10. Brasil emprendió una campaña de vacunación dirigida a los menores de 5 años, intensificó las actividades de vacunación entre los grupos en situación de vulnerabilidad en los estados afectados y ha redoblado la vigilancia epidemiológica. Se han planificado otras actividades y la OPS brindará apoyo para interrumpir este brote.

Sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y SRC

11. En cumplimiento de la resolución CSP28.R14 (2012), 20 comisiones nacionales presentaron un plan de sostenibilidad de la eliminación para el período 2013-2015, con la finalidad de abordar los desafíos identificados en sus sistemas de vigilancia epidemiológica y los programas de vacunación de rutina.
12. Para mantener la eliminación se necesitan coberturas de $\geq 95\%$ con dos dosis de SRP o SR² a nivel municipal. Con la meta de lograr la más alta cobertura posible con SRP2, en el 2013, el **Grupo Técnico Asesor (GTA)** sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación recomendó administrar la SRP2 a los 15-18 meses de edad, simultáneamente con otras vacunas del programa regular. Las campañas de *seguimiento* solo deberán suspenderse en los casos en que se haya garantizado una cobertura de $\geq 95\%$ con cada una de las dos dosis de SRP en todos los municipios. Cinco países organizaron campañas de seguimiento entre el 2012 y el 2013, en tanto que ocho países harán lo mismo entre el 2014 y el 2015.

² SRP : vacuna contra el sarampión, la rubéola y parotiditis.
SR : vacuna contra el sarampión y la rubéola.

13. El CIE reconoce los esfuerzos de los Estados Miembros de la OPS/OMS para fortalecer sus sistemas de vigilancia a fin de reducir al mínimo la importación de los virus del sarampión y la rubéola, al tiempo que mantienen la situación de eliminación. Estos esfuerzos quedaron demostrados por la ausencia de transmisión del sarampión luego de eventos masivos internacionales, como la Copa Mundial de Fútbol 2014 en Brasil y la Copa Mundial Sub 20 en Colombia.

Llamado a la acción (próximos pasos)

14. El CIE reconoce el éxito logrado en la eliminación del sarampión y la rubéola en las Américas y hace un llamado a los Estados Miembros y a los socios estratégicos para que continúen su compromiso sostenido con el mantenimiento de la eliminación. Con esta finalidad y en vista de los brotes ocurridos recientemente, se solicita a los Estados Miembros que :

- a) Asegurar la de implementación de medidas para mantener la eliminación e integrarlas progresivamente en sus planes anuales de inmunización.
- b) Seguir apoyando la ejecución de las estrategias de vacunación (programa de rutina, campañas de seguimiento, según corresponda) para garantizar niveles altos y homogéneos de inmunidad poblacional, de acuerdo a los establecido en los planes anuales.
- c) Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica de alta calidad que incluya la detección temprana de casos, el análisis de los datos, monitoreo de la cobertura y una respuesta rápida ante las importaciones de sarampión o de rubéola.
- d) Fortalecer la capacidad epidemiológica y programática de los niveles locales.
- e) Mejorar las actividades de comunicación de riesgos a fin de promover los beneficios de la vacunación.

15. El CIE recomienda que las autoridades del Brasil adopten todas las medidas necesarias para detener de inmediato el brote actual de sarampión. El CIE y la OPS están a la disposición para ofrecer todo tipo de ayuda, si fuese necesario.

Intervención del Consejo Directivo

16. Se invita al Consejo Directivo a que tome nota del presente informe del CIE y apoye las recomendaciones aquí formuladas.

C. PLAN D'ACTION POUR ACCÉLÉRER LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES CAS GRAVES DE MORBIDITÉ MATERNELLE

Antécédents

1. En 2011, le 51^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé a adopté la résolution CD51.R12, « Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle », lequel plan d'action sera dénommé, aux fins du présent document, « le plan ». Ce dernier avait pour objet d'aider les États Membres à atteindre trois principaux objectifs : *a*) contribuer à accélérer la réduction de la mortalité maternelle, *b*) prévenir la morbidité maternelle grave et *c*) renforcer la surveillance de la morbidité et de la mortalité maternelles (1).

2. Les activités de suivi et d'évaluation permettront de déterminer quelles mesures correctives il convient d'adopter de sorte à parvenir aux résultats escomptés ; elles constitueront par ailleurs un élément d'utilité pour d'autres stratégies mondiales et régionales comme le suivi de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement ainsi que les questions examinées par la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant en 2011 (1, 2).

Rapport d'avancement

3. Le présent rapport d'avancement décrit l'évolution au plan régional de trois indicateurs d'impact et de 19 indicateurs de processus ou de résultat dans les États Membres (27 pays) qui recensent au moins 7000 naissances par an (1-4).

4. Les données servant à l'établissement de la ligne de référence et de l'état d'avancement des progrès ont été recueillies entre janvier et décembre 2012 (pour l'établissement de la ligne de référence) et entre décembre 2013 et mars 2014 pour mesurer l'évolution de ces indicateurs.

5. Les données concernant 26 pays sur 27 ont été obtenues mais, pour mesurer l'évolution du taux de mortalité maternelle (TMM), l'on ne dispose d'information que pour 23 pays (annexe A).

6. La période allant de la date d'approbation du plan à la publication du présent rapport révèle, pour ce qui est des indicateurs d'impact, ce qui suit :

a) Le TMM régional (données issues de 23 pays) était de 67,9 pour 100 000 naissances vivantes et, actuellement, de 56,6, soit une réduction de 21,4 %. Un pays a présenté des données issues d'institutions sentinelles au lieu de données nationales.

- b) Pour identifier toutes disparités à l'intérieur des pays, 50 % des pays (11 sur 23) ont communiqué des chiffres égaux ou supérieurs à 125 pour 100 000 naissances vivantes dans diverses circonscriptions nationales ; d'autre part, sept pays rapportent que la mortalité au sein des populations autochtones est supérieure aux chiffres indiqués, 12 rapportent que la mortalité est inférieure à la donnée de référence, tandis que sept pays ne disposent pas de cette information.
- c) L'autre indicateur d'impact concerne la morbidité maternelle grave (MMG) ; 10 pays qui ont rapporté des activités de suivi de la MMG se situent sur la ligne de référence. Aujourd'hui, 14 pays recensent des données nationales. Toutefois, dans neuf de ces pays, les données semblent incohérentes compte tenu de la fréquence attendue pour cet événement par rapport à la mortalité maternelle (5) (annexe B).

7. En ce qui concerne les données portant sur les 19 indicateurs de processus et de résultat, aucun des pays n'est en mesure de communiquer celles-ci intégralement ; depuis le début du plan jusqu'à ce jour, seuls quatre des 24 pays ont communiqué au moins 80 % des indicateurs demandés (annexe C). Les indicateurs faisant l'objet d'un petit nombre de réponses correspondent, dans cet ordre, à ce qui suit : *i*) administration de sulfate de magnésium en cas de pré-éclampsie grave (12 %), *ii*) dépistage de la violence intrafamiliale dans les accouchements en milieu institutionnel (27 %), *iii*) part des accouchements à intervention active durant le troisième trimestre au moyen d'ocytociques (35 %) et *iv*) soins postnatals (44 %). De ce qui précède, les points *i* et *iii* sont extrêmement importants car ils ont rapport aux deux premières causes de mortalité maternelle (troubles hypertensifs de la grossesse et hémorragies). En ce qui concerne le taux de recours aux méthodes de contraception modernes, la disponibilité durant le suivi était de 58 % ; de nombreux pays tirent ces informations d'enquêtes démographiques et sanitaires, lesquelles, en raison de leur fréquence, n'ont pas été mises à jour depuis le début du plan. Pour ces indicateurs, on dispose de très peu de données nationales, morcelées parfois selon l'âge et d'autres fois selon des caractéristiques ethniques ou de résidence (3, 4).

Mesures recommandées pour améliorer la situation

8. Entreprendre des interventions pour améliorer l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci dans les systèmes de santé utilisés par les populations en situation de vulnérabilité. Le fait de disposer d'informations morcelées selon les dispositions du plan permettra de juger de l'évolution et d'opérer des ajustements au niveau des interventions, s'il y a lieu.

9. Le renforcement de l'analyse de la morbidité maternelle grave de manière systématique est indispensable pour effectivement améliorer la qualité des soins de santé maternelle. Cette surveillance permet de connaître le nombre de femmes qui ont été sur le point de mourir et de procéder aux améliorations nécessaires.

10. Le suivi des indicateurs de processus permettra aux États Membres d'évaluer, au sein de leurs institutions sanitaires, la situation au regard de l'accès universel à des

interventions dont l'efficacité a été démontrée et qui épargnent les vies ; il leur permettra aussi de veiller à la réalisation des indicateurs.

11. Les pays devront envisager de recueillir *régulièrement* les indicateurs de processus qui mesurent les disparités dans la prestation de services de qualité, de sorte à mesurer le degré d'avancement de façon uniforme et à faciliter la comparabilité entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

12. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport intérimaire et de formuler les recommandations qu'il juge pertinentes.

Annexes

Bibliographie

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle [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), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2011 (résolution CD51.R12) [consulté le 13 février 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15035&Itemid=.
2. Centre latino-américain de périnatalogie, Santé de la femme et santé reproductive. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave : estrategia de monitoreo y evaluación [Internet]. Montevideo : CLAP/SMR ; 2010 (CLAP/SMR. Publication scientifique 1593) [consulté le 13 février 2014]. Disponible [en espagnol] sur : http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=173:estrategia-de-monitoreo-y-evaluacion-plan-reduccion-morbimortalidad-materna-grave&catid=667:publicaciones&Itemid=234
3. Centre latino-américain de périnatalogie, Santé de la femme et santé reproductive. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave : línea de base del plan en países con más de 7000 nacimientos anuales. Montevideo : CLAP/SMR ; 2012 (ouvrage non publié, disponible sur demande).
4. Centre latino-américain de périnatalogie, Santé de la femme et santé reproductive. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave : datos en países con más de 7000 nacimientos anuales a dos años de

lanzado el plan. Montevideo : CLAP/SMR, 2014. (Ouvrage non publié, disponible sur demande).

5. Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L., The prevalence of maternal near miss : asystematic review. *BJOG* 2012 May;119(6):653-661.

Annexe A

Taux de mortalité notifiés dans les rapports de ligne de référence
et suivi par pays et année

Pays	Taux de mortalité maternelle (100 000)	Nombre de décès maternels en valeur absolue	Année	Taux de mortalité maternelle (100 000)	Nombre de décès maternels en valeur absolue	Année
Argentine	39,8	302	2011	34,9	258	2013
Belize	41,8	3	2012	0,0	0	2013
Bolivie	229,0	627	2003			
Brésil	67,4	2025	2012	60,9	1850	2013
Canada	4,8	18	2011			
Colombie	68,8	458	2011	53,6	348	2013
Costa Rica	29,9	22	2012	15,6	11	2013
Cuba	33,4	42	2012	38,9	49	2013
Chili	18,3	45	2012	22,6	57	2013
Équateur**	60,2	205	2012	40,0	135	2013
El Salvador	50,8	53	2011	38,0	48	2013
États-Unis d'Amérique	16,9	677	2010			
Guatemala	123,5	449	2012	118,5	445	2013
Guyana	143,9	21	2012	111,1	18	2013
Haïti*	1084,4	751	2012	211,8	151	2013
Honduras	82,3	73	2010	66,1	146	2013
Jamaïque	95,7	37	2011	91,1	36	2013
Mexique	42,3	960	2012	39,9	910	2013
Nicaragua	61,9	84	2011	51,0	71	2013
Panama	80,5	59	2011	64,9	49	2012
Paraguay	88,7	93	2011	95,3	101	2013
Pérou	93,4	445	2011	63,4	379	2013
République dominicaine	106,3	231	2011	113,0	236	2012
Suriname	39,4	4	2012	39,2	128	2013
Uruguay	10,4	5	2012	16,4	8	2013
Venezuela	68,3	401	2012	66,1	387	2013

* Notifié uniquement les institutions sélectionnées, ne correspond pas à des données démographiques

** Année 2012: données MM notifiées + recherche active; année 2013: données MM notifiées seulement

	Pays ne disposant pas de données
	Pays dans lesquels le TMM a augmenté
	Pays dans lesquels le TMM a diminué

Annexe B

Disponibilité d'indicateurs d'impact, rapport de suivi et suivi du *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle*

Pays	TMM	MM par cause	MM par âge	Morbidité maternelle			TMM par niveau infranational	TMM par zone urbaine/rurale	TMM par appartenance ethnique	Pourcentage de rapports
				grave (MMG)	MMG par cause	MMG par âge				
Argentine	oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui	oui	67%
Belize	oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui	oui	67%
Bolivie	non	oui †	oui ‡	oui *	oui **	non	non	non	non	44%
Brésil	oui	oui	oui	non	non	non	oui	non	oui	56%
Canada	oui	oui	oui	oui *	oui	oui	oui	oui	non	89%
Colombie	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	100%
Costa Rica	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	100%
Cuba	oui	oui	oui	oui	oui***	oui***	oui	oui	oui	100%
Chili	oui	oui	oui	oui *	oui **	oui	oui	oui	oui	100%
Équateur	oui	oui	oui	non	non	non	oui	non	non	44%
El Salvador	oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui	oui	67%
États-Unis d'Amérique	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	33%
Guatemala	oui	oui	oui	oui *	oui	oui	oui	non	oui	89%
Guyana	non	oui	oui	oui *	non	non	oui	oui	oui	67%
Haïti	oui §	non	non	oui	oui **	non	oui	oui	oui	67%
Honduras	oui	oui	oui	oui *	oui **	oui	oui	non	non	78%
Jamaïque	oui	oui †	oui	oui	oui **	non	oui	oui	oui	89%
Mexique	oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui	oui	67%
Nicaragua	oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui	oui	67%
Panama	oui	oui	oui	non	non	non	oui	non	oui	56%
Paraguay	oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui	oui	67%
Pérou	oui	oui †	oui ‡	non	oui **	non	non	non	non	44%
République dominicaine	oui	oui	oui	non	non	non	oui	non	non	44%
Suriname	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	67%
Uruguay	oui	oui	oui	oui	oui **	oui	oui	oui	oui	100%
Venezuela	oui	oui	oui	oui *	oui **	non	oui	non	oui	78%
Pourcentage de données communiquées	88%	92%	92%	54%	54%	35%	88%	62%	73%	
Nb. de pays	23	24	24	14	14	9	23	16	19	

MM= mortalité maternelle ; TMM = taux de mortalité maternelle ; MMG= morbidité maternelle grave.

§ Les données portent uniquement sur les institutions sélectionnées, elles ne correspondent pas à des données démographiques.

† Les causes de MM sont communiquées mais des disparités existent avec la classification demandée.

‡ La MM par âge est communiquée mais des disparités existent avec la classification demandée.

* Une donnée de MMG est rapportée mais sa fréquence est supérieure ou inférieure à la fourchette attendue (1).

** Les causes de MMG sont communiquées mais des disparités existent avec la classification demandée.

*** Indique une communication de données mais les données ne sont pas présentées.

(1) Tunçalp O, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L., The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG. 2012 May;119(6):653-61.

Annexe C

Disponibilité d'indicateurs de processus, de rapports de suivi et d'un suivi du Plan d'action pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle

Cuadro resumen

Cuadro para el área estratégica 1

PAIS	Número de indicadores reportados por país	País	Tasa de uso de métodos anticonceptivos	Consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud	Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto	Cobertura prenatal con cuatro o más controles	Cobertura institucional del parto
		%					
Argentina	18	95%	X	X	X	X	X
Belize	15	79%	X	X	X	-	X
Bolivia	11	58%	-	X	X	X	X
Brasil	14	74%	X	-	-	X	-
Canadá	12	63%	-	-	X	-	X
Colombia	10	53%	-	-	X	X	X
Costa Rica	16	84%	X	-	X	X	X
Cuba	16	84%	X	X	X	X	X
Chile	11	58%	X	X	X	-	X
Ecuador	9	47%	-	-	X	-	X
El Salvador	15	79%	-	X	X	-	X
Estados Unidos de América	8	42%	-	-	-	X	-
Guatemala	8	42%	X	-	X	X	X
Guyana	12	63%	X	-	-	X	-
Haití	9	47%	X	-	-	X	X
Honduras	15	79%	X	X	X	X	X
Jamaica	14	74%	X	X	X	X	X
México	11	58%	-	-	X	X	X
Nicaragua	19	100%	X	X	X	X	X
Panamá	13	68%	X	X	X	X	X
Paraguay	11	58%	-	X	X	-	X
Perú	12	63%	X	-	X	X	X
República Dominicana	12	63%	-	X	X	-	X
Surinam	13	68%	-	X	X	X	X
Uruguay	16	84%	-	X	X	X	X
Venezuela	13	68%	X	-	X	-	X
No. de países que presentan informes			15	14	22	18	23
%			58%	54%	85%	69%	88%

Annexe C (suite)

Tableau pour le niveau stratégique 2

PAYS	Contrôle post-accouchement 7 jours après l'accouchement.	Recours aux ocytociques pour les accouchements en milieu institutionnel durant le troisième trimestre de la grossesse	Sulfate de magnésium en cas de pré-éclampsie grave/éclampsie soignée en établissement sanitaire	Disponibilité de sang sûr dans les établissements qui administrent des soins d'urgence durant l'accouchement	Dépistage de la violence intrafamiliale durant la grossesse lors des accouchements en milieu institutionnel
Argentine	-	X	X	X	X
Belize	-	X	-	X	-
Bolivie	X	-	-	-	-
Brésil	X	X	-	X	X
Canada	-	X	X	-	X
Colombie	-	-	-	-	-
Costa Rica	X	X	-	X	-
Cuba	X	-	-	X	-
Chili	X	-	-	-	-
Équateur	-	-	-	-	-
El Salvador	X	X	-	X	-
États-Unis d'Amérique	-	-	-	X	-
Guatemala	-	-	-	-	-
Guyana	-	-	-	X	-
Haïti	X	-	-	X	-
Honduras	X	-	-	X	-
Jamaïque	-	X	-	X	-
Mexique	-	-	-	X	-
Nicaragua	X	X	X	X	X
Panama	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	-	-	X
Pérou	X	-	-	X	X
République dominicaine	X	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	X	-
Uruguay	-	X	-	X	X
Venezuela	X	-	-	X	-
Nb. de pays présentant des rapports	12	9	3	17	7
%	46%	35%	12%	65%	27%

Indicateur disponible dans moins de la moitié des pays

Tableau pour le niveau stratégique 3

PAYS	Taux de césarienne	Décès maternels dus à un travail difficile	Couverture de soins obstétriques administrés par un personnel qualifié selon la définition de l'OMS	Taux de couverture de soins postnataux administrés par un personnel qualifié selon la définition de l'OMS	Institutions de soins obstétriques d'urgence qui procèdent à des audits de tous les décès maternels
Argentine	X	X	X	X	X
Belize	X	X	X	X	X
Bolivie	X	X	X	-	-
Brésil	X	X	X	-	X
Canada	X	X	X	-	-
Colombie	X	X	X	-	-
Costa Rica	X	X	X	X	X
Cuba	X	X	X	X	X
Chili	X	X	-	-	-
Équateur	X	X	X	-	-
El Salvador	X	X	X	X	X
États-Unis d'Amérique	X	-	X	-	-
Guatemala	X	X	X	-	-
Guyana	X	X	X	X	X
Haïti	X	-	-	-	-
Honduras	X	-	X	X	X
Jamaïque	X	X	-	-	X
Mexique	X	X	-	-	X
Nicaragua	X	X	X	X	X
Panama	X	X	X	X	X
Paraguay	X	X	X	-	-
Pérou	X	-	X	-	-
République dominicaine	X	X	X	-	X
Suriname	X	X	X	-	X
Uruguay	X	X	X	X	X
Venezuela	-	X	X	X	X
Nb. de pays présentant des rapports	25	22	22	11	16
%	96%	88%	88%	44%	64%

Indicateur disponible dans moins de la moitié des pays

Annexe C (suite)

Tableau pour le niveau stratégique 4

PAYS	Rapports publics sur la santé maternelle incluant des statistiques de la mortalité maternelle et du TMM au niveau national	Système de santé disposant d'un système d'information périnatale en fonctionnement	Système de santé tenant un registre de la morbidité maternelle grave	Couverture des décès maternels dans les systèmes d'état civil d'au moins 90 %	Nombre d'indicateurs par pays	%
Argentine	X	X	X	X	18	95%
Belize	X	X	X	X	15	79%
Bolivie	X	X	X	-	11	58%
Brésil	X	X	X	X	14	74%
Canada	X	X	X	X	12	63%
Colombie	X	X	X	X	10	53%
Costa Rica	X	X	X	X	16	84%
Cuba	X	X	X	X	16	84%
Chili	X	X	X	X	11	58%
Équateur	X	X	X	X	9	47%
El Salvador	X	X	X	X	15	79%
États-Unis d'Amérique	X	X	X	X	8	42%
Guatemala	-	-	X	-	8	42%
Guyana	X	X	X	X	12	63%
Haïti	X	X	X	-	9	47%
Honduras	X	X	X	X	15	79%
Jamaïque	X	X	X	X	14	74%
Mexique	X	X	X	X	11	58%
Nicaragua	X	X	X	X	19	100%
Panama	X	X	-	X	13	68%
Paraguay	X	X	X	X	11	58%
Pérou	X	X	X	-	12	63%
République dominicaine	X	X	X	X	12	63%
Suriname	X	X	X	X	13	68%
Uruguay	X	X	X	X	16	84%
Venezuela	X	X	X	X	13	68%
Nb. de pays présentant des rapports	25	25	25	22		
%	100%	100%	100%	88%		

D. STATUTS DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

1. En 2000, les 189 pays membres des Nations Unies ont signé la Déclaration du Millénaire, qui a fixé huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Ces objectifs ont été réaffirmés en 2010 lors du Sommet des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement. Ces objectifs se rapportent à l'éradication de la pauvreté, à l'éducation primaire universelle, à l'égalité des sexes, à la réduction de la mortalité infantile, à l'amélioration de la santé maternelle, à la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, à la stabilité de l'environnement et au développement d'un partenariat mondial pour le développement.

2. Le présent rapport décrit les progrès accomplis dans la réalisation des OMD liés à la santé et les dernières avancées vers la réalisation des engagements pris lors du 45^e Conseil directeur de 2004, qui a adopté la résolution [CD45.R3](#) sur les OMD et les objectifs de santé (CD45/8) ; le rapport de l'Assemblée mondiale de la Santé ([A63/7](#) et [WHA63.15](#) [2010]) ainsi que la résolution du Sommet du Millénaire ([A/65/L.1](#) [2010]), étant donné qu'elle se rapporte à la Région des Amériques.

3. En réponse aux demandes consignées dans les résolutions, les progrès et les jalons atteints vers la réalisation des OMD varient d'un pays à l'autre, au sein de chaque pays, et d'un objectif à l'autre. L'analyse de la situation mondiale et régionale se fonde sur les données des pays disponibles à l'OMS, complétées par une modélisation statistique qui comble les lacunes des données. La consolidation des systèmes d'information sanitaire des pays est urgente de manière à pouvoir suivre avec précision les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs aux niveaux mondial, national et infranational.

Contexte

4. Bien que la Région des Amériques soit sur la bonne voie pour atteindre les OMD liés à la santé, parmi lesquels se trouvent l'eau potable et l'assainissement comme déterminants de la santé, ces progrès ont été réalisés au niveau national et ne correspondent pas nécessairement aux progrès réalisés au niveau infranational, car des zones et des municipalités au sein des pays sont toujours en dehors des réalisations des OMD. La raison à cela est que les moyennes nationales tendent à masquer les disparités au sein et entre les pays et que les différences de rythme dans le progrès vers la réalisation des objectifs continuent d'être caractéristiques de notre Région.

5. En 2012, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) estimait que 167 millions de Latino-américains vivaient actuellement dans la pauvreté. Sur ce total, 66 millions de personnes vivent dans des conditions d'extrême pauvreté avec un revenu insuffisant pour permettre un régime alimentaire adéquat. En conséquence, l'éradication de la malnutrition chronique continue d'être un objectif non satisfait dans certains pays et la malnutrition chronique a tendance à se concentrer dans les municipalités et certaines régions de l'intérieur des pays.

6. Avec l'adoption de la Résolution [CD45.R3](#) en 2004, les pays ont mis en place des activités qui comptaient avec le soutien de différents domaines techniques de l'Organisation, et qui se concentraient sur la mesure, la qualité et le suivi des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs.

7. Ce rapport d'étape repose sur les données fournies par les États Membres et il est publié chaque année par l'OPS dans le cadre de l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base et profils de pays (CD40/19 [1997], [CD45/14](#) [2004] et [CD50/INF/6](#) [2010]).

Analyse de l'état actuel

8. L'analyse de l'état actuel des OMD repose sur les informations officielles de meilleure qualité et les plus fiables de la Région de 1990 à 2013 : elles correspondent à 92 % de la période fixée pour la réalisation des OMD.

9. En l'absence de données de routine, des estimations nationales et des calculs des organisations internationales ont dû être utilisés, bien que ces données ne coïncident pas toujours. Ce rapport d'étape repose sur les données fournies par les États Membres et il est publié chaque année par l'OPS dans le cadre de l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base et profils de pays (CD40/19 [1997]), les groupes inter-agences tels que le Groupe inter-agence des Nations unies pour l'estimation de la mortalité infantile (coordonné par l'UNICEF), le Groupe inter-agence sur l'estimation de la mortalité maternelle (coordonné par l'OMS), le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement et les estimations de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC/CELADE).

10. L'OPS met en œuvre une stratégie visant à renforcer les statistiques de l'état civil et de la santé ([CD48/9](#) [2008]) avec trois composantes : a) travailler avec les pays pour renforcer et améliorer la production de données, b) coordonner avec les organisations internationales afin d'éviter les doubles emplois et c) appliquer des techniques ou des hypothèses pour le calcul des indicateurs.

11. En 1990, le taux de **mortalité infantile** pour l'Amérique latine et les Caraïbes (ALC) était de 43 pour 1000 naissances vivantes et, en 2012, il s'élevait à 16 pour 1000, soit une réduction de 63 %. L'OMD 4 est analysé sur base de la mortalité des enfants de moins d'un an, étant donné que dans la Région des Amériques, ce groupe d'âge représente plus de 70 % des décès d'enfants de moins de 5 ans.

12. Selon les estimations du groupe inter-agence, le taux de **mortalité maternelle** (TMM) dans les Amériques, qui s'élevait à 110 pour 100 000 naissances vivantes en 1990, est passé à 68 pour 100 000 en 2013, soit une réduction globale de 37 %, avec une moyenne annuelle de -2,0 %. L'Amérique latine, à l'exception de la sous-région des Caraïbes, a vu son TMM chuter de 40 % dans la même période, tandis qu'il n'a diminué que de 36 % dans les Caraïbes. Les données disponibles montrent que la mortalité

maternelle ne cesse de diminuer. Néanmoins, l'ampleur des changements n'a pas été aussi importante les huit dernières années (2005-2013) que dans les périodes précédentes. Si les pays continuent au même rythme l'accélération de leurs efforts, 17 des 31 pays de la Région sont sur la bonne voie pour respecter l'engagement du TMM pour 2015 ; 11 font des progrès ; deux n'ont pas réussi à faire suffisamment de progrès ; et un pays seulement n'a fait aucun progrès. En 2012, un plan régional pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle a été approuvé et une stratégie a été adoptée pour intégrer la surveillance de la mortalité maternelle grave.¹

13. Parmi les stratégies contribuant à diminuer le TMM se trouvent : la couverture élargie de soins prénataux, l'accouchement par des sages-femmes qualifiées et l'accès et l'utilisation de contraceptifs. Dans les pays où les taux de mortalité ont été signalés à la hausse, l'augmentation des taux pourrait être due à l'amélioration de la surveillance et à la déclaration des événements et pas nécessairement à une augmentation réelle du nombre de décès. L'OMS est chargée de surveiller cet indicateur (voir note de pied de page.)

14. Les estimations de nouvelles **infections par le VIH** dans les pays de la Région reflètent une réduction de la morbidité et de la mortalité dans la dernière décennie. En 2012, environ 6 % du total des nouvelles infections par le VIH dans le monde entier, c'est-à-dire 146 000 cas, ont été signalés dans la Région. Parmi ceux-ci, 86 000 étaient en Amérique latine, 48 000 en Amérique du Nord et 12 000 dans les Caraïbes. Les Caraïbes montrent l'une des plus fortes diminutions des nouvelles infections (en baisse de 52 %) par rapport à 2001. Le nombre de nouvelles infections en Amérique latine a chuté de 11 % pour la même période, tandis qu'elles ont augmenté de 4 % en Amérique du Nord.

15. Les nouvelles infections chez les enfants montrent l'une des plus fortes baisses, favorisée par l'engagement des pays à l'Initiative régionale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale. En 2012, la couverture des femmes enceintes qui reçoivent des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant a atteint 95 % dans les Caraïbes et en Amérique du Nord et 83 % en Amérique latine, entraînant une réduction du nombre d'enfants vivant avec le VIH, qui entre 2009 et 2012 a diminué de 71 % dans les Caraïbes et de 29 % en Amérique latine. L'Amérique du Nord a maintenu des niveaux faibles stables.

16. La couverture des **traitements antirétroviraux** pour l'Amérique latine et les Caraïbes s'élevait à 75 % pour l'année 2012. L'accès universel au traitement antirétroviral (à savoir une couverture d'au moins 80 % des personnes qui en ont besoin) représente l'objectif à atteindre. La couverture du traitement pour les enfants de moins de 15 ans s'élevait à 67 % en 2012. Cependant, les nouveaux critères concernant les personnes ayant droit au traitement antirétroviral, publiés par l'OMS en 2013, recommandent de démarrer le traitement plus tôt, ce qui suggère qu'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH a besoin d'un traitement immédiat. Des efforts pour élargir l'accès au

¹ L'étude repose sur des statistiques obtenues du Groupe inter-agence sur l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG), « Trends in Maternal Mortality 1990-2013 » [Tendances de la mortalité maternelle de 1990 à 2013], coordonnée par l'Organisation mondiale de la Santé et publié en 2014.

traitement antirétroviral sont nécessaires, car le taux de couverture chute à 48 % selon les nouveaux critères. Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes prennent des mesures pour intensifier l'action et le rayonnement des approches efficaces, en mettant l'accent sur l'ensemble des soins pour le VIH. De nouveaux objectifs ont été fixés pour l'année 2020, exigeant un diagnostic anticipé (90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH doivent connaître leur état sérologique), un traitement anticipé du VIH (90 % des personnes diagnostiquées doivent être sous traitement ARV) et des suppressions virales efficaces (90 % de toutes les personnes recevant un traitement anti-VIH doivent présenter une suppression durable du virus).

17. Entre 2000 et 2013, la Région a signalé une réduction de 59 % de la morbidité due au **paludisme** et une réduction de 72 % de la mortalité. Sur les 21 pays où le paludisme est endémique, 18 ont rapporté une réduction jusqu'en 2013, et parmi ceux-ci, 13 ont enregistré plus de 75 % de réductions et les deux restants des réductions supérieures à 50 %. En 2011, deux pays, l'Argentine et le Paraguay, ont indiqué qu'ils ne présentaient plus aucun cas de paludisme autochtone. En 2014, l'Argentine a effectué une demande au près du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé pour lancer le processus menant à la certification de l'élimination du paludisme dans le pays. Les pays d'Amérique centrale et de l'île d'Hispaniola ont adopté une résolution visant à éliminer le paludisme de leur territoire d'ici 2020. Ce travail est soutenu par un projet financé par le Fonds mondial. En même temps, trois pays de la Région, le Guyana, Haïti et le Venezuela ont signalé une augmentation du nombre de cas au cours de cette même période.

18. En ce qui concerne **la tuberculose**, selon les estimations de l'OMS pour la Région des Amériques en 2012, 35 États Membres ont signalé 79 % de cas estimés de tuberculose. Néanmoins, la multirésistance (MDR) et la co-infection VIH/tuberculose posent toujours un défi, malgré les progrès réalisés en vue de leur contrôle. Pour la Région, le taux de réduction de l'incidence de la tuberculose de 1990 à 2012 était de 52 %, avec une réduction de 3,6 % entre 2011 et 2012. Au cours des dernières années, la Région a été confrontée à des difficultés pour atteindre les populations vulnérables à la maladie dans les quartiers pauvres et marginaux des grandes villes. En conséquence, l'OPS a initié, en 2013, la mise en œuvre d'un cadre de travail pour le contrôle de la tuberculose dans les grandes villes de manière à améliorer l'accès de ces populations à des soins de qualité. La Région des Amériques a déjà atteint et dépassé les objectifs de réduction de 50 % des taux de prévalence et de mortalité de la tuberculose d'ici 2015.

19. En ce qui concerne **l'accès durable à l'eau potable** dans la Région des Amériques, il a été rapporté que 96 % de la population totale disposaient d'un accès à des sources d'eau améliorées (99 % dans les zones urbaines et 86 % dans les zones rurales). Toutefois, lorsque seule la région d'ALC est considérée, l'accès chute à 94 % (98 % dans les zones urbaines et 81 % dans les zones rurales). Des données systématisées sur la qualité de l'eau sont absentes pour 86 % de ménages ayant accès à l'eau courante. En dépit de ce pourcentage élevé de couverture, de nombreuses disparités persistent, en

particulier dans les zones rurales et suburbaines dispersées, ainsi que parmi les populations autochtones et de descendance africaine.

20. Le Groupe inter-agence est responsable de la mesure de ces deux indicateurs. Toutefois, la responsabilité spécifique revient à l'UNICEF et à l'OMS, qui, à travers leur Programme commun de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement utilisent les données des recensements et enquêtes réalisées au sein des ménages, avec des définitions standardisées pour garantir la comparabilité dans le temps et entre les pays.

21. L'objectif mondial des OMD pour **l'assainissement** ne sera probablement pas atteint dans la Région, malgré les progrès accomplis par plusieurs pays. Pour toute la Région des Amériques, la couverture en matière d'amélioration de l'assainissement de base est de 88 % (91 % dans les zones urbaines et 74 % dans les zones rurales), et pour l'Amérique latine et les Caraïbes seules, le pourcentage s'élève à 80 % (84 % dans les zones urbaines et 60 % dans les zones rurales). En Amérique latine et dans les Caraïbes, environ 109 millions de personnes n'ont pas accès à un assainissement amélioré, et parmi elles, 30,4 millions n'ont toujours pas accès à des toilettes ou latrines.

22. Beaucoup de personnes continuent à affronter une pénurie de **médicaments** dans le secteur public, les obligeant à faire appel au secteur privé où les prix peuvent être sensiblement plus élevés. Dans la Région des Amériques, 22 pays seulement (71 %) ont adopté une politique pharmaceutique, et la mise en œuvre de plans est toujours en cours dans 66 % de ces pays. Les pays ont réalisé d'importants progrès dans l'amélioration des cadres réglementaires et dans le développement de systèmes de réglementation pour assurer la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments et d'autres technologies de la santé. Les pays continuent de renforcer leurs processus nationaux d'évaluation des médicaments et des produits médicaux et de définition de mécanismes pour l'intégration systématique des technologies de la santé dans les systèmes de santé, favorisant ainsi les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Les dépenses à la charge du patient restent élevées. Ainsi, 78 % de ces dépenses représentent le coût des dépenses à la charge du patient, alors que l'argent dépensé pour les produits pharmaceutiques par les institutions publiques correspond à environ 22 % de cette catégorie. Dans les pays de la Région, les dépenses annuelles par habitant pour l'achat de médicaments varie considérablement d'un pays à l'autre, d'un montant estimé à US\$7,50² en Bolivie à plus de \$160 en Argentine. Le manque d'information fiable sur l'accès effectif aux médicaments reste un défi car il est difficile à mesurer.

Avancées par rapport aux engagements

23. Les axes stratégiques suivants pour la réalisation des OMD, définis en 2011, continuent à être poursuivis : a) examen et consolidation des systèmes d'information, avec une attention particulière à l'amélioration de la collecte et la production de données

² Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

dans les pays anglophones des Caraïbes, *b*) renforcement des systèmes basés sur des soins de santé primaires (SSP), en donnant la priorité aux municipalités les plus vulnérables avec le cadre SSP renouvelé, *c*) réduction des inégalités au sein des pays, en donnant la priorité aux municipalités les plus vulnérables et aux groupes de population exclus, comme une réponse aux déterminants sociaux de la santé et *d*) élaboration des politiques pour assurer la durabilité des réalisations et réaffirmer « la santé dans toutes les politiques. »

24. D'autre part, les actions suivantes continuent d'être encouragées : *a*) les efforts conjoints entre les pays de la Région, étant donné que certains doivent accélérer les activités en cours relatives aux objectifs en retard, comme l'Initiative de la maternité sans risque, et les activités visant à établir l'eau comme un droit humain universel, *b*) la poursuite du rôle de chef de file de l'OPS en matière de surveillance et de coopération technique pour améliorer la performance des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires et la promotion des systèmes d'eau et d'assainissement et *c*) le renforcement des systèmes d'information de santé pour rendre les données plus valides, fiables et disponibles en temps réel grâce à des systèmes de routine.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

25. Le Conseil directeur est prié de prendre connaissance du présent rapport de situation à 15 mois de la date butoir pour la réalisation des OMD, et de donner ses commentaires et suggestions afin que l'OPS puisse poursuivre son travail et continuer à promouvoir la réalisation des OMD liés à la santé dans cet axe de coopération technique.

26. Les États Membres sont invités à intensifier et à renforcer leurs efforts visant à réduire les lacunes existantes dans la réalisation des OMD grâce à des actions précises et à l'intensification des initiatives nationales et sous-nationales de manière à se conformer aux plans accélérés déjà approuvés ([CD51.R12](#) [2011], [CD48. R10](#) [2009]).

27. Les ministères de la Santé de la Région sont appelés à consolider les systèmes d'information grâce à l'Initiative des indicateurs de santé de base, en mettant l'accent sur les données au niveau infranational et du point de vue des déterminants sociaux. Dans le même temps, il est essentiel de se concentrer sur le suivi des indicateurs d'équité afin de mieux comprendre et relever les défis des OMD au niveau infranational et poursuivre les stratégies visant la couverture sanitaire universelle de manière à garantir le droit à la santé.

28. Le rapport final sur la réalisation des OMD dans la Région devrait être soumis en 2015 ainsi qu'une stratégie de continuité pour l'après-2015 aux niveaux régional, national et local afin de poursuivre l'avancée pour atteindre les objectifs, les buts et les indicateurs qui ont pris du retard.

Références

1. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. 2010 Millenium development goals report. Achieving the millennium development goals with equality in Latin America and the Caribbean : progress and challenges. Santiago du Chili : CEPALC ; 2010 (Rapport inter-agences, coordonné par la CEPALC) [consulté le 13 décembre 2013]. Disponible sur : <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/39995/P39995.xml&xsl=/tpl-i/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>
2. Bautista Justo J. El derecho humano al agua y al saneamiento frente a los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) : Santiago, Chili : Nations Unies ; 2013 (CEPAL–Collection de documents de projet) [consulté le 13 décembre 2013]. Disponible sur : <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/49558/Elderechohumanoalagua.pdf>
3. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes ; Groupe des Nations Unies pour le développement - Amérique latine et les Caraïbes. Sustainable development in Latin America and the Caribbean : follow-up to the United Nations development agenda beyond 2015 and to Rio+20 [Internet]. Santiago du Chili : CEPALC ; 2013 (Rapport inter-agences coordonnée par la CEPALC) [consulté le 13 décembre 2013]. Disponible sur : http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/50796/RIO_20-Rev2ing.pdf

E. ÉLIMINATION DES MALADIES NÉGLIGÉES ET AUTRES INFECTIONS LIÉES À LA PAUVRETÉ

Antécédents

1. Depuis l'adoption de la résolution CD49.R19 de l'OPS sur l'élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté en 2009, il y a eu un engagement croissant à l'échelle tant mondiale que régionale relativement à l'élimination et la lutte contre de nombreuses maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté (appelées NID pour « Neglected Infectious Diseases » dans le présent rapport). De nouveaux partenariats ont été établis, notamment l'Initiative régionale OPS/UNICEF pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale en Amérique latine et dans les Caraïbes (2009) et la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées (2012), qui appuie l'élimination de 10 de ces maladies à l'échelle mondiale d'ici 2020. En 2010, le Conseil directeur de l'OPS a adopté la résolution CD50.R17, *Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas*, qui fournit un cadre pour prévenir la transmission, améliorer le traitement des patients et atteindre le but d'élimination. Cette même année, le Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD50.R12, *Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale*, avec l'objectif de réduire l'incidence de la syphilis congénitale à $\leq 0,5$ cas pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015.
2. En 2011, la résolution CD51.R9 de l'OPS, *Stratégie et Plan d'action sur le paludisme*, a été approuvée. Dans l'intervalle, des efforts visant à réduire le fardeau du paludisme et à promouvoir son élimination à certains endroits de la Région ont été principalement financés par les gouvernements nationaux, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Agence des États-Unis pour le développement international, avec l'appui de pays qui connaissent une situation endémique en la matière. De plus, l'OPS a élaboré un plan d'action 2014-2018 pour l'élimination de la rage humaine transmise par le chien (1), lequel a été appuyé par la 14^e Réunion des Directeurs des programmes nationaux de lutte contre la rage en Amérique latine (REDIPRA-14) des ministères de la santé et de l'agriculture des Amériques (Lima, 20-22 août 2013).
3. L'engagement politique face à l'élimination des NID a également pris de l'ampleur au sein de la Région des Amériques (AMRO) et d'autres Régions de l'OMS et il a été accompagné d'une réaffectation ou d'un engagement de ressources pour renforcer le contrôle, l'élimination et la surveillance des impacts. L'élaboration et la disponibilité de nouveaux outils et méthodes pour lutter contre les NID et les garder sous surveillance, l'amélioration de l'infrastructure des services de santé et la mise en œuvre de stratégies de soins de santé primaires ont permis d'améliorer la surveillance, le traitement, la prévention et le contrôle des NID. Certaines maladies sont même devenues des cibles d'élimination.

Mise à jour sur les progrès accomplis

Progrès

4. Dans notre Région, l'OMS a pu vérifier l'élimination de l'onchocercose en Colombie en 2013, et on prévoit de pouvoir faire de même pour l'Équateur en 2014. Le nombre de personnes qui ont besoin de traitement pour l'onchocercose dans la Région a diminué de plus de 336 000 en 2009 à juste un peu plus de 20 000 en 2013. Le nombre de foyers d'onchocercose avec transmission active est passé de 7 à 2 foyers au cours de la même période (données des programmes contre les maladies infectieuses négligées de l'OPS en 2014, CHA/VT/NID). Le Mexique prévoit demander une vérification de l'élimination de la cécité trachomateuse dans un proche avenir, alors que la Colombie a récemment confirmé que la cécité trachomateuse est endémique sur son territoire et qu'elle traite des patients en conséquence. Depuis 2009, trois pays ont été retirés du plan OMS des pays qui connaissent une situation endémique relativement à la filariose lymphatique (Costa Rica, Suriname et Trinité-et-Tobago) et trois pays ont des zones de transmission considérablement réduites (Brésil, Haïti et République dominicaine), ce qui les rapproche de l'élimination. Plusieurs pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud ont éliminé la transmission de la maladie de Chagas par le vecteur intérieur principal, et 20 pays endémiques sur 21 ont un dépistage à 100 % des banques de sang (données des programmes NID de l'OPS en 2014, CHA/VT/NID).

5. Les zones de transmission du paludisme dans plusieurs pays ont vu leur taille réduite, avec une baisse de 58 % des cas de paludisme déclarés en 2012 par rapport à l'an 2000. Sept¹ des 21 pays endémiques sont maintenant classés comme étant dans la phase de pré-élimination de l'OMS (2) (données régionales des programmes de lutte antipaludique de l'OPS en 2014, CHA/VT/MAL). De ces sept, quatre se trouvent en Amérique centrale et en Amérique du Nord ; les autres sont en Amérique du Sud. Par conséquent, en 2013, une initiative visant à éliminer le paludisme d'ici 2020 en Mésio-Amérique et sur l'île d'Hispaniola a fait l'objet d'une annonce publique. Le mécanisme régional de coordination pour le VIH/sida a été amplifié pour inclure le paludisme et la tuberculose dans le cadre de l'élaboration d'une proposition de Fonds mondial pour l'élimination du paludisme en Amérique centrale et sur l'île d'Hispaniola.

6. Bien qu'il y ait des variations d'année en année, des rapports sur le nombre d'enfants à risque traités pour le contrôle des infections par les helminthes transmises font état d'une augmentation dans plusieurs pays, et quelque 26,9 millions d'enfants ont été traités en 2012 (3).

7. Des plans d'action intégrés pour l'élimination et la lutte contre de multiples NID ont été préparés par 17 pays (données de programmes NID de l'OPS en 2014, CHA/VT/NID). Des plans spécifiques pour l'élimination de certaines NID dans des sous-régions couvrant plusieurs pays (par ex. le paludisme en Mésio-Amérique et le paludisme et la filariose lymphatique sur l'île d'Hispaniola) ont également été élaborés.

¹ Argentine, Belize, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Mexique et Paraguay.

8. Les cas de rage transmise par le chien sont limités à un petit nombre de zones géographiques bien définies dans certains pays. Depuis 1982, lorsque le Programme régional d'élimination de la rage humaine a commencé, les cas déclarés de rage transmise par des chiens ont diminué de ~95 % (de 355 en 1982 à 10 en 2012) (1). Bien que seulement six pays aient signalé des cas entre 2009 et 2012, et bien que le nombre annuel de décès humains demeure bas (1), il y a encore des poches persistantes de transmission, ce qui entraîne un risque soutenu d'infection pour les gens de la Région. En Amérique latine, la prévention de la transmission domiciliaire et la prévention des décès humains de la peste ont été renforcées dans les quatre pays avec des cas humains et des foyers naturels. Entre 2010 et 2012, en Amérique latine, seul le Pérou a déclaré des cas confirmés de peste humaine (24 cas avec quelques décès). Plusieurs cas présumés ont été signalés en Bolivie (4) et des cas sporadiques ont été signalés aux États-Unis au cours de 2013.

9. En ce qui concerne les maladies infectieuses qui sont liées à la pauvreté et qui affectent les nouveau-nés, deux d'entre elles sont sur le point d'être éliminées. À compter de 2013, 14 pays signalent qu'ils ont atteint la cible de la syphilis congénitale (5). Les cas déclarés de tétanos néonatal ont baissé de 22 en 2011 à 11 en 2012 (6).

10. Les succès dans cette Région, notamment l'élimination de l'onchocercose, sont utilisés comme des modèles d'apprentissage par le siège de l'OMS et d'autres bureaux régionaux de l'OMS, ceci s'inscrivant dans la lignée du succès rencontré dans l'élimination de la variole, de la polio, de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques. Les défis qui subsistent dans notre Région sont partagés avec d'autres région de l'OMS.

Enseignements tirés

11. Parmi les principaux enseignements tirés, mentionnons :

- a) L'appui politique et gouvernemental, qui se reflète dans des augmentations budgétaires nationales pour le secteur de la santé avec pour objectif l'élimination des NID et la lutte intensifiée contre ces maladies, est le facteur individuel le plus important pour réaliser les buts de la santé publique.
- b) Les activités de sensibilisation et de coopération technique offertes par l'OPS ont été essentielles pour appuyer les pays dans leurs efforts de priorisation des NID dans les programmes nationaux de santé. La mobilisation de fonds d'amorçage a été essentielle pour appuyer l'intensification ou l'expansion des activités d'élimination et de lutte contre les NID (par ex. enquêtes nationales, formulation et mise en œuvre de plans d'action, dossiers de vérification de l'élimination, sensibilisation auprès des donateurs et formation du personnel du secteur de la santé).
- c) L'élaboration de lignes directrices régionales pour l'élimination et la lutte intégrées contre les NID, y compris le paludisme, le tout accompagné d'une formation des agents de santé a mené à une mise en œuvre intégrée d'actions visant la réduction du fardeau de ces maladies.

- d) Des outils existants et nouveaux pour la surveillance et l'évaluation ainsi que pour l'identification des déficits de financement dans les programmes nationaux de lutte contre les NID ont facilité la capacité des pays à planifier et améliorer leurs efforts d'élimination et de lutte.
- e) De nouvelles résolutions prises par l'Assemblée mondiale de la Santé et l'Organisation des États Américains relativement aux NID, associées à un engagement accru de la part de nombreux partenaires dans les communautés de donateurs et les compagnies pharmaceutiques, ont facilité les efforts de sensibilisation auprès des décideurs et renforcé les efforts nationaux d'élimination et de lutte.
- f) L'élaboration de plans d'action intégrés pour les NID a été facilitée par des enquêtes multimaladies—par exemple, des enquêtes combinées sur le terrain au sujet de l'helminthiase transmise par le sol ainsi que le paludisme, la schistosomiase ou la filariose lymphatique, ou le traitement collectif d'enfants d'âge scolaire combiné avec un dépistage de masse de la lèpre et de la cécité trachomateuse.
- g) La prévention de nouveaux cas de rage humaine transmise par le chien sera plus facile à obtenir en accroissant le taux de vaccination des chiens pour atteindre des cibles de couverture élevées nécessaires pour chaque communauté à risque élevé.
- h) L'élimination de la syphilis congénitale dépend d'une promotion renforcée de la santé, d'une détection précoce chez les femmes enceintes, leurs partenaires et leurs enfants, en particulier au sein des populations clés, d'un dépistage de masse avec des tests rapides dans les établissements de soins de santé primaires, d'une disponibilité accrue de fournitures et médicaments (tests de dépistage de la syphilis et pénicilline) et d'un traitement opportun, d'une surveillance des cas intensifiée et d'une réduction du lourd fardeau de la syphilis de façon générale.
- i) Pour les maladies infectieuses qui sont liées à la pauvreté et qui sont évitables par la vaccination, l'élimination du tétanos néonatal dépend principalement de la vaccination (par l'anatoxine tétanique) de femmes en âge de procréer.

Action nécessaire pour améliorer la situation

12. Les pays doivent réaliser la poussée finale nécessaire pour éliminer les NID qui représentent un problème de santé publique dans les Amériques, en prenant tous les moyens à disposition pour atteindre l'objectif ultime d'élimination pour protéger la santé des populations les plus vulnérables, notamment les communautés autochtones et de souche africaine. Il est important de continuer à intensifier les actions d'élimination et de lutte contre les NID dans les pays cibles en élaborant des plans d'action multimaladies intégrés pour le secteur de la santé et de renforcer l'engagement politique pour accroître l'accès au traitement et la gestion de la morbidité afin d'atteindre l'objectif ultime. Des progrès seront réalisés lorsque les autorités élaborent et mettent en œuvre des programmes, politiques et plans intégrés intersectoriels pour les NID aux niveaux nationaux et locaux dans chaque pays ou zone endémique, et lorsqu'il y a collaboration et conclusion d'accords avec les intervenants et partenaires clés.

13. Les autorités devront faciliter la donation, l'importation et l'accès aux médicaments (et à leur distribution) et améliorer la gestion des cas de NID sur la base des meilleures connaissances scientifiques disponibles. Dans les pays avec des populations de travailleurs migrants, il y a lieu de renforcer la collaboration frontalière (binationale) relativement aux efforts de surveillance et d'élimination de la cécité trachomateuse, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose et du paludisme sur la base d'une approche sexospécifique et interculturelle. Dans les zones à risques pour les NID, les autorités compétentes devront aborder la question des déterminants environnementaux et sociaux de la santé dans la mesure où ils se rapportent aux NID, y compris l'eau salubre et les installations d'assainissement de base, le drainage, l'éducation en matière de santé, le logement et la gestion intégrée des vecteurs. La durabilité des ressources et du personnel est nécessaire pour atteindre les cibles de réduction et faciliter les efforts d'élimination, et pour empêcher la réintroduction dans les zones exemptes de paludisme et d'autres NID.

14. Une couverture totale pour les soins prénataux précoces, une haute couverture vaccinale pour les nouveau-nés et les mères et des pratiques d'accouchement sécuritaires, accessibles au moyen de services de santé communautaires et génésique intégrés, sont nécessaires pour éliminer le tétanos néonatal. Il faudra intensifier les actions dans les pays où le taux de dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes est inférieur à 70 %. Il est nécessaire, dans tous les pays, de mettre continuellement l'accent sur une approche des systèmes de santé incluant des mesures de prévention et de contrôle pour l'élimination de la syphilis congénitale avec des interventions en santé sexuelle et reproductive.

15. Pour prévenir de nouveaux cas humains de rage transmise par le chien, la vaccination annuelle des chiens doit atteindre les cibles de couverture vaccinale dans toutes les communautés à risques. De plus, une prophylaxie postexposition doit être disponible, en particulier dans les zones à haut risque, et doit être accompagnée d'une surveillance et d'une formation intensifiées, ainsi que d'une communication améliorée et d'une action rapide à tous les niveaux du système de santé et avec le secteur de la santé animale, pour ainsi promouvoir une approche intersectorielle. La prévention des décès dus à la peste humaine dépend d'une détection rapide des cas dans la communauté, de la capacité locale du personnel de soins de santé à poser un diagnostic et de procédures appropriées de gestion des cas en milieu hospitalier, y compris l'utilisation d'un équipement de protection individuel par le personnel de santé.

16. La réalisation des objectifs de notre Région pour l'élimination et la lutte contre les maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté demeure une priorité pour l'Organisation et les pays endémiques jusqu'en 2015 et au-delà. Allant de pair avec les succès obtenus dans les pays depuis 2009, alors que le système universel de soins de santé prend de l'essor dans la Région, plus de gens auront accès aux services de prévention et de traitement pour ces maladies. Travaillant de façon interprogrammatique au sein des ministères de la santé ainsi qu'avec des intervenants et partenaires clés, et avec l'appui d'un financement adéquat, la Région continuera de faire des avancées dans l'élimination et la lutte contre ces maladies qui affectent des millions de familles pauvres et mal desservies.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

17. Le Conseil directeur est prié de prendre note de ce rapport d'étape et de faire toutes les observations qu'il jugerait approprié.

Références

1. Clavijo A, Del Rio Vilas VJ, Mayen FL, Yadon ZE, Beloto AJ, Natal Vigilato MA, et al. Gains and future road map for the elimination of dog-transmitted rabies in the Americas (Perspective Piece) [Internet]. *Am J Trop Med Hyg* 2013;89(6):1040-1042 [cité le 23 avril 2014]. Extrait disponible sur : <http://www.ajtmh.org/content/89/6/1040.extract>
2. Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde [Internet]. Genève : OMS ; 2012 [cité le 23 avril 2014]. Disponible sur : http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/report/fr/
3. Organisation mondiale de la Santé. Géohelminthiases : nombre d'enfants traités en 2012 [Internet]. *Relevé épidémiologique hebdomadaire OMS n° 13* 2014 ; 89:133-140 [cité le 23 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/wer/2014/wer8913.pdf>
4. Schneider MC, Najera P, Aldighieri S, Galan DI, Bertherat E, Ruiz A, et al. Where does human plague still persist in Latin America? [Internet]. *PLoS Negl Trop Dis* 2014;8(2) :1-14. [cité le 23 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0002680>
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation à mi-parcours [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 oct. 2013 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS; 2013 (document CD52/INF/4-B) [cité le 28 avril 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22580&Itemid=270&lang=fr
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Les cas rapportés de coqueluche, la diphtérie, le tétanos et les oreillons, 2011-2012 [Internet]. Dans : Bulletin d'immunisation, avril 2013, vol. 35, n° 2, p.7. Washington (DC) : OPS ; 2013. [cité le 23 avril 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23505&Itemid=139

F. PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX

Contexte

1. L'objectif du présent document est de faire rapport aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès accomplis sur l'exécution de la résolution CD50.R15, Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux, adoptée en octobre 2010. Le plan d'action cherche à faciliter l'adoption par les États Membres du principe de « la sécurité des hôpitaux dans les cas de catastrophes » en tant que politique nationale de réduction des risques et les prie instamment de se fixer comme objectif que tous les nouveaux hôpitaux construits soient dotés d'un niveau de protection propre à mieux garantir qu'ils demeureront fonctionnels durant les situations de catastrophes. Il préconise également des mesures appropriées de réduction des risques dans les installations de santé existantes.

2. La résolution CD50.R15 demandait également au Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de soumettre des rapports périodiques aux Organes directeurs sur l'état d'avancement de la mise en application du Plan d'action, qui comporte six objectifs, chacun avec des cibles définies.

Mise à jour sur les progrès accomplis

Progrès vers l'atteinte des objectifs

Objectifs	Cibles	Statut
1	En 2011, 80% des pays auront établi un programme national de sécurité des hôpitaux.	24 pays (69%) ont un programme officiel de sécurité des hôpitaux ; 33 pays (94%) ont incorporé la réduction du risque de catastrophes dans le secteur de la santé ; 20 pays (57%) disposent d'une politique nationale de sécurité des hôpitaux.
2	D'ici 2013, 90% des pays disposeront d'un système d'information sur la construction de nouveaux hôpitaux ou l'amélioration des hôpitaux qui existent déjà.	31 pays (89) disposent d'une banque de données concernant les hôpitaux évalués en utilisant l'indice de sécurité des hôpitaux.
3	D'ici 2013, au moins 80% des pays de la Région auront établi des mécanismes de supervision des œuvres de construction des hôpitaux et d'autres investissements dans les établissements de santé.	15 pays (43%) ont officiellement établi des mécanismes de supervision de la construction des hôpitaux
4	D'ici 2015, tous les pays auront incorporé des mesures qui favorisent	18 pays (51%) ayant des projets d'investissement en santé y ont

Objectifs	Cibles	Statut
	le fonctionnement des établissements de santé dans les cas de catastrophes dans tous les nouveaux projets d'investissement en santé.	incorporé le concept de sécurité des hôpitaux.
5	D'ici 2015, 90% des pays disposeront de normes actualisées de sécurité pour la conception, la construction et le fonctionnement de nouveaux établissements de santé.	18 pays (51%) disposent de normes actualisées pour la conception d'établissements de santé sûrs.
6	D'ici 2015, au moins 90% des pays auront amélioré la sécurité des établissements de santé existants en cas de catastrophes.	34 pays (97%) améliorent la sécurité de leurs établissements de santé en mettant en œuvre des interventions destinées à réduire les catastrophes.

Défis et leçons apprises

- a) L'élaboration de l'indice de sécurité des hôpitaux, et son usage, a permis aux pays de passer d'un système purement qualitatif à un système de score normalisé. Il offre aux autorités nationales une information détaillée sur le niveau de sécurité de leurs services de santé afin de leur permettre de hiérarchiser et mettre en œuvre les interventions.
- b) Même si de nombreux pays affectent des fonds importants à la mise en œuvre de mesures correctives destinées à améliorer la sécurité des établissements de santé, transmettre ces priorités au secteur financier et aux niveaux politiques et de décision plus élevés demeure un défi.
- c) Malgré les progrès accomplis, garantir que tous les nouveaux établissements de santé sont à l'abri des catastrophes et améliorer la sécurité des établissements qui existent déjà demeure un défi majeur.
- d) Le renforcement de la participation multisectorielle des parties concernées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé est essentiel pour réussir. Par exemple, les pays qui réussissent le mieux dans l'application de l'Initiative des hôpitaux sûrs¹ sont ceux dans lesquels l'organisation nationale de la gestion des catastrophes a assumé un rôle actif avec le secteur de la santé.

Action nécessaire pour améliorer la situation

- a) encourager et garantir l'incorporation des dispositions de l'Initiative des hôpitaux sûrs et du plan d'action dans les politiques gouvernementales.

¹ Résolution CSP27.R14 de l'OPS, Hôpitaux sûrs : Une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes (2007).

- b) promouvoir le renforcement du réseau des services de santé et le développement de plans de réponse aux catastrophes pour le secteur de la santé et les hôpitaux.
- c) renforcer les capacités et la certification des équipes d'évaluation de la sécurité des hôpitaux.
- d) sensibiliser la société civile à l'importance de disposer d'hôpitaux et de centres de santé qui continuent à fonctionner au maximum de leur capacité pendant les situations d'urgence et les catastrophes.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

3. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport d'avancement et de présenter les recommandations qu'il juge nécessaires.

G. 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) de réaliser des examens et des évaluations périodiques des Centres panaméricains.

Antécédents

2. Les Centres panaméricains ont été une modalité importante de la coopération technique de l'OPS pendant presque 60 ans. Au cours de cette période, l'OPS a créé ou administré 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 une information actualisée sur le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) et le Centre latino-américain de périnatalogie et développement humain/Santé de la femme et santé génésique (CLAP/SMR).

Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

3. Au vu de la convergence de la santé humaine avec la santé environnementale et l'hygiène animale, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) exerce un rôle de leader à l'échelle continentale dans le domaine des zoonoses, de la salubrité des aliments et de la sécurité alimentaire. Les directives politiques et stratégiques pour la coopération technique de l'Organisation en matière de santé publique vétérinaire ont été définies par la 16^e Réunion interaméricaine au niveau ministériel sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16), tenue au Chili en juillet 2012 sous le thème « Agriculture - Santé - Environnement : conjuguer les efforts pour le bien-être des peuples des Amériques ». RIMSA 16 a approuvé le « Consensus de Santiago » qui, entre autres recommandations, a invité les

pays à établir des plateformes et mécanismes permanents de coordination et de communication intersectorielles dans le cadre de leurs efforts de gestion des risques pour la santé publique susceptibles d'être générés lors de l'interface des populations humaines et animales et de l'environnement dans le cadre du Règlement sanitaire international et des normes de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE, sigle qu'elle conserve de son nom antérieur d'Office international des épizooties). D'autres buts importants ont inclus l'élimination de la rage humaine transmise par le chien et l'éradication de la fièvre aphteuse dans les Amériques d'ici 2020, dans le cadre du Plan d'action du Programme continental d'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA). RIMSA 16 a également invité les pays à redoubler d'efforts afin de garantir la production d'aliments sûrs et sains – une chose essentielle pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non

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

transmissibles – par l'établissement d'alliances entre les secteurs public et privé. L'importance des initiatives de coopération technique pour le renforcement de la capacité nationale a été mise en évidence et il a été demandé que ces initiatives soient appliquées avec la plus étroite coopération interinstitutionnelle possible ainsi qu'avec la couverture et la continuité requises pour réaliser leurs objectifs, cibles et résultats.²

Progrès récent

4. La coopération technique de PANAFTOSA est exécutée dans le cadre du travail du département des Maladies transmissibles et de l'analyse de la santé, par une équipe technique qui a son siège à Duque de Caxias, à Rio de Janeiro, et par trois consultants en santé publique vétérinaire dans les sous-régions andine, centraméricaine et des Caraïbes. Au cours de l'exercice en cours, des succès importants concernant la sécurité sanitaire des aliments, la fièvre aphteuse et d'autres zoonoses ont été accomplis.

5. En ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments, un grand nombre d'institutions de cette Région contribuent maintenant aux réseaux intersectoriels régionaux sur la sécurité sanitaire des aliments pour la prévention des maladies transmises par les aliments (à savoir, le Réseau interaméricain de laboratoires d'analyse des aliments [RILAA], le Réseau mondial des infections d'origine alimentaire [GFN, selon son sigle anglais] et le réseau PulseNet d'Amérique latine et des Caraïbes). Ces réseaux abordent en particulier les répercussions de la résistance aux antimicrobiens et encouragent une approche intégrée avec la participation de différents secteurs, comme la médecine humaine et vétérinaire, l'agriculture et l'environnement et différents acteurs, comme les consommateurs. PulseNet d'Amérique latine et des Caraïbes a reçu le prix IHRC³ de l'innovation sur PulseNet en 2013 « en reconnaissance de l'utilisation novatrice de la technologie dans l'enseignement, avec le potentiel d'une amélioration importante de la fonctionnalité de PulseNet dans les recherches sur les flambées épidémiques ». Le défi consiste maintenant à maintenir l'excellence et la pertinence de l'OPS dans le contexte des réductions budgétaires dans ce domaine, et de continuer à innover et à mobiliser de nouvelles ressources. En outre, PANAFTOSA a exercé un effet multiplicateur de son exceptionnelle capacité technique au sein de l'OPS pour renforcer la collaboration entre l'OMS, la FAO et l'OIE dans le but de lutter contre la résistance aux antimicrobiens, dans l'esprit de l'approche d'« Une seule santé ».

6. En ce qui concerne les zoonoses, le Centre a travaillé avec des experts des États Membres afin d'établir un Plan d'action pour l'élimination de la rage transmise par le chien dans les Amériques (Clavijo *et al.*, 2013). Ce plan a été appuyé par les directeurs de programmes de contrôle de la rage durant la 14^e Réunion des directeurs de programmes nationaux de contrôle de la rage en Amérique latine (REDIPRA 14), tenue à Lima, au

² Centre panaméricain de la fièvre aphteuse de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Consenso de Santiago du Chili [Internet]. 16^e Réunion interaméricaine de haut niveau ministériel sur la santé et l'agriculture, du 26 au 27 juillet 2012 ; Santiago, Chili. Rio de Janeiro (Brésil) : OPS/PANAFTOSA ; 2012 [consulté le 14 février 2014]. Consulter sur le site suivant (en espagnol) : [http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMS16\(INF5\)%20Consensus%20esp.pdf](http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMS16(INF5)%20Consensus%20esp.pdf)

³ *International Health Resources Consulting, Inc.*

Pérou, en août 2013. Le suivi des recommandations de REDIPRA 14 comprend notamment une utilisation de l'expertise des laboratoires, y compris les laboratoires nationaux de référence, conjointement à l'ajout du vaccin antirabique pour les chiens au Fonds renouvelable de l'OPS. En collaboration avec le département de la Gestion des achats et des approvisionnements, le Centre est chargé de recueillir des informations sur la demande future de vaccins. En ce qui concerne d'autres zoonoses, le Centre a fourni une coopération technique et contribué au renforcement de la capacité concernant la leptospirose, la leishmaniose, la rage sylvestre et la surveillance des réservoirs de vecteurs de la fièvre jaune. Le Centre réalise également des activités de coopération technique en matière de surveillance et de contrôle de l'hydatidose dans six pays.

7. En ce qui concerne la fièvre aphteuse, pour la première fois depuis la création du Centre en 1951, 25 mois se sont écoulés sans qu'aucun cas de fièvre aphteuse ne soit rapporté. Il s'agit là d'un succès historique pour les pays de tout le continent et pour PANAFTOSA et l'OPS/OMS. Les défis qui se présentent actuellement sont les suivants : maintenir ce succès en progressant vers un continent libre de fièvre aphteuse sans vaccination, continuer d'appuyer les pays, en particulier en introduisant de nouveaux outils de surveillance et de réponse aux situations d'urgence et des mécanismes pour faire face à la sensibilisation croissante de la population au virus de la fièvre aphteuse, ainsi que renforcer la politique, la stratégie et le plan nationaux d'éradication de la fièvre aphteuse du Venezuela.

Accords de coopération et mobilisation des ressources

8. Le Centre a pu mobiliser les contributions volontaires provenant de sources intéressées spécifiquement par l'éradication de la fièvre aphteuse en Amérique du Sud, qui fournissent un appui à la coopération technique du Centre en rapport avec la coordination régionale du PHEFA. Un exemple est l'Association coordonnatrice nationale de santé animale (ACONASA) du Paraguay, qui a renouvelé son appui financier au fonds fiduciaire établi pour faciliter les contributions financières. En outre, d'autres accords de coopération sont en voie de négociation avec des organismes publics d'autres États Membres (par exemple, l'Équateur) dans les zones d'activité de PANAFTOSA. Par conséquent, les ressources financières ordinaires fournies par l'Organisation au Centre ont été acheminées vers la coopération technique dans les domaines des zoonoses et de la sécurité alimentaire. La généreuse contribution du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement alimentaire du Brésil continue d'appuyer pleinement les coûts de maintien du Centre. Cette contribution a augmenté considérablement au cours des cinq dernières années afin de s'adapter à l'exécution du processus de développement institutionnel du Centre commencé en 2010, qui a inclus une réduction de la contribution de l'Organisation.

9. L'OPS, par le biais de PANAFTOSA, et le Secrétariat à la surveillance sanitaire du ministère de la Santé du Brésil ont signé une annexe à l'Accord de coopération technique en 2012, afin de contribuer un montant de US\$ 1 618 914⁴ au renforcement du

⁴ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars

Système national de surveillance sanitaire et de la capacité de gestion du Système unifié de santé du Brésil. Le but est de réduire la charge de zoonose et les maladies à transmission vectorielle, ainsi que les maladies transmises par les aliments et l'eau dans la population humaine. L'accord de coopération technique a été renouvelé en 2013 et un montant additionnel de \$4 918 409 a été ajouté, ce qui représente une augmentation de l'ordre du triple de ce qui avait été assigné en 2012. D'autres accords financiers et de coopération technique ont été établis avec le Wellcome Trust (Institut Sanger) pour renforcer la capacité professionnelle du personnel de santé, le corps professoral et les étudiants des professions liées à la santé (comme la médecine, la microbiologie, la médecine vétérinaire et les sciences infirmières), avec l'Institut conjoint de sécurité des aliments et de nutrition appliquée (JIFSAN, selon son sigle en anglais) pour la coopération en matière de sécurité alimentaire, avec l'Association des écoles de médecine vétérinaire des États-Unis (AAVMC, selon son sigle en anglais) pour renforcer la capacité professionnelle du corps professoral et des étudiants des professions liées à la santé (comme la médecine, la médecine vétérinaire et les sciences infirmières). Un projet de trois ans pour établir le leadership d'« Une seule santé » et pour promouvoir la capacité des laboratoires d'analyses cliniques vétérinaires des Caraïbes, financé par l'Union européenne, est en voie d'exécution conjointement avec l'Université West Indies, la Trinité-et-Tobago et l'Organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO). La collaboration avec le groupe de travail sur la santé publique vétérinaire du Réseau de santé animale des Caraïbes (CaribVET) a été renforcée pour la surveillance, la prévention et le contrôle de la rage, la leptospirose et la salmonellose dans les Caraïbes, utilisant l'approche d'« Une seule santé ».

Révision de la gouvernance de PANAFTOSA

10. Au cours de la 154^e session du Comité exécutif, la délégation du gouvernement du Brésil a suggéré d'étudier la possibilité de créer un mécanisme de gouvernance pour PANAFTOSA qui permettrait une plus grande participation des États Membres, comme par exemple la formation d'un corps collégial qui inclurait une représentation égalitaire des différentes sous-régions de l'Organisation, de façon similaire aux mécanismes de gouvernance en vigueur au BIREME. Comme suite à cette demande, l'OPS lancera un processus de consultations avec le Brésil et les autres États Membres dans le but d'analyser cette proposition et elle informera les Organes directeurs des procès et résultats de ce processus.

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

11. Le BIREME est un centre spécialisé de l'OPS, fondé en 1967 dans le but de tirer parti de la coopération technique que l'Organisation fournit aux pays dans le domaine de l'information scientifique et technique au service de la santé.

12. L'institutionnalité du BIREME se caractérise par la coexistence des cadres institutionnels antérieur (Convention de maintien et de développement du Centre, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2014) et nouveau (Statut du BIREME, approuvé par le 49^e Conseil directeur, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2010).

13. Le Statut du BIREME appelle à l'établissement d'un Accord sur le siège du BIREME, qui va être signé par le Gouvernement du Brésil, et un Accord sur les installations et le fonctionnement du BIREME, qui va être conclu avec l'*Universidade Federal de São Paulo* (Unifesp) : les deux accords sont en voie de négociation.

14. Les structures de gouvernance du BIREME incluent actuellement le Comité consultatif et le Comité scientifique (nouveau cadre), en plus du Comité consultatif national (cadre antérieur). Les trois Comités fonctionnent de manière efficiente.

15. L'OPS et le Brésil sont membres permanents du Comité consultatif du BIREME, qui, de plus, est composé de cinq autres membres non permanents. La 28^e Conférence sanitaire panaméricaine a élu Cuba, l'Équateur et Porto Rico comme membres du Comité consultatif du BIREME pour un mandat de trois ans (2013-2015), en remplacement de l'Argentine, du Chili et de la République dominicaine, dont les mandats ont pris fin en 2012. Le 51^e Conseil directeur a élu la Bolivie et le Suriname (2012-2014) en remplacement du Mexique et de la Jamaïque, dont les mandats ont pris fin en 2011. Le 53^e Conseil directeur choisira deux membres pour un mandat de deux ans (2015-2016) afin de remplacer la Bolivie et le Suriname. Les membres du Comité consultatif ont tenu quatre sessions de travail depuis l'établissement du Comité. La cinquième session est prévue pour la fin du deuxième semestre de 2014.

16. Le Comité scientifique a été installé en juillet 2013, et il est formé de cinq experts en matière d'information sur la santé en provenance du Brésil, du Canada, du Honduras et de la Trinité-et-Tobago, et d'un représentant de la *National Library of Medicine* (NLM) des États-Unis d'Amérique. Les membres du Comité scientifique ont tenu deux sessions de travail depuis l'établissement du Comité. D'autre part, dans le contexte des objectifs et résultats escomptés du Comité, il y a eu une réunion virtuelle pour accroître la communication entre les membres. La deuxième session du Comité a eu lieu le 14 août 2014.

Progrès récents

17. La quatrième session du Comité consultatif du BIREME a eu lieu le 26 novembre 2013 dans les locaux du BIREME. Les membres du Comité consultatif ont réaffirmé leur appui continu au développement institutionnel du Centre, ce qui inclut l'exécution du nouveau cadre institutionnel, l'établissement et la signature de l'Accord sur le siège et le financement de ses plans de travail, en plus de l'intégration du Comité scientifique installé. De même, au nombre des succès obtenus au cours de l'exercice 2012-2013, on a mis en évidence l'organisation et les résultats du IX^e Congrès régional de l'information sur les sciences de la santé (CRICS9), ainsi que la tenue de la VI^e Réunion de la

Coordination régionale de la Bibliothèque virtuelle en santé (BVS6) au siège de l'OPS/OMS, à Washington, D.C., du 20 au 24 octobre 2012.

18. Dans le contexte des lignes d'action pour finaliser la mise en œuvre du nouveau cadre institutionnel du BIREME, il convient de signaler les aspects suivants :

- a) Accord sur le siège du BIREME : l'OPS et le Ministère de la Santé du Brésil ont poursuivi les négociations sur la nouvelle proposition d'Accord sur le siège présentée par le Secrétariat exécutif du ministère de la Santé, jusqu'à l'obtention d'une version consensuelle avec le Bureau du Conseiller juridique (CONJUR) du ministère de la Santé lors de la réunion du 22 janvier 2014. Il a été convenu de soumettre cette version à l'approbation du ministère des Relations extérieures du Brésil ainsi qu'à l'approbation finale du Congrès national du Brésil.
- b) Accord sur les installations et le fonctionnement du BIREME au sein de l'Unifesp : des réunions continuent d'être organisées avec la rectrice et les autorités désignées de l'Université, qui, initialement, portaient sur la relation institutionnelle du BIREME avec l'Unifesp et les termes de l'Accord ; au cours de 2014, les réunions ont mis l'accent sur la révision détaillée des responsabilités mutuelles du BIREME et de l'Unifesp.
- c) Définition du mécanisme de financement pour le BIREME à partir des contributions de l'OPS et du gouvernement du Brésil, stipulé à l'article 6 du Statut : les contributions régulières sont définies d'un commun accord pour appuyer les plans de travail biennaux approuvés, conformément aux dispositions du Statut. Lors de la deuxième réunion du Comité consultatif national (CAN) sur la Convention de maintien et de développement du BIREME, tenue le 23 janvier 2014 à l'OPS/OMS, au Brésil, les résultats obtenus par le Centre au cours des 18 derniers mois ont été présentés. Le rapport correspondant a été approuvé par les représentants du ministère de la Santé du Brésil, la *Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo* (SES-SP) et Unifesp. La contribution du ministère pour le maintien et le fonctionnement du plan de travail du BIREME au cours de l'année 2014 sera approximativement du même montant qu'en 2013, soit \$3,8 millions de reales (approximativement \$1,7 million – réf. dollar UN de juillet 2014). Cette somme a été transférée à l'OPS au moyen du *Terme additif* numéro 27 à la Convention de maintien et de développement du BIREME, qui a déjà été signée par les parties (l'OPS et le ministère de la Santé du Brésil).
- d) Le plan de travail biennal (2014-2015) du BIREME, qui est intégré à celui du département des Connaissances et de la communication de l'OPS, reconfiguré en 2014 en temps que Gestion des connaissances, de la bioéthique et de la recherche, a été élaboré de façon concertée avec le département, avec lequel son perfectionnement et son intégration continuent d'être coordonnés.
- e) Dans le but de renforcer la mise en œuvre du nouveau statut du BIREME, approuvé par les États Membres, l'OPS est en train d'effectuer une évaluation

externe du Centre, suite à laquelle des recommandations seront présentées à la Directrice du Bureau à la fin de 2014.

Défis

19. Les prochains défis pour cette période incluent ce qui suit :
- a) Mettre en œuvre complètement le nouveau cadre institutionnel du BIREME en 2014, y compris la conclusion des deux principaux accords qui le constituent :
i) l'Accord sur le siège avec le Brésil et *ii)* l'Accord sur les installations et le fonctionnement avec l'Unifesp.
 - b) Si le nouveau cadre institutionnel n'est pas totalement mis en œuvre en 2014, actualiser les clauses de la Convention de maintien et de développement du BIREME, c'est-à-dire définir une nouvelle Convention conformément à la demande de ses signataires (ministère de la Santé du Brésil, SES-SP et Unifesp).
 - c) Adapter les besoins de flux de liquidités du BIREME à l'objectif de maintenir la viabilité financière du Centre, en vertu de la coexistence de ses deux cadres institutionnels et, en particulier, jusqu'à ce que son nouveau cadre institutionnel soit complètement mis en œuvre.
 - d) Appuyer les négociations pour la prompte conclusion d'accords pour le transfert des contributions respectives au maintien du BIREME au cours de l'exercice 2014-2015, en particulier les contributions du ministère de la Santé du Brésil.

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

20. Le Centre latino-américain de périnatalogie (CLAP) a été créé en 1970, dans le cadre d'un accord entre le gouvernement de la République orientale de l'Uruguay, l'Université de la République de l'Uruguay et l'OPS, accord qui est renouvelé périodiquement et dont la toute dernière prorogation est en vigueur jusqu'au 28 février 2016. En 2005, le Centre a fusionné avec l'unité de la Santé de la femme, dans le cadre d'un processus de décentralisation et est devenu le Centre latino-américain de périnatalogie/Santé de la femme et santé génésique (CLAP/SMR). Dans le même temps, le Centre a commencé à fonctionner comme une unité décentralisée du département de la Famille, du genre et du parcours de vie (FGL). L'objectif général du CLAP/SMR est de promouvoir, renforcer et améliorer les capacités des pays de la Région des Amériques en matière de soins de santé pour la femme et le nouveau-né.

Progrès récents

21. Le 10 janvier 2014, la nouvelle directrice/gestionnaire de l'unité CLAP/SMR a assumé ses fonctions. La nouvelle équipe de gestion a procédé à une analyse des ressources disponibles et a mis en œuvre des changements visant à réduire les coûts et à

promouvoir une utilisation plus efficace des ressources. De même, des démarches ont été entreprises pour faciliter la création de ressources additionnelles avec des fonds extra-budgétaires.

22. Du point de vue des axes de travail, les activités liées aux domaines techniques spécifiques dont CLAP/SMR est responsable sont maintenues. Le Plan pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave est en voie d'évaluation de mi-parcours : le point de référence a été élaboré et le statut des indicateurs évalué deux ans après l'adoption du plan. Le formulaire complémentaire des antécédents cliniques périnataux du SIP (Système informatique périnatal) pour l'enregistrement des événements de morbidité maternelle extrêmement graves a été validé dans 23 institutions de 12 pays de la Région, conjointement avec l'OMS et des experts de la Région. Un appui continu a été fourni à la Fédération latinoaméricaine des sociétés de gynécologie et d'obstétrique (FLASOG), tout en promouvant la formation des ressources humaines spécialisées en urgences obstétriques. De même, en collaboration avec la Confédération internationale des sages-femmes (ICM), un appui a été fourni pour la formation des enseignants dans les écoles de sages-femmes de l'ensemble des Caraïbes.

23. CLAP/SMR a participé à des conférences régionales pour examiner les progrès réalisés en vue de la réalisation des objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui a eu lieu à Montevideo en août 2013. Dans le cadre de l'appui technique aux pays relativement à l'application de la stratégie de santé génésique, CLAP/SMR a organisé avec le FNUAP une réunion régionale avec 15 pays au Salvador, en octobre 2013, sur le Repositionnement de la planification familiale dans le contexte de l'accès universel à la santé sexuelle et génésique, OMD 5b. Au nombre des résultats issus de cette réunion est le fait que les deux organismes vont mettre en oeuvre un plan de travail dans les pays participants. En outre, en mai 2014, un atelier portant sur la planification familiale dans les Caraïbes a été organisé conjointement avec le FNUAP et l'OMS.

24. La publication de l'OMS « Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé » a été traduite en espagnol⁵ et portugais⁶ et disséminée dans les pays de la Région (20 000 copies).

25. Dans le cadre de la stratégie d'élimination de la transmission verticale de la syphilis maternelle et du VIH, l'information y relative a été consolidée et un rapport scientifique été élaboré au sujet de l'association entre la syphilis congénitale et le nombre de mortinaissances. L'information fournie par les pays et d'autres sources est en voie de consolidation afin d'actualiser le plan de situation de la syphilis dans la Région des

⁵ http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04.pdf

⁶ http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP-Trad04pt.pdf

Amériques. Le recours aux tests rapides pour le diagnostic de la syphilis au moyen de différents algorithmes a fait l'objet de discussions avec les pays.

26. A partir des intrants émanés de l'évaluation à mi-parcours du Plan régional de santé du nouveau-né, des progrès ont été réalisés dans l'élaboration d'instruments et directives techniques pour l'amélioration de la qualité des soins de santé néonatale liés aux principales causes de mortalité. De même, un processus de génération d'information a été lancé pour permettre de visualiser dans le programme politique le fardeau de la prématurité et d'obtenir un aperçu de la situation régionale en matière de législation et de programmes de dépistage néonatal. Finalement, un instrument a été élaboré pour l'évaluation de la mise en œuvre des interventions basées sur des preuves factuelles qui permettra aux pays d'évaluer les améliorations dans les pratiques liées aux soins néonataux.

27. La location d'espaces de bureau est en cours dans l'immeuble qui abrite actuellement la Représentation de l'OPS/OMS en Uruguay afin de regrouper les bureaux du Centre avec ceux de la Représentation. Les démarches pour le déménagement sont en voie de réalisation et des études sont effectuées relativement aux coûts de la fusion physique.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

28. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport d'avancement et de formuler les recommandations additionnelles qu'il jugerait pertinentes.

- - -