



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
Amériques

29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE
69^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

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

Point 3.2-A de l'ordre du jour provisoire

OD355
11 août 2017
Original : anglais

RAPPORT QUINQUENNAL 2013-2017
DU DIRECTEUR DU
BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

RAPPORT QUINQUENNAL 2013-2017
DU DIRECTEUR DU
BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

**Défense de la santé pour le développement durable et
l'équité : sur le chemin de la santé universelle
2013-2017**

Bureau sanitaire panaméricain
Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques

Septembre 2017

TABLE DES MATIÈRES

Préface.....	4
Résumé d'orientation	7
Introduction – l'OPS à 115 ans.....	13
1. Atteinte de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle	15
2. Réponse aux urgences et catastrophes sanitaires et développement des capacités fondamentales en santé publique selon le Règlement Sanitaire International	34
3. Amélioration de la santé tout au long du parcours de vie	54
4. Réduction des inégalités en santé, en ciblant les minorités ethniques, les populations autochtones et les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.....	61
5. Réduction et élimination de la charge et l'impact des maladies transmissibles, y compris les maladies à prévention vaccinale, les maladies infectieuses négligées et les maladies couvertes par le Fonds Mondial.....	72
6. Réduction de la charge et de l'impact des maladies non transmissibles chroniques et de leurs facteurs de risque.....	93
7. Agir sur les déterminants sociaux de la santé et garantir des environnements sûrs et sains.....	115
8. Promotion du développement institutionnel et des capacités du BSP.....	123
9. Conclusion et horizon 2030.....	138
Sigles.....	142
Remerciements.....	144

Aux États Membres :

Conformément à la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport quinquennal 2013-2017 portant sur le travail réalisé par le Bureau sanitaire panaméricain, bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques.

Le présent rapport met en évidence la coopération technique que le Bureau sanitaire panaméricain a entreprise durant la période qui va de février 2013 à la fin juillet 2017, dans le cadre des Plans stratégiques 2008-2013 et 2014-2019 de l'Organisation panaméricaine de la Santé, tels qu'ils ont été établis par ses Organes directeurs.

Carissa F. Etienne
Directrice
Bureau sanitaire panaméricain

PRÉFACE

Septembre 2017

1. La période considérée, qui va de février 2013 à juillet 2017, couvre la plus grande partie de mon mandat actuel comme Directrice du Bureau sanitaire panaméricain – aussi appelé le BSP ou le Bureau –, qui est le secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et le bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En 2013, ce fut un honneur pour moi d'être choisie par les États Membres de l'OPS en tant que 10^e Directeur, responsable de guider cette vénérable et auguste Organisation. Près de cinq ans plus tard, je considère toujours comme un honneur, un privilège et un plaisir d'être au service des pays de la Région des Amériques dans notre quête de santé et de bien-être pour tous leurs peuples.

2. Au début de mon mandat, j'ai fermement défendu quatre priorités : réduire les iniquités en matière de santé, renforcer les systèmes de santé, agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et atteindre la couverture sanitaire universelle. Ces priorités se reflètent dans le thème global et le contenu du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019, à savoir « Défense de la santé : développement durable et équité », lequel fournit le cadre actuel de notre coopération technique. Je peux dire, sans crainte de me tromper, que grâce aux conseils et à la collaboration de nos États Membres, et en partenariat avec des parties prenantes clés au sein d'autres organismes de développement, de la société civile et du secteur privé, nous avons fait des progrès importants pour donner corps à ces priorités.

3. Les valeurs fondamentales de l'Organisation, à savoir l'équité, l'excellence, la solidarité, le respect et l'intégrité, continuent à inspirer les actions aussi bien des États Membres que du Bureau. L'OPS a continué à s'attaquer aux défis qui se posent en matière de développement sanitaire, travaillant sans relâche, de concert avec les pays des Amériques, pour les surmonter. Les fonctions fondamentales de l'Organisation, qui portent sur le leadership et les partenariats, sur la recherche et sur la génération et la diffusion de connaissances, sur les normes et les standards, sur les orientations éthiques et fondées sur des preuves, sur la coopération technique pour le changement et sur le renforcement durable des capacités institutionnelles, de même que sur les tendances en matière de situation sanitaire, sont encore pertinentes. En nous acquittant de ces fonctions, nous avons utilisé des approches nationales, infrarégionales et régionales selon ce qui convenait le mieux ; nous avons élaboré et mis en œuvre des stratégies créatives et innovantes au besoin ; nous avons en outre restructuré le Bureau et apporté des changements à ses méthodes et à ses systèmes administratifs pour en accroître l'efficacité et l'efficacité.

4. Malgré la présence de multiples défis, nous avons été témoins de nombreuses réalisations et de nombreux succès, en grande partie parce que les États Membres ont collaboré de plus en plus étroitement avec le Bureau pour orienter la coopération technique et assumer la responsabilité des résultats de celle-ci. Les pays ont démontré un

grand empressement à contribuer ainsi qu'à partager les expériences vécues, les enseignements tirés et les capacités acquises, dans un esprit de solidarité et pour le bien de tous. Nous avons dû agir vite pour répondre aux menaces et aux flambées de maladies infectieuses dues aux virus Ebola et Zika, tout en continuant à nous préparer à des catastrophes et à des situations d'urgence naturelles et causées par l'homme, ainsi qu'à l'épidémie de maladies non transmissibles, et à y faire face. De plus, nous avons continué à accroître nos efforts concernant la santé tout au long de la vie, nous employant à développer la résilience des systèmes sanitaires et à progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

5. L'ère des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) a pris fin en 2015. Dans son ensemble, la Région a atteint la plupart des OMD ; toutefois, malgré les progrès réalisés vers la cible relative à la mortalité maternelle incluse dans l'objectif 5, nous ne l'avons pas atteinte. Par conséquent, bien qu'il existe plusieurs raisons de célébrer, les progrès ont été inégaux, et l'inégalité qui persiste s'est manifestée comme un obstacle à l'obtention de résultats plus importants.

6. Maintenant, ce sont le Programme mondial de développement durable à l'horizon 2030 et ses objectifs de développement durable (ODD) qui inspirent nos actions visant à compléter le programme portant sur les OMD, à préserver les acquis et à faire face à de nouveaux défis. L'un des objectifs – l'Objectif 3 – concerne spécifiquement la santé, mais les autres ODD ont des incidences sur la santé, et les interventions visant à atteindre ces objectifs doivent faire partie du répertoire de l'OPS, dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les secteurs extérieurs à la santé, la société civile et le secteur privé, au besoin et comme il convient.

7. Grâce au Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS – un plan axé sur l'avenir – et aux thématiques transversales chères à l'Organisation que sont le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique, nous avons déjà commencé à agir sur les ODD. Ces objectifs soulignent l'importance des déterminants sociaux de la santé, d'un financement adéquat de la santé, des partenariats et d'une approche où personne n'est laissé pour compte, sur le chemin de la santé universelle et du développement durable en matière de santé.

8. Nous avons travaillé dur pour que la santé demeure l'une des priorités du programme de développement régional et pour promouvoir la santé universelle, en collaborant avec l'Organisation des États Américains (OEA) pour faire en sorte que le document final *Mandats pour l'action* adopté par le septième Sommet des Amériques en avril 2015 comprenne un soutien aux questions de santé prioritaires. L'OEA et l'OPS ont créé un groupe de travail informel qui a commencé ses activités en février 2016 ; son but est d'orienter notre collaboration au cours des cinq prochaines années, et de persuader d'autres entités de se joindre à nous dans une approche régionale aux ODD qui agit sur les déterminants sous-jacents de la santé, l'équité en santé et la santé universelle.

9. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 s'achève, et les États Membres de l'OPS sont intervenus efficacement pour élaborer un nouveau cadre, avec l'appui du Bureau. Un groupe de travail réunissant plusieurs pays a rédigé le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, un nouveau cadre de haut niveau adapté à la situation qui existe dans la Région et aligné sur les ODD. Ce cadre sera présenté à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017 pour approbation.

10. Il y aura toujours des changements de contextes et de circonstances qui représenteront à la fois des défis et des opportunités. Un nouveau Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, a été élu lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2017, et nous sommes impatients de travailler en étroite collaboration avec lui et son équipe. Il y a eu des changements de régime politique dans plusieurs États Membres de l'OPS, et les implications de certains de ces changements pour l'OPS et l'OMS sont empreintes d'incertitude. Toutefois, nous savons que la santé constitue pour les pays un produit très prisé et fédérateur, puisqu'elle contribue au développement durable tout en étant le fruit de celui-ci. Nous sommes persuadés que nos États Membres continueront à démontrer les valeurs que représentent le panaméricanisme et la solidarité.

11. Le 2 décembre 2017, l'OPS célébrera ses 115 ans d'activité ininterrompue. On pourrait considérer l'Organisation comme une centenaire en bonne santé, souffrant peut-être de douleurs à l'occasion, mais toujours très active et productive ; elle réfléchit, analyse, apprend et innove ; elle intervient aussi pour prévenir, déceler tôt et traiter les menaces à l'efficience et à l'efficacité de son fonctionnement.

12. Les réalisations mises ici en évidence sont le résultat de la solidarité et d'efforts concertés. J'exprime ma sincère gratitude aux États Membres de l'OPS, aux États Membres et au personnel des autres régions de l'OMS, aux autres agences des Nations Unies qui œuvrent dans le domaine de la santé, à nos partenaires de développement, aux autres parties prenantes clés dans le domaine de la santé, dont celles de la société civile et du secteur privé, et à tous les membres du personnel du Bureau sanitaire panaméricain, dans les divers pays ainsi qu'à Washington (D.C.) pour leurs conseils, leur collaboration et leur soutien au cours de la période couverte par ce rapport. Ensemble nous travaillerons à une vision collective de la Région, dans laquelle toutes les populations, particulièrement celles qui sont mal desservies, pourront atteindre le meilleur état de santé et de bien-être possible, et ainsi jouir d'une vie digne et productive.

Carissa F. Etienne
Directrice
Bureau sanitaire panaméricain

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

13. Au cours de la période 2013-2017, l'Organisation panaméricaine de la Santé, le bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé, a continué à entreprendre des activités de coopération technique aux niveaux national, infrarégional et régional en appui au développement sanitaire national. Ces activités ont été dirigées et coordonnées par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), le secrétariat de l'OPS, et ont mis à contribution des parties prenantes et des partenaires clés, tant nationaux qu'internationaux. La coopération technique de l'OPS réalisée durant cette période – qui a commencé par la prise de fonctions du Dr Carissa Etienne comme Directrice – a été orientée principalement par le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Le Plan stratégique a été élaboré grâce à une participation importante des États Membres, à partir d'un processus ascendant qui a tenu compte des priorités définies au niveau des pays durant le processus d'élaboration des stratégies de coopération avec les pays de l'OPS/OMS, et d'une méthodologie d'établissement des priorités. Le Plan s'alignait aussi sur le Programme général de travail de l'OMS, les objectifs du Millénaire pour le développement, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, et, dans sa formulation tournée vers l'avenir, les objectifs de développement durable à l'horizon 2030, pour faire en sorte que l'OPS contribue au respect par les États Membres de ces ententes et de ces cadres internationaux importants liés à la santé.

14. Durant cette période, guidée par des résolutions approuvées par ses Organes directeurs, l'OPS a mis l'accent sur une vaste gamme de questions cruciales. Parmi ces questions, on peut citer ce qui suit : le renforcement et la résilience des systèmes de santé pour permettre de progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, le développement de capacités nationales pour répondre aux urgences et aux catastrophes sanitaires et satisfaire aux exigences du Règlement sanitaire international (RSI) (2005), l'adoption d'une approche de santé tout au long du parcours de vie en matière d'interventions de santé, en mettant l'accent sur la santé des mères, des enfants et des adolescents, ainsi que la santé des personnes âgées, la réduction des iniquités en matière de santé, en portant une attention particulière aux groupes vulnérables, y compris les populations ethniques et autochtones, la réduction, et l'élimination si possible, des maladies transmissibles, la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT) et de leurs facteurs de risque et les mesures prises concernant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé par le moyen de mécanismes multisectoriels et impliquant l'ensemble de la société. L'Organisation s'est également efforcée d'améliorer sa propre capacité et ses propres systèmes institutionnels pour accroître l'efficacité et l'efficacité de sa coopération technique.

15. Des succès notables ont été enregistrés quant au renforcement des systèmes de santé et à l'accroissement de la résilience dans les domaines suivants : élargissement de l'accès aux services, par exemple au moyen du programme *Mais Médicos* au Brésil, élaboration ou mise à jour de lois et de règles en matière de santé, notamment par la création du système de réglementation des Caraïbes, plaidoyer pour des améliorations au financement de la santé et l'utilisation de l'espace budgétaire, développement de la

capacité des ressources humaines en santé à contribuer au progrès vers la santé universelle, y compris par la formation en ligne réalisée grâce au Campus virtuel pour la santé publique de l'OPS, amélioration de l'accès aux technologies et aux produits médicaux, dont des services de radiation plus sûrs, et renforcement de la recherche, des systèmes d'information, de la gestion des connaissances et de la communication liés à la santé.

16. Les États Membres de l'OPS ont dû faire face à de nombreuses situations d'urgence, de catastrophes et de flambées de maladies durant cette période. Il y a eu également des améliorations et des innovations importantes – aussi bien au sein du BSP que dans la coopération technique avec les pays – quant aux mécanismes servant à répondre à de tels événements, en particulier dans le contexte de rassemblements de masse tels que les Jeux olympiques d'été tenus au Brésil en 2016. Ouragans, séismes, incendies, flux migratoires et flambées de maladies virales ont été quelques-unes des différentes causes des situations d'urgence sanitaire qui ont mis à l'épreuve les capacités, les partenariats et la solidarité des États Membres, ainsi que l'opportunité et l'ampleur des capacités du BSP en matière de réponse et de mobilisation des ressources. La menace du virus Ebola, la large circulation du virus du chikungunya et du virus Zika, et la réapparition du choléra à Haïti ont occasionné des évaluations qui ont cerné des lacunes et des défis concernant le développement de capacités nationales fondamentales pour la mise en œuvre du RSI. Toutefois, ces événements ont aussi donné lieu à des interventions qui ont inclus de nouvelles approches et diverses innovations, telles que la mise en place du Système de gestion des incidents du BSP et le renforcement de son Centre d'opérations d'urgence, une amélioration des lignes directrices portant sur l'envoi des équipes médicales d'urgence nationales et internationales, le renforcement des systèmes de surveillance épidémiologiques, le transfert de technologies concernant les systèmes de surveillance de la qualité de l'eau et la création de nouveaux partenariats pour agir sur les priorités cernées.

17. En ce qui a trait aux interventions portant sur la santé tout au long du parcours de vie, un jalon important a été la création en 2013 de l'initiative appelée « Une promesse renouvelée pour les Amériques », qui représente le volet régional d'un mouvement mondial interinstitutionnel auquel le BSP sert de secrétariat. Ce mouvement cherche à réduire les iniquités qui existent en matière de santé génésique, maternelle, infantile et adolescente en Amérique latine et dans les Caraïbes. Au cours des 15 prochaines années, le volet régional aidera les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans opérationnels nationaux visant à répondre aux problèmes d'équité parmi ces groupes de population, dans le cadre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Selon une approche holistique, ces interventions ont également inclus des améliorations sur le plan de la nutrition, grâce à la promotion par l'OPS de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition 2016-2025, et à sa contribution à cette Décennie, et en tenant compte aussi bien de la sous-alimentation que de la suralimentation. Parmi les interventions nationales qui ont été réalisées pour prévenir le surpoids et l'obésité, on peut citer l'élaboration de politiques ainsi que des mesures

financières comme la taxation des boissons sucrées, par exemple à la Barbade, au Chili, en Dominique, en Équateur et au Mexique.

18. L'engagement de l'OPS à réduire les iniquités en matière de santé est demeuré l'un des principaux piliers de sa coopération technique, et l'Organisation a travaillé sans relâche pour intégrer les thématiques transversales que sont le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique dans toutes les facettes de son travail. Parmi les actions entreprises, on peut citer la création, par la Directrice, d'un groupe interprogrammatique visant à faciliter cette intégration, l'approbation sans précédent, par le 53^e Conseil directeur en 2014, d'une résolution visant à s'attaquer aux disparités concernant l'accès et le recours aux services de santé des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres, l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs fondamentaux relatifs au genre et à la santé, la définition de priorités concernant la santé des peuples autochtones et des personnes d'ascendance africaine et l'adoption par le BSP d'un nouvel ensemble de paramètres servant à mesurer les changements relatifs à l'inégalité en matière de santé. En 2016, l'OPS a organisé la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans la Région des Amériques, en partenariat avec l'*Institute of Health Equity* de l'*University College* de Londres.

19. Malgré les difficultés qui persistent pour ce qui est de réduire le nombre des cas de maladies transmissibles, plusieurs États Membres ont réussi, grâce à la coopération technique offerte par le BSP, notamment le recours au Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (le « Fonds renouvelable ») et au Fonds régional de l'OPS pour les fournitures stratégiques de santé publique (le « Fonds stratégique »), à éliminer certaines de ces maladies au niveau national ou infranational. Parmi les maladies éliminées, notons la maladie de Chagas (Brésil, Chili et Paraguay), l'onchocercose (Colombie, Équateur, Guatemala et Mexique) et le trachome (Mexique). En juin 2015, Cuba est devenu le premier pays au monde à voir confirmer son élimination de la transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la syphilis. En avril 2015, le Comité international d'experts pour la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale a déterminé que la Région des Amériques avait éliminé la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. Lors du 55^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2016, le Comité a annoncé que la rougeole endémique avait été éliminée de la Région, un jalon historique qui couronnait 22 années d'efforts impliquant une vaccination de masse contre la rougeole, les oreillons et la rubéole partout en Amérique. Ces maladies furent la troisième, la quatrième et la cinquième à être éliminées dans les Amériques, après la variole en 1971 et la polio en 1994 ; ces cinq éliminations représentent des premières mondiales réalisées par notre Région. L'OPS vise maintenant l'élimination du paludisme dans les 21 pays endémiques de la Région, du choléra sur l'île d'Hispaniola et de la transmission du VIH à l'échelle de la Région, le renforcement de l'approche « une seule santé » pour s'attaquer aux problèmes sanitaires à l'interface entre humains, animaux et environnement et la riposte à la résistance croissante aux antimicrobiens. Le fardeau croissant des MNT, reconnu aux niveaux national, infrarégional, régional et mondial, a suscité une foule de déclarations, de recommandations, de lignes directrices, de stratégies

et de plans d'action. L'OPS a élaboré des plans d'action régionaux concernant la prévention et le contrôle aussi bien des MNT que de l'obésité infantile, et a favorisé la formulation de plans d'action nationaux multisectoriels sur les MNT, préconisant l'inclusion des secteurs autres que sanitaires, de la société civile et du secteur privé. L'Organisation s'est employée à renforcer les capacités des États Membres à élaborer et mettre en œuvre des lois, des règles et des politiques visant à réduire les quatre principaux facteurs de risque associés aux MNT : l'usage du tabac (dans le contexte de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS), la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et l'usage nocif de l'alcool. L'OPS a également promu le modèle de soins chroniques pour l'amélioration de la qualité des soins au niveau primaire, en se concentrant sur les quatre principales MNT : les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques. De plus, l'OPS a inclus les médicaments contre les MNT sur la liste des médicaments que les pays peuvent se procurer par le biais du Fonds stratégique de l'OPS. En collaboration avec ses partenaires, le BSP a dirigé des interventions visant à renforcer la surveillance des facteurs de risque associés aux MNT, à mener des études sur les cas de maladies rénales chroniques d'étiologie non traditionnelle ou inconnue en Amérique centrale et à prendre des mesures concernant la violence et les traumatismes, en particulier les blessures dues aux accidents de la route et la violence envers les femmes. L'Organisation a continué à mettre l'accent sur la santé mentale, collaborant avec les pays pour mettre en œuvre le programme d'action de l'OMS appelé Comblent les lacunes en santé mentale, qui recommande d'accroître les services relatifs aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substances psychoactives, surtout dans les soins de santé primaires.

20. Reconnaissant l'importance cruciale d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de garantir la santé et la sécurité des environnements, le BSP a préconisé des approches impliquant l'ensemble du gouvernement, l'ensemble de la société et une intégration de la santé dans toutes les politiques. Qui plus est, il a élaboré un Plan d'action régional sur la santé dans toutes les politiques, approuvé par le 53^e Conseil directeur en 2014. Le BSP s'est associé au gouvernement du Suriname et à d'autres partenaires pour tenir le premier atelier régional sur la santé dans toutes les politiques au Suriname en 2015, et a créé un partenariat avec des établissements situés au Brésil, au Chili et au Mexique pour développer des capacités dans ce domaine. Avant la Conférence mondiale sur la promotion de la santé tenue à Shanghai (Chine) en 2016, l'OPS a collaboré avec le ministère de la Santé du Chili et d'autres partenaires pour organiser un forum préparatoire des maires. La Déclaration de Santiago qui a résulté de ce forum demandait à la Région et à la communauté mondiale de promouvoir la santé par le moyen de réseaux locaux, et d'élaborer des politiques et des interventions portant sur les déterminants de la santé, les droits de l'homme et les iniquités, par l'approche de la santé dans toutes les politiques et par l'action intersectorielle, dans le cadre des ODD.

21. Poursuivant leurs efforts en vue de garantir la sécurité et la santé des environnements, plusieurs États Membres de l'OPS ont contribué au texte final de la Convention de Minamata sur le mercure. L'Organisation a préconisé des interventions favorisant la santé des travailleurs et des consommateurs et y a contribué, notamment par

la création d'une base de données régionale sur l'exposition aux carcinogènes (CAREX [EXposition aux CARcinogènes]), alors que certains États Membres ont participé au Réseau sécurité et santé du consommateur coordonné par l'OPS et l'OEA. Les efforts visant à améliorer la qualité de l'eau et de l'assainissement se sont poursuivis, y compris le renforcement de la capacité des pays à élaborer et à utiliser des plans relatifs à la sécurité de l'eau et à la sécurité de l'assainissement, ainsi que la promotion de la participation des pays à l'analyse et à l'évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable réalisées par l'ONU. Le BSP a également abordé des aspects du changement climatique relatifs à la santé, préconisant l'inclusion de passages pertinents dans les documents de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques lors des 20^e et 21^e Conférences des parties tenues respectivement en 2014 et en 2015, et contribuant à la préparation des États Membres pour la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'air, qui concernent la pollution atmosphérique et ses incidences sur le changement climatique et sur la santé.

22. Sur le plan interne, les mesures prises par le BSP pour améliorer son efficacité et son efficacité ont inclus des innovations dans les domaines de la gouvernance, des programmes, de la gestion et de l'administration. Certains États Membres, avec l'appui du BSP, ont formulé un nouveau cadre de haut niveau pour le développement sanitaire dans la Région – le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 – qui succédera au Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. L'Organisation a constaté une participation approfondie de la part des États Membres à ses processus de planification stratégique et d'établissement des priorités, ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des programmes et des plans. Le BSP a répondu aux ajustements relatifs aux programmes de l'OMS sur les urgences sanitaires en apportant ses propres ajustements, afin de continuer à s'aligner sur l'OMS et à tirer profit des enseignements tirés, aux niveaux mondial et régional, lors de la réponse aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux flambées épidémiologiques.

23. L'OPS a continué à adapter sa coopération technique aux priorités nationales et infrarégionales en matière de santé, par le renforcement des mécanismes de l'approche axée sur les pays et la mise à jour de la stratégie des pays clés de l'Organisation. Le BSP a transformé le programme emblématique de coopération technique entre pays de l'OPS en un programme plus stratégique et inclusif appelé Coopération entre pays pour le développement de la santé. Celui-ci traduit dans les faits la politique portant sur la coopération pour le développement en matière de santé dans les Amériques approuvée par le 52^e Conseil directeur en 2013, et renforce la structure, l'élaboration et la coordination des programmes techniques infrarégionaux.

24. En matière de fonctionnement interne, les développements suivants ont entraîné des avantages substantiels : introduction du nouveau système d'information pour la gestion du BSP (PMIS), amélioration du système d'intégrité et de gestion des conflits, élaboration de la nouvelle stratégie de l'OPS en matière de personnel, qui vise à renforcer les propres ressources humaines du BSP, nouvelle stratégie relative aux technologies de l'information, élaboration continue des structures et des méthodes relatives à la gestion

du risque organisationnel et création de mécanismes visant à tirer les enseignements des constatations provenant des audits et des évaluations. Parmi les résultats positifs, on peut noter une efficacité accrue (malgré la courbe d'apprentissage prononcée lors de la mise en œuvre du PMIS), un milieu plus propice à un travail de qualité, une amélioration de la détermination et de l'atténuation des risques, ainsi qu'un enrichissement de l'apprentissage institutionnel.

25. Au cours de la prochaine période quinquennale, les fonctions et les interventions de l'OPS aux niveaux national, infrarégional et régional – dans le cadre des politiques, des stratégies et des plans respectifs concernant la santé, des stratégies de coopération nationales et infrarégionales et des objectifs mondiaux en santé et en développement – aborderont des priorités choisies selon les besoins et les lacunes qui existent, tout en s'appuyant sur les succès obtenus et les enseignements tirés. Parmi ces priorités, on peut noter la santé universelle, le RSI et la capacité à répondre aux situations d'urgence et aux catastrophes, la résistance aux antimicrobiens, l'accès équitable à la santé pour les groupes vulnérables (dont les femmes et les enfants, les groupes ethniques et les populations autochtones) tout en poursuivant l'intégration des thématiques transversales que sont le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique, l'élimination des maladies transmissibles là où celle-ci est possible, la prévention et le contrôle des principales MNT et de leurs facteurs de risque, les déterminants de la santé et les approches multisectorielles (y compris la réponse au changement climatique), l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies de la santé, les cibles des ODD en santé et liées à la santé, ainsi que la poursuite du renforcement institutionnel. Les alliances, les collaborations et les partenariats multisectoriels avec des parties prenantes clés continueront à jouer un rôle majeur dans le travail de l'Organisation et dans les progrès accomplis par les États Membres en matière de développement sanitaire durable.

INTRODUCTION – L’OPS À 115 ANS

26. Depuis la fondation de l’Organisation panaméricaine de la Santé en décembre 1902, son champ d’action, initialement limité à la prévention de certaines maladies infectieuses et à la lutte contre celles-ci, s’est élargi pour inclure de nombreux autres défis à la santé et au bien-être des peuples de la Région des Amériques. Il est vital de déterminer et d’aborder les facteurs sous-jacents et les causes profondes des menaces à la santé et au bien-être en examinant des questions telles que les catastrophes et les situations d’urgence, aussi bien naturelles que causées par l’homme, les maladies transmissibles émergentes et réémergentes, les maladies non transmissibles, y compris les troubles mentaux, et la promotion de la santé tout au long du parcours de vie.

27. Les 115 années d’expérience de l’OPS en première ligne de la santé publique régionale et ses 69 ans de contributions essentielles à la santé publique mondiale en tant que bureau régional de l’OMS pour les Amériques ont été utiles à l’Organisation. L’OPS continue à se concentrer sur les besoins prioritaires des États Membres, en remplissant ses fonctions fondamentales, en innovant, en s’améliorant, en partageant ses expériences et ses succès, tout cela dans l’intérêt de la santé.

28. Puisque les ressources sont constamment limitées, il faut toutefois définir les « priorités parmi les priorités » pour les interventions de l’Organisation aux niveaux régional, infrarégional et national, y compris dans les pays qui requièrent une attention plus soutenue en raison de leur situation sanitaire plus précaire et vulnérable. Les plans stratégiques de l’OPS, élaborés en collaboration avec les États Membres et avec d’autres parties prenantes clés, fournissent le cadre de la coopération technique de l’Organisation sur des périodes définies, qui vise à obtenir des résultats précis au niveau régional. Les plans facilitent aussi la réalisation d’interventions sur mesure aux niveaux infrarégional et national, en portant une attention particulière à huit pays désignés comme « pays clés » (Bolivie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay et Suriname) et en contribuant à la réduction des iniquités et au respect des obligations relatives aux droits de l’homme. Il importe de souligner qu’une correspondance étroite entre les plans stratégiques et le Programme général de travail de l’OMS pour ces périodes aide la Région à contribuer aux résultats et aux objectifs mondiaux en matière de santé.

29. Le présent rapport expose certains des moments forts de la coopération technique de l’OPS avec ses États Membres au cours de la période 2013-2017, dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 de l’OPS. Dans une large mesure, les chapitres du rapport reflètent les six catégories¹ et les 30 domaines programmatiques du Plan stratégique, mais le rapport n’est pas strictement organisé selon la structure de ce Plan. On y présente un certain nombre de méthodes, de réussites, d’innovations et de défis, concernant aussi bien

¹ Ces catégories sont les suivantes : Maladies transmissibles, Maladies non transmissibles et facteurs de risque, Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie, Systèmes de santé, Préparation, surveillance et intervention et Services institutionnels/fonctions essentielles.

la coopération technique programmatique de l'Organisation que la structure, les systèmes et les méthodes internes du BSP.

30. Le rapport incorpore des enseignements tirés durant cette période, et présente des questions pour examen et intervention alors que l'Organisation envisage l'avenir. Il décrit aussi les menaces et les opportunités qui existent concernant le maintien et la durabilité d'une coopération technique de qualité avec les États Membres de la part de l'OPS, ses partenariats avec des parties prenantes clés dans le domaine du développement sanitaire, ainsi que la contribution continue de l'Organisation à la santé des peuples des Amériques et au-delà, en cette époque marquée par les objectifs de développement durable.

1. ATTEINTE DE L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ ET DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Mise en œuvre de la Stratégie régionale pour la santé universelle

31. Les pays des Amériques ont accompli des progrès importants pour ce qui est d'améliorer l'accès aux systèmes et aux services de santé. Toutefois, des iniquités sur le plan de la richesse et des autres déterminants sociaux de la santé² persistent dans l'ensemble de la Région, et ont une incidence importante sur la santé et sur l'accès aux services sanitaires. Le pourcentage de la population qui dit rencontrer des obstacles quant à l'accès aux services varie considérablement d'un pays à l'autre, allant de 7 % à 66 % ; les foyers les plus pauvres affichent le pourcentage le plus élevé. Trente pour cent de la population n'a pas accès aux soins de santé pour des raisons financières, et 21 % ne cherchent pas à se faire soigner en raison d'obstacles de nature géographique. Parmi les groupes les plus touchés, on retrouve des populations en situation de vulnérabilité, telles que les personnes très jeunes ou très âgées, les femmes, les enfants, les populations autochtones ou d'ascendance africaine, les migrants, les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres (LGBT) et les personnes atteintes de maladies chroniques ou débilitantes. Au cours des cinq dernières années, environ 1,2 million de décès auraient pu être évités dans la Région si les systèmes de soins de santé avaient offert des services accessibles et de qualité en temps opportun. Dans plusieurs pays, entre 10 % et 15 % des habitants font encore face à des dépenses exorbitantes, et risquent de basculer dans la pauvreté en raison des paiements qu'ils doivent assumer.³

32. Les pays de la Région sont tous différents en ce qui a trait à leur taille, à leur capacité en termes de ressources et à leur niveau de développement. La santé universelle est un concept puissant et fédérateur, capable d'orienter le développement sanitaire et de faire progresser l'équité en santé. Les États Membres de l'OPS ont réaffirmé leur engagement à améliorer l'équité, la santé et le développement lors de l'approbation, par le 53^e Conseil directeur de l'OPS en octobre 2014, de la Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document [CD53/5, Rev. 2](#)). La stratégie fixe comme but, aussi bien au niveau régional qu'au niveau des pays, de faire en sorte que « toutes les personnes et les communautés aient accès, sans discrimination d'aucune sorte, à des services de santé globaux, appropriés, opportuns, de qualité, déterminés au niveau national, conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables, tout en assurant dans le même temps que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en

² Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont façonnées par la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources aux niveaux mondial, national et local.

³ Atun R, de Andrade LO, Almeida G et al. « Health system reform and universal health coverage in Latin America ». *Lancet*. 2015 ; 385:1230-47.

particulier les groupes en situation de vulnérabilité ». ⁴ L'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle requièrent l'adoption et la mise en œuvre de politiques et d'interventions multisectorielles visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé, en préconisant un engagement de toute la société à favoriser la santé et le bien-être.

Progrès régionaux vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle

- Vingt pays et territoires de la Région ont élaboré des politiques, des stratégies ou des plans nationaux détaillés en matière de santé, dans le contexte de l'une des composantes de la Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Ces pays sont les Bahamas, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, Cuba, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Guyana, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, Montserrat, le Pérou, la République dominicaine, Saba, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.
- Quinze pays ont élaboré et mis en œuvre des cadres financiers pour la santé universelle : les Bahamas, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Mexique, le Panama, le Pérou, la République dominicaine et l'Uruguay. Le Chili, la Colombie, le Guyana, Haïti et le Pérou ont inclus une protection sociale en matière de santé comme principe de base de leur système de santé ; El Salvador, le Mexique, le Pérou et l'Uruguay ont élaboré un ensemble de soins garantis ou ont mis à jour celui qui existait déjà.
- Le Bureau a également offert un appui aux ministères de la Santé dans leur collaboration avec les ministères des Finances et les institutions financières pour accroître le financement de la santé. En 2016, la Barbade et Sainte-Lucie ont mis au point des stratégies détaillées sur le financement de la santé.
- Onze pays ont élaboré des cadres réglementaires afin de progresser vers la santé universelle : la Bolivie, le Brésil, la Colombie, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Pérou, le Suriname et l'Uruguay.
- La Bolivie, le Costa Rica, El Salvador, le Mexique et l'Uruguay, ainsi que la République dominicaine et d'autres pays des Caraïbes, se sont employés à améliorer leur couverture sanitaire avec l'appui de l'OPS, du ministère du Développement international du Royaume-Uni (DFID), de l'Agence australienne pour le développement international (AusAID) et de l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID).
- Le BSP a entrepris une coopération technique avec les pays afin d'élaborer et de mettre en œuvre des feuilles de route et des plans d'action pour favoriser le progrès vers la santé universelle. Il s'agissait notamment de créer des outils, de développer les capacités des pays et de dispenser des formations. Au cours de cette période, 715 professionnels ont été formés dans les domaines suivants : fonctions essentielles de santé publique, conception et gestion de services de soins de santé, interventions des parlements et droit à la santé, Méthodologie de gestion productive pour les services de santé, économie de la santé dans le contexte du progrès vers la couverture sanitaire universelle et comptes nationaux de santé.

⁴ Y compris des services et des interventions visant à promouvoir la santé, à prévenir la maladie, à soigner les malades (diagnostic, traitement, soins palliatifs et réadaptation) et à offrir les soins nécessaires à court, moyen et long terme.

Élargir l'accès aux services de santé

33. Transformer l'organisation et la gestion des services de santé par l'élaboration de modèles de soins centrés sur les personnes et les communautés est indispensable à l'élargissement de l'accès aux services. Les pays de la Région ont accompli des progrès importants dans cette direction au cours de la période considérée, accordant la priorité à l'élargissement de l'accès aux soins primaires. La coopération technique offerte par le BSP a contribué à la conception, à l'expansion et à l'organisation de réseaux intégrés de services de santé (RISS) en Argentine, au Belize, en Bolivie, au Brésil, en El Salvador, en Équateur, au Guatemala, au Nicaragua, au Pérou et au Suriname.

34. En 2015, le BSP a convoqué le forum régional « Accès équitable aux services de santé : expériences et interventions clés » à Washington (D.C.). Ce forum, auquel ont participé des représentants de 16 États Membres, a analysé les expériences vécues par les pays et fourni des recommandations pour ce qui est de transformer l'organisation et la gestion des services de santé, d'accroître la capacité de résolution du premier niveau de soins au sein des RISS, de définir l'expansion progressive des services de santé de qualité et de lui accorder un degré élevé de priorité, ainsi que de mettre les changements en œuvre. Le forum a démontré la richesse de l'expérience que la Région est en train d'acquérir en ce qui a trait à l'organisation de réseaux de soins de santé, alors que les pays continuent à élargir l'accès à des soins de qualité complets et intégrés. Une activité étroitement liée à ce qui précède a été la mise à jour par le BSP de la Méthodologie de gestion productive pour les services de santé, une méthodologie visant à développer et à renforcer les capacités de gestion au sein des systèmes et des services de santé en améliorant l'utilisation d'informations et de données probantes pour la prise de décision. Le Bureau a fourni une coopération technique directe à plusieurs pays, dont le Brésil, le Chili, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Mexique, le Panama, le Pérou et la République dominicaine, quant à l'usage de ces outils pour améliorer la gestion des services de santé.

Mais Médicos

35. Le programme innovateur appelé *Mais Médicos* (« Plus de médecins ») a été établi en 2013 au Brésil, où les soins de santé sont un droit reconnu par la Constitution, et a été mis en vigueur par le moyen du Système de santé unifié (Sistema Único de Saúde ou SUS). Le programme *Mais Médicos* vise à accroître la disponibilité de la formation médicale dans les universités nationales du pays, à améliorer les mesures incitatives offertes aux professionnels de la santé pour qu'ils exercent dans des régions mal desservies et à recruter du personnel à l'extérieur du pays pour qu'il fournisse des services de santé dans ces régions, au besoin. Grâce à une série d'ententes juridiques, le BSP, le ministère de la Santé du Brésil et le gouvernement de Cuba ont collaboré afin de répondre aux besoins à court terme qui ont été définis en matière de professionnels de la santé, en vue d'accroître la couverture des services de santé et l'accès au SUS.

36. On estime que le programme a atteint 63 millions de personnes dans des communautés traditionnellement mal desservies. Plus de 18 000 professionnels des soins de santé, aussi bien brésiliens qu'étrangers, ont été envoyés dans plus de 4000 municipalités ; la plupart d'entre elles étaient vulnérables sur le plan socioéconomique et situées dans des régions reculées, en périphérie des grandes villes ou dans l'un des 34 districts sanitaires autochtones spéciaux. Alors que les médecins étrangers ont permis d'élargir rapidement l'accès aux services de santé à court terme, le Brésil a investi dans l'accroissement du nombre d'admissions aux facultés de médecine et la création de nouveaux postes de résidents pour les spécialités médicales afin d'augmenter les effectifs nationaux en santé.

37. Le BSP a fourni une coopération technique pour certains aspects du programme, en particulier l'intégration de médecins cubains au système de santé, la planification et le développement des capacités du personnel sanitaire, l'élaboration et la mise en place d'un cadre de suivi et d'évaluation et la documentation de pratiques exemplaires et d'enseignements tirés. En plus de l'accès accru aux soins de santé primaires pour plus de 60 millions de personnes au Brésil, des évaluations indépendantes du programme *Mais Médicos* ont également montré une augmentation de la satisfaction des usagers – 95 % des usagers se disant satisfaits du travail des médecins participants et 86 % mentionnant une amélioration de la qualité des soins –, une baisse de 89 % du temps d'attente pour recevoir des services malgré une augmentation de 33 % du nombre moyen de visites en soins primaires par mois, ainsi qu'une augmentation de 32 % du nombre de visites à domicile par les médecins.

Renforcement de la direction et de la gouvernance : transformation des systèmes de santé et législation en matière de santé

38. Le BSP a entrepris des activités de coopération technique ciblées et de haut niveau avec 16 pays⁵ qui réalisent actuellement des transformations majeures de leur système de santé pour progresser vers la santé universelle, en mettant l'accent sur les approches multidisciplinaires et intersectorielles de la réforme en santé. Le BSP a accordé la priorité à plusieurs des pays clés de l'OPS, en fournissant une coopération technique intensifiée à la Bolivie, au Guatemala, au Guyana, à Haïti, au Honduras et au Suriname. En plus de la coopération technique offerte par le Bureau pour accroître la capacité des autorités sanitaires nationales en matière de gouvernance, de direction et de leadership, la Directrice, durant ses visites aux pays, a préconisé un dialogue accru entre secteurs et avec plusieurs parties prenantes, y compris dans les domaines de la santé, de la finance, du développement social, du pouvoir législatif au sein des gouvernements et de la société civile.

39. Le BSP a élaboré un cadre visant à suivre les progrès accomplis dans les pays vers la santé universelle, et s'en est servi pour sa coopération technique avec le Chili,

⁵ Les Bahamas, la Bolivie, le Chili, le Costa Rica, l'Équateur, El Salvador, les Îles Turques et Caïques, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Panama, le Pérou, la République dominicaine et le Suriname.

Cuba, El Salvador, la Jamaïque, le Panama, le Pérou et la Trinité-et-Tobago, ce qui a mené à la définition de domaines importants concernant le travail à réaliser dans ces pays dans l'avenir. En 2015, l'OPS a entrepris un examen du cadre de référence et des outils relatifs aux fonctions essentielles de santé publique comme moyen de renforcer la direction et d'améliorer la capacité à soutenir l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle dans l'ensemble de la Région, et contribuer ainsi à l'établissement de systèmes de santé résilients, à la sécurité sanitaire et à la réduction des risques. L'examen portant sur les fonctions essentielles de santé publique est conforme aux recommandations formulées par la 138^e session du Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2016 (résolution [EB138.R5](#)), et à la mi-2017, une proposition et une liste de fonctions mises à jour, incluant un cadre conceptuel analytique, faisaient l'objet de discussions avec les pays dans l'ensemble de la Région ainsi qu'avec d'autres bureaux régionaux de l'OMS.

Stratégie en matière de législation en matière de santé

40. Les lois nationales sont des instruments importants pour la création de cadres juridiques visant à renforcer les systèmes de santé nationaux, contribuer au respect du droit à la santé et des autres droits de l'homme, et promouvoir la jouissance du meilleur état de santé possible. La Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle prie instamment les États Membres de faire preuve de leadership pour influencer les politiques, les plans, les lois, les règles et les actions au-delà du secteur sanitaire qui sont liés aux droits de l'homme, en particulier ceux qui ont une incidence sur les déterminants de la santé sous-jacents. Par conséquent, la législation sur la santé constitue un outil d'importance croissante pour promouvoir la santé, l'équité et l'accès à la santé. Les cadres juridiques peuvent servir à établir des droits, des limites et des responsabilités dans des domaines tels que la lutte antitabac, l'alimentation, les environnements sains et sécuritaires, la commercialisation de l'alcool, l'accès aux médicaments et aux technologies sanitaires, la santé des travailleurs et les droits des personnes en situation de vulnérabilité.

41. En octobre 2015, le 54^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé une nouvelle Stratégie régionale en matière de législation sur la santé (document [CD54/14, Rev. 1](#)). Cette approche, élaborée grâce à un processus de consultation dirigé par un groupe de travail des États Membres et coordonné par le Bureau, préconise l'élaboration, la mise en œuvre et l'examen de lois et de cadres législatifs visant à protéger les droits de l'homme, à faire progresser l'équité en santé, à promouvoir la solidarité et l'absence de discrimination en matière de santé, à réduire les facteurs de risque et à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Conformément à la résolution [CD50.R8](#), qui porte sur la santé et les droits de l'homme, la Stratégie en matière de législation sur la santé préconise de renforcer les capacités techniques des agents de santé afin d'améliorer l'accès aux services de santé et la qualité de ceux-ci, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité. La stratégie préconise également l'échange d'informations stratégiques – telles que des pratiques exemplaires et des décisions de justice – entre les États Membres

et avec des organisations internationales, ainsi qu'un renforcement de la coordination et de la collaboration entre les autorités sanitaires et le pouvoir législatif au niveau national.

42. Au niveau des pays, le BSP a contribué à la mise à jour de lois fondamentales sur la santé, y compris par l'examen et l'élaboration de lois portant sur l'organisation des systèmes sanitaires et l'accès à la santé, la vaccination, la réduction des facteurs de risque associés aux MNT (dont la lutte antitabac, la réglementation de l'alcool, la réglementation en matière de commercialisation et d'étiquetage des aliments malsains, et la commercialisation de substituts du lait maternel), la santé mentale, la sécurité routière et la recherche sur des sujets humains. Le BSP a aidé El Salvador à rédiger sa nouvelle loi sur les systèmes sanitaires intégrés et a aidé le Honduras à élaborer un nouveau cadre législatif pour la protection sociale en santé qui intègre divers prestataires de soins dans un seul système assorti d'un ensemble uniforme de services garantis pour toute la population. Il a également aidé le Panama à rédiger un nouveau code sanitaire et Cuba lors de l'examen de sa législation en matière de santé publique. Ces interventions contribuent à développer les capacités des pays et à promouvoir les échanges entre les conseillers juridiques qui travaillent au sein des ministères de la Santé, des commissions parlementaires portant sur la santé et des organisations parlementaires internationales infrarégionales telles que le Parlement centraméricain et le Parlement andin, avec lesquels le BSP a signé des ententes de coopération.

Renforcement des systèmes de réglementation des médicaments et autres technologies de la santé

43. Améliorer l'accès à des médicaments et à d'autres technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité éprouvée constitue un domaine prioritaire pour le BSP, dans le contexte de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. La coopération technique offerte par l'OPS vise à renforcer les systèmes réglementaires fonctionnels et contextuels relatifs aux produits médicaux, tout en préconisant la convergence et l'harmonisation des systèmes aux niveaux régional et mondial. L'approche adoptée par l'OPS inclut les éléments suivants : évaluation de la performance de la réglementation existante, recueil et analyse des données de réglementation pour appuyer le développement institutionnel, formulation de modèles de réglementation adaptés aux besoins des systèmes sanitaires et simplification de la collaboration entre les autorités nationales de réglementation (ANR), les réseaux et les autres parties prenantes pour l'élaboration de systèmes de réglementation et de fonctions de réglementation précises. À la suite de ces efforts, huit ANR sont maintenant considérées comme des ANR de référence au niveau régional, et plus de 20 ANR ont accompli des progrès importants quant à l'élaboration de fonctions de réglementation. Cette approche a également donné lieu à des innovations, telles que le modèle de réglementation collective actuellement mis en place dans les Caraïbes.

L'initiative du Système de réglementation des Caraïbes

44. Le Bureau a contribué à la mise en place du Système de réglementation des Caraïbes (CRS), une initiative lancée à l'échelle des Caraïbes afin de renforcer la capacité réglementaire, d'améliorer l'harmonisation entre pays et de créer un point d'accès unique aux marchés pharmaceutiques des pays membres de la Communauté des Caraïbes (CARICOM). Le CRS a été établi en 2015 pour aider les pays à procéder à une mise en œuvre transparente et responsable des activités fondamentales de réglementation, et pour accélérer les processus d'approbation réglementaire relatifs aux médicaments essentiels, y compris le recours aux ANR de référence au niveau régional désignées par l'OPS qui ont déjà approuvé ces produits. En date de juillet 2017, neuf médicaments ont été examinés et on a recommandé que leur commercialisation soit autorisée dans les pays membres de la CARICOM.

45. Le Bureau collabore avec le CRS pour mener des évaluations et pour élaborer un réseau régional de signalement des problèmes relatifs à la pharmacovigilance et à la surveillance post-commercialisation, en plus de regrouper et de partager des informations sur les produits problématiques en circulation. Le BSP a également offert des occasions de développement des capacités en collaborant avec les actuelles ANR de référence au niveau régional situées en Argentine, au Brésil, au Canada, au Chili, en Colombie, à Cuba, aux États-Unis d'Amérique et au Mexique. On a notamment réussi à mobiliser des ressources pour appuyer la mise en place du CRS, grâce à des partenaires tels que la *Food and Drug Administration* des États-Unis, Santé Canada et la Fondation Bill et Melinda Gates.

Amélioration du financement de la santé : données probantes, efficience et utilisation de l'espace budgétaire

46. La Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle recommande un pourcentage de référence de 6 % du produit intérieur brut (PIB) en tant que niveau minimum de dépenses en santé nécessaire pour que les pays atteignent la santé universelle. En appui à cet objectif, le Bureau a mené des études dans plusieurs pays et a dirigé un processus participatif visant à élaborer un cadre conceptuel pour améliorer l'efficience du financement de la santé et générer des ressources financières additionnelles pour la santé. Durant la période considérée, le Bureau a recueilli des informations sur les dépenses en soins de santé assumées par les particuliers au Canada et dans les pays membres du Marché commun du Sud (MERCOSUR) pour faciliter l'analyse des facteurs qui déterminent ces dépenses et des incidences des dépenses en santé sur le résultat des soins de santé. Plusieurs divisions d'économie de la santé au sein des ministères de la Santé de la Région ont tenu des discussions avec divers partenaires – y compris la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) – sur des sujets comme les soins de santé non rémunérés, l'espace budgétaire et les perspectives d'accroissement des dépenses en santé publique.

47. En 2015, le BSP a commandé une étude régionale sur l'espace budgétaire pour la santé, qui analysait les expériences vécues par 14 pays de la Région. Les résultats ont été incorporés dans un document de travail intitulé *Fiscal Space for Increasing Health Priority in Public Spending in the Americas Region*.⁶ Ce document démontre que les pays peuvent réussir à produire de nouvelles ressources pour la santé afin d'atteindre le seuil de 6 % du PIB indiqué pour atteindre la santé universelle, et recommande que ces ressources soient mobilisées à partir de sources nationales. L'étude recommande en particulier la mise en place de nouvelles taxes ou l'augmentation des taxes existantes, surtout sur les produits nocifs pour la santé, une amélioration de l'efficacité des systèmes de santé et des dépenses relatives à la santé publique et une amélioration de l'administration fiscale. Le rapport suggère aussi que les pays qui cherchent à créer davantage d'espace budgétaire le fassent au moyen d'un dialogue inclusif fondé sur les principes de la Stratégie pour l'accès universel : le droit au niveau le plus élevé possible en matière de santé, d'équité et de solidarité. Le BSP continue à collaborer avec diverses organisations partenaires – dont la Banque interaméricaine de développement (BID), la Banque mondiale, le FMI, la CEPALC et l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) – pour mieux faire connaître les options et les interventions en matière de politiques susceptibles d'élever le niveau de priorité du financement de la santé et d'améliorer l'efficacité de ce financement.

48. Le BSP a fourni une coopération technique directe dans le cadre de l'examen des politiques et des systèmes nationaux relatifs au financement de la santé, en vue de réduire la fragmentation existante et d'améliorer l'efficacité et l'équité. Le Bureau a aidé les pays à produire des comptes de santé grâce au système de comptes de la santé, une méthodologie standard mondiale créée conjointement en 2011 par l'OMS, l'OCDE et Eurostat (le bureau de l'Union européenne consacré aux statistiques) pour suivre les dépenses liées à la santé et à la maladie chaque année. En conséquence, des professionnels de la santé de 15 pays ont reçu une formation à ce sujet, et les équipes nationales respectives sont maintenant en mesure de produire des comptes de la santé au moyen de cette méthodologie.

Amélioration des ressources humaines pour la santé

49. Les systèmes sanitaires qui cherchent à garantir la santé universelle doivent accorder la priorité aux soins de santé primaires et à des services intégrés assurés par des professionnels travaillant au sein d'équipes interdisciplinaires, tout en accordant une attention particulière aux groupes dont les besoins en santé ont été traditionnellement négligés. Pour la première fois, la Région a atteint la cible recommandée de 25 médecins et infirmiers par tranche de 10 000 personnes. Malgré ces progrès, de nombreux systèmes sanitaires en Amérique sont encore fragmentés, avec un manque de personnel en soins de santé primaires et un grand nombre de médecins spécialistes concentrés dans les zones urbaines. Les pays doivent surmonter aussi bien les pénuries de personnel que la répartition inéquitable des ressources humaines pour la santé ; la coopération technique

⁶ Le document est disponible (en anglais) sur <http://bit.ly/1X1YZW4>.

du Bureau aux niveaux national et infrarégional a été renforcée pour aborder la formulation de politiques, la planification et la gestion, ainsi que le développement des capacités.

50. Le BSP, le Centre collaborateur de l'OPS/OMS sur la planification et la recherche relatives au personnel sanitaire de l'Université Dalhousie (Canada) et le Centre collaborateur sur la planification et l'information relatives au personnel sanitaire de l'Université de l'État de Rio de Janeiro (Brésil) ont collaboré en vue de réaliser la seconde et dernière évaluation des 20 objectifs régionaux concernant les ressources humaines en santé (2007-2015) ainsi qu'une analyse des programmes de ressources humaines liés aux objectifs prioritaires au niveau national. Les résultats de cette évaluation ont été analysés grâce à des consultations nationales et infrarégionales (Amérique centrale, MERCOSUR, Caraïbes et Andes) pour définir des priorités et des orientations stratégiques en vue de renforcer les ressources humaines pour appuyer les progrès accomplis vers la santé universelle.

51. En se fondant sur ces orientations stratégiques, le Bureau a rédigé une Stratégie régionale en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, qui doit être présentée à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. La Stratégie souligne la nécessité d'améliorer la gouvernance et la direction concernant les ressources humaines en santé, de développer les capacités en matière de ressources humaines pour élargir l'accès aux services de santé selon des principes d'équité et de qualité et de créer des partenariats avec le secteur de l'éducation pour répondre aux besoins des systèmes de santé. La stratégie régionale s'aligne sur la stratégie de l'OMS intitulée *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*, adoptée par la 69^e Assemblée mondiale de la Santé en 2016, et sur le plan d'action quinquennal concernant pour l'emploi en santé et la croissance économique inclusive (2017-2021)⁷ adopté par la 70^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017.

Renforcement des capacités des ressources humaines en santé

52. En plus des méthodes de formation traditionnelles, les technologies d'apprentissage en ligne et la télémédecine se sont avérées très utiles en tant qu'outils servant à développer les capacités des ressources humaines, à réduire l'isolement professionnel, à fournir des occasions économiques de maintenir et d'accroître les compétences cliniques et à contribuer à améliorer la qualité des soins dans les régions rurales et difficiles d'accès. Le Campus virtuel pour la santé publique (CVSP) de l'OPS est un réseau de personnes, d'établissements et d'organisations qui mettent en commun des cours, des ressources, des services et des activités portant sur l'éducation, l'information et la gestion des connaissances. Les investissements dans le CVSP réalisés par le Bureau au cours de la période considérée ont entraîné une croissance importante du nombre de cours aussi bien que d'utilisateurs. Cinquante-huit cours avec tutorat et 56

⁷ Document [A70/18](#).

cours autodirigés, alignés sur les objectifs de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, ont été élaborés. En juin 2017, le CVSP comptait plus de 330 000 utilisateurs.

Apprentissage virtuel en ressources humaines pour la santé

- Le Programme de leaders en santé internationale Edmundo Granda Ugalde de l'OPS a continué à développer les capacités des gestionnaires et des décideurs de rang intermédiaire et élevé aux niveaux national, infrarégional et régional. Ces personnes ont été recrutées au sein d'entités sanitaires et non sanitaires de gouvernements, d'organisations internationales, du milieu universitaire et d'autres secteurs de la société civile. Durant la période 2013-2017, 201 professionnels de 36 pays ont participé à ce programme annuel de neuf mois, mis en œuvre par le CVSP de l'OPS.
- La clinique éducative virtuelle, lancée dans le cadre du CVSP de l'OPS en 2013, permet aux professionnels et aux techniciens de la santé de recevoir une formation sur leur lieu de travail ; l'accès à cette clinique se fait à l'aide d'un ordinateur de table, d'un ordinateur portable, d'une tablette électronique ou d'un téléphone intelligent. Il sert actuellement à créer des sites Web et des applications pour suivre l'évolution de programmes tels que *Mais Médicos*.
- La bibliothèque virtuelle de santé, également disponible par le moyen du CVSP de l'OPS, permet aux pays qui possèdent un nœud dans le Campus virtuel de mettre en commun des ressources éducatives.

53. Le BSP a entrepris une coopération technique avec 19 États Membres⁸ dans le cadre d'une initiative destinée à promouvoir une « mission sociale » dans la formation des médecins et des autres agents de santé. Cette initiative visait à produire des professionnels de la santé disposant d'une formation et d'une expérience en soins primaires et en prestation de services de santé intégrés, ayant à cœur les besoins en santé des personnes les plus vulnérables de la société et disposés à exercer dans des régions mal desservies lorsque nécessaire. En outre, des experts du Bureau ont collaboré dans les pays avec les ministères de la Santé et les établissements d'enseignement pour définir les exigences nationales relatives aux études et à la formation des professionnels exerçant dans les centres de santé communautaire et pour formuler des recommandations techniques en matière de programmes de formation interne dans ces centres. Le projet a donné naissance à un outil diagnostique préliminaire ainsi qu'à des indicateurs fondamentaux servant à mesurer les progrès accomplis quant à l'intégration du concept de mission sociale dans les facultés de médecine et la formation des médecins.

54. La coopération technique infrarégionale réalisée par le BSP en matière de renforcement des capacités en ressources humaines en santé a servi de complément à ses interventions au niveau des pays :

⁸ L'Argentine, la Barbade, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, Cuba, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Guatemala, le Guyana, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Pérou, la Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela.

- a) La Coordination infrarégionale des programmes dans les Caraïbes a collaboré avec les ministères de la Santé des pays de la CARICOM et avec d'autres acteurs pour élaborer une feuille de route infrarégionale 2012-2017 sur les ressources humaines en santé, qui inclut des jalons précis visant à améliorer la gouvernance et les compétences en matière de ressources humaines en santé dans les Caraïbes. Des plans relatifs aux ressources humaines en santé ont été mis au point à la Grenade, aux îles Vierges britanniques, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et à Sainte-Lucie.
- b) Dans la sous-région andine, le Bureau a appuyé l'élaboration et la surveillance d'une politique sur les ressources humaines en santé dans le cadre de l'Organisme andin de la santé – Accord Hipólito Unanue (ORAS/CONHU).
- c) En Amérique centrale, conformément à son rôle d'organisme consultatif auprès du Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA), le BSP a collaboré avec des équipes issues des États Membres du Système d'intégration centraméricain (SICA) en vue de mettre en œuvre un plan de développement des ressources humaines en santé relatif à l'Amérique centrale pour 2013-2015 et de formuler un plan subséquent pour 2016-2018.

Amélioration de l'accès à des médicaments et autres technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité

55. Les États Membres continuent à accorder un degré de priorité élevé à l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé, par l'adoption de résolutions qui orientent le Bureau dans sa promotion d'un accès équitable à des vaccins, des médicaments et d'autres technologies sanitaires de qualité, en tant qu'exigence fondamentale pour la santé universelle. La résolution [CSP28.R9](#), intitulée *Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé*, adoptée par la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2012, préconisait un renforcement et une utilisation élargie des méthodes d'évaluation afin d'influencer la prise de décision. En 2016, le 55^e Conseil directeur a adopté la résolution [CD55.R12](#), intitulée *Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel*. Cette résolution prie instamment les États Membres d'élaborer des politiques et des cadres juridiques visant à réglementer le secteur pharmaceutique, à promouvoir la transparence concernant les prix, à renforcer les systèmes de réglementation pour assurer la qualité des médicaments et à accroître les actions collectives par le recours à des mécanismes d'achat commun, notamment le Fonds stratégique de l'OPS et le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS.

56. Le Fonds régional renouvelable pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique, appelé le Fonds stratégique de l'OPS, a connu un succès considérable quant à l'utilisation des achats groupés au niveau régional pour améliorer l'accès aux médicaments et aux fournitures sanitaires. Actuellement, 30 pays et territoires en Amérique ont recours au Fonds stratégique, lequel a maintenu son rôle important pour ce

qui est de promouvoir l'accès à des fournitures de santé publique essentielles et de grande qualité par les États Membres, d'aider les pays à éviter les pénuries et de surmonter les défis qui se présentent quant à l'achat de médicaments nouveaux et chers. Le Fonds stratégique a élargi sa gamme de médicaments et de produits médicaux et s'est recentré sur l'amélioration des capacités de gestion de la chaîne d'approvisionnement, collaborant avec les États Membres concernant tous les aspects de la chaîne d'approvisionnement et appuyant la planification des achats de médicaments, de technologies sanitaires et d'équipement. En 2013, l'OPS a négocié et publié ses premiers accords à long terme avec les fabricants visant à fixer des prix standards pour tous les États Membres concernant certains médicaments essentiels destinés au traitement des MNT. Pour l'année 2016, le coût total des produits achetés par le biais du Fonds stratégique était d'US\$ 82 millions, une augmentation cumulée de 800 % au cours des 10 années précédentes.

57. Depuis 2015, le BSP collabore avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le « Fonds mondial ») et avec les États Membres pour prévenir les ruptures de stock de médicaments antirétroviraux en El Salvador, en Équateur, au Honduras, au Nicaragua, au Paraguay et en République dominicaine grâce à l'amélioration des prévisions relatives à la demande et des autres aspects de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. On a notamment incorporé un outil spécial de surveillance des stocks dans la Plateforme régionale sur l'accès et l'innovation en technologies de la santé (PRAIS). En 2016, une prévision efficace des besoins nationaux en antirétroviraux et en réactifs de laboratoire en Équateur, au Honduras, au Nicaragua et au Paraguay a prévenu les ruptures de stock.

58. En 2015, le Fonds stratégique de l'OPS a reçu une impulsion nouvelle grâce à une entente entre le BSP et le Fonds mondial. Cette entente donne au Fonds stratégique un accès au mécanisme d'achat groupé du Fonds mondial, ce qui remédie à des problèmes importants en matière d'approvisionnement, comme la garantie de la disponibilité ininterrompue de fournitures, la qualité et la sécurité des produits et la négociation de prix intéressants. On s'attend à ce que cette entente avec le Fonds mondial comporte encore d'autres avantages, par exemple une amélioration de la performance des fournisseurs et un accès plus rapide à des médicaments à prix intéressant dans des situations de besoin urgent.

59. Le BSP a consolidé un réseau existant de pays et d'institutions en vue de renforcer la capacité de prise de décision en matière d'évaluation, d'incorporation et d'utilisation de médicaments et d'autres technologies sanitaires dans les systèmes de santé. Le Réseau d'évaluation des technologies de la santé des Amériques (RedETSA), coordonné par l'OPS, a été créé en 2011 et comprend actuellement 14 pays et 28 établissements qui mettent en commun des pratiques exemplaires, produisent des rapports et appuient les capacités d'évaluation. Le Réseau régional des points focaux de pharmacovigilance, créé en 2012, compte maintenant 35 pays qui travaillent en étroite collaboration avec le Réseau de centres d'information sur les médicaments de l'Amérique latine et des Caraïbes (Red CIMLAC) en vue de produire et d'évaluer des renseignements relatifs à l'innocuité des médicaments pour la prise de décision en matière de

réglementation. Des alertes concernant des produits médicaux inférieurs ou falsifiés sont partagées au moyen d'un réseau régional de 16 pays, qui relève du système d'alerte mondial coordonné par l'OMS.

60. Le BSP a appuyé des initiatives visant à faire en sorte que du sang et des produits du sang sûrs soient disponibles dans la Région. Des analyses techniques et juridiques, ainsi que des plans infrarégionaux sur la sécurité du sang et le VIH pour 2013-2017, ont été préparés pour la sous-région andine, de même que pour l'Amérique centrale et la République dominicaine. Un projet de coopération technique entre l'OPS et le laboratoire des produits du sang de l'Université nationale de Córdoba, en Argentine, a permis au Brésil de faire des progrès importants quant à la fabrication et à l'innocuité de produits du sang qui répondront aux besoins existants aux niveaux national et régional.

61. En ce qui concerne la sécurité de la radiation, la collaboration du BSP avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) a joué un rôle important dans l'élaboration du plan stratégique 2016-2021 de l'AIEA, et pour ce qui est de garantir la sécurité et le bon fonctionnement de l'équipement de radiothérapie dans la Région. En avril 2016, la première réunion de coordination relative au projet sur le renforcement du contrôle des sources radioactives, de la fabrication à l'élimination finale, chez les États membres de l'AIEA de la sous-région des Caraïbes a eu lieu en Jamaïque. Le Bureau a préconisé et encouragé l'adhésion à l'AIEA de plusieurs pays membres de la CARICOM, pour faciliter leurs progrès vers le développement d'une capacité fondamentale à faire face aux situations d'urgence liées à la radiation, comme l'exige le RSI. Entre 2012 et 2016, Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, la Dominique, le Guyana, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie et la Trinité-et-Tobago ont adhéré à l'AIEA.

Renforcement des systèmes d'information, de la gestion des connaissances, de la communication pour la santé et de la recherche

62. La collecte en temps opportun, l'analyse, la ventilation, la gestion et la notification de données sanitaires et de données connexes de qualité sont des aspects essentiels de systèmes d'information efficaces et efficaces concernant la santé. L'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de politiques et de programmes fondés sur des données probantes et qui portent sur la santé et ses déterminants sociaux dépendent de ces informations, et la ventilation des données selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le lieu géographique et d'autres variables permet de cerner les iniquités qui existent et d'élaborer des interventions visant à les réduire. De plus, les systèmes de surveillance qui opèrent aux niveaux infranational et national sont essentiels pour détecter les maladies émergentes et réémergentes susceptibles de provoquer des épidémies.

63. La notification d'informations sanitaires à jour et leur communication sur des supports appropriés à un large éventail de parties prenantes, dont les décideurs, le public et les partenaires de développement, sont essentielles pour inspirer la promotion, la planification, la programmation et l'adaptation d'interventions destinées à atteindre les

objectifs prioritaires en matière de santé. Trop souvent, les informations sanitaires importantes qui sont produites dans les pays des Amériques et qui les concernent – en particulier les petits pays – ne reçoivent pas une attention suffisante et, de ce fait, leur utilisation et leur application sont limitées. Le renforcement des systèmes d'information pour l'information sanitaire et la gestion des connaissances demeure l'une des principales priorités de l'OPS, de même que la communication pour la santé.

64. Des améliorations importantes quant à la qualité et à l'actualité des données sanitaires ont été enregistrées en Amérique, bien que des défis persistent :

- a) Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, Haïti et la Jamaïque ont élaboré de nouvelles politiques et de nouveaux plans d'action pour leur système d'information sanitaire afin d'améliorer la qualité de leurs données de surveillance.
- b) L'Équateur, les îles Vierges britanniques, la République dominicaine et Sint-Maarten ont commencé à utiliser un système de surveillance épidémiologique en ligne.
- c) La Jamaïque a mis en place un système de surveillance intégré pour les maladies à prévention vaccinale.
- d) Une formation sur la Classification internationale des maladies, 10^e édition (CIM-10) a été dispensée à des facilitateurs de la Bolivie, de l'Équateur, du Paraguay et du Pérou, et à des codeurs d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras et du Nicaragua. Par la suite, la Bolivie et l'Équateur ont offert une formation sur la CIM-10 à des techniciens sanitaires au niveau infranational. Grâce à des formations connexes et au CVSP, plus de 60 000 médecins ont été formés afin d'améliorer la façon dont ils remplissent les certificats de décès.
- e) L'Argentine, le Chili, le Costa Rica, l'Équateur, le Guatemala, le Paraguay, l'Uruguay et le Venezuela ont commencé à se servir d'un système électronique fourni par le Mexique pour coder les décès selon la CIM-10, et des ateliers sur la qualité des données ont été tenus au Chili, au Guatemala et à la Trinité-et-Tobago.
- f) Pour améliorer les analyses portant sur la mortalité, la base de données de l'OPS relative à la mortalité en est à un stade avancé d'expansion de cinq à 32 variables. Cette évolution permettra de mener des analyses statistiques et épidémiologiques plus poussées, y compris sur des causes multiples de décès (comorbidités), en plus de la cause principale de décès habituelle.

65. En 2014, l'initiative régionale sur les données de santé de base et les profils de pays de l'OPS a célébré le 20^e anniversaire de sa publication intitulée *Health Situation in the Americas: Basic Indicators*. Cette brochure est publiée annuellement et fournit des données à jour et de haute qualité qui servent à orienter la coopération technique du Bureau et à faciliter la surveillance et le suivi des objectifs régionaux et mondiaux en matière de santé. Les données sont compilées, traitées et examinées en collaboration avec les ministères de la Santé et les bureaux de planification et de statistiques des États Membres. Dans le cadre de cette initiative, les 52 pays et territoires de la Région

communiquent tous les ans leurs indicateurs de santé fondamentaux ; de plus, 20 pays de la Région élaborent maintenant des brochures nationales sur les indicateurs de base pour orienter l'établissement de priorités et la prise de décision dans le secteur sanitaire. En 2016, la brochure sur les indicateurs de santé de base a été remaniée, et plus de 100 indicateurs ont été révisés et mis à jour. La brochure actuelle comprend un suivi de 17 des 27 cibles qui figurent à l'ODD 3, et on projette d'inclure des cibles additionnelles figurant aux ODD d'ici 2018.

66. La [Plateforme d'information sanitaire](#) (PLISA) est un système institutionnel qui vise à fournir des données, des statistiques et des informations relatives à la santé. Le but de ce système est d'aider les États Membres et le BSP à effectuer des analyses portant sur la santé en vue d'atteindre leurs objectifs stratégiques, y compris le suivi des cibles régionales et nationales. PLISA compile et stocke différents types de données et d'indicateurs de santé sous une forme systématisée, périodique et standardisée, ce qui facilite l'analyse des données, la préparation de rapports et la diffusion des résultats. PLISA est aussi un site Web qui permet la visualisation interactive des données, ce qui rend plus dynamique la gestion de l'information et des données.

67. En novembre 2016, l'OPS a collaboré avec le ministère de la Santé de la Jamaïque pour convoquer à Kingston une réunion ministérielle portant sur les systèmes d'information pour la santé. La réunion a fait participer les pays des Caraïbes, ainsi que des entités régionales et des experts, à la formulation d'un plan d'action commun en vue de créer et d'améliorer un éventail de systèmes d'information et de partenariats pour la santé dans l'ensemble des Caraïbes. La réunion a donné naissance à une feuille de route détaillée portant sur le renforcement des systèmes d'information pour la santé et sur l'accroissement de la collaboration et de la coordination entre les ministères nationaux de la Santé ainsi qu'entre divers acteurs partout dans les Caraïbes, à l'aide du modèle de l'OPS. Le BSP a lancé des activités de coopération technique, y compris des évaluations des systèmes d'information pour la santé, à Anguilla, au Belize, aux Bermudes, au Guyana, aux îles Turques et Caïques, aux îles Vierges britanniques et en Jamaïque. Le cadre d'évaluation comprend un outil appelé « modèle de maturité » qui sert à analyser le stade de développement des systèmes d'information. Cet outil a été mis à l'essai dans plusieurs pays des Caraïbes, et on prévoit que la version espagnole sera mise à l'essai en Équateur. Une réunion de haut niveau ciblant les pays d'Amérique centrale, les pays latins des Caraïbes et les pays andins et visant à présenter le cadre relatif aux systèmes d'information pour la santé doit se tenir en août 2017.

68. L'édition 2017 de la publication phare de l'OPS, intitulée *La santé dans les Amériques+*, sera lancée lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. Comme preuve de l'amélioration de la disponibilité de l'information sanitaire dans la Région, tous les 52 pays et territoires ont produit des analyses détaillées de leur situation sanitaire qui témoignent d'une vision progressiste de la santé publique. Cette publication demeure très prisée en tant que source centralisée de données et d'analyses sanitaires essentielles et concises concernant la Région et ses divers pays ainsi que pour la façon dont elle permet aux autorités sanitaires, aux décideurs, aux universitaires, aux

étudiants, aux analystes et au grand public d'avoir plus facilement accès à ces informations, en version imprimée ou numérique.

69. Au cours de la période considérée, la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action régionaux sur la gestion des connaissances et la communication (document [CSP28/12, Rev. 1](#)) a entraîné des résultats importants, dont le lancement du [dépôt institutionnel pour le partage de l'information de l'OPS](#), qui a amélioré la capacité à systématiser, à préserver et à rendre accessibles plus de 30 000 documents. Parmi ces documents, on retrouve les mandats des Organes directeurs ainsi que des publications scientifiques et des documents techniques produits par l'OPS. Vingt pays de la Région ont obtenu un accès au [programme Hinari de l'OMS](#), qui offre dans plus de 100 pays un accès en ligne, gratuit ou à coût très modique, aux principales revues du domaine biomédical et des sciences sociales connexes. Le BSP a aidé les ministères de la Santé du Guatemala, du Guyana, de la Jamaïque, du Nicaragua, du Paraguay et de la République dominicaine à obtenir un accès à Hinari ou à organiser une formation concernant cette plateforme.

70. En date de juin 2017, le modèle de bibliothèque virtuelle de santé (VHL) avait été appliqué lors de 107 initiatives nationales, thématiques et institutionnelles dans 30 pays à la suite d'une coopération technique fournie par le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) de l'OPS. Cette bibliothèque met à disposition plus de 26,7 millions de documents, dont plus de 9,6 millions en texte intégral, et sa plateforme technologique est constamment mise à jour afin d'appuyer les établissements coordonnateurs aux niveaux national et régional. De plus, la base de données sur la littérature de l'Amérique latine et des Caraïbes en sciences de la santé (LILACS) indexe environ 920 revues scientifiques de 27 pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

71. Les technologies de communication de l'information ont un rôle majeur à jouer dans les interventions qui visent à améliorer la santé. La Stratégie et le Plan d'action régionaux sur la cybersanté (document [CD51/13](#)), approuvés lors du 51^e Conseil directeur en 2011, offrent un cadre pour la coopération technique de l'Organisation dans ce domaine. Actuellement, 15 pays et territoires formulent ou adoptent des politiques en matière de cybersanté ; de plus, l'OPS a élaboré des documents méthodologiques visant à déterminer des priorités politiques concernant la cybersanté, ainsi que des lignes directrices servant de référence pour une stratégie destinée à renforcer et à définir une infrastructure organisationnelle et technologique de base dans le domaine de l'information et des services de santé. Une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action, présentée au 55^e Conseil directeur en 2016 (document [CD55/INF/12-A](#)), a formulé des mesures à prendre pour encourager les progrès, dont les suivantes : promouvoir la formulation de stratégies nationales dans les pays qui n'en ont pas, et s'employer à inclure les domaines où des progrès ont été accomplis, tels que l'Internet des objets, les données ouvertes et les mégadonnées, promouvoir la génération de données probantes et l'élaboration de lignes directrices sur la cybersanté qui favorisent une approche stratégique et constante en matière de prise de décision et de conception de

projet et créer une feuille de route sur le rôle de la cybersanté dans le cadre des ODD, en particulier l'ODD 3.

72. [*The Pan American Journal of Public Health*](#) (PAJPH), la revue scientifique mensuelle, trilingue et gratuite avec comité de lecture de l'OPS, a publié 53 numéros durant la période visée par le présent rapport. Il y a eu notamment des numéros spéciaux sur la prévention des maladies cardiovasculaires et la réduction du sel alimentaire, l'équité des systèmes sanitaires, les systèmes de réglementation des médicaments, la tuberculose, le changement climatique, la nutrition, les aspects économiques de la lutte antitabac, le VIH, le chikungunya et la réforme du système de santé en Équateur. Le *Journal* a adopté une politique d'accès libre et un processus de publication continue, deux mesures qui aident à accélérer la diffusion des nouveaux articles à mesure qu'ils sont approuvés.

73. Au cours de cette période, 58 nouveaux centres collaborateurs de l'OPS/OMS ont été désignés dans les Amériques, ce qui porte à 182 le nombre de centres collaborateurs actifs dans la Région, parmi plus de 800 à l'échelle mondiale. Au nombre de ces centres collaborateurs, on trouve des instituts de recherche, des départements universitaires, des laboratoires, ainsi que d'autres organisations et entités qui réalisent des activités à l'appui des programmes de l'OPS/OMS dans un vaste éventail de domaines. Ces domaines vont des ressources humaines pour la santé et des technologies de la santé aux maladies transmissibles et non transmissibles, en passant par la nutrition et la santé mentale.

74. Le BSP a continué à offrir une coopération technique conforme à la Politique sur la recherche pour la santé (document [CD49/10](#), approuvé en 2009) et à la [Stratégie OMS de recherche pour la santé](#) (approuvée en 2010). Les initiatives de recherche ont pris de l'ampleur durant la période considérée, avec l'élaboration de politiques et de programmes relatifs à la recherche par des pays et des entités infrarégionales. L'Observatoire mondial OMS de la recherche-développement en santé a été inauguré, une analyse des résultats de la recherche et des capacités de recherche a été publiée, et on a enregistré une augmentation des inscriptions à la recherche. Actuellement, neuf pays exigent une telle inscription (la Bolivie, le Brésil, la Colombie, El Salvador, les États-Unis d'Amérique, le Guatemala, le Panama, le Pérou et l'Uruguay) ; cinq pays (l'Argentine, le Brésil, Cuba, les États-Unis d'Amérique et le Pérou) ont des registres accessibles au public. Le centre de référence *Cochrane Caribbean*, qui facilite l'utilisation et la réalisation de synthèses systématiques pour la santé publique, a été inauguré en 2013. La compétitivité de la recherche est en cours d'amélioration, grâce à des programmes de formation de formateurs en Amérique latine et dans les Caraïbes. Des partenariats conclus avec des autorités sanitaires, des milieux universitaires, des établissements de recherche et des commanditaires ont permis d'offrir des formations à des équipes de recherche de la Colombie ainsi que de pays membres du SICA et de la CARICOM concernant la rédaction de demandes de subventions et l'examen par les pairs.

75. Le BSP continue à faire progresser l'intégration de l'éthique dans la santé, tel que mandaté par les États Membres en 2012 (document [CSP28/14, Rev. 1](#)). Les systèmes de

recherche éthique ont été renforcés par l'élaboration, en collaboration avec le BIREME, d'une nouvelle version de ProEthos – un logiciel visant à améliorer l'évaluation éthique de la recherche portant sur des sujets humains – qui facilite les processus de mise en œuvre menés par les comités d'évaluation éthique de neuf pays de la Région (Argentine, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panama et Pérou) ainsi que l'élaboration de cadres normatifs qui s'alignent sur les lignes directrices internationales en matière d'éthique. Le processus d'évaluation éthique relatif à la recherche appuyée par l'OPS a été institutionnalisé, et le nombre de propositions soumises au comité d'évaluation éthique de l'OPS a triplé. Des conseils en matière d'éthique ont été élaborés en réponse à l'urgence suscitée par les flambées de virus [Ebola](#) et Zika ; en outre, l'OPS a dirigé une consultation en matière d'éthique et l'élaboration de [conseils éthiques sur des questions importantes suscitées par la flambée de virus Zika](#), lesquels ont été approuvés par la revue [The Lancet](#) et [intégrés dans la coopération technique de l'Organisation](#). L'intégration de l'éthique dans la santé publique a été renforcée par la préparation du rapport intitulé [Making fair choices on the path to universal health coverage](#), qui donne des conseils en matière de hiérarchisation éthique des priorités concernant les progrès vers la santé universelle. Le BSP a en outre élaboré du matériel de formation en santé publique, et a offert une formation en éthique de la santé publique au personnel des ministères de la Santé de huit pays d'Amérique latine (Argentine, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Pérou et Porto Rico) et aux médecins-chefs des Caraïbes.

76. Le BSP a continué à appuyer la recherche dans le domaine des politiques de la santé et des systèmes de santé, y compris l'étude de la mise en œuvre. L'initiative portant sur l'amélioration de la mise en œuvre des programmes par la recherche intégrée, appuyée par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé de l'OMS, a cerné les avantages offerts par l'étude de la mise en œuvre dans 10 pays (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Mexique, Panama, Pérou, République dominicaine et Sainte-Lucie). Des priorités nationales en matière de recherche ont été définies et sont actuellement mises en œuvre à des degrés divers au Brésil, en Équateur, au Guyana, au Honduras, au Panama, au Pérou, en République dominicaine, ainsi que dans 18 pays et territoires des Caraïbes.⁹ La coordination de la recherche et des données probantes relatives à la flambée de virus Zika a facilité l'établissement d'un programme de recherche régional, l'harmonisation des standards en matière de recherche et l'appui à la réalisation d'études transnationales. Des améliorations importantes ont été enregistrées quant à l'institutionnalisation des mécanismes standardisés servant à générer et à utiliser des données de recherche dans les États Membres. Le Brésil, le Chili, la Colombie, El Salvador, l'Équateur, le Mexique, le Panama, le Pérou, la République dominicaine et la Trinité-et-Tobago intègrent actuellement l'approche recommandée par l'OPS/OMS quant à l'élaboration de lignes directrices de grande qualité. L'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie et le Mexique ont mis en place des mécanismes de réponse rapide fondés sur

⁹ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, le Belize, les Bermudes, la Dominique, la Grenade, les îles Caïmans, les îles Turques et Caïques, les îles Vierges britanniques, la Jamaïque, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, le Suriname et la Trinité-et-Tobago.

des données probantes pour appuyer la prise de décision. Au niveau infrarégional, une feuille de route infrarégionale pour les Caraïbes a été élaborée et un groupe de travail technique de pays des Caraïbes a été créé pour intégrer des mécanismes servant à l'évaluation des technologies de la santé, à la sélection des médicaments et à l'élaboration de lignes directrices.

2. RÉPONSE AUX URGENCES ET CATASTROPHES SANITAIRES ET DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS FONDAMENTALES EN SANTÉ PUBLIQUE SELON LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

77. L'OPS a poursuivi sa longue tradition de coopération technique avec les pays en prévenant les situations d'urgence et les catastrophes naturelles et causées par l'homme, en s'y préparant et en y répondant ; elle a, en outre, collaboré avec les États Membres en vue de développer des capacités fondamentales pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) ainsi que pour la détection des flambées de maladie et la réponse à celles-ci.

Renforcement de la réponse aux situations d'urgence et aux catastrophes naturelles et causées par l'homme

78. Le BSP a pris plusieurs mesures en vue d'améliorer sa coopération technique concernant la préparation aux situations d'urgence et le secours en cas de catastrophe, dont les suivantes :

- a) révision de son approche stratégique pour articuler celle-ci autour de trois principaux axes d'intervention : *a)* améliorer la capacité des États Membres à offrir en temps opportun une réponse appropriée aux catastrophes, aux situations d'urgence complexes et aux autres crises, *b)* accroître la capacité des systèmes de santé nationaux concernant la préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques de catastrophe, *c)* augmenter l'efficacité de l'OPS et du Groupe Santé des Nations Unies en matière de réponse aux catastrophes.
- b) mise en place d'un nouveau Centre d'opérations d'urgence (COU) basé à son siège de Washington (D.C.), et adoption d'une nouvelle politique et de nouvelles procédures pour améliorer la coopération durant les opérations de réponse aux situations d'urgence.
- c) formation offerte aux membres existants et aux nouveaux membres de l'Équipe d'intervention régionale face aux catastrophes afin d'accroître sa capacité d'intervention rapide.

79. Au cours de la période étudiée, la coopération technique infrarégionale de l'OPS dans ce domaine a contribué comme suit aux réalisations enregistrées dans les sous-régions :

Sous-région andine

- a) élaboration du Plan stratégique andin pour la gestion du risque de catastrophe dans le secteur sanitaire 2013-2017, lequel a été approuvé par les ministres de la

Santé de la région andine, et conversion de ses axes stratégiques en interventions ; cette dernière étape s'est faite en collaboration avec les ministères de la Santé de la Bolivie, du Chili, de la Colombie, de l'Équateur et du Pérou, et a inclus l'élaboration de plans d'urgence transfrontaliers.

- b) formulation d'un guide sur l'aide humanitaire parmi les pays andins, lequel a été approuvé par le Comité andin d'assistance et de prévention des catastrophes (CAPRADE) et a servi de référence technique pour un guide similaire destiné aux pays du MERCOSUR.

Amérique centrale

- c) création, en collaboration avec les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, de la Commission technique sur la gestion du risque en santé pour l'Amérique centrale et la République dominicaine, en tant qu'organe consultatif auprès du COMISCA servant à surveiller la préparation et la réponse aux catastrophes ainsi que la coopération dans ces domaines.
- d) élaboration d'un Plan centraméricain de gestion globale du risque relatif aux catastrophes et aux urgences de santé publique 2013-2018, lequel a été approuvé par le COMISCA.

Caraïbes

- e) expansion de l'initiative sur la sécurité des hôpitaux dans la sous-région et début de la mise en œuvre de l'initiative sur les hôpitaux intelligents, en partenariat avec le DFID.
- f) renforcement institutionnel du Groupe des partenaires de développement sur la gestion des catastrophes des Caraïbes orientales, qui facilite la coordination de l'aide extérieure aux pays des Caraïbes orientales touchés par des catastrophes majeures.
- g) finalisation du Cadre global de stratégie et de résultats relatif à la gestion des catastrophes 2014-2024 pour les États membres de la CARICOM.
- h) création, au sein de la CARICOM, d'une nouvelle Équipe d'évaluation et de coordination en cas de catastrophe, qui offre aux pays un soutien amélioré durant les situations d'urgence, et réalise une meilleure coordination de l'évaluation des dommages et de l'analyse des besoins.

Les efforts visant la sécurité des hôpitaux mènent à l'initiative sur les hôpitaux intelligents

Sécurité des hôpitaux

L'OPS a continué à promouvoir la réduction du risque dans le secteur sanitaire grâce à l'initiative sur la sécurité des hôpitaux et à l'indice de sécurité des hôpitaux (ISH), un outil servant à évaluer la probabilité qu'une installation sanitaire demeure fonctionnelle durant une situation d'urgence. L'initiative sur la sécurité des hôpitaux a d'abord été mise en œuvre dans les Caraïbes en 2004 ;

elle a par la suite été incluse dans les plans stratégiques de la Réunion des ministres de la Santé de la région andine (REMSAA), de l'Organisme andin de la santé – Accord Hipólito Unanue (ORAS/CONHU) et du CAPRADE. La Colombie, le Guatemala, le Mexique, le Pérou et la République dominicaine ont fait des progrès quant à la mise à jour de leurs codes de construction respectifs pour faire en sorte que tous les hôpitaux nouvellement construits puissent continuer à fonctionner en cas de catastrophe ; en outre, la Colombie, le Mexique et le Pérou ont réalisé des investissements importants pour améliorer la sécurité des nouvelles installations sanitaires et de celles qui existent déjà.

Cette initiative a influencé les concepts en usage à l'échelle mondiale en ce qui a trait au fonctionnement des hôpitaux en cas de catastrophe, qui est devenu une priorité planétaire et a été mis en œuvre dans plus de 80 pays de toutes les régions de l'OMS. Cependant, dans de nombreux pays, veiller à ce que toutes les nouvelles installations sanitaires soient protégées des catastrophes et à ce que les installations existantes soient mises à niveau demeure un défi ; cela est dû essentiellement aux limites de nature financière et liées aux priorités en concurrence. Le BSP a élaboré un « tableau de bord » sur Internet qui sert à suivre les nouvelles installations de soins de santé, aussi bien projetées qu'éventuelles, et cherche actuellement à conclure des ententes avec des institutions financières internationales et des organismes de développement en vue d'inclure des critères relatifs à la sécurité des hôpitaux au sein des instruments de financement.

Hôpitaux intelligents

Dans le prolongement de l'initiative sur la sécurité des hôpitaux, l'initiative sur les hôpitaux intelligents a débuté en 2012. Cette dernière préconise le passage du modèle traditionnel de réponse aux catastrophes à un modèle qui s'efforce, de manière proactive, de réduire autant que possible les incidences sanitaires des catastrophes grâce à une adaptation au climat, à des mesures d'atténuation et à la préparation, en plus de réduire l'empreinte carbone du secteur sanitaire (l'un des secteurs les plus énergivores) et d'améliorer la résilience face aux catastrophes.

Le financement initial offert par le DFID (environ \$11 millions) a aidé à rendre « intelligentes » des installations sanitaires situées à Saint-Kitts-et-Nevis et à Saint-Vincent-et-les-Grenadines. Parmi les principaux résultats de la première phase de cette initiative, on peut noter : une boîte à outils destinée à orienter la mise en œuvre des mesures d'atténuation du changement climatique dans les installations sanitaires existantes, une analyse coûts-bénéfices de l'adaptation « intelligente » d'un hôpital au climat grâce à des mesures respectueuses de l'environnement et résilientes face aux catastrophes et la mise en place de deux sites de démonstration d'installations sanitaires « intelligentes », à l'hôpital Pogson (Saint-Kitts-et-Nevis) et à l'hôpital de Georgetown (Saint-Vincent-et-les-Grenadines).

Une deuxième phase du projet a commencé en mai 2015 par l'octroi d'un financement d'environ \$12,6 millions pour aider à « rendre intelligentes » des installations sanitaires situées en Dominique, en Grenade, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et à Sainte-Lucie. En septembre 2015, le premier ministre du Royaume-Uni a annoncé l'octroi d'un financement additionnel (d'environ \$35 millions) destiné à étendre le projet au Belize, au Guyana et à la Jamaïque, de même qu'à accroître le soutien aux pays déjà participants. Cette deuxième phase de l'initiative sur les hôpitaux intelligents, qui durera jusqu'en mai 2020, inclut une formation sur l'utilisation de l'indice de sécurité des hôpitaux et de la liste de contrôle écologique, (« Green Checklist »), un système d'évaluation des bâtiments, une évaluation des installations sanitaires quant à leur sécurité et à leur empreinte carbone et le choix des installations qui seront mises à niveau. De plus, une formation portant sur la planification des mesures d'urgence et sur les méthodes servant

à répondre efficacement à des événements futurs est actuellement offerte aux coordonnateurs d'interventions en cas de catastrophes sanitaires, au personnel des services d'incendie et aux personnels connexes, afin que chaque installation participante élabore et tienne à jour un plan d'urgence détaillé. L'objectif du projet est de rendre 50 installations sanitaires situées dans ces pays plus sûres et plus écologiques d'ici 2020. En outre, on évaluera au total 600 installations pour documenter, dans une base de données en ligne, leurs besoins en matière d'améliorations futures.

Le BSP a fait équipe avec l'Organisation des États des Caraïbes orientales (OEEO) pour réaliser des études portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques ainsi qu'une formation sur la conservation pour le personnel des installations sanitaires situées en Dominique, à la Grenade, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et à Sainte-Lucie afin de le sensibiliser à la réduction de la consommation d'énergie et d'eau et de l'amener à modifier son comportement. Des rencontres nationales réunissant plusieurs parties prenantes ont eu lieu au Belize, au Guyana et en Jamaïque pour s'assurer le concours des ministères de la Santé ainsi que des secteurs des travaux publics, de la planification, de l'énergie et de la finance ; en outre, une séance de discussion ouverte a été tenue à Saint-Vincent-et-les-Grenadines pour promouvoir la participation du public.

L'initiative sur les hôpitaux intelligents aide à améliorer, au niveau national, les connaissances sur l'adaptation au changement climatique et l'atténuation de ses effets, et à promouvoir les interventions pratiques dans ce domaine. Elle a suscité un intérêt et une implication qui vont au-delà du secteur sanitaire. Plusieurs pays défendent l'idée de « rendre intelligents » les projets d'infrastructure réalisés avec des partenaires de développement et en font des adaptations : « communautés intelligentes », « écoles intelligentes » et « hôtels intelligents ».

80. La coopération technique de l'OPS avec les États Membres lors de plusieurs urgences sanitaires importantes a inclus, sans s'y limiter, la réponse aux situations suivantes :

- a) Des pluies diluviennes et des vents forts dus à un creux barométrique qui a touché la Dominique, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie en décembre 2013. On estime que cet événement a coûté au système sanitaire de Saint-Vincent-et-les-Grenadines la somme de \$2,1 millions ; il a gravement endommagé l'hôpital Milton Cato Memorial, le seul hôpital de référence du pays, et inondé un grand nombre des 39 cliniques de district.
- b) La tempête tropicale *Erika*, qui a causé des inondations graves et étendues et de nombreux dommages en Dominique en août 2015. Le Bureau a rapidement déployé son Équipe d'intervention régionale face aux catastrophes pour aider les autorités nationales à assurer la coordination des mesures d'urgence, l'évaluation des dommages, la surveillance des maladies ainsi que la prévention et le contrôle des vecteurs. Le BSP a mobilisé des ressources financières internes et externes pour envoyer des médicaments et fournitures essentiels aux services de soins de santé, permettre un accès à l'eau potable et à l'assainissement, et réduire les risques pour la santé de l'environnement.
- c) L'ouragan *Joaquin*, qui a durement touché six îles des Bahamas en octobre 2015. De nouveau, le BSP a déployé son Équipe d'intervention régionale face aux

- catastrophes pour aider à évaluer les effets de l'ouragan, à définir les interventions prioritaires, ainsi qu'à gérer et à coordonner les fournitures. Le BSP a donné des fournitures essentielles pour faciliter la communication sur le terrain, le maintien des services de soins de santé, les interventions d'urgence relatives à l'eau et à l'assainissement, et le contrôle des vecteurs.
- d) L'ouragan *Matthew*, le plus grave de plusieurs ouragans qui ont frappé les Caraïbes durant la saison des ouragans 2016 dans l'Atlantique. *Matthew*, une tempête de catégorie 5, a touché des centaines de milliers de personnes à la fin de septembre et au début d'octobre, surtout aux Bahamas, à Cuba, à Haïti et en République dominicaine. L'OPS a mobilisé des ressources qui ont permis l'envoi de 80 experts, dont des experts du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (le GOARN), pour apporter une aide dans les domaines suivants : logistique, coordination des équipes médicales d'urgence (EMT), évaluation des dommages et analyse des besoins, eau et assainissement, hygiène et coordination de la réponse sanitaire. Ces efforts ont permis d'assurer une alimentation en eau potable, une distribution d'équipement et de fournitures essentielles, une capacité en matière de surveillance épidémiologique et une offre ininterrompue de services médicaux dans les régions touchées. À Haïti, où l'ouragan *Matthew* a touché plus de deux millions de personnes directement ou indirectement, le Bureau a mobilisé plus de \$1,6 million pour aider les autorités locales et nationales dans leurs activités d'intervention et de rétablissement. Le BSP a également aidé à acheminer plus de 1,5 million de doses de vaccin anticholérique oral, à les distribuer et à les administrer à plus de 800 000 personnes dans les départements les plus touchés, soit les départements de la Grand'Anse et du Sud.
- e) Un incendie toxique survenu au Paraguay en octobre 2015. Le Bureau a contribué à réaliser une évaluation préliminaire des risques pour la santé publique, dans le cadre d'une équipe mixte multi-agences qui comprenait des agences du gouvernement paraguayen de même que le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (BCAH), l'Agence environnementale de São Paulo, ainsi que le secrétariat des conventions de Bâle, de Rotterdam et de Stockholm sur l'environnement. Le BSP a produit sans délai un rapport d'évaluation qui indiquait une forte possibilité d'exposition aux dioxines et recommandait une série d'interventions de suivi, lesquelles ont été incorporées dans une demande de financement adressée à l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel.
- f) Une sécheresse prolongée au Guatemala, qui a duré de la fin 2013 jusqu'en mars 2016. Celle-ci a entraîné d'importantes pertes de récoltes et déclenché une crise alimentaire et nutritionnelle, accompagnée de taux de malnutrition aiguë plus élevés chez les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Le Bureau a acheminé plus de \$1,6 million, offerts par le Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies et par la Protection civile et les Opérations d'aide humanitaire européennes, pour mettre en

- œuvre des interventions salvatrices et des mesures préventives visant à répondre aux besoins des groupes vulnérables en matière de santé et de nutrition. Le Bureau a aussi aidé aux activités de coordination et de préparation du ministère de la Santé et d'autres partenaires, en formant des agents de santé concernant les protocoles de détection et de traitement relatifs à la malnutrition aiguë modérée et grave, aux infections respiratoires aiguës et aux maladies d'origine alimentaire, en créant des équipes de santé mobiles, en mettant à disposition des fournitures sanitaires essentielles, en surveillant et notifiant des données sanitaires, en mettant en œuvre des campagnes de vaccination et en mettant en place des mesures de protection pour les femmes enceintes et qui allaitent.
- g) Un séisme d'une magnitude de 7,8 qui a frappé l'Équateur en avril 2016. Des membres du personnel technique ont été envoyés dans ce pays en provenance du siège de l'OPS et d'autres bureaux nationaux de l'OPS/OMS en moins de 24 heures et ont aidé les autorités à utiliser le Système de soutien logistique/Système de gestion des fournitures humanitaires (LSS/SUMA) du BSP pour noter et coordonner le mouvement des médicaments et des fournitures médicales. Le ministère de la Santé publique de l'Équateur a utilisé les nouvelles normes minimales et les nouveaux mécanismes de coordination de l'OPS/OMS en matière d'équipes médicales d'urgence (EMT) pour déployer 28 EMT nationales et cinq internationales (venant d'Allemagne, de Colombie, d'Espagne, des États-Unis d'Amérique et du Pérou). L'Équateur a ainsi été le premier pays de la Région à mettre ces normes en pratique.
- h) Des inondations dues à El Niño au Pérou, qui ont commencé en février 2017 et qui ont touché plus de 1,2 million de personnes. Les inondations ont entraîné l'effondrement de neuf installations sanitaires, en ont endommagé plus de 300 autres et ont causé une augmentation des cas signalés de leptospirose, de dengue, de Zika et de chikungunya, entre autres maladies. Le BSP a envoyé des experts nationaux et internationaux pour aider aux opérations sur le terrain et accroître la capacité du pays à renforcer son action en matière de coordination, de services sanitaires, d'eau et d'assainissement, d'épidémiologie, de santé mentale et de surveillance des maladies infectieuses dans les régions les plus touchées.

81. Pour la seule année 2014, le Bureau a mobilisé plus de \$8,6 millions en aide humanitaire pour répondre aux besoins sanitaires des personnes touchées par les inondations survenues en Bolivie et au Paraguay, les crises alimentaires au Guatemala et au Honduras et le creux barométrique ayant touché les Caraïbes orientales à Noël 2013.

82. Selon les estimations pour l'année 2015, près de 64 millions de personnes en Amérique vivaient à l'extérieur de leur pays d'origine – 36 % de plus qu'en 2000. Afin de répondre aux effets des migrations irrégulières sur la santé, le Bureau est venu en aide à plusieurs États Membres qui connaissaient des flux migratoires inattendus ou des déplacements internes de populations durant la période considérée.

- a) Le BSP a continué à aider la Colombie à répondre aux besoins sanitaires des populations déplacées à l'intérieur du pays, et a également aidé le pays à faire face à un afflux massif d'immigrants vénézuéliens ainsi que d'expatriés colombiens qui rentraient chez eux après avoir vécu au Venezuela.
- b) Au Costa Rica, le BSP a mobilisé un appui aux efforts de coordination et d'intervention visant à répondre aux besoins de milliers de ressortissants cubains bloqués dans les districts frontaliers du nord du pays au cours de leur déplacement vers les États-Unis. Entre autres activités, des membres du personnel du bureau de l'OPS/OMS au Costa Rica et de l'équipe d'intervention régionale face aux catastrophes ont été envoyés sur place pour équiper et gérer des abris et pour aider le ministère de la Santé à offrir un soutien psychosocial aux migrants.
- c) À Haïti, le BSP est venu en aide au gouvernement durant un rapatriement massif d'Haïtiens qui vivaient en République dominicaine. Grâce à un soutien financier accordé par le Canada, le BSP s'est associé au ministère haïtien de la Santé publique et de la Population pour établir un poste sanitaire avancé et renforcer l'accès aux soins de santé dans les centres frontaliers existants, accroître la surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies diarrhéiques et fournir des trousseaux sanitaires d'urgence et des trousseaux complémentaires.

Mise en œuvre du Règlement sanitaire international et lutte contre les virus émergents

83. Six des 35 États Parties au RSI en Amérique – le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica et les États-Unis d'Amérique – ont déterminé que leurs principales capacités de surveillance et d'action, notamment aux points d'entrée désignés, étaient en place avant l'échéance de juin 2012 fixée pour le RSI. Les 29 autres États Parties ont obtenu des prolongations de délai, et l'OPS a fourni une coopération technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux.

84. En 2016, pour la première fois, tous les États Parties des Amériques ont soumis des rapports sur les progrès relatifs au RSI à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé, une amélioration importante comparativement au taux de réponse de 51 % enregistré en 2011, année où les rapports annuels des États Parties avaient été institués dans leur forme actuelle. Le rapport annuel 2016 des États Parties au RSI des Amériques, soumis à la 70^e Assemblée mondiale de la Santé en 2017,¹⁰ montre encore une fois une hétérogénéité considérable quant à l'état des principales capacités. Des progrès ont été accomplis quant à l'ensemble des 13 capacités principales requises par le Règlement, en particulier concernant les points d'entrée désignés, les laboratoires, la surveillance, ainsi que la prise en charge des événements d'origine zoonotique et à la sécurité des aliments. Toutefois, des faiblesses cruciales persistent en matière de ressources humaines et de prise en charge des situations d'urgence relatives aux événements d'origine chimique et les urgences radiologiques.

¹⁰ Le rapport est disponible (en anglais) sur <http://bit.ly/2r5Vwej>, Région des Amériques, pages 3-4.

85. En août 2016, les États Membres de l'OPS ont participé à la consultation régionale officielle portant sur la version préliminaire du *Plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international* (2005) dans la flambée de maladie à virus Ebola et la riposte à celle-ci. Les recommandations émises par la consultation préconisaient que le BSP se concentre sur la mise en œuvre du RSI plutôt que sur les évaluations, que le cadre composite de suivi de la mise en place des principales capacités relatives au RSI soit adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé, comme prescrit par l'article 54 du RSI, et que les écarts conceptuels et institutionnels existant entre le RSI et les systèmes sanitaires des pays soient comblés à différents niveaux. En septembre 2016, le 55^e Conseil directeur a entériné ces recommandations et ces conclusions par le moyen de la décision [CD55\(D5\)](#) et, en mai 2017, la 70^e Assemblée mondiale de la Santé a accepté le plan mondial de mise en œuvre relatif à l'application du RSI (2005) ([A70/16](#)). Ce plan mondial vise, entre autres objectifs, à améliorer le suivi et l'évaluation des principales capacités requises en vertu du RSI et l'établissement de rapports les concernant. En prévision de l'instauration du cadre composite de suivi de la mise en place des capacités essentielles relatives au RSI, le Belize, les États-Unis d'Amérique et Haïti ont accueilli des missions d'évaluation extérieure conjointe. L'objectif principal de ces missions est d'évaluer les capacités du pays hôte dans 19 domaines techniques, en vue de fournir des données de référence servant à assurer le suivi des progrès accomplis pour ce qui est de réformer et d'améliorer la sécurité de la santé publique.

Renforcer les capacités en matière de surveillance et de laboratoires

86. La surveillance de la grippe a continué à s'améliorer, avec la mise en œuvre d'un système de surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) dans certains hôpitaux nationaux situés dans plusieurs États Membres. Le système a été mis en place selon les lignes directrices élaborées après la pandémie de grippe H1N1 survenue en 2009, et inclut des mises à jour en vue d'en assurer la conformité aux recommandations figurant aux normes mondiales de l'OMS sur la surveillance de la grippe. Actuellement, la Région des Amériques dispose de solides capacités de détection de la grippe, grâce à ses 28 centres nationaux de la grippe et à un centre collaborateur de l'OMS. Presque tous les pays des Amériques effectuent à l'heure actuelle une surveillance de la grippe en milieu hospitalier ou une surveillance des IRAS, et 17 pays¹¹ réalisent systématiquement cette surveillance, selon les données hebdomadaires sur les IRAS communiquées à l'OPS. De plus, les centres nationaux de la grippe situés dans l'ensemble de la Région compilent, analysent et diffusent des données virologiques hebdomadaires afin de suivre les virus de la grippe saisonnière et les virus ayant un potentiel pandémique, et de contribuer à la sélection des souches vaccinales utilisées au niveau mondial. Pour intégrer les données épidémiologiques et de laboratoire au sein des pays, l'OPS a créé un système d'information nommé PAHOflu, qui a été mis en place dans plusieurs pays. En date de

¹¹ L'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Paraguay, Sainte-Lucie, le Suriname et l'Uruguay.

2017, 11 pays¹² communiquent systématiquement à l'OPS des données intégrées provenant de la surveillance épidémiologique et de la surveillance réalisée en laboratoire.

87. Plusieurs pays de la Région participent à un système de surveillance de la résistance aux antimicrobiens fondé sur des données de routine fournies par des laboratoires de microbiologie. La Barbade, l'Équateur, le Guatemala, le Panama et le Paraguay ont renforcé leur capacité à identifier et à étudier les flambées liées aux soins de santé et à y répondre. La diffusion de normes en matière de microbiologie a contribué à une normalisation et à un accord quant aux procédures à suivre par le Réseau latino-américain de surveillance de la résistance aux antimicrobiens. Lancé par l'OPS en 1996, le Réseau dispose d'un programme d'assurance de la qualité coordonné par l'Institut Malbrán de l'Argentine.

88. La coopération technique réalisée par le BSP a également contribué à ce qui suit :

- a) l'amélioration de la capacité des centres d'information et des laboratoires à effectuer en temps réel des analyses de réaction en chaîne de la polymérase (PCR) et d'immunofluorescence pour la grippe et pour d'autres virus respiratoires, ainsi que le maintien de fournitures essentielles pour le diagnostic en laboratoire de la méningite et de la pneumonie bactériennes dans les pays de même qu'à l'Agence de la santé publique des Caraïbes (CARPHA) ;
- b) l'inspection de laboratoires au Brésil (Institut national de contrôle de la qualité sanitaire), en Colombie (Institut national de surveillance des aliments et des médicaments) et au Mexique (Commission de contrôle analytique et d'expansion de la couverture) ;
- c) la mise en œuvre, dans 23 pays, de la 10^e phase du programme de l'OPS portant sur le contrôle externe de la qualité des laboratoires officiels de contrôle des médicaments, en collaboration avec la pharmacopée des États-Unis d'Amérique et grâce à la participation des laboratoires nationaux officiels chargés de contrôler la qualité des médicaments ;
- d) la création d'un guide fondé sur le processus d'amélioration par étapes visant à renforcer les systèmes de gestion de la qualité des laboratoires dans les Caraïbes, en consultation avec des spécialistes de la santé des pays et des territoires de cette sous-région. Des professionnels des pays des Caraïbes ont reçu une formation concernant la gestion des biorisques et ont été agréés pour le transport sans danger d'échantillons infectieux.

89. Le BSP a joué un rôle important dans la préparation à des rassemblements de masse tenus dans la Région en 2016. Le Bureau a entrepris une coopération technique avec le Brésil concernant la gestion de l'information, les opérations d'alerte et d'intervention, ainsi que le commandement et le contrôle à tous les principaux échelons

¹² L'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Mexique, le Paraguay et le Suriname.

du gouvernement, dans le contexte de la flambée de maladie à virus Zika et de la préparation des services de santé publique aux Jeux olympiques de 2016 à Rio de Janeiro. En collaboration avec des experts du Brésil et avec le Bureau, le Pérou a réalisé des évaluations communes du risque concernant les événements de grande envergure en prévision de la 24^e Réunion des dirigeants économiques de l'APEC (Coopération économique Asie-Pacifique), tenue à Lima en novembre 2016.

Lutte contre les virus émergents

90. Le virus du chikungunya, qui est apparu pour la première fois en Amérique vers la fin de 2013, a continué à se propager dans l'ensemble des Caraïbes et au-delà ; à la mi-2015, 40 pays et territoires signalaient une transmission locale du virus. En collaboration avec les CDC des États-Unis et le Service français de santé des armées, le BSP a élaboré et mis à l'essai des outils servant à caractériser les cas et à classer les décès dus au chikungunya, ainsi qu'à améliorer la prise en charge des cas de chikungunya aigu et chronique, a mis en place des mécanismes de mise en commun des échantillons de laboratoire et a fourni aux pays des réactifs de laboratoire et des comités de contrôle de la qualité pour le diagnostic de la maladie. Le Bureau a également publié des mises à jour épidémiologiques hebdomadaires sur la propagation de celle-ci.

91. L'importance de réaliser et de maintenir les principales capacités au niveau national exigées par le RSI (2005) est devenue encore plus manifeste après la propagation exponentielle de la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique occidentale durant la seconde moitié de 2014. Le Bureau a collaboré de manière proactive avec ses États Membres pour faire connaître cette maladie et renforcer la préparation à l'introduction éventuelle du virus en Amérique. En octobre 2014, après que les États-Unis d'Amérique eurent confirmé leur premier cas d'Ebola importé, la Directrice a activé le Centre d'opérations d'urgence du BSP et a lancé la toute première mise en œuvre officielle du Système de gestion des incidents. La Directrice a également créé un groupe de travail visant à évaluer le risque de MVE en Amérique, ce qui a entraîné l'élaboration d'un cadre de renforcement de la préparation nationale à la maladie à virus Ebola en Amérique. Le BSP a collaboré avec plus de 26 pays pour mettre à jour les plans nationaux relatifs au RSI dans le contexte de ce cadre. Le Bureau a envoyé dans les pays des missions communes, comprenant des experts du BSP même, de la CARPHA, du bureau des Caraïbes des CDC des États-Unis d'Amérique, ainsi que du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS (GOARN).

92. Les missions d'experts de l'OPS ont cerné un certain nombre de lacunes quant à la préparation des États Membres à l'introduction possible du virus Ebola, dont les suivantes :

- a) une dépendance excessive à l'égard du dépistage au point d'entrée pour la détection des cas, accompagnée d'un accent moins marqué sur les services de santé, où un premier cas était le plus susceptible de se manifester ;

- b) une coordination inadéquate entre la capacité épidémiologique et les services de santé, où l'accent n'est pas assez mis sur la détection d'événements sanitaires inhabituels ni sur l'usage combiné d'informations cliniques et d'informations épidémiologiques ;
- c) une fragmentation des services de santé, depuis la détection jusqu'au traitement et à la désinfection ;
- d) des défis majeurs concernant l'envoi d'échantillons aux laboratoires de niveau 4 de biosécurité pour confirmation de l'infection par la MVE ;
- e) la présence d'un nombre limité de membres du personnel formés dans les zones d'isolement réservées au personnel, accompagnée, dans certains pays, d'une infrastructure hospitalière inadaptée et de programmes de prévention et de contrôle des infections inadéquats ;
- f) un équipement de protection individuelle insuffisant.

93. Le Bureau a fourni une coopération technique pour la mise en œuvre des recommandations formulées par les missions d'experts et pour l'évaluation des besoins futurs des pays. Dans le cadre de la préparation au virus Ebola, on a aussi créé une réserve régionale d'équipements de protection individuelle et donné des formations sur la prise en charge clinique de la MVE, la communication des risques, la prévention et le contrôle des infections, le diagnostic en laboratoire et la biosécurité des laboratoires.

94. Le BSP s'est également associé à l'OEA, à la Banque interaméricaine de développement, au bureau régional de la Banque mondiale pour l'Amérique latine et les Caraïbes et à la Banque de développement de l'Amérique latine pour élaborer des mécanismes financiers visant à renforcer les capacités de préparation et de réponse des pays aux flambées de maladies épidémiques émergentes, conformément aux exigences du RSI. La Banque interaméricaine de développement, la CARPHA et l'OPS ont élaboré un projet visant à renforcer la préparation à Ebola dans les pays des Caraïbes. En plus de son travail dans la Région, le Bureau a également appuyé la réponse à la MVE dans les pays touchés d'Afrique occidentale en affectant des membres du personnel à ces régions et en aidant les États Membres à affecter leur personnel national.

95. Les capacités d'intervention d'urgence et de coopération technique de l'OPS ont été de nouveau mises à l'épreuve en mai 2015, lorsque le Brésil a confirmé le premier cas de transmission locale en Amérique du virus Zika, un arbovirus qui cause des symptômes similaires à ceux du chikungunya et de la dengue. Ce virus a été détecté pour la première fois dans l'hémisphère occidental sur l'île de Pâques (Chili) en février 2014 ; cette détection a coïncidé avec une série de flambées confirmées de Zika sur des îles de la Polynésie française et ailleurs dans le Pacifique. La notification rapide au BSP de la présence du virus Zika de la part du Chili, conformément au RSI, a mis le Bureau en alerte quant à une possible introduction du virus en Amérique continentale.

Étapes importantes de l'épidémie de maladie à virus Zika dans les Amériques

- *Février 2015* : le Brésil répond à la demande d'information du BSP sur des concentrations de cas présentant de la fièvre, des douleurs musculaires et articulaires, une éruption cutanée et des céphalées dans l'État de Maranhão, au nord-est du pays.
- *Mai 2015* : l'OPS lance sa première alerte épidémiologique concernant le virus Zika et fournit des informations sur l'infection, les services de laboratoire, la gestion des cas et les mesures de lutte et de prévention.
- *Juillet 2015* : détection d'une circulation étendue de virus Zika dans l'État de Bahia (Brésil), qui s'accompagne d'une incidence croissante d'anomalies neurologiques, y compris de syndrome de Guillain-Barré (SGB).
- *Août 2015* : notifications signant une augmentation des cas de microcéphalie chez les nouveau-nés, par des cliniciens de trois autres États brésiliens du nord-est – Paraíba, Pernambuco et Rio Grande do Norte.
- *Octobre 2015* : confirmation d'une multiplication par 70 du nombre de cas de microcéphalie détectés dans l'État de Pernambuco, un grand nombre de mères des enfants atteints indiquant avoir présenté une éruption fébrile pendant la grossesse.
- *Novembre 2015* : le Bureau déploie au Brésil une équipe d'experts du GOARN.
- *Fin décembre 2015* : une circulation locale de virus Zika est notifiée dans 11 pays et territoires des Amériques, du Brésil, au sud, à Porto Rico, au nord.
- *Décembre 2015* : la Directrice déclenche officiellement le Système de gestion des incidents liés au virus Zika, permettant ainsi l'accès au Fonds d'urgence de l'OPS en cas d'épidémie et la mobilisation rapide de ressources humaines et financières supplémentaires pour coordonner la riposte régionale au virus Zika. Les interventions incluent :
 - l'achat de matériels et de fournitures, y compris d'immunoglobulines pour traiter les patients atteints de SGB et d'insecticides préalablement approuvés selon le système OMS d'évaluation des pesticides ;
 - la mobilisation de missions d'experts multidisciplinaires envoyées dans les pays et les territoires, en ciblant les pays clés et autres pays prioritaires ;
 - le renforcement dans les pays des capacités concernant tous les volets essentiels à une riposte efficace ;
 - l'élaboration ou la mise à jour de documents d'orientation technique, de manière coordonnée avec l'OMS ;
 - l'organisation d'ateliers et de consultations d'experts au niveau de la Région et des sous-régions, incluant le premier débat mondial sur un programme de recherche concernant le virus Zika et rassemblant des représentants des organisations partenaires, parmi lesquelles les CDC des États-Unis, l'association Pasteur International Network et la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) au Brésil.
- *Janvier 2016* : le Bureau réunit des experts internes et externes pour élaborer des directives de diagnostic et de surveillance de la microcéphalie, et des directives de soins aux femmes enceintes exposées au virus Zika et aux nouveau-nés présentant une microcéphalie ou un syndrome de Zika congénital. Le BSP travaille en

coordination avec le Secrétariat de l'OMS pour définir des critères diagnostiques précoces du SZC/de la microcéphalie à l'aide d'examen échographiques.

- *Février 2016* : l'OMS organise une réunion du Comité d'urgence du RSI, qui conclut que les concentrations de cas de microcéphalie liée au virus Zika répondent aux critères du RSI de déclaration d'une Urgence de santé publique d'ampleur internationale (USPAI). Le Directeur général de l'OMS déclare officiellement une USPAI et appelle à l'urgence d'une coordination et d'une collaboration internationales pour riposter contre la maladie.
- *Mars 2016* : première réunion du nouveau Groupe consultatif technique sur l'entomologie de santé publique, constitué par la Directrice du BSP, pour étudier la question critique de la lutte antivectorielle. Les participants incluent l'OMS, FIOCRUZ, les CDC, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Université Monash (Australie) et le Bureau pour la science et la technologie auprès de la Maison Blanche. Entre autres recommandations, le groupe met l'accent sur la nécessité d'une intervention intersectorielle plus soutenue, principalement par des partenariats avec les communautés et les secteurs de production appropriés, pour élaborer, mettre en œuvre et maintenir des interventions de réduction des moustiques qui soient efficaces et économiquement pérennes.
- *Mars 2016* : le Bureau organise à Washington (D.C.), une réunion sur l'élaboration d'un programme de recherche pour caractériser l'épidémie de virus Zika et ses répercussions en santé publique dans les Amériques.
- *Avril 2016* : grâce à un financement du *Wellcome Trust*, le Bureau organise une consultation internationale sur le virus Zika et l'éthique, à laquelle participent des spécialistes de l'éthique et d'autres professionnels de l'OPS, de l'OMS et des ministères de la Santé. Les recommandations comportent l'accès pour toutes les femmes à des informations et des services complets concernant la sexualité et la procréation, la mise à disposition d'informations exhaustives, précises et actualisées sur le virus Zika et le SZC et la prestation d'un soutien social approprié pour les femmes prenant des décisions de santé génésique liées à la maladie à virus Zika et au SZC.
- *Juin 2016* : dans un contexte de préoccupations croissantes quant aux risques posés par la flambée de maladie à virus Zika aux athlètes et aux autres personnes présentes aux Jeux olympiques d'été tenus en août 2016 à Rio de Janeiro (Brésil), le Bureau fournit des informations et une analyse pour examen lors de la réunion du Comité d'urgence du RSI tenue en juin 2016. En plus des informations fournies par le Brésil, le rapport du Bureau examine les tendances épidémiologiques et démontre l'existence d'une diminution de l'incidence de la maladie à virus Zika. Le Comité d'urgence du RSI conclut que ses recommandations précédentes s'opposant aux restrictions de voyage et de commerce restent valables.
- *Juillet 2016* : quinze pays et territoires des Amériques ont notifié des troubles neurologiques liés au virus Zika et il existe des notifications de microcéphalie et de malformations congénitales que l'on pense liées à des cas de maladie à virus Zika contractée localement au Brésil, en Colombie, à El Salvador, aux États-Unis d'Amérique, en Guyane française, en Martinique, au Panama, au Paraguay et à Porto Rico.

- *Novembre 2016* : la quasi-totalité de la Région, à l'exception de l'Uruguay, confirme l'existence d'une transmission vectorielle autochtone du virus Zika, et cinq pays (Argentine, Canada, Chili, États-Unis d'Amérique et Pérou) font état d'une transmission non vectorielle de ce virus, probablement par contacts sexuels.

96. Le Bureau a pris des mesures supplémentaires d'élaboration de lignes directrices concernant le soutien psychosocial des femmes enceintes dans les zones où circule le virus Zika, ainsi que la sûreté des transfusions sanguines et la production de produits sanguins sûrs dans le contexte de l'épidémie de virus Zika. Le BSP a fourni de fréquentes mises à jour sur l'épidémie aux parties prenantes clés dans les États Membres et aux entités régionales et infrarégionales et, s'appuyant sur des initiatives précédentes de coopération technique pour le renforcement des systèmes de santé et la préparation pour la maladie à virus Ebola, il a élaboré un nouvel instrument d'analyse pour évaluer les capacités des pays à riposter à l'épidémie de maladie à virus Zika et à ses complications. Le Bureau s'est également associé à la Banque mondiale et à la BID pour élaborer un outil combiné d'analyse et d'évaluation des coûts, afin de déterminer les lacunes dans les capacités de riposte des systèmes nationaux de santé et estimer le coût des interventions nécessaires. Cet outil a fait l'objet d'un essai-pilote en Dominique et au Honduras et, depuis, a été utilisé à El Salvador, à la Grenade, au Guyana, en Haïti, au Nicaragua et au Panama, ainsi que dans deux États du Brésil.

97. En soutenant le Brésil et en offrant une coordination régionale pour la riposte au virus Zika, le Bureau s'est largement appuyé sur des partenariats et des réseaux existants, y compris l'ancien Réseau de laboratoires contre la dengue pour les Amériques. Les laboratoires de ce réseau se sont entendus pour étendre leur champ d'action, de manière à offrir une surveillance de laboratoire intégrée pour tous les arbovirus, et ce réseau est maintenant connu sous le nom de Réseau des laboratoires de diagnostic des arbovirus pour les Amériques.¹³ D'autres appuis essentiels à la riposte du Bureau au virus Zika sont venus du Fonds OPS de réponse d'urgence en cas d'épidémie, du Fonds OMS de réserve pour les situations d'urgence, de l'Agence de la santé publique du Canada, de Global Affairs Canada, du ministère du Développement international du Royaume-Uni, des CDC des États-Unis, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de la Banque interaméricaine de développement, de la Norvège (par l'OMS) et de l'Espagne (par l'AECID). Plus de \$7 millions et des missions techniques de terrain délivrées par plus de 170 experts à 30 pays et territoires ont appuyé la réponse des pays au virus Zika. De plus, USAID a offert \$7 millions pour mettre en œuvre la gestion intégrée des vecteurs, centrant sa contribution sur la réalisation d'un ensemble d'objectifs mondiaux et régionaux en matière de contrôle, d'interruption et d'éradication des maladies à transmission vectorielle entre 2016 et 2018.

¹³ Des informations sur ce Réseau sont disponibles sur la page http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4497%3Athe-arbovirus-diagnosis-laboratory-network-of-the-americas-relda&catid=8990%3Arelida-network-&Itemid=39306&lang=en

98. De nombreux aspects de l'épidémie à virus Zika ont renforcé les approches et les priorités de coopération technique du Bureau, tandis que d'autres ont laissé penser qu'il était nécessaire de modifier les priorités et de renforcer les interventions dans certaines zones. La riposte au virus Zika a démontré que les procédures et les canaux établis dans le cadre du RSI sont efficaces et essentiels pour traiter et échanger les informations sur les flambées, et que l'accent mis par le Bureau sur la coopération technique pour atteindre les compétences de base définies par le RSI, construire des systèmes de santé fiables et résilients et faire avancer l'accès universel aux soins de santé et à la couverture sanitaire universelle est à la fois légitime et justifié. La riposte a également souligné l'importance et la valeur d'une collaboration et d'une coopération transfrontalière entre les pays, en tant que stratégies pour des interventions de dépistage et de confinement des cas. D'un autre côté, il est devenu évident que les programmes de lutte antivectorielle visant à contrer l'infestation par le moustique *Aedes aegypti* dans la Région doivent être innovants, complets, intersectoriels, participatifs, soutenus et dotés des ressources appropriées. L'intégration de la surveillance, la prévention et la lutte contre les arboviroses importantes en santé publique, particulièrement la dengue, le chikungunya, la fièvre jaune et la maladie à virus Zika, est essentielle. Les agents de santé de première ligne doivent conserver un indice élevé de présomption, et être vigilants quant aux présentations et événements cliniques atypiques pour garantir le dépistage précoce de toute maladie émergente. Ces caractéristiques doivent être également présentes au niveau régional au moment d'examiner les données de surveillance basées sur les événements, et d'y répondre de manière appropriée, même en l'absence de données probantes fiables de confirmation. De plus, une communication sur le risque bien ajustée est fondamentale pour exprimer les incertitudes d'une manière qui mérite et entretienne la confiance du public. Au sein du Bureau, la collaboration interprogrammatique et l'élaboration de nouvelles synergies entre les programmes techniques – incluant ceux qui concernent la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles, la préparation aux catastrophes et l'organisation des secours, les systèmes et les services de santé et la santé des femmes et des enfants – ont abouti à une efficacité et une efficacité accrues de la riposte.

99. La découverte fondamentale que le virus Zika peut aussi être transmis par voie sexuelle est une source de préoccupation extrême, dans la mesure où ce mode de transmission peut potentiellement amplifier la propagation du virus, même en l'absence de moustiques vecteurs. Le virus Zika restera inscrit à l'ordre du jour régional de santé publique pour les années qui viennent, et l'OPS continuera à y répondre de manière appropriée et efficace. L'Organisation a établi un portail OPS dédié au virus Zika, qui propose des informations adaptées à diverses audiences¹⁴ et a publié un document détaillant une stratégie de renforcement des capacités nationales pour répondre à l'épidémie de virus Zika dans les Amériques.¹⁵

100. En janvier 2017, une augmentation soudaine du nombre de cas de fièvre jaune sylvatique et la dissémination de cette maladie à des zones de faible couverture vaccinale

¹⁴ Le portail de l'OPS dédié au virus Zika se trouve à l'adresse <http://bit.ly/1NOCAmv> (en anglais et espagnol).

¹⁵ Le document sur la stratégie est disponible sur <http://bit.ly/2mnUDNR> (en anglais).

ont été notifiées dans le sud-est du Brésil. Le BSP a intensifié la surveillance des épidémies de cas de fièvre jaune chez l'homme et chez l'animal, et mobilisé le Centre des opérations d'urgence au niveau du pays et au niveau régional pour appuyer la riposte à la flambée du ministère brésilien de la Santé. Le BSP a ensuite mobilisé son Système de gestion des incidents pour coordonner la riposte du Bureau, et le bureau de pays de l'OPS/OMS à Brasilia a déclaré un état d'urgence au niveau national. Ceci a déclenché le déploiement immédiat, coordonné par le BSP, d'experts techniques spécialisés en diagnostic de laboratoire, prise en charge clinique, surveillance épidémiologique et lutte antivectorielle, pour appuyer les autorités nationales et fournir une coopération technique directe aux états concernés par la flambée.

101. Le BSP a collaboré avec le Groupe consultatif scientifique et technique de l'OMS pour la cartographie géographique du risque de fièvre jaune et avec le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins contre la fièvre jaune, afin de permettre des campagnes de vaccination de masse ciblant les états concernés et les zones définies comme nouvellement à risque. Le Bureau a également appuyé le ministère de la Santé du Brésil pour actualiser le plan d'intervention d'urgence contre la fièvre jaune en introduisant l'utilisation de doses fractionnées pour des situations particulières, comme le recommande le Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS sur la vaccination, pour acheter des vaccins et des fournitures par l'entremise du Fonds renouvelable de l'OPS, pour renforcer la surveillance des événements indésirables post-vaccinaux et pour élaborer un plan de vaccination complet et actualisé qui inclut la production des vaccins et la communication sur les risques.

Innovations pour les situations d'urgence, les catastrophes, et les ripostes aux flambées

Garantie de systèmes de santé résilients

« La résilience est l'attribut d'un système de santé qui fonctionne convenablement et s'oriente vers un accès universel à la santé et une couverture sanitaire universelle ».

Résilience des systèmes de santé (document CD55/9, 2016)

102. Les systèmes de santé résilients ont l'aptitude d'absorber les perturbations et de réagir puis récupérer tout en assurant une prestation des services requis en temps opportun. Dans de tels systèmes, les acteurs de la santé, les institutions et les populations ont la capacité de se préparer et de riposter efficacement aux crises, de maintenir les fonctions essentielles lorsqu'une crise surgit et, en tirant parti des enseignements tirés de ces crises, de se réorganiser si les circonstances l'exigent. Reconnaisant l'importance de la résilience des systèmes de santé pour mettre en place une riposte efficace aux situations d'urgence et aux catastrophes, et en s'appuyant sur sa coopération technique dans les domaines du renforcement des systèmes de santé et de la santé universelle, le

Bureau a élaboré une politique sur la résilience des systèmes de santé (document [CD55/9](#)), qui a été approuvée par le 55^e Conseil directeur (2016).

103. La politique soutient qu'investir dans la résilience des systèmes de santé est considérablement plus efficace sur le plan du coût que financer des ripostes aux urgences, et que cela favorisera une approche intégrée à la coopération technique du BSP dans les domaines de la préparation aux catastrophes, réduction des risques et riposte, de la surveillance des maladies et gestion des flambées et du renforcement des systèmes de santé vers une santé universelle. La politique encourage à prendre des mesures dans un cadre élargi de développement durable qui favorise le développement humain, la participation sociale, et la stabilité économique et sociale. Les domaines clés à investir pour améliorer la résilience incluent le renforcement des fonctions essentielles de santé publique, particulièrement la gouvernance et la réglementation, la surveillance de la santé et les systèmes d'information sanitaires, ainsi que la réduction des risques et la communication.¹⁶

104. La politique appelle aussi à garantir les capacités en réserve, soit l'approvisionnement nécessaire en agents de santé de formation appropriée, en financement, en médicaments et en technologies sanitaires, pour permettre une expansion rapide des services de santé en cas d'apparition d'événements sanitaires aigus ou prolongés. Les efforts déployés en matière de services de soins sanitaires primaires sont également essentiels pour rendre ces services universellement disponibles et intégrés à des réseaux de services adaptables et réactifs. Une composante clé de ces efforts est liée au RSI. La politique invite instamment les pays à poursuivre le renforcement de la mise en œuvre du RSI, en la considérant comme un processus holistique inscrit dans le déploiement des politiques et de la planification nationales, tout comme les activités des corps législatifs et les cadres de réglementation. La mise en œuvre devrait comporter des améliorations organisationnelles des services sanitaires à l'appui de la prévention et de la lutte contre les infections, un renforcement des réseaux de veille sanitaire et des capacités des laboratoires, ainsi que l'acquisition par les personnels de santé des compétences nécessaires en matière de flambées et de ripostes d'urgence.

105. Pour insister sur un développement suivi des systèmes de santé résilients, le BSP a organisé une session de haut niveau sur les systèmes de santé résilients et réactifs au cours du 4^e Symposium mondial sur la recherche en systèmes de santé, qui s'est déroulé au Canada en novembre 2016.

Faire progresser l'initiative des Équipes médicales d'urgence

106. Le BSP a mis en place la nouvelle plateforme *Health Operations in Emergencies* (HOPE) pour faciliter l'enregistrement des équipes internationales de riposte. De plus ont été élaborés un guide pour une équipe d'assistance médicale caribéenne et des normes

¹⁶ Le document [CD42/15](#) (2000) de l'OPS offre des informations sur les fonctions essentielles de santé publique (en anglais).

pour les équipes étrangères de riposte médicale, ces dernières établies en collaboration avec l'OMS. En offrant des critères communs de composition, de compétences essentielles et d'équipement des équipes de riposte, et en établissant clairement les processus de leur mobilisation, ces dispositifs ont pour objectif l'amélioration significative des ripostes nationales et de la coopération sanitaire internationale en cas de catastrophes.

107. Le Bureau a progressé dans la mise en œuvre de l'initiative des équipes médicales d'urgence (EMT), tout en mettant un fort accent sur le renforcement des capacités des pays. À la mi-2017, 15 pays (Argentine, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou et Venezuela) ont intégré cette initiative à leurs systèmes nationaux pour assurer que les équipes médicales d'urgence puissent être sollicitées et déployées dans les meilleurs délais à l'intérieur des pays, dans les pays limitrophes, et au niveau international. Le BSP a établi une liste régionale de coordonnateurs d'EMT qui peuvent être mobilisés par les pays, si nécessaire. Il a par ailleurs organisé en 2016 une formation régionale destinée aux coordonnateurs, qui a rassemblé des participants de 12 pays.¹⁷ L'Argentine, la Bolivie, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, l'Équateur, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Pérou et le Venezuela ont mis sur pied, avec le soutien du BSP, des ateliers nationaux sur les EMT, tandis que l'Argentine, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, l'Équateur et le Pérou ont progressé dans l'établissement de leurs cellules respectives d'information et de coordination médicales (CICOM) et la constitution de leurs EMT nationales conformément aux normes mondiales.

108. Le Bureau a conseillé les EMT de la Barbade, du Costa Rica, de l'Équateur et des États-Unis d'Amérique pour leur préparation à la classification OMS internationale des EMT. En février 2017, à l'issue d'un processus de vérification rigoureux, une mission internationale d'experts a confirmé que l'EMT de la Caisse costaricaine de sécurité sociale répondait aux normes et aux principes établis par l'OMS et était prête pour un déploiement international dans le cadre d'urgences et de catastrophes. En 2017, le Costa Rica est ainsi devenu le premier pays des Amériques à être admis dans la classification internationale des EMT, lors de la 70^e Assemblée mondiale de la Santé. Mi-2017, 29 % des candidatures à la classification mondiale des EMT provenaient des Amériques.

109. Fin 2016, le Bureau a appuyé les autorités nationales dans leur recours aux initiatives des CICOM et des EMT pour la gestion des ripostes à l'ouragan Matthew en Haïti et à l'ouragan Otto au Costa Rica. Une proposition de déclaration sur les normes minimales pour les équipes médicales d'urgence, faite par l'Équateur, a été approuvée en mars 2017 lors de la 10^e réunion des ministres de la Santé du Conseil sud-américain de la santé de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR, selon son sigle espagnol). En avril 2017, la version bêta de la plateforme virtuelle régionale des CICOM – un outil en ligne de gestion des informations et de coordination des EMT au cours des urgences – a

¹⁷ Argentine, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras, Panama, Pérou et République dominicaine.

été finalisée. L'outil sera testé au niveau régional par le BSP, et à un niveau de pays par le ministère de la Santé du Chili, qui a appuyé l'élaboration de la plateforme.

110. Parallèlement à l'initiative EMT, le Bureau a soutenu les efforts déployés par des pays pour renforcer leur préparation à l'ensemble des risques. Il a ainsi appuyé le programme du ministère de la Santé et de l'assurance nationale EsSalud du Pérou pour élaborer des plans de préparation et d'interventions en réponse aux risques associés à El Niño, mais aussi contribué au premier plan d'urgence ripostant à un scénario de grave séisme à Lima et Callao. Ce dernier a été validé en octobre 2016 par un exercice de simulation sectorielle. Les lignes directrices concernant les urgences chimiques, les épidémies et les crises migratoires ont été examinées par le Bureau et partagées avec le ministère de la Santé du Costa Rica. En Haïti, le Bureau a travaillé étroitement avec les départements de Grand'Anse et du Nord-Est pour établir des COU départementaux capables de répondre rapidement et efficacement aux urgences médicales et de santé publique.

Amélioration de l'adéquation organisationnelle pour un objectif particulier

111. À partir des évaluations de sa riposte à la flambée de MVE, des recommandations émises et des enseignements tirés, l'OMS a établi en 2016 un nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE). La même année, le BSP a réorganisé son travail en matière d'urgences pour le rendre fonctionnellement conforme au programme de l'OMS, tout en conservant des domaines de travail prioritaires pour la Région des Amériques qui ne figurent pas dans le programme mondial. Le nouveau Département des urgences sanitaires de l'OPS (PHE) réunit l'ancien Département de préparation aux situations d'urgence et de secours en cas de catastrophes (PED) et l'Unité du Règlement sanitaire international/alertes et ripostes aux épidémies et maladies à transmission hydrique (CHA/IR) sous une structure de gestion intégrée qui en réfère à la Directrice. Le Département des urgences sanitaires de l'OPS continue de répondre complètement aux besoins des États Membres dans les Amériques, en travaillant et collaborant avec le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS selon les cas. Ce département aborde cinq domaines techniques : gestion des risques infectieux, RSI et préparation aux urgences sanitaires des pays, informations sur les urgences sanitaires et analyse des risques, interventions d'urgence, réduction des risques de catastrophes et programmes spéciaux.

112. Lors du 55^e Conseil directeur (2016), les États Membres de l'OPS, « profondément préoccupés par les conséquences potentiellement sévères et les effets chroniques des nouvelles arboviroses dans la Région », ont approuvé une nouvelle Stratégie régionale de prévention et de lutte contre les arboviroses (document [CD55/16](#)). Cette stratégie, qui orientera les interventions de l'OPS dans ce domaine, comporte quatre axes d'intervention :

- a) promouvoir une approche intégrée de prévention et de lutte contre les arboviroses ;

- b) renforcer les capacités des services sanitaires en matière de diagnostic différentiel et de prise en charge clinique des arboviroses ;
- c) évaluer et renforcer les capacités de surveillance et de gestion intégrée des vecteurs dans les pays ;
- d) établir et renforcer la capacité technique du Réseau de laboratoires de diagnostic des arbovirus dans la Région des Amériques.

113. Le 55^e Conseil directeur a également approuvé le Plan d'action 2016-2021 pour la réduction des risques liés aux catastrophes (document [CD55/17, Rev. 1](#)), qui intègre le genre, l'équité, les droits de l'homme, l'incapacité et l'origine ethnique en tant qu'approches transversales pour répondre aux besoins de groupes spécifiques émergeant dans les situations d'urgences et de catastrophes.

114. Pour son édition 2017, le prestigieux Prix Dr LEE Jong-wook pour la santé publique a été attribué, au cours de la 70^e Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai, à la Brigade médicale internationale Henry Reeve de Cuba, en considération de l'aide médicale d'urgence apportée à plus de 3,5 millions de personnes réparties sur 21 pays touchés par des catastrophes et des épidémies, depuis la fondation de la brigade en septembre 2005. La personne qui remettait le prix a indiqué qu'environ 80 000 vies ont été directement sauvées par les traitements médicaux d'urgence de première ligne délivrés par la brigade aux patients de ces pays.

3. AMÉLIORATION DE LA SANTÉ TOUT AU LONG DU PARCOURS DE VIE

115. L'OPS reconnaît le rôle central de la famille et de la communauté pour promouvoir et protéger la santé en tant que droit de l'homme et valeur sociale, et utilise une approche du parcours de vie, de la préconception à la vieillesse, pour répondre aux besoins spécifiques lors des étapes clés de la vie. Par sa nature même cette approche est transversale, et les interventions liées aux déterminants sociaux de la santé et l'équité sont cruciales pour améliorer l'état de santé. La coopération technique dans ce domaine cherche à accélérer les réductions de mortalité maternelle, néonatale et du nourrisson, à promouvoir la santé, la nutrition et le développement complet de l'enfant, du premier âge à l'adolescence, et à répondre aux besoins sanitaires des personnes âgées.

Promotion de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Santé de la mère et de l'enfant

116. La coopération technique de l'OPS avec les États Membres pour réduire la mortalité maternelle et infantile a comporté la couverture des soins anténatals et l'accouchement avec une assistante expérimentée, l'accès à des contraceptifs modernes, et leur utilisation, ainsi que des lignes directrices et une formation pour améliorer les soins obstétricaux et pédiatriques. Des pays comme l'Argentine, la Colombie, la Dominique, Haïti, le Paraguay et la République dominicaine ont lancé, ou fait progresser, la mise en œuvre de programmes nationaux destinés à réduire la mortalité néonatale et à améliorer la santé maternelle. Le Guyana a entrepris dans son hôpital principal un programme de soins néonataux qui a considérablement diminué la mortalité néonatale dans cet établissement. La Bolivie, le Brésil, la Colombie, le Guatemala, le Mexique et le Nicaragua ont adapté et mis en œuvre la stratégie de code rouge pour prendre en charge les hémorragies obstétricales, tandis que Brésil a lancé le réseau Cigogne (*Rede Cigonha*), qui s'appuie sur des comités d'experts et sur la mobilisation sociale pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

117. Avec l'appui de l'OPS et du Groupe des Nations Unies pour le développement en Amérique latine et aux Caraïbes (GNUD-ALC), la Bolivie, le Brésil, le Guatemala, le Honduras, le Mexique et le Pérou ont élaboré une feuille de route visant à mettre en œuvre le cadre d'information et de responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants aux fins de rapports, de supervision et de responsabilisation quant à la santé des femmes et des enfants. Les informations nécessaires dans ce domaine sont également traitées par le système d'information périnatal (SIP) élaboré par le Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (CLAP/WR) de l'OPS. El Salvador, le Honduras, le Nicaragua et le Panama ont participé à un projet de coopération technique entre pays (TCC) pour renforcer leur utilisation du SIP et produire des informations plus exhaustives et de meilleure qualité, particulièrement dans le domaine de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH et de la syphilis. En juin

2017, le SIP était utilisé en tant que norme nationale dans 13 pays de la Région, ainsi que dans certains États du Mexique et à Bogotá (Colombie) pour colliger des données sur la santé maternelle et la santé néonatale. Cinq pays supplémentaires sont en voie de mettre en œuvre le SIP et le Bureau a établi, pour surveiller la morbidité maternelle grave, un réseau sentinelle de SIP rassemblant 20 établissements situés en Argentine, au Brésil, en Colombie, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua et en République dominicaine.

118. Malgré ces réalisations, la santé maternelle reste une préoccupation majeure sur l'ensemble de la Région et un défi particulier de la progression vers la santé universelle. L'ODM 5 a été l'un des OMD que l'Amérique latine et les Caraïbes n'ont pas atteint, dans la mesure où les 40 % de réduction de mortalité maternelle entre 1990 et 2015 sont restés bien en deçà de la réduction cible de 75 %. Cette réduction insuffisante a été la conséquence de lacunes dans les capacités des pays à garantir des services sanitaires complets, de qualité et universellement accessibles (y compris des services de santé sexuelle et génésique), lacunes qui viennent s'ajouter à la pauvreté et à d'autres déterminants sociaux de la santé.

119. Les principales causes de mortalité maternelle incluent les hémorragies obstétricales, les complications d'interruptions de grossesse pratiquées dans de mauvaises conditions de sécurité et les affections médicales préexistantes comme le diabète, l'infection à VIH, le paludisme et l'obésité (dont les répercussions sur la santé peuvent être exacerbées par la grossesse). Bien que l'accès aux soins de santé ait régulièrement progressé dans la Région, l'insuffisance d'assistants compétents pour les naissances et la prévalence de naissances sans assistance au domicile continuent de mettre les femmes et leurs bébés en grave danger et contribuent au fardeau élevé des décès maternels.

120. CLAP/WR a conçu un nouveau module d'enregistrement des dossiers à partir de variables définies par l'OMS pour documenter les cas de morbidité maternelle grave ou « décès évités de justesse ». Les dossiers cliniques ont été intégrés au SIP, avec l'objectif d'aider les professionnels de la santé à anticiper et à éviter les complications sévères lors des soins des femmes enceintes. De plus, des versions mobile et web du logiciel du SIP ont été développées pour permettre aux utilisateurs de faire appel à toutes les fonctionnalités du SIP à partir d'un éventail d'appareils. CLAP/WR a contribué aux versions adaptées du SIP pour Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Bolivie, la Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et la Trinité-et-Tobago, et à l'inventaire des bonnes pratiques de partage et de coopération entre pays. Dans le cadre de la riposte à la flambée de maladie à virus Zika, CLAP/WR a également conçu pour le SIP d'autres modules spécifiques destinés à renforcer la surveillance épidémiologique des anomalies congénitales et du virus Zika chez les femmes enceintes.

121. CLAP/WR a pris des mesures pour améliorer la collecte et l'analyse de données sur la qualité des soins prodigués aux femmes en situation d'interruption volontaire de grossesse, légale ou illégale, et dans les cas de fausse-couche incomplète, pour mieux documenter cette question sensible et pertinente, et y répondre. La norme de soins en vigueur a été récemment publiée dans les lignes directrices et les recommandations de

l’OMS, ainsi que dans les normes OMS de soins en matière d’interruption de grossesse basés sur des données probantes. CLAP/WR a établi le réseau de soins pour les femmes en situation d’interruption de grossesse (réseau MUSA), qui comporte des sites sentinelles dans presque tous les pays d’Amérique latine. Un plan de travail a été élaboré pour affiner le formulaire de collecte de données (SIP-A ou Système d’information périnatal pour l’avortement) en fonction des besoins des pays et pour l’intégrer aux applications mobiles et web du SIP, et sa mise en œuvre a été lancée. En collaboration avec l’OMS, le formulaire d’enregistrement clinique SIP-A sera utilisé dans une étude multipays des soins prodigués aux femmes en situation d’interruption volontaire de grossesse.

122. CLAP/WR a mené l’initiative *Zéro décès maternel par hémorragie* avec le soutien de la Fédération latino-américaine des sociétés d’obstétrique et de gynécologie. Dans le cadre de cette initiative, le Bureau a formé des professionnels de la santé sur la prise en charge efficace des hémorragies obstétricales dans les établissements cliniques et par le biais de plans de travail nationaux, et fourni les équipements destinés à être utilisés dans des ateliers nationaux de formation. L’initiative cible les zones infranationales où les taux de mortalité maternelle sont élevés (plus de 70 pour 100 000 naissances vivantes) dans les pays participants que sont la Bolivie, le Brésil, la Colombie, le Guatemala, Haïti, le Honduras, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine et la Trinité-et-Tobago, cinq de ces pays étant des pays clés de l’OPS.

123. Dans les Amériques, bien que le taux estimé de mortalité néonatale ait diminué de 58 % en passant de 22,1 à 9,3 pour 100 000 naissances vivantes entre 1990 et 2014, sa contribution relative à la mortalité infantile s’est accrue. La mortalité néonatale est actuellement responsable de 52 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans. Ses causes n’ont pas changé : plus de 85 % des décès néonataux sont dus à une prématurité, des malformations congénitales, une asphyxie et des maladies infectieuses. Des interventions efficaces et peu coûteuses existent pour la plupart de ces causes et, dans le cadre de sa coopération technique dans ce domaine, le BSP a colligé, mis à jour et diffusé des données probantes en matière d’interventions périnatales sur l’ensemble du continuum de soins – préconception, période prénatale, accouchement, période postnatale. CLAP/WR a conçu un outil pour évaluer la mise en œuvre de ces interventions, avec l’objectif d’éclairer la prise de décision pour améliorer la qualité des soins, particulièrement dans les zones et pour les groupes de populations les plus vulnérables.

Santé de l’adolescent

124. L’OPS a contribué aux efforts des États Membres pour répondre aux multiples défis sanitaires auxquels font face les adolescents et les jeunes dans les Amériques, parmi lesquels des taux élevés de fécondité, la consommation de substances, la violence, l’inactivité physique, le surpoids et l’obésité. Les jeunes qui ont des faibles revenus ou appartiennent à des minorités ethniques, ainsi que ceux vivant dans des zones frontalières, sont concernés de manière disproportionnée par plusieurs de ces problèmes,

et le BSP centre ses travaux de recherche et ses interventions sur ces groupes spécifiques. En 2013, 28 pays avaient établi des programmes nationaux de la santé de l'adolescent. La coopération technique du Bureau travaille dans des domaines clés, comme la prévention de la violence à l'encontre des femmes, les services complets de santé sexuelle et génésique et la prévention chez l'adolescent de la grossesse et de l'infection au VIH/sida.

125. Les grossesses chez les adolescentes ont des répercussions majeures sur la santé de la mère et celle de l'enfant, ainsi que sur leur avenir socioéconomique. Ces grossesses augmentent le risque sanitaire pour la mère comme pour l'enfant et réduisent les chances que les adolescentes concernées fassent des études et aient un emploi dans le futur. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les taux de fécondité des adolescentes, seulement dépassés par ceux des adolescentes de l'Afrique subsaharienne, sont parmi les plus élevés au monde, et l'OPS a joué un rôle clé dans la mobilisation de partenariats et la mise en place d'interventions pour répondre à ce défi. En 2014, le COMISCA et les Premières dames d'Amérique centrale ont appuyé un plan infrarégional visant à prévenir les grossesses chez les adolescentes, à partir des résultats d'un symposium international tenu par le Bureau un peu plus tôt la même année. Les domaines prioritaires d'intervention et la coopération technique du BSP incluent l'amélioration des services de santé sexuelle et génésique destinés aux adolescentes, la formation d'agents de santé, la promotion d'environnements politiques et législatifs d'appui, l'élargissement et l'amélioration de l'éducation sexuelle et l'encouragement d'une participation des jeunes.

Une promesse renouvelée pour les Amériques : œuvrer pour la réduction des iniquités

Le Bureau œuvre à titre de secrétariat technique pour *Une promesse renouvelée pour les Amériques* (APR LAC, selon le sigle anglais) depuis 2013, année de la création du chapitre régional du mouvement interinstitutionnel. Ce mouvement cherche à réduire les iniquités profondes en santé génésique, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent qui persistent en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les institutions participantes incluent la BID, l'initiative *Salud Mesoamérica*, l'OPS/OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), USAID et la Banque mondiale.

Travaillant de manière coordonnée avec l'initiative *Une promesse renouvelée* au niveau mondial, APR LAC a déterminé des lacunes et des possibilités de financement, créé une base de données numérique pour les articles et les documents sur les inégalités de santé et organisé une série d'événements régionaux dont l'objectif était de favoriser des discussions techniques et politiques sur l'équité en santé maternelle et infantile. Au niveau des pays, le mouvement a mis en place une série d'ateliers de formation pour renforcer les capacités des ministères de la Santé en matière de mesures et de suivi des inégalités en santé aux niveaux nationaux et infranationaux.

Au cours de l'année 2016, APR LAC a aidé plusieurs pays d'Amérique centrale et des Caraïbes à identifier les groupes de population négligés lors des efforts passés et présents déployés dans les domaines de la santé et du développement, à examiner à plusieurs niveaux les obstacles qui compromettent l'efficacité de la couverture et l'accès à la santé

et au développement de ces groupes de population et à mieux comprendre les mécanismes sociaux sous-jacents à l'origine de ces obstacles. APR LAC a également aidé les pays à combattre les inégalités existantes en matière de santé à l'aide de solutions pratiques fondées sur des données probantes.

En 2017, APR LAC est officiellement devenu le dispositif de coordination régionale interinstitutionnelle responsable de l'appui apporté aux pays d'Amérique latine et des Caraïbes dans leur interprétation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, et l'adaptation qu'ils en font à leurs situations respectives. Au cours des 15 années à venir, le dispositif aidera les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans opérationnels nationaux concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents, qui prennent des mesures ajustées aux préoccupations en matière d'équité et s'accompagnent d'indicateurs et de cadres de suivi avec des cibles et des objectifs fondés sur l'équité. Pendant la période de transition, les institutions membres ont tenu trois consultations infrarégionales pour parvenir à une compréhension multisectorielle partagée de la stratégie globale et de ses implications dans chacun des contextes infrarégionaux spécifiés.

En juillet 2017, Mme Michelle Bachelet, présidente du Chili, coprésidente du groupe d'orientation de haut niveau de l'initiative *Chaque femme, chaque enfant*, a organisé la réunion de haut niveau *Chaque femme, chaque enfant, chaque adolescent* dans le cadre de laquelle a été lancé l'initiative *Commitment to Action Santiago* au niveau de la Région. Cet engagement cherche à initier la mise en œuvre régionale de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, et engage les parties prenantes multisectorielles régionales à garantir que chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent d'Amérique latine et des Caraïbes non seulement survive, mais également s'épanouisse dans un environnement qui favorise son évolution ([voir l'engagement ici](#), en anglais).

Améliorer la santé des personnes âgées

126. Le Bureau a participé à l'élaboration d'une nouvelle Convention interaméricaine sur la protection des droits de l'homme chez les personnes âgées. En participant à un groupe de travail spécial de l'OEA, les experts du Bureau ont contribué à l'intégration des problèmes liés à la santé et touchant particulièrement les personnes âgées, parmi lesquels les soins palliatifs, les droits de l'homme dans les établissements de soins de longue durée, l'accès préférentiel à des services sanitaires complets et les dispositifs légaux pour garantir le consentement éclairé et la formulation explicite des préférences pour l'accompagnement de fin de vie. Adoptée en juin 2015 lors de l'assemblée générale de l'OEA, cette convention constitue le premier traité international sur les droits des personnes âgées.

127. L'OPS continue à appuyer les efforts des États Membres pour adapter leurs politiques et leurs systèmes sanitaires à l'évolution des besoins des populations

rapidement vieillissantes, et promouvoir la prévention et les modes de vies sains pour un vieillissement en bonne santé. À la mi-2017, 18 pays avaient élaboré des politiques, des cadres légaux et/ou des plans nationaux concernant le vieillissement et la santé. Au moins six pays (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica et Uruguay) ont signé la Convention interaméricaine sur la protection des droits de l'homme chez les personnes âgées, et cinq l'ont ratifiée.

128. Les responsables de la santé de plusieurs pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes ont participé à un programme de spécialisation de 10 mois qui portait sur la santé publique et le vieillissement et avait été créé par l'OPS et ses partenaires pour améliorer les soins de santé primaires des personnes âgées. L'OPS avait aussi négocié un agrément avec le Centre interaméricain d'études de sécurité sociale et plus de 15 universités d'Amérique latine et des Caraïbes pour créer le Consortium des universités sur la santé publique et le vieillissement, destiné à défendre le vieillissement en bonne santé comme l'une des principales priorités de santé publique. L'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, les États-Unis d'Amérique et le Mexique sont représentés dans le consortium. Avec la coopération technique du BSP, des programmes d'autoprise en charge basés sur des données probantes ont été mis en œuvre dans des services de soins primaires et des services sanitaires communautaires en Argentine, au Chili, au Pérou et dans les pays des Caraïbes orientales.

Amélioration de la nutrition

129. La nutrition fait l'objet d'une meilleure visibilité dans les programmes politiques des pays maintenant qu'a été reconnu le rôle majeur d'une mauvaise alimentation dans l'étiologie des maladies cardiovasculaires, des cancers et du diabète par la Réunion de haut niveau 2011 des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. Pendant la période considérée, l'OPS a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre dans plusieurs pays de la Région de politiques, de plans et de programmes nutritionnels, parmi lesquels des politiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (notamment la mise en œuvre et le suivi du Code de commercialisation des substituts du lait maternel) et la certification d'hôpitaux dans le cadre de l'initiative *Hôpitaux amis des bébés*. La législation du code de commercialisation a été élaborée en Bolivie, au Brésil, à El Salvador, en Équateur, au Honduras et au Panama.

130. Le BSP a appuyé plusieurs pays et territoires caribéens, parmi lesquels la Barbade, les Bermudes, la Grenade, le Guyana, la Jamaïque et le Suriname, dans leur progression vers la certification *Hôpitaux amis des bébés*. Le Bureau a également facilité la visite au Brésil d'équipes du Chili et du Mexique pour y découvrir les programmes réussis d'allaitement et de banques de lait humain. Plusieurs documents ont été élaborés et diffusés, y compris le Processus pour la promotion de l'alimentation infantile, ou ProPAN, un outil pour promouvoir la programmation d'une alimentation de complément.

131. La Région a démontré un leadership mondial en s'opposant à l'obésité chez les enfants avec, en 2014, l'approbation unanime par le 53^e Conseil directeur du Plan

d'action régional pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents (document [CD53/9, Rev. 2](#)). La coopération technique de l'OPS avec les États Membres s'est attaquée à la mise en œuvre des options politiques efficaces du plan pour prévenir l'obésité, parmi lesquelles la taxation des boissons sucrées et des produits alimentaires nocifs pour la santé (Barbade, Chili, Dominique, Équateur et Mexique), l'étiquetage sur le devant de l'emballage (Chili et Équateur), les directives diététiques innovantes (Brésil et Uruguay), la réglementation de la commercialisation des produits alimentaires nocifs pour la santé, particulièrement chez les enfants (Chili et Mexique), les programmes *Rues ouvertes/ciclovías recreativas* (Brésil, Chili, Colombie, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Mexique, Pérou) et l'alimentation scolaire (Brésil, Chili, Costa Rica, Équateur, États-Unis d'Amérique, Trinité-et-Tobago et Uruguay). La Région a également joué un rôle actif de sensibilisation à la Décennie d'action pour la nutrition 2016-2025 des Nations Unies, proclamée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016.

4. RÉDUCTION DES INÉGALITÉS EN SANTÉ, EN CIBLANT LES MINORITÉS ETHNIQUES, LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET LES PERSONNES VIVANT DANS DES CONDITIONS DE VULNÉRABILITÉ

132. Le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS précise quatre thématiques transversales – genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique – qui doivent être intégrées de manière prioritaire à l'ensemble des activités de coopération technique de l'Organisation. En 2014, la Directrice a formé un groupe de travail interprogrammatique pour faciliter ce processus, avec des responsabilités telles que s'assurer que les informations pertinentes sur ces thématiques sont partagées par les départements et les unités, et concevoir et mettre en œuvre des initiatives pour promouvoir un travail collaboratif dans les domaines considérés. Le groupe de travail a organisé une formation destinée à tout le personnel de l'OPS, qui portait sur les déterminants sociaux de la santé dans le contexte des thématiques transversales, et ses membres ont également finalisé des lignes directrices pour intégrer les thématiques au travail de l'Organisation.

Impulsion des sujet liés au genre, à l'équité, aux droits de l'homme, à la santé et à l'origine ethnique

Questions relatives au genre

133. En réponse à la résolution [CD52.R6](#) du 52^e Conseil directeur, l'OPS s'est engagée à lutter contre les disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes LGBT, et comme l'a recommandé le document de réflexion [CD52/18](#), le Bureau a lancé l'élaboration d'outils pour offrir des soins complets aux personnes transgenres et à leurs communautés. Du fait de l'expertise accumulée dans le domaine, le BSP a contribué à un dialogue technique redéfinissant le transgendérisme dans la nouvelle Classification internationale des maladies et, en 2014, il a organisé la toute première réunion régionale sur la santé des personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT) et les droits de l'homme. Lors de cet événement, des représentants des ministères de la Santé, des organisations des droits de l'homme, des universités et de la société civile ont émis des recommandations quant à des stratégies et des initiatives pour colliger et analyser des données évaluant la réponse des services sanitaires de la Région aux besoins de la communauté LGBT. Le Bureau a organisé une autre réunion en 2016 pour déterminer les causes des disparités en matière d'accès aux services de santé. De plus, un groupe de travail a examiné et analysé les lois et les politiques domestiques dans le contexte de la discrimination et de l'exclusion des personnes LGBT des services de soins de santé. À la mi-2017, des données avaient été colligées auprès des ministères de la Santé de plus de 30 États Membres et plus de 25 organisations non gouvernementales (ONG), et le rapport était à l'étape de la rédaction finale.

134. En 2015, le Bureau a présenté au 54^e Conseil directeur une analyse, fondée sur des auto-évaluations des États Membres, du Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes (document [CD54/INF/2](#)). Cette analyse a mis en évidence une augmentation modeste de la proportion des États Membres dotés de politiques, plans et budgets concernant la santé et le genre. De plus, un pourcentage relativement élevé d'unités techniques du Bureau (72 %) et d'États Membres de l'OPS (88 %) ont indiqué utiliser des données ventilées selon le sexe pour produire leurs lignes directrices. Cependant, seuls 20 % des États Membres ont mentionné faire un suivi actif des engagements des secteurs de la santé quant à l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes. Le rapport d'évaluation conclut que le Bureau et les États Membres ont fait des progrès inégaux dans la mise en œuvre de la politique de l'OPS sur l'égalité des sexes, et ont instamment appelé à des allocations budgétaires plus durables pour ce domaine de travail, et à une collecte et une analyse accrues de données ventilées selon le sexe pour appuyer la sensibilisation, les prises de décision et la programmation.

135. À la lumière de l'évaluation de la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes, le 54^e Conseil directeur (2015) a approuvé de nouvelles priorités pour faire progresser l'égalité des sexes en matière de santé, qui incluent la conduite de travaux de recherche et l'application de méthodologies innovantes pour aborder les inégalités de santé, la production de données probantes spécifiques et leur analyse en fonction du genre, ainsi que l'étude de thématiques émergentes comme les masculinités et les préoccupations en matière de santé des communautés LGBT.

136. Pour promouvoir la production de données probantes liées au genre, le Bureau a publié en 2014 la 6^e édition d'une brochure sur les statistiques intitulée *Gender, Health, and Development in the Americas: Basic Indicators 2013*. En 2016, le BSP a réuni un groupe d'experts pour étudier un ensemble d'indicateurs fondamentaux sur le genre et la santé pour les Amériques prises dans leur ensemble, dans les cadres de la santé universelle et des objectifs de développements durables. Les experts du Bureau ont également fourni des éléments sur un ensemble d'indicateurs d'égalité entre les genres pour les Caraïbes – coordonnés par ONU Femmes – qui ont été présentés pour consultation en Dominique, au Guyana, en Jamaïque et au Suriname et, plus tard, à la CARICOM, pour validation et adoption éventuelle par ses États Membres.

137. Le travail du Bureau sur les questions de genre a été enrichi par une Stratégie et un plan d'action innovants visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (document [CD54/9, Rev. 2](#)), qui ont été approuvés en 2015 par le 54^e Conseil directeur de l'OPS. Le cadre est le premier du genre pour une région de l'OMS et il adopte une approche de santé publique pour aborder la violence à l'égard des femmes, offrant une feuille de route aux systèmes de santé pour qu'ils jouent un rôle clé dans les efforts multisectoriels déployés pour empêcher une telle violence, et y répondre. À la demande du COMISCA, le Bureau a procédé à un inventaire des approches de l'égalité entre les sexes dans les politiques de la santé, et de la santé dans les politiques de l'égalité entre les sexes. Les recommandations fondées sur cet inventaire seront publiées durant la deuxième partie de l'année 2017.

138. Le BSP a également abouti son travail sur les indicateurs fondamentaux de genre et de santé (conformément à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent), soulignant l'indicateur fondamental que représentent les dépenses de santé à la charge des patients en tant que mesure clé des avancées faites en matière d'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé. Des discussions sont en cours avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes sur l'inclusion de cet indicateur à ceux de l'Observatoire de l'égalité des sexes pour l'Amérique latine et les Caraïbes.

Iniquités liées à l'origine ethnique

139. Le BSP a entrepris une coopération technique aux niveaux nationaux, infrarégionaux et régional pour aborder les inégalités notables liées à l'origine ethnique en matière de santé qui se pérennisent dans toute la Région. Cette démarche comportait le rôle important de coprésident du Groupe interagences pour les populations autochtones du Groupe des Nations Unies pour le développement en Amérique latine et aux Caraïbes (GNUD ALC), et des travaux pour améliorer l'offre et la qualité des données sur l'ethnicité et la santé.

140. Dans la région sud-américaine du Chaco,¹⁸ le BSP a fourni une coopération technique pour un atelier intitulé « Unis dans l'action : avancée vers la santé universelle dans le Chaco sud-américain ». Des représentants des ministères de la Santé des pays participants et des peuples autochtones ont participé à ce forum, dont un des résultats importants a été la formulation d'un projet interpays pour faire progresser la couverture sanitaire universelle parmi les peuples autochtones.

141. Au Paraguay, le BSP a contribué à la mise en œuvre d'une stratégie pour le réseau intégré de services sanitaires dans le Chaco et à l'utilisation d'autopsies sociales dans les communautés autochtones du Chaco. Les autopsies sociales permettent de déterminer les décès dus à des causes évitables, tout en encourageant la responsabilisation des communautés, dans le cadre d'une stratégie de participation pour empêcher les décès maternels et périnataux.

142. Le Bureau a participé à une réunion technique régionale sur la santé des populations d'ascendance africaine à Carthagène (Colombie) en novembre 2015. La réunion a offert la possibilité unique de déterminer et d'étudier les priorités et les défis en matière de santé des populations d'ascendance africaine, et de concevoir et mettre en œuvre des politiques et des programmes sanitaires efficaces dans une perspective interculturelle. À la suite de cette réunion (et dans le contexte de la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine 2015-2024 dont le thème était « Personnes d'ascendance africaine : reconnaissance, justice et développement »), le

¹⁸ La région sud-américaine du Chaco inclut le nord de l'Argentine, l'ouest de la Bolivie, le Paraguay et une partie des États brésiliens du Mato Grosso et du Mato Grosso do Sul. Il s'agit de la plus grande forêt tropicale sèche ininterrompue au monde et du deuxième plus important biome forestier d'Amérique du Sud (une zone que l'on peut classer en fonction des plantes et des animaux qui y vivent).

Bureau a fourni un rapport qui contenait les résultats de santé les plus pertinents dans la Région au groupe de travail des Nations Unies rassemblant des experts en matière de populations d'ascendance africaine. Le BSP a également élaboré une proposition de plans sanitaires pour les personnes d'ascendance africaine des sous-régions d'Amérique centrale et des Andes, avec l'aide de représentants de ministères de la Santé, d'experts en matière de populations d'ascendance africaine et de leaders d'ascendance africaine. Cette proposition a servi de base à un plan sanitaire propre aux personnes d'ascendance africaine de la sous-région des Andes, qui a été présenté à la 36^e Réunion des ministres de la Santé de la région andine en avril 2017.

143. En 2015, la Réunion régionale sur l'ethnicité et la santé dans les Amériques s'est tenue au Siège de l'OPS à Washington (D.C.) avec la participation de ministres de la Santé, d'experts régionaux et internationaux, et de représentants des populations autochtones et d'ascendance africaine. Cette réunion a souligné et discuté des questions clés pour aborder les disparités d'origine ethnique dans le domaine de la santé, faciliter le dialogue sur le plan d'action conjoint États-Unis-Brésil pour éliminer la discrimination raciale et ethnique et promouvoir l'égalité,¹⁹ et déterminer les étapes à venir pour l'élaboration d'une nouvelle politique régionale sur l'ethnicité et la santé.

144. Le BSP a rédigé la nouvelle Politique en matière d'ethnicité et de santé en vue de sa présentation à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. La politique défend une approche interculturelle de la santé, orientée vers les axes prioritaires suivants : *a*) production de données probantes, *b*) promotion de mesures politiques, *c*) participation sociale et partenariats stratégiques, *d*) reconnaissance du savoir ancestral, et des médecines traditionnelles et complémentaires, et *e*) capacités de développement à tous les niveaux. À partir de la politique proposée, le Bureau a progressé dans l'élaboration d'indicateurs clés d'ethnicité et de santé, conformément à l'une des priorités stratégiques clés de l'Organisation qui est d'améliorer les données, factuelles en particulier, sur la santé parmi les populations autochtones, d'ascendance africaine et roms.

145. Le travail du Bureau dans les domaines du genre, de l'ethnicité et de la santé a été notamment renforcé par une collaboration interprogrammatique accrue entre les unités techniques. Le BSP a collaboré avec les États Membres, parmi lesquels la Bolivie, le Brésil, l'Équateur, le Guatemala, le Guyana, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et le Pérou, afin d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions culturellement appropriées pour les personnes autochtones et d'ascendance africaine dans le cadre des programmes concernant notamment l'infection à VIH, la tuberculose, l'hépatite, le paludisme, la réduction des risques liés aux catastrophes, la santé mentale et la santé maternelle et infantile.

¹⁹ Le plan d'action conjoint a été signé en mars 2008 et constitue le premier agrément bilatéral ciblant le racisme.

146. Au niveau des pays, les réalisations récentes dans le domaine des iniquités d'origine ethnique comportent :

- a) Bolivie : recueil et diffusion accrus d'informations sur la médecine ancestrale bolivienne traditionnelle sous toutes ses formes et avec toutes ses modalités et procédures thérapeutiques, afin de promouvoir et de renforcer son exercice et sa pratique, et d'intégrer peu à peu les médecins, accoucheuses et naturopathes traditionnels, du fait de leurs compétences en tant que prestataires de service ;
- b) Guyana : organisation d'une réunion en 2016 dans le village autochtone de Baramita pour débattre des problèmes émergents de santé mentale parmi les résidents autochtones, et élaboration d'un plan d'action à partir de ces discussions ;
- c) Panama : en 2016, adoption de la Loi 17, sur l'établissement d'une protection du savoir de la médecine autochtone traditionnelle, ce qui constitue une étape importante dans l'approche en matière de santé des peuples autochtones. Le Comité consultatif sur la médecine autochtone traditionnelle a été constitué en mars 2017, conformément à l'article 6 de la Loi 17 ;
- d) Équateur : en février 2017, adoption du *Manuel du savoir ancestral des sages-femmes*, qui vise à établir des mécanismes d'amélioration des droits individuels et collectifs, ainsi que de la santé maternelle et néonatale des peuples et des nationalités du pays, dans le cadre du modèle de soins sanitaires interculturels, familiaux et communautaires complets.

Santé des migrants

147. Au 55^e Conseil directeur (2016), les États Membres de l'OPS ont approuvé une nouvelle politique sur la santé des migrants (document [CD55/11, Rev.1](#)). Cette politique souligne la vulnérabilité des migrants et prie instamment les États Membres de protéger la santé et le bien-être des migrants en établissant des services de santé qui soient inclusifs et répondent à leurs besoins sanitaires, des aménagements institutionnels qui permettent un accès à des services de santé exhaustifs, de qualité et axés sur la personne, des dispositifs qui autorisent une protection financière de la santé, ainsi qu'une action intersectorielle et le développement de partenariats, de réseaux et de cadres multipays.

148. En avril 2017, le Mexique et le BSP ont organisé à Mexico une réunion des pays méso-américains pour débattre de la santé des migrants, particulièrement de ses déterminants sociaux, des interventions pour réduire leurs risques sanitaires et accroître leur accès aux services sanitaires, surtout dans les régions frontalières, et des mécanismes existants et des possibilités d'amélioration de la collaboration et de la coopération entre les pays. Les ministres de la Santé et les autorités sanitaires de haut niveau du Belize, de la Colombie, du Costa Rica, d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras, du Mexique, du Nicaragua, du Panama et de la République dominicaine ont convenu de travailler ensemble pour répondre aux besoins sanitaires des migrants en Més-Amérique. Des représentants des 10 pays ont signé la Déclaration ministérielle sur la migration et la

santé, qui résume une série d'agréments sur des efforts conjoints pour accroître les informations disponibles sur la situation sanitaire des migrants et établir des partenariats pour répondre à leurs besoins sanitaires d'une manière exhaustive et en temps opportun. Les ministres de la Santé se sont également engagés à promouvoir des changements et des améliorations des cadres réglementaires de leur pays pour leur permettre de répondre aux besoins sanitaires des migrants, à partager les expériences, à renforcer les politiques nationales et régionales sur la migration et la santé afin d'offrir aux migrants des soins complets et à améliorer la surveillance sanitaire des populations de migrants.

Personnes handicapées

149. Durant la période considérée, la coopération technique de l'OPS a contribué à l'élaboration d'une politique commune aux pays andins sur les soins des personnes handicapées, y compris l'élaboration de plans de gestion des risques lors d'urgences et de catastrophes naturelles qui incluent les besoins de ces personnes. La mise en œuvre a débuté en Bolivie, au Chili, en Colombie, en Équateur, au Pérou et au Venezuela quant à l'élaboration et au renforcement de réseaux de services complets de réadaptation, à l'application de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS, et aux interventions de protection sociale des personnes handicapées. L'Argentine, la Bolivie, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, le Paraguay et le Venezuela ont commencé à mettre en œuvre la stratégie de l'OPS de réadaptation basée sur la communauté, et les informations de base sur la situation des personnes handicapées en Argentine, au Brésil, au Chili, en Équateur, au Mexique, au Paraguay, au Pérou, en Uruguay et au Venezuela ont été mises à jour.

150. L'OPS a entrepris une coopération technique avec le ministère de la Santé du Chili pour améliorer la collecte de données sur les handicaps. L'outil IVADEC-CIF²⁰ a été développé à partir de la CIF pour évaluer les performances des personnes handicapées dans leurs activités quotidiennes. Cet outil peut être utilisé pour évaluer les degrés de handicap et les effets des interventions. Il est destiné aux établissements communautaires et peut être utilisé pour des auto-évaluations par des personnes handicapées ou des évaluations par des informateurs pertinents. Les informations qualitatives recueillies sont analysées et converties en indicateurs quantitatifs, parmi lesquels des index de handicap et de performance et des rapports de dépendance et de mobilité.

151. Du fait que l'outil IVADEC-CIF contribue de plusieurs manières à l'amélioration des soins aux personnes handicapées, la coopération technique de l'OPS a étudié son adaptation et son utilisation dans les autres États Membres. Cet outil :

- a) appuie la transition vers une approche biopsychosociale en autorisant une analyse de performance dans le contexte de la communauté,

²⁰ Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad-Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (Instrument pour l'évaluation de la performance dans la communauté, basé sur la CIF de l'OMS).

- b) offre une méthode de mesure des effets des médicaments et des dispositifs d'aide technique,
- c) facilite l'alignement des systèmes nationaux en termes de qualification et de certification des incapacités, en analysant l'impact des répercussions des politiques concernant les incapacités et la réadaptation,
- d) facilite l'inclusion ou la reformulation de questions sur les handicaps dans les enquêtes de population,
- e) contribue aux diagnostics et aux analyses de situation pour élaborer des profils locaux de handicaps.

152. En 2014, le 53^e Conseil directeur a reconnu le handicap comme un problème de santé publique et une question de droits de l'homme, ainsi qu'une priorité pour le développement, et il a approuvé le Plan d'action régional sur les incapacités et la réadaptation (document [CD53/7, Rev. 1](#)). Ce plan d'action (qui est aligné sur le Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021) comporte trois axes stratégiques d'intervention :

- a) promouvoir l'équité dans le cadre des politiques, des plans et de la législation de la santé en matière d'incapacités, afin de renforcer la gouvernabilité ;
- b) renforcer le réseau de services d'adaptation et de réadaptation du secteur de la santé, ce qui inclut le recours à des dispositifs d'aide technique et la réadaptation à base communautaire ;
- c) promouvoir la production et l'analyse de données sur les incapacités, et appuyer la recherche.

153. À la mi-2017, grâce à la coopération technique du BSP, les pays avaient réalisés d'importantes avancées dans la révision des lois nationales et l'élaboration de plans nationaux sur les incapacités et la réadaptation,²¹ en renforçant les composantes concernant le handicap dans leurs systèmes de surveillance sanitaire grâce à l'utilisation de la CIF²² et en développant et renforçant des services complets de réadaptation dans le secteur de la santé lié aux soins primaires.²³

Santé et droits de l'homme

154. Le Bureau continue, tout en offrant des orientations à ce sujet, de préconiser l'intégration des principes des droits de l'homme aux politiques, programmes et interventions sanitaires nationaux, y compris la ventilation des données pour permettre

²¹ Argentine, Bolivie, Chili, Équateur, Guyana, Haïti, Mexique, Panama, Paraguay, République dominicaine, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

²² Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Honduras, Mexique, Panama, Pérou et Venezuela.

²³ Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guyana, Mexique, Panama, Pérou, République dominicaine et Venezuela.

l'identification des groupes vulnérables, le renforcement des soins de santé primaires et la progression vers la santé universelle. Ce travail a été orienté par le document conceptuel intitulé « La santé et les droits de l'homme » (document [CD50/12](#)), qui reconnaît que le droit international des droits de l'homme est un cadre juridique et conceptuel précieux pour unifier les stratégies qui améliorent la santé des groupes sociaux les plus pauvres et exclus, et améliorer l'équité en santé. À la mi-2017, 20 pays de la Région ont fait figurer le droit à la santé dans leur constitution.

Mesure des iniquités en matière de santé

155. Les indicateurs qui rendent compte de moyennes nationales ne mettent pas en évidence les iniquités en matière de santé. S'inscrivant dans l'engagement de longue date, et renouvelé, de l'OPS en matière d'équité en santé et de développement durable dans le cadre des ODD, le 53^e Conseil directeur a approuvé en 2014 un nouvel ensemble d'indicateurs pour mesurer les changements en matière d'inégalités de santé (document [CD53/10, Rev. 1](#)). Ces indicateurs comprennent deux mesures d'inégalité à utiliser conjointement à quatre indicateurs clés : la mortalité néonatale, la mortalité maternelle, la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et la mortalité imputable aux soins de santé (décès prématurés qui ne seraient pas survenus si des soins efficaces avaient été prodigués en temps opportun). L'adoption de ces indicateurs a fait du Bureau le premier bureau régional de l'OMS et la première agence du système des Nations Unies à utiliser des cibles et des indicateurs d'équité en santé qui sont mesurables et permettent d'analyser l'impact de ses propres programmes de coopération technique.

156. Poursuivant ses efforts pour appuyer les avancées en matière d'ODD, d'équité en santé et de santé universelle, et stimulé par l'adoption des nouveaux indicateurs d'inégalités de santé, le Bureau a organisé en 2016 une Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans la Région des Amériques. Fruit d'un partenariat entre l'OPS et l'*Institute of Health Equity* de l'*University College London*, cette commission est composée d'éminents experts internationaux des politiques sanitaires et des déterminants sociaux de la santé. La commission entreprendra l'examen de l'équité et des inégalités de santé dans les Amériques, déployant ainsi le premier effort aussi exhaustif pour colliger des données probantes sur les iniquités de santé dans la Région. Pendant deux ans, elle étudiera comment l'identité et les facteurs socioéconomiques et structurels influencent la santé dans les pays des Amériques, produira des données probantes, recommandera des interventions pour réduire, voire éliminer, les lacunes persistantes en matière d'équité en santé et fournira des lignes directrices aux États Membres pour aborder les déterminants sociaux de la santé et les thématiques transversales du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'ethnicité. Dans le cadre de l'analyse faite par la commission, 15 États Membres²⁴ remplissent leur engagement d'examiner et de résoudre les iniquités et inégalités en santé.

²⁴ Argentine, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Jamaïque, Mexique, Pérou, Suriname et Trinité-et-Tobago.

157. Le BSP a accru sa coopération technique pour renforcer les capacités nationales de mesure, d'analyse et de suivi des inégalités sociales, économiques et environnementales en matière de santé aux niveaux nationaux et infranationaux, permettant ainsi la responsabilisation des États Membres qui ne doivent laisser personne de côté alors qu'ils poursuivent le programme à l'horizon 2030. Le Bureau travaille avec tous les pays à aligner sur les ODD leurs programmes sanitaires nationaux respectifs, et 15 pays²⁵ des Amériques ont conduit des consultations nationales pour intégrer les ODD à leurs plans sanitaires nationaux.

158. Globalement, les pays ont renforcé leurs capacités institutionnelles de quantification et d'analyse des inégalités sociales en matière de santé, y compris la production de profils d'équité en santé – principalement en santé de la mère et de l'enfant – qui tiennent compte des trois dimensions du développement durable : sociale, économique et environnementale. Le Bureau a collaboré avec les États Membres pour élaborer une série de profils d'équité en santé sur l'ensemble de la Région en utilisant des facteurs de stratification d'équité comme indicateurs indirects des déterminants sociaux de la santé, parmi lesquels les revenus, la localisation géographique, l'éducation, le sexe et la race. Les analyses des profils facilitent la détermination des lacunes et des gradients d'inégalités en santé sur l'ensemble du spectre socioéconomique, ce qui aide les pays à planifier et à mettre en œuvre des interventions pour répartir de manière plus juste la santé et le bien-être. À la mi-2017, 11 pays²⁶ avaient finalisé les profils d'équité en santé, trois pays supplémentaires (Bolivie, Colombie et Paraguay) étant en cours de finalisation. De plus, les ministères de la Santé de huit pays – Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama et République dominicaine – ont signé une résolution politique de haut niveau les engageant à intégrer la mesure des inégalités en santé des mères, des enfants et des adolescents à leurs systèmes d'informations stratégiques nationaux.

159. Le BSP a collaboré avec l'État de Tocantins et le Centre pour les informations et les décisions sanitaires stratégiques (INTEGRA Saúde), au Brésil, pour mettre en place un observatoire des inégalités et des déterminants sociaux de la santé, qui orientera le développement de politiques, de programmes et de projets appropriés. Le Bureau a également contribué à la création de l'Observatoire national des iniquités de santé du Mexique. Des efforts sont en cours pour élaborer une démarche institutionnelle stratégique de réalisation des ODD par la coopération technique du BSP, pour harmoniser les indicateurs d'un cadre à l'autre et établir des bases de référence pour les indicateurs d'ODD. À la demande des États Membres, le BSP a élaboré en 2015 le document « Préparation de la Région des Amériques à atteindre l'objectif de développement durable lié à la santé »,²⁷ qui offre une référence croisée entre l'ODD 3 et les ressources

²⁵ Argentine, Belize, Brésil, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, République dominicaine et Venezuela.

²⁶ Argentine, Aruba, Bahamas, Brésil, Canada, El Salvador, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama et Venezuela.

²⁷ Disponible sur <http://bit.ly/2rq0ZPa> (en anglais).

programmatiques et techniques disponibles à l'OPS et dans les pays, parmi lesquels les mandats et les documents techniques les plus appropriés.

160. Dans le cadre de son engagement dans des partenariats stratégiques et de la progression vers l'ODD 17 (« Renforcer les moyens de mettre en œuvre le partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser »), le Bureau a collaboré avec le Groupe de travail conjoint sur les sommets et le Groupe d'évaluation de la mise en œuvre des initiatives des sommets (GRIC) de l'OEA pour garantir que le document final sur les mandats d'interventions du Septième sommet des Amériques (avril 2015) appuie les problèmes sanitaires prioritaires comme la santé universelle, le RSI (2005), les MNT, l'alimentation et la nutrition, l'eau et l'assainissement, ainsi que la santé des mères et des enfants. L'OEA et l'OPS ont formé en septembre 2015 un groupe de travail informel pour déterminer des interventions conjointes centrées sur les ODD et leurs cibles, et le groupe a entamé en février 2016 une collaboration de cinq années visant à orienter et appuyer les efforts nationaux et régional pour faire avancer le Programme de développement durable à l'horizon 2030, et plus particulièrement les objectifs qui ne relèvent pas du domaine de la santé. Le premier fruit de ce partenariat a été un document ajustant chaque ODD aux mandats et aux collaborations interagences existants afin de promouvoir les synergies et la coopération, simplifiant la coordination et les efforts de notification déployés par les pays qui aspirent à atteindre les objectifs dans de multiples cadres internationaux, et établissant une alliance interagences plus large d'approche régionale des ODD, qui aborde l'équité en santé et les déterminants sous-jacents de la santé.

161. En septembre 2016, au cours d'un événement connexe au 55^e Conseil directeur, les États Membres se sont mis d'accord sur l'élaboration d'un nouveau cadre de haut niveau pour offrir une vision et une direction à long terme pour le développement sanitaire dans la Région, dans le contexte du Programme pour un développement durable à l'horizon 2030 et d'autres mandats régionaux et mondiaux en matière de santé. Le Bureau a appuyé un groupe de travail rassemblant 16 pays membres, présidé par l'Équateur et coprésidé par la Barbade et le Panama, pour rédiger le projet de ce cadre ou Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Ce Programme, qui sera présenté pour approbation à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017, comporte 11 objectifs et plus de 50 cibles dont on s'attend qu'ils soient atteints par les États Membres de l'OPS d'ici à 2030, pour la réalisation de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle, des systèmes sanitaires résilients et des services sanitaires de qualité. Le programme constituera un cadre politique et de planification stratégique du plus haut niveau pour les interventions collectives visant à accroître la santé et le bien-être sur l'ensemble de l'hémisphère, ce qui vient compléter la réalisation des ODD mondiaux.

162. Pour garantir un alignement sur les priorités sanitaires nationales, l'OPS continue à collaborer avec les équipes de pays des Nations Unies et à participer à des tables rondes et des groupes de coopération, aux mécanismes de coordination nationaux du Fonds mondial, aux groupes de revue par les pairs, aux groupes thématiques inter-agences, aux

groupes de travail sur les ODD et autres groupes semblables qui conseillent, coordonnent, suivent et évaluent la mise en œuvre des programmes de santé et liés à la santé. L'Organisation a joué un rôle actif en étant responsable ou coresponsable de la composante santé du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement dans au moins 20 pays des Amériques,²⁸ et elle a contribué à la formulation du Plan-cadre de développement durable multipays des Nations Unies aux Caraïbes. Pour la période 2017-2021, ce plan couvre 18 pays et territoires²⁹ des Caraïbes et comporte quatre domaines prioritaires alignés sur les ODD,³⁰ le but étant d'accélérer la progression des pays vers ces objectifs mondiaux. Au sein de ce cadre, le domaine prioritaire des « Caraïbes en bonne santé » a des objectifs : *a)* d'accès universel à des services et des systèmes sanitaires de qualité et *b)* d'introduction de lois, de politiques et de systèmes qui appuient des modes de vie sains dans toutes les couches de la population. Ces deux objectifs sont des priorités pour la coopération technique de l'OPS.

²⁸ Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago et Uruguay.

²⁹ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Barbade, Belize, Curaçao, Dominique, Grenade, Guyana, Îles Vierges britanniques Jamaïque, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les- Grenadines, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, Suriname et Trinité-et-Tobago.

³⁰ Information sur ce Plan-cadre sur www.2030caribbean.org.

5. RÉDUCTION ET ÉLIMINATION DE LA CHARGE ET L'IMPACT DES MALADIES TRANSMISSIBLES, Y COMPRIS LES MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE, LES MALADIES INFECTIEUSES NÉGLIGÉES ET LES MALADIES COUVERTES PAR LE FONDS MONDIAL

163. Au cours de la période considérée, la coopération technique de l'OPS a appuyé les efforts des États Membres pour prévenir et combattre les maladies transmissibles et pour progresser vers l'éradication de celles considérées comme éradicables. Les interventions ont ciblé le renforcement des capacités, de la préparation, de la surveillance, de la détection, de la réduction des risques et des ripostes aux dangers pour la santé humaine, y compris les événements potentiellement d'ampleur internationale tels que définis dans le RSI. Les efforts résolus des États Membres – en collaboration avec le BSP, leurs institutions nationales, la société civile, le secteur privé, les partenaires de développement et autres parties prenantes clés – ont conduit à des succès soutenus contre les maladies infectieuses aux niveaux nationaux et régional.

Réalisations en matière d'éradication des maladies infectieuses

Étapes importantes récentes de l'éradication des maladies infectieuses dans les Amériques

Maladie de Chagas

Bien que des progrès aient été réalisés en matière de réduction de la prévalence de la maladie de Chagas (une maladie vectorielle causée par *Trypanosoma cruzi*), on estime à 6 millions environ le nombre de personnes restant infectées dans les Amériques. Le BSP a dirigé une coopération infrarégionale Sud-Sud qui a encouragé les mesures de lutte antivectorielle et le dépistage universel des donneurs de sang, et amélioré la qualité et la couverture des soins médicaux. Ces efforts ont permis à plusieurs pays de certifier l'interruption de la transmission du principal vecteur de la maladie de Chagas sur l'ensemble de leur territoire ou dans des zones géographiques circonscrites, concrétisant ainsi un objectif précédemment fixé au niveau régional.

- En 2012, quatre pays et/ou départements ont été certifiés quant à l'interruption de la transmission de la maladie par ses vecteurs principaux respectifs : le Belize, toutes les municipalités du département de La Paz (Bolivie), plusieurs zones endémiques en Argentine et le département de l'Alto Paraguay (Paraguay).
- En 2014, l'État de São Paulo (Brésil) a reçu la confirmation, à la suite de la vérification menée par une équipe d'experts internationaux de l'OPS/OMS, qu'il avait éliminé la maladie de Chagas en tant que problème de santé publique.
- En 2016, l'interruption de la transmission vectorielle par *T. cruzi* a été certifiée dans

le département de Boquerón (Paraguay) ; une étape importante en santé publique, dans la mesure où Boquerón fait partie du Chaco sud-américain, une zone où les facteurs de risque sociaux, épidémiologiques et environnementaux de la maladie de Chagas sont importants.

- Également en 2016, l'interruption de la transmission a fait l'objet d'une nouvelle certification dans les six zones du Chili où la maladie de Chagas était auparavant endémique.

Onchocercose

- En 2013, des responsables de l'OMS ont certifié la Colombie comme exempte de transmission de l'onchocercose (ou « cécité des rivières »), faisant ainsi de ce pays le premier au monde à avoir éradiqué la maladie. Ce résultat a suivi 16 ans d'efforts déployés par ce pays pour lutter contre la maladie dans une communauté reculée en utilisant l'ivermectine, un médicament antiparasitaire, et en assurant une surveillance épidémiologique et une éducation de la communauté. Cet effort a été conduit par l'Institut national de la santé de Colombie, avec l'appui du ministère de la Santé et de la Protection sociale, l'OPS, le Programme du Centre Carter pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques et le Programme de donateur du Mectizan du laboratoire Merck.
- En 2014, l'Équateur est devenu le deuxième pays du monde où l'éradication de l'onchocercose a été confirmée par une vérification.
- En 2015, le Mexique est devenu le troisième pays du monde où l'éradication de l'onchocercose a été confirmée par une vérification.
- En 2016, le Directeur général de l'OMS a envoyé un courrier officiel au Guatemala qui confirmait, après vérification, l'élimination de la transmission de l'onchocercose, faisant de ce pays le quatrième de la Région, et du monde, où l'onchocercose a été éradiquée.

Seuls deux foyers persistent aujourd'hui dans les Amériques, l'un et l'autre dans la région Yanomami qui chevauche la frontière entre le Brésil et le Venezuela. L'élimination dans cette zone pose plus d'un défi du fait de sa localisation reculée – on y accède par hélicoptère ou par des déplacements fluviaux de longue durée – et de la mobilité importante de sa population autochtone, principalement nomade. Cependant, les interventions visant l'élimination sont poursuivies par la coopération Sud-Sud entre les deux pays, et par la coopération technique de l'OPS et autres parties prenantes clés.

Trachome

- En janvier 2017, l'OMS a confirmé l'éradication du trachome en tant que problème de santé publique au Mexique, qui est donc devenu le troisième pays du monde, et le premier de la Région, à atteindre cet objectif.

Transmission mère-enfant de l'infection à VIH et de la syphilis

En juin 2015, les Amériques sont devenues la première région de l'OMS à délivrer une validation officielle de pays concernant l'élimination au niveau national de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH et de la syphilis. En collaboration étroite

avec l’OMS, le Bureau a élaboré une stratégie et développé des outils de validation, et la Directrice du BSP a désigné le Comité régional indépendant de validation pour prendre en charge ce processus, avec l’appui des experts du Bureau et de l’UNICEF.

- En juin 2015, Cuba est devenu le premier pays du monde pour lequel l’OMS a validé l’élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis.
- À la mi-2017, 22 pays et territoires des Amériques faisaient état de données concordant avec l’élimination de la transmission mère-enfant du VIH, parmi lesquels 20 faisaient aussi état de données concordant avec l’élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis. À la mi-2017, plusieurs pays des Caraïbes avaient soumis une demande de validation de l’élimination conjointe de la transmission mère-enfant de l’une ou des deux maladies. Anguilla, les Bermudes, les Îles Cayman et Montserrat ont reçu la validation de l’OMS concernant l’atteinte de tous les objectifs et de toutes les cibles en matière d’élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis.

L’OPS a suivi les progrès des États Membres sur les cinq ans (2010-2015) de la Stratégie et du plan d’action de l’OPS pour l’élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (document [CD50/15](#)). Le rapport le plus récent *Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans les Amériques : mise à jour 2016* montre que le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants de 0 à 14 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes a diminué de 55 % entre 2010 et 2015, soit d’une valeur estimée de 4700 cas à une valeur estimée de 2100 cas. Ceci laisse penser que 28 000 infections par le VIH ont été évitées en Amérique latine et dans les Caraïbes grâce aux interventions de prévention de la transmission mère-enfant. Dans l’intervalle, les nouveaux cas de syphilis congénitale ont doublé dans la Région entre 2010 et 2015, passant de 10 850 à 22 800 enfants atteints.

Le Bureau a lancé la mise en place d’une seconde phase de cette initiative d’élimination conjointe pour cibler l’élimination de la transmission mère-enfant d’autres infections, comme l’hépatite B et la maladie de Chagas. Cette initiative élargie renforcera les efforts d’élimination de cette transmission qui sont partie intégrante des interventions pour atteindre les ODD.

Rubéole et syndrome de rubéole congénitale

- En avril 2015, le Comité international d’experts (CIE) pour la documentation et la vérification de l’élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole dans les Amériques a examiné les données épidémiologiques factuelles présentées par les États Membres de l’OPS et établi que la Région a éliminé la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. Après la variole en 1971 et la polio en 1994, la rubéole et le SRC sont les troisième et quatrième maladies à être éliminées des Amériques. Pour ces quatre maladies, la Région des Amériques a été la première au monde à parvenir à l’élimination.

Rougeole

- En septembre 2016, le CIE a déclaré que la rougeole était la cinquième maladie virale évitable par la vaccination à être éliminée de la Région des Amériques, aboutissement d'un effort de 22 ans qui comportait une vaccination de masse contre la rougeole, les oreillons et la rubéole sur l'ensemble des Amériques.

Polio

- La Région a travaillé pour rester exempte de la polio tout en appuyant les efforts mondiaux d'éradication de cette maladie dans le cadre du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 de l'Initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite approuvée en 2012 par la 65^e Assemblée mondiale de la Santé. Une composante centrale de la phase finale est le retrait mondial final de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO) et l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), en procédant graduellement. Les 32 pays et territoires de la Région qui n'utilisaient pas encore le VPI l'ont introduit dans leur calendrier vaccinal, et 36 ont abandonné le VPO trivalent pour le VPO bivalent dans le cadre du passage graduel prévu. Une deuxième composante clé de la phase finale est la destruction ou le confinement de tous les poliovirus de type 2 à des établissements essentiels, et le plan régional appelle au confinement des poliovirus sauvages de types 1 et 3. Les États Membres de l'OPS se trouvent dans le processus de soumission des rapports sur leurs activités de confinement.

Maintien des réalisations en matière de maladies à prévention vaccinale

164. Le Programme élargi de vaccination (PEV) est l'un des succès de santé publique les plus importants de la Région. À partir de son offre initiale, dans les premières années, de vaccins contre six maladies infantiles, le programme s'est élargi pour inclure aujourd'hui 14 vaccins. Là où des données probantes adéquates appuient cette démarche, les pays des Amériques continuent à montrer la voie dans l'introduction de nouveaux vaccins contre le rotavirus, la maladie pneumococcique et le virus du papillome humain (VPH).

165. Au cours de la période considérée, la coopération technique de l'OPS a inclus le renforcement des capacités pour un suivi rapide de la couverture et de la surveillance vaccinales et pour une analyse des données sur les maladies à prévention vaccinale. L'Initiative ProVac de l'OPS a continué d'aider les pays à développer leurs capacités pour prendre des décisions basées sur des données probantes en matière d'introduction de nouveaux vaccins. ProVac forme les équipes nationales à la conduite de leurs propres analyses économiques et offre d'importants avantages indirects, comme une collaboration accrue entre les institutions nationales, une planification plus efficace pour l'introduction des vaccins, des infrastructures améliorées pour la prise de décisions et une solide plateforme pour la promotion élargie des prises de décisions basées sur des données probantes.

166. Dans le cadre de l'approche globale de la coopération technique de l'OPS concernant la vaccination, le Fonds renouvelable de l'OPS a continué à offrir un soutien crucial pour les réalisations de la Région en matière de prévention, de contrôle et d'élimination des maladies à prévention vaccinale. Le Fonds renouvelable offre des lignes de crédit et fait des achats en gros au nom des États Membres, afin d'assurer un approvisionnement continu en seringues et en vaccins de grande qualité pour les programmes nationaux de vaccination. Il a également contribué à l'introduction de nouveaux vaccins. Particulièrement remarquables ont été les négociations fructueuses du Bureau pour rendre les deux vaccins anti-VPH actuellement commercialisés disponibles à un achat par le Fonds à prix réduit, et l'introduction dans le Fonds du vaccin antirabique canin pour appuyer l'objectif d'élimination régionale de la rage. Quarante et un pays et territoires participent maintenant au Fonds renouvelable, réussite qui est devenue un exemple pour les autres organisations internationales et les autres régions de l'OMS d'un mécanisme efficace d'approvisionnement ininterrompu et garanti en vaccins abordables et de qualité. Les éléments clés de la coopération technique de l'OPS en la matière incluent une conscience accrue des États Membres quant à la dynamique et aux défis du marché mondial des vaccins, le soutien des demandes de planification et la garantie d'une disponibilité en temps opportun de vaccins et de fournitures de qualité.

167. Les coûts croissants associés à l'introduction de vaccins nouveaux et plus onéreux et l'élargissement des populations cibles imposent un examen attentif de rentabilisation des dépenses au moment d'élaborer les plans d'action annuels du PEV. En réponse aux préoccupations des États Membres quant à la pérennité programmatique et à la démonstration d'une utilisation efficace des ressources pour favoriser leur mobilisation efficace, l'Organisation a procédé à la révision du modèle de plan d'action du PEV introduit dans les années 70. La révision avait pour objectif de veiller à la cohérence des rapports et d'élaborer une méthode plus fiable pour définir les budgets en procédant à des exercices périodiques d'établissement de coûts des interventions du PEV.

168. L'OPS a également lancé COSTVAC, un nouvel outil accompagnant le modèle de plan d'action du PEV, qui appuie les équipes du PEV dans la collecte des données sur les coûts de vaccination à tous les niveaux du programme, et permet d'estimer les coûts totaux du programme de vaccination pour une année donnée, afin d'établir des budgets plus précis. Le Honduras a été l'un des premiers pays du monde à procéder à une analyse de coût exhaustive de la vaccination systématique en utilisant COSTVAC. Les résultats de cette analyse ont été essentiels à l'élaboration de plans de durabilité avant que le pays n'ait plus droit au financement de GAVI, l'Alliance du Vaccin. Le Fonds renouvelable de l'OPS a renforcé sa collaboration avec GAVI, en particulier par l'appui apporté aux achats et par sa contribution à la transition réussie de certains pays n'ayant plus droit au soutien de GAVI. En date du 30 avril 2017, six pays de la Région sont approuvés pour divers types d'appuis par GAVI : la Bolivie, Cuba, le Guyana, Haïti, le Honduras et le Nicaragua.

169. La coopération technique du BSP pour améliorer le rapport coût-efficacité des programmes de vaccination inclut également des lignes directrices sur l'utilisation des

nouvelles technologies d'information et de communication, du fait de l'importance des informations et des analyses de données de qualité et délivrées en temps opportun pour permettre une prise de décisions basée sur des données probantes. Les États Membres utilisent de plus en plus d'innovations, comme les tableaux de bord de gestion et les registres électroniques de vaccination, qui peuvent améliorer le suivi de la couverture vaccinale. Il est cependant important de s'assurer que ces registres sont créés dans le contexte des stratégies nationales de cybersanté, sont interopérables avec d'autres systèmes d'information pour la santé et sont mis en œuvre, évalués et financés de manière appropriée.

170. Depuis son lancement en 2003, l'édition annuelle de la Semaine de la vaccination dans les Amériques (SVA) est devenue l'initiative sanitaire régionale la plus importante dans les Amériques. Elle a permis la vaccination de plus d'un demi-milliard de personnes dans la Région, en particulier des populations vulnérables et difficiles à atteindre. Les États Membres de l'OPS se sont appuyés sur la SVA pour associer la vaccination à d'autres interventions de santé publique, parmi lesquelles l'administration d'un traitement anthelminthique ou d'un supplément de vitamine A, le dépistage du diabète et de l'hypertension, la réalisation de tests du VIH, l'éducation en matière de santé sexuelle et génésique et la vaccination des animaux familiers. Les partenaires de la SVA ont inclus l'UNICEF, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Programme des Nations Unies pour le développement, le Sabin Vaccine Institute et les CDC des États-Unis. La SVA a inspiré, tout en lui offrant un modèle, la Semaine mondiale de la vaccination, initiative mondiale appuyée par l'OMS et tenue pour la première fois en 2012, qui est également annuelle aujourd'hui. La 15^e Semaine de la vaccination dans les Amériques, qui s'est déroulée du 22 au 29 avril 2017, était centrée sur la délivrance de vaccins aux groupes autochtones, dans les zones rurales, et aux personnes vivant dans les zones frontalières.

Riposte à l'infection par le VIH, aux infections sexuellement transmissibles, à la tuberculose et à l'hépatite

VIH et IST

171. Des progrès considérables ont été réalisés en matière de riposte à l'infection par le VIH et aux autres infections sexuellement transmissibles (IST). L'évaluation à mi-parcours du Plan régional du secteur de la santé contre le VIH/IST 2006-2015 a montré qu'entre 2005 et 2011, l'incidence estimée de l'infection par le VIH en Amérique latine et aux Caraïbes a diminué de 21,1 à 19,1 pour 100 000. De plus, entre 2001 et 2011, les nombres de cas pédiatriques d'infection par le VIH en Amérique latine et aux Caraïbes ont décliné, de 38 % et 60 % respectivement.

172. En 2014, deux millions de personnes environ vivaient avec le VIH en Amérique latine et aux Caraïbes (1,7 million en Amérique latine et 289 000 dans les Caraïbes), parmi lesquelles 46 000 étaient des enfants (0 à 14 ans). La couverture par le traitement antirétroviral (TAR) dans la population estimée vivant avec le VIH en Amérique latine et

aux Caraïbes a beaucoup augmenté, passant de 8 % en 2000 à 55 % à la fin de 2015 (augmentation de 56 % en Amérique latine et 52 % dans les Caraïbes), soit la couverture mondiale la plus élevée obtenue dans les milieux de revenus faibles à moyens. Dans la seule période 2012-2015, la couverture par le TAR a augmenté de 16 %. Fin 2014, le pourcentage estimé d'enfants (0 à 14 ans) vivant avec le VIH et recevant un TAR était de 81 % en Amérique latine et de 35 % dans les Caraïbes. Cette intensification de la couverture par le TAR a conduit à une diminution importante de la mortalité liée au sida en Amérique latine et dans les Caraïbes, avec une réduction de 25 % chez les adultes entre 2012 et 2015. Entre 2000 et 2014, cette diminution a été de 78 % chez les enfants.

173. L'OPS a recentré sa coopération technique en matière de VIH/IST en donnant la priorité aux soins et au traitement de l'infection par le VIH, à l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, à la prévention dans les populations clés et aux soins qui leur sont délivrés, ainsi qu'à la production d'informations stratégiques élargies. Dans le cadre de ces efforts, l'Organisation :

- a) a lancé l'initiative *Traitement 2.0* pour améliorer l'efficacité et l'efficacité du traitement et des soins contre l'infection à VIH en optimisant l'utilisation des médicaments antirétroviraux, en élargissant l'accès au diagnostic sur les lieux de soins, en adaptant les modèles de prestations de services et en mobilisant la participation communautaire ;
- b) s'est associée au Fonds mondial pour renforcer les capacités des pays en termes d'achats et de gestion de la chaîne d'approvisionnement, réduisant ainsi les ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux et de produits de santé connexes, et pour créer une nouvelle plateforme régionale de suivi des antirétroviraux, gérée par le Fonds stratégique de l'OPS ;
- c) s'est associée aux CDC des États-Unis pour aider les pays à examiner et revoir les algorithmes de dépistage de la syphilis et introduire les tests de dépistage là où les soins sont délivrés ;
- d) a élaboré un module de formation pour les prestataires de soins de santé sur l'intégration du genre et des droits de l'homme dans les services de santé prenant en charge l'infection par le VIH, la santé sexuelle et la santé génésique ;
- e) a collaboré avec la Commission de la Santé de l'Assemblée nationale du Nicaragua et offert une expertise technique pour une consultation nationale, qui a contribué à l'approbation par l'Assemblée d'une nouvelle loi garantissant les droits de la personne infectée par le VIH.

Améliorer le traitement et les soins de l'infection par le VIH : Traitement 2.0

L'optimisation du TAR dans le cadre de l'initiative *Traitement 2.0* est fondée sur les principes d'utilisation rationnelle des médicaments antirétroviraux, la simplification et la normalisation des schémas thérapeutiques antirétroviraux pour différentes populations, la révision des lignes directrices nationales à la lumière des données

scientifiques factuelles et des recommandations de l'OMS au niveau mondial les plus récentes, l'innovation dans la sélection des médicaments, et l'utilisation de combinaisons à doses fixes pour favoriser l'observance d'un traitement qui dure toute la vie. Un accès accru aux médicaments antirétroviraux génériques, et leur utilisation, a abaissé les coûts du TAR, permettant aux pays d'amplifier les programmes thérapeutiques d'antirétroviraux en réponse aux critères d'admissibilité élargis recommandés par l'OMS en 2013 et, ultérieurement, d'adopter l'approche consistant à traiter tous les patients (c'est-à-dire initier le traitement antirétroviral chez tous les patients infectés par le VIH) recommandée en 2016.

Le BSP a organisé des consultations infrarégionales pour préparer la mise en œuvre de la plateforme *Traitement 2.0*, suivie de missions *Traitement 2.0* dans 12 pays.³¹ Les missions ont regroupé les perspectives techniques, programmatiques et financières, et utilisé une démarche structurée pour identifier, et combattre, les obstacles à l'expansion et à la durabilité des programmes de traitements antirétroviraux. Les équipes de mission se composaient de personnel du BSP (experts du VIH, de la tuberculose, des médicaments et des technologies, des systèmes sanitaires, ainsi que le Fonds stratégique de l'OPS), d'ONUSIDA et d'autres agences des Nations Unies, du Fonds mondial, de partenaires bilatéraux comme les CDC, le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide contre le sida (PEPFAR, selon le sigle anglais) et USAID, ainsi que des membres de la société civile. Menées par les programmes nationaux contre le sida, les missions ont collaboré avec les programmes nationaux contre la tuberculose, la sécurité sociale, les bureaux d'achats, de planification et de financement, les agences de réglementation, les universités et autres représentants de la société civile, les organisations professionnelles et le secteur privé.

Les réalisations de ces missions incluaient une mise à jour des directives thérapeutiques conformément aux recommandations de l'OMS, une utilisation optimisée de plans concernant les TAR pour réduire le nombre de schémas thérapeutiques, l'utilisation accrue de combinaisons à doses fixes pour faire passer les patients aux schémas thérapeutiques nouvellement recommandés, un recours *très* accru au Fonds stratégique de l'OPS pour l'achat d'antirétroviraux et autres produits et la mobilisation renforcée de la société civile et des organisations de patients.

La mise en œuvre du *Traitement 2.0* constitue une approche innovante et participative de collaboration et de mobilisation avec un groupe élargi de parties prenantes multisectorielles, ce qui a renforcé le leadership et la visibilité du BSP. L'Organisation est maintenant reconnue comme un partenaire de coopération technique essentiel pour garantir aux pays une approche actualisée de la prévention et du contrôle de l'infection au VIH, particulièrement au moment où ces pays préparent de nouvelles propositions pour le Fonds mondial.

³¹ Argentine, Bolivie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Uruguay et Venezuela.

174. Au cours de la période considérée, la Barbade et cinq des pays clés de l'OPS – le Guatemala, le Guyana, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname – ont demandé au BSP de mener des missions ou des analyses techniques conjointes pour étudier leur riposte nationale à l'infection au VIH, y compris les principes de soins et de traitement de l'initiative *Traitement 2.0*. Les pays ont également demandé un examen global de la riposte au VIH/IST de leurs systèmes de santé respectifs et des recommandations en la matière. Ces missions et ces analyses conjointes ont été cruciales pour aider les pays à relever les défis techniques et financiers liés à la progression vers un accès universel aux services prenant en charge l'infection à VIH, pour promouvoir l'innovation, et pour améliorer la qualité, l'efficience, l'efficacité et la pérennité des programmes de prévention, de soins et de traitement de cette infection. À la mi-2017, l'Argentine, la Barbade, le Brésil, le Canada, les États-Unis d'Amérique, le Mexique, le Panama, le Paraguay et le Pérou ont examiné et adapté leurs lignes directrices à la nouvelle recommandation de l'OMS de traiter tous les patients, et les Bahamas, la Bolivie, Haïti, la Jamaïque, le Suriname et la Trinité-et-Tobago planifiaient d'adopter cette recommandation en 2017.

175. Sous l'impulsion en 2015 du BSP et d'ONUSIDA, les États Membres se sont engagés à atteindre en 2030 des cibles ambitieuses de prévention de l'infection à VIH, certaines étapes intermédiaires devant être franchies d'ici à 2020. Depuis décembre 2016, des bilans de pays ont été réalisés, qui comportaient l'analyse des données des pays considérés, l'élaboration de fiches d'informations concernant les pays et des événements *Journée nationale de prévention de l'infection au VIH* en présentiel en Argentine, en Colombie, en Équateur, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua et au Paraguay. Des réunions de prévention de l'infection au VIH se sont également déroulées au Brésil, au Costa Rica, au Panama, en République dominicaine et à la Trinité-et-Tobago. Ce processus, qui permet de partager les meilleures pratiques, déclenche un examen de la politique et de la stratégie nationales en matière de prévention de l'infection au VIH et sera suivi d'un document régional sur la prévention de l'infection au VIH en Amérique latine et aux Caraïbes, qui sera fourni en tant qu'outil aux décideurs politiques et aux planificateurs de programmes.

176. En 2016, le 55^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé le nouveau Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 (document [CD55/14](#)), qui s'inspire des réalisations du plan régional précédent (2006-2015) et de la Stratégie et du plan d'action 2010 pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Le Plan 2016-2020 prie instamment les États Membres d'accroître et d'optimiser les investissements réalisés pour riposter au VIH et aux IST et prévoit des interventions pour mettre fin au sida et aux IST en tant que problèmes de santé publique dans les Amériques d'ici à 2030. À la fin de l'année 2016, 19 pays et territoires³² avaient élaboré des stratégies nationales alignant les cibles nationales et les cibles régionales. À la mi-2017, les pays étaient dans le processus de

³² Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Belize, Brésil, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Guyana, Haïti, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis et Suriname.

mise à jour des stratégies qui arrivaient en fin d'exécution, en utilisant comme modèles des documents d'orientation de l'OMS, d'ONUSIDA et de l'OPS.

Tuberculose

177. En 2013, la Région des Amériques avait déjà atteint, et même dépassé, les cibles au niveau mondial du Partenariat Halte à la tuberculose, qui étaient une réduction des cas de tuberculose (TB) et des décès par tuberculose de 50 % en 2015. Il y avait ainsi en 2015 un nombre estimé de 268 200 nouveaux cas de TB dans les Amériques, soit l'équivalent de 27 cas pour 100 000. Cependant, la tuberculose multirésistante (TB-MR) et la co-infection TB/VIH constituent encore l'une et l'autre des défis importants pour la Région. La TB touche principalement les populations les plus défavorisées, et les données nationales de plusieurs pays indiquent une concentration de TB dans les grandes villes, où l'urbanisation accélérée a conduit à la création de bidonvilles urbains dont les habitants sont extrêmement vulnérables à la maladie.

178. Au cours de la période considérée, plusieurs pays ont mis en œuvre sur l'ensemble de leur territoire des programmes de gestion des cas de TB-MR conformes aux recommandations de l'OPS, ont introduit de nouvelles technologies pour le diagnostic de la TB (GeneXpert et tests d'hybridation inverse sur bandelettes) et ont adopté des approches particulières pour lutter contre la tuberculose dans les populations autochtones. Le Suriname a adopté un nouveau Plan stratégique national de lutte contre la tuberculose. Un nouveau centre régional d'excellence pour la prise en charge de la tuberculose a été établi à El Salvador pour former à la mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose les nouveaux membres du personnel des programmes dédiés à cette maladie.

179. En partenariat avec USAID, l'OPS a élaboré un cadre innovant de lutte contre la tuberculose dans les grandes villes, qui cherche à faire participer les autorités locales et nationales au combat contre la maladie. L'initiative intègre des approches intersectorielles qui concernent toute la société, met un accent sur les déterminants sociaux de la santé, et comprend la protection sociale pour les personnes atteintes de TB et leur famille. Cette initiative a été testée en 2014 dans trois villes : Bogotá (Colombie), Guarulhos (Brésil) et Lima (Pérou). Les interventions comportaient la participation de divers prestataires de santé aux activités de lutte contre la TB, l'inclusion d'autres acteurs sociaux à ces activités et l'intégration à d'autres programmes au niveau des soins primaires. En 2016, quatre nouvelles villes se sont intégrées à l'initiative : Guatemala City (Guatemala), Tijuana (Mexique), Asunción (Paraguay) et Montevideo (Uruguay). Trois autres villes vont bientôt se joindre à l'initiative : San José (Costa Rica), Santiago (Chili) et Guayaquil (Équateur). Cette initiative a suscité un fort engagement politique et une participation active des autorités de différents secteurs, de la société civile et du secteur privé. Cet engagement s'est traduit pour la première fois en allocations de fonds municipaux pour la lutte contre la TB, ce qui est encourageant en termes de réussite et de pérennité.

180. Le Bureau a coordonné des analyses visant à évaluer les progrès réalisés en matière d'élimination de la TB dans les pays membres de l'OECO, avec l'appui du Fonds mondial/Regional Green Light Committee. Il a également coordonné une réunion des gestionnaires des programmes nationaux dédiés à la TB et au VIH pour examiner les résultats de l'analyse menée dans leurs pays respectifs et déterminer des manières d'y faire progresser l'élimination de la TB. Le BSP a également fourni une coopération technique pour l'élaboration d'une initiative régionale visant à renforcer les réseaux de laboratoires de la TB dans 20 États Membres et accroître les capacités de trois laboratoires du réseau supranational de laboratoires de référence pour la TB dans les Amériques, situés en Argentine, au Chili et au Mexique. L'initiative est financée par le Fonds mondial, et l'Organisme andin de la Santé – Accord Hipólito Unanue est le principal bénéficiaire de la subvention régionale d'une durée de trois ans, qui prend fin en décembre 2019. L'OPS bénéficie également de cette subvention du fait d'un agrément signé en mars 2017.

Hépatite virale

181. Le manque d'informations stratégiques fiables sur l'hépatite virale dans la Région a limité la pleine compréhension de la charge que représente cette maladie et a freiné l'élaboration d'une intervention de santé publique. En 2013, l'OPS a placé le domaine d'activité de l'hépatite virale au sein d'une nouvelle unité travaillant sur le VIH, les IST, la TB et l'hépatite virale. En 2015, le 54^e Conseil directeur a approuvé le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales (document [CD54/13, Rev. 1](#)). Ce plan d'action renforce et élargit le cadre régional existant pour lutter contre l'hépatite virale dans les Amériques. Ses axes stratégiques sont les suivants : promouvoir une riposte exhaustive intégrée, favoriser un accès équitable aux soins préventifs, favoriser un accès équitable aux soins cliniques, renforcer l'information stratégique et renforcer la capacité des laboratoires pour appuyer le diagnostic, la surveillance et la sécurité de l'approvisionnement sanguin.

182. À l'appui de la mise en œuvre du plan d'action régional, et pour répondre au manque de données et d'information, l'OPS a organisé en 2015 une consultation technique sur l'information stratégique, la surveillance et le suivi en matière d'hépatite virale. La consultation a débouché sur la publication d'un cadre de suivi des hépatites B et C, incluant une liste d'indicateurs et de définitions dont l'utilisation est recommandée pour établir des systèmes au niveau des pays. En 2016, l'OPS a organisé deux consultations infrarégionales sur l'information stratégique, la première avec Cuba et les pays d'Amérique du Sud, la seconde avec les pays d'Amérique centrale et la République dominicaine. Ces événements infrarégionaux ont examiné et analysé les politiques et les pratiques pour élaborer des interventions de santé publique en matière de riposte à l'hépatite virale, tout en mettant un fort accent sur l'information stratégique et les systèmes appropriés.

183. L'OPS a également élaboré un protocole de collecte de données qui permet aux pays de colliger des données et des informations qui peuvent être disponibles, mais sont

très dispersées sur l'ensemble du système de santé. Ces données sont utilisées pour produire des rapports de référence qui soulignent les lacunes et les obstacles des systèmes d'information en santé, et pour éclairer l'élaboration d'interventions de santé publique. À la mi-2017, l'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie, El Salvador, le Panama, le Paraguay et le Pérou avaient publié des rapports à partir de ce protocole, et le Guatemala, le Honduras, Haïti et la Jamaïque étaient en cours de collecte et d'analyse des données. Vingt et un pays ont établi une structure organisationnelle au sein de leur ministère de la Santé pour coordonner les ripostes contre l'hépatite virale, et 15 ont finalisé une stratégie ou un plan national pour la prévention et le contrôle de la maladie. En 2016, l'OPS a publié le document *Hepatitis B and C in the Spotlight*, soit le tout premier rapport sur les hépatites virales B et C dans les Amériques. Ce rapport donne un aperçu des épidémies d'hépatite virale dans la Région et de la riposte du secteur de la santé, et analyse les progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles du Plan d'action régional pour la prévention et le contrôle des hépatites virales.

184. Le Fonds stratégique de l'OPS a appuyé l'action des pays contre l'hépatite virale en négociant des prix inférieurs pour les nouveaux antiviraux à action directe et au prix plus élevé, dont l'utilisation a permis d'atteindre des taux de guérison supérieurs à 90 % dans les cas d'hépatite C chronique. En 2017, la Colombie est devenue le premier pays à lancer le processus d'achat de ces nouveaux antiviraux par le Fonds stratégique.

185. Le Brésil accueillera le second Sommet mondial sur l'hépatite à São Paulo en novembre 2017. Le Sommet est un événement mondial de haut niveau co-organisé par l'OMS et la *World Hepatitis Alliance* pour faire progresser les programmes de santé publique concernant l'hépatite. L'OPS contribue à la préparation de l'événement, dont on s'attend à ce qu'il amplifie la riposte aux épidémies d'hépatite, y compris en renforçant l'engagement politique et les partenariats dans la société civile – universités et associations professionnelles incluses – et dans les institutions de santé publique. Une synergie importante avec la programmation concernant le VIH devrait aboutir à une plateforme adaptée au déroulement des ripostes de santé publique.

Progrès dans la prévention et le contrôle du paludisme et des maladies infectieuses négligées

Travail visant à l'élimination du paludisme

186. Bien que le paludisme reste endémique dans 21 États Membres de l'OPS, plusieurs pays ont atteint la cible de l'ODD 6 de réduction d'incidence et de mortalité de la maladie, avec plus de 62 % de réduction du nombre de cas et 61 % de réduction des décès sur la période 2000-2015. Cependant, un nombre accru de cas a été notifié dans sept pays en 2015 – Colombie, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Pérou, République dominicaine et Venezuela – qui ont été conduits à mettre à jour leurs plans stratégiques contre le paludisme, à renforcer leurs systèmes de surveillance de cette maladie et à améliorer leur capacité d'y riposter rapidement.

187. Le Bureau s'est officiellement engagé comme partenaire du Consortium d'élimination du paludisme en Haïti, lancé en février 2015 grâce à une subvention de la Fondation Bill & Melinda Gates pour appuyer l'élimination du paludisme dans l'île d'Hispaniola. Le Consortium inclut les CDC (agence directrice), l'OPS, le Centre Carter, l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, et le *Center for Applied Malaria Research and Evaluation* de l'Université Tulane. Le travail du consortium contribuera à l'atteinte des objectifs de l'initiative d'élimination du paludisme et du plan binational Haïti-République dominicaine pour l'élimination du paludisme et de la filariose lymphatique à Hispaniola d'ici à 2020.

188. Le plateau des Guyanes, qui inclut le nord du Brésil, une petite partie de l'est de la Colombie, le Guyana, la Guyane française, le Suriname, et les États de Bolivar et d'Amazonas au Venezuela, est connu pour ses réserves aurifères. L'exploitation minière est une source d'emplois très importante, qui génère des mouvements transfrontaliers dans des zones favorables à la transmission du paludisme, mais où l'accès aux services sanitaires est limité. Les pays du plateau des Guyanes ont renforcé la coordination transfrontalière de leurs méthodes de lutte contre le paludisme et, du fait d'une incidence croissante du paludisme au Guyana et au Venezuela, l'OPS a fait la promotion d'un cadre stratégique qui met l'accent sur le risque et la progression de la résistance aux antipaludéens dans la Région et qui appuie l'élimination du paludisme à *Plasmodium falciparum*. En Guyane française, l'OPS a aussi étroitement collaboré avec l'Institut Pasteur, qui a été nommé Centre collaborateur de l'OMS pour le paludisme.

189. Les États Membres ont officiellement adopté le Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 (document [CD55/13](#)) au cours du 55^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2016. À la mi-2017, 20 des 21 pays d'endémie palustre de la Région s'étaient engagés à éliminer le paludisme et 14 avaient élaboré des feuilles de route ou des plans nationaux d'élimination du paludisme. Le processus de certification de l'élimination du paludisme a débuté en 2015 en Argentine et en 2016 au Paraguay. Six autres pays – le Belize, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, le Mexique et le Suriname – font partie des 21 pays au monde que l'on estime les mieux placés pour atteindre le chiffre de zéro cas de paludisme autochtone d'ici à 2020.

190. Chaque année depuis 2007, l'OPS célèbre la Journée contre le paludisme dans les Amériques en novembre pour favoriser la sensibilisation, identifier les efforts passés et présents, renforcer l'engagement et mobiliser des interventions en vue de l'élimination de la maladie. L'Organisation a également cerné et favorisé les « meilleures pratiques » en matière de paludisme grâce au concours des Champions des Amériques de la lutte contre le paludisme, réalisé en coordination avec la Fondation des Nations Unies, la *Milken Institute School of Public Health* à l'Université Georges Washington, le *Center for Communication Programs* à la *Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health*, et le *Global Health Consortium* du *Stempel College of Public Health and Social Work* à l'Université internationale de Floride. Les noms des gagnants et des finalistes du concours sont annoncés lors de la Journée contre le paludisme dans les Amériques et les

innovations réalisées au niveau de leur pays³³ sont soulignées. Les pays récompensés ont été le Brésil, la Colombie et la République dominicaine en 2013, le Guatemala, le Honduras et la République dominicaine en 2014, le Brésil et le Honduras en 2015, et le Costa Rica, El Salvador et le Suriname en 2016.

191. Malgré les nombreuses avancées, la transmission du paludisme a augmenté dans certains pays en 2016, particulièrement en Colombie, en Équateur, au Nicaragua et au Venezuela. Cette augmentation, principalement due à la situation environnementale, sociale, politique et économique dans les zones concernées, confirme la fragilité des réalisations. Les efforts d'élimination du paludisme sont particulièrement ardues du fait des difficultés à atteindre les populations mobiles, les collectivités frontalières et autres groupes vulnérables, des conséquences des urgences, des catastrophes et des épidémies, ainsi que des problèmes relevant des ruptures de stock et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement des médicaments.

Mobilisation des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

192. Un domaine essentiel de la coopération technique de l'OPS avec les États Membres pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses est la mobilisation des ressources du Fonds mondial. Pour le cycle de financement 2014-2016, 27 propositions de financement ont été soumises au Fonds mondial par la Région des Amériques, qui ont toutes été approuvées. Un total de \$626 millions de nouvelles ressources a ainsi été attribué à la Région pour lutter contre le VIH, la TB et le paludisme. Entre autres interventions, ce financement a participé aux efforts de trois pays clés de l'Organisation : Haïti, pour diminuer la prévalence élevée du VIH et de la TB, le Honduras, pour réduire les cas de paludisme transmis localement et atteindre l'objectif de zéro cas de paludisme à *P. falciparum* en 2017, et le Suriname, pour améliorer et amplifier le diagnostic, le traitement et la surveillance du paludisme, particulièrement dans les zones d'exploitation minière. En avril 2017, sept nouvelles propositions venant de six pays avaient été soumises au Fonds mondial, qui concernaient des défis particuliers liés au VIH (Cuba, Guyana, Nicaragua et Paraguay), au VIH et à la TB (Haïti) et au paludisme (Haïti et Honduras).

193. La coopération technique de l'OPS se préoccupe d'analyses épidémiologiques, d'examen des programmes de pays, d'analyse de lacunes programmatiques et financières et d'élaboration de plans stratégiques nationaux, tout en assurant un soutien continu pour la phase de mise en œuvre de ces propositions faites selon les besoins propres à chaque pays. Le BSP a joué un rôle critique en coordonnant les parties prenantes et en garantissant la fiabilité technique d'une proposition conceptuelle finale pour l'Élimination du paludisme en Mésio-Amérique et sur l'île d'Hispaniola (EMMIE, selon son sigle espagnol). Dans le cadre de cette initiative régionale appuyée par le Fonds

³³ Les informations sur les Champions de la lutte contre le paludisme sont disponibles sur <http://www.paho.org/campeonesmalaria/?lang=en> (en anglais et espagnol).

mondial, le Belize, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et la République dominicaine – quatre de ces pays étant des pays clés de l’OPS – ont profité d’un financement initial pour accélérer l’élimination du paludisme. Le Bureau a organisé une deuxième série de missions de vérification de données sur le paludisme dans les neuf pays participants, et noté une amélioration globale de la qualité des systèmes de surveillance dans la plupart d’entre eux ; une seconde subvention EMMIE a été approuvée en 2016.

194. Dans le cadre de la stratégie du Fonds mondial 2017-2022 *Investir pour mettre fin aux épidémies*, les 17 pays admissibles d’Amérique latine et des Caraïbes pourront avoir accès à un nouveau financement de \$303,3 millions sur la période 2017-2019. Cependant, huit pays – Belize, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Panama, Paraguay, République dominicaine et Suriname – ne seront plus admissibles au soutien financier du Fonds mondial au cours de cette même période. La coopération technique de l’OPS contribuera à la détermination et à la mobilisation de ressources de remplacement pour préserver les réalisations dans ces pays.

Élimination des maladies infectieuses négligées

195. Au cours de la période considérée, plusieurs pays ont lancé de nouveaux plans nationaux d’action et d’interventions pour le contrôle et l’élimination des maladies infectieuses négligées (MIN) :

- a) Haïti a traité près de 8 millions de personnes contre la filariose lymphatique, soit 60 % environ de l’ensemble de la population présentant un risque de contracter cette maladie dans les Amériques. Fin 2016, 46 communes (soit une population de 3,1 millions de personnes) de ce pays ont rempli les critères d’arrêt de l’administration de masse des médicaments et sont rentrées dans la phase de surveillance de l’élimination de la maladie.
- b) En 2016, le Brésil et la République dominicaine avaient également interrompu la transmission de la filariose lymphatique dans la plupart de leurs zones initialement endémiques et un seul des nombreux foyers restait actif dans les deux pays.
- c) En juillet 2017, une mission de l’OPS au Guyana a vérifié les progrès considérables réalisés sur la voie de l’élimination de la filariose lymphatique et émis des recommandations pour accélérer les efforts actuellement déployés.
- d) La Colombie a lancé une nouvelle campagne pour corriger chirurgicalement le trichiasis trachomateux (inflexion des cils vers l’œil induite par le trachome) et prévenir ainsi la cécité, et pour accélérer l’élimination du trachome. En 2015 et 2016, d’autres foyers de transmission ont été découverts dans les populations autochtones de la région de l’Amazone, et la stratégie CHANCE (chirurgie, antibiotiques, nettoyage du visage et changement de l’environnement) a été mise en œuvre, avec la coopération technique de l’OPS.

196. Plusieurs pays ont élaboré des plans d'action de lutte contre les géohelminthes ; le Honduras et le Paraguay, deux pays clés de l'OPS, ont lancé des campagnes de masse de traitement anthelminthique, tandis que le Brésil a mis en œuvre une campagne ciblant les enfants d'âge scolaire pour traiter les géohelminthes, dépister et traiter les signes précoces de lèpre et dépister le trachome chez les enfants à risque. En 2014, 8,7 millions d'enfants d'âge préscolaire (soit 67 % de la population à risque) ont été traités pour des géohelminthes dans 9 pays et 27,2 millions d'enfants d'âge scolaire (soit 81 % de la population à risque) ont reçu un traitement anthelminthique dans 12 pays. Dix pays reçoivent régulièrement de l'OMS des dons de traitement anthelminthique, avec l'appui de l'OPS, qui offre aussi par ailleurs sa coopération technique pour documenter l'élimination de la schistosomiase dans certains pays des Caraïbes.

197. Le BSP a conjugué ses expertises en maladies infectieuses négligées et en maladies à prévention vaccinale pour appuyer l'intégration du traitement anthelminthique aux activités de vaccination de la Semaine de la vaccination dans les Amériques 2014. De ce fait, le Honduras a mis en œuvre sa première campagne nationale anthelminthique et vaccinale nationale chez les enfants et le Nicaragua a intégré une nouvelle composante de suivi rapide de la couverture dans sa campagne anthelminthique et vaccinale actuellement en cours, qui cible les enfants âgés de moins de cinq ans. Au Suriname, les plans du PEV pour 2017-2021 incluent la lutte contre les géohelminthes, et les activités liées à cette lutte seront mises en œuvre de pair avec le programme de vaccination dans le cadre du projet *Integrated Health Systems* aux Amériques et aux Caraïbes (2016-2019). L'initiative *Integrated Health Systems* est le fruit d'un partenariat établi entre l'OPS et le ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement (MAECD) du Canada.

198. Le nombre de cas de rage humaine a chuté depuis l'établissement, en 1983, du programme régional d'élimination de la rage transmise par le chien. Au cours de la période considérée, la coopération technique du BSP a contribué au renforcement des laboratoires diagnostiques de la rage au Brésil, au Chili, en Colombie, en Équateur, en Haïti, au Pérou et en République dominicaine, par des activités de formation, et en établissant un nouveau réseau de laboratoires de diagnostic de la rage. Le Bureau a également collaboré avec Haïti et la République dominicaine pour mettre à jour leurs programmes de lutte contre la rage transmise par le chien. En 2016, 12 cas de rage humaine transmise par le chien ont été notifiés par trois pays d'Amérique latine et des Caraïbes (Bolivie, Guatemala et Haïti).

199. La coopération technique de l'OPS a contribué encore davantage à l'amélioration des capacités de lutte contre la rage à la suite d'accords passés lors de plusieurs événements clés : une réunion des Directeurs des programmes contre la rage dans les Amériques, un atelier sur la surveillance, la prévention et le contrôle de la rage auquel ont participé les pays d'Amérique centrale et le lancement du plan de lutte contre la rage de la sous-région des Andes, qui a donné la priorité à la Bolivie, un pays clé de l'OPS. Avec la coopération technique du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), la surveillance, la prévention et le contrôle de la rage chez l'animal comme chez l'homme

ont été renforcés dans 18 pays.³⁴ La coopération technique du BSP contribue à renforcer les campagnes nationales de vaccination de masse chez le chien à El Salvador, au Guatemala et au Nicaragua. En Haïti, l'accès au traitement prophylactique post-exposition destiné à l'homme a été amélioré grâce à des formations délivrées aux agents de santé, à la mise à disposition de directives thérapeutiques et à la donation de vaccins antirabiques humains par le Brésil et le Paraguay, qui ont ainsi exprimé leur solidarité et leur esprit de panaméricanisme.

200. Au cours du 55^e Conseil directeur de l'OPS (2016), les États Membres ont approuvé le Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 (document [CD55/15](#)), qui fournit le cadre général et le mandat politique de travail pour contrôler et prévenir les MIN dans la Région au cours de cette période. Dans certains pays cependant, un défi persistant est le caractère modeste de l'engagement politique pour atteindre les cibles spécifiques de contrôle et d'élimination des MIN.

Intervention pour éliminer le choléra à Hispaniola

201. En janvier 2010, un séisme dévastateur a secoué Haïti. Dix mois plus tard, le pays a vécu l'une des plus importantes épidémies de choléra de l'histoire moderne. Depuis les premières phases de l'épidémie, la transmission du choléra à Hispaniola s'est beaucoup ralentie, mais Haïti et la République dominicaine luttent encore contre la maladie. Début 2012, les présidents d'Haïti et de la République dominicaine se sont engagés à déployer des activités qui pourraient entraîner l'élimination du choléra à Hispaniola. Avec l'assistance technique de l'OPS, de l'UNICEF et des CDC, les deux leaders ont lancé un appel à l'action pour une Hispaniola exempte de choléra. Le ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti et sa Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement (DINEPA) ont élaboré, en collaboration avec l'OPS, l'UNICEF et les CDC, un Plan national 2013-2022 pour l'élimination du choléra en Haïti. Ce plan souligne quatre domaines d'intervention : eau et assainissement, surveillance épidémiologique, promotion du changement de certains comportements sanitaires et soins des personnes infectées dans des institutions de santé. La coopération technique du BSP s'est immédiatement préoccupée du contrôle et de l'élimination du choléra, en y incluant une collaboration directe entre les bureaux OPS/OMS en Haïti et en République dominicaine, une mobilisation des ressources et la facilitation d'une assistance technique supplémentaire apportée par la Coalition régionale pour l'eau et l'assainissement en vue d'éliminer le choléra sur l'île d'Hispaniola, dont le secrétariat était assuré par le BSP. L'OPS a appuyé la caractérisation de la dynamique du choléra en Haïti en amplifiant les capacités de surveillance. L'objectif est de renforcer des interventions ciblées, parmi lesquelles le recours au vaccin anticholérique oral, la sensibilisation de la population et les activités concernant l'eau et l'assainissement.

³⁴ Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Haïti, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela.

Coalition régionale pour l'eau et l'assainissement en vue d'éliminer le choléra sur l'île d'Hispaniola

La Coalition régionale pour l'eau et l'assainissement en vue d'éliminer le choléra sur l'île d'Hispaniola a été créée en juin 2012 par l'OPS, en partenariat avec l'UNICEF, les CDC des États-Unis, l'AECID et l'*Inter-American Association of Sanitary Engineering* (AIDIS, selon son sigle espagnol).

La Coalition a été lancée au 33^e congrès de l'AIDIS à Bahia (Brésil) et sa création répondait à un « appel à l'action » émis en 2012 par les gouvernements d'Haïti et de la République dominicaine pour que la communauté internationale mobilise des ressources destinées à de nouveaux investissements majeurs dans les domaines de l'eau et de l'assainissement, l'objectif étant d'éliminer le choléra. Avec l'aide de la coopération technique de la coalition, les deux pays ont élaboré des plans d'action nationaux détaillés pour éliminer le choléra d'ici à 2022. Le plan d'Haïti prévoit des investissements de \$2 milliards sur 10 ans, dont \$443,7 millions pour les deux premières années, tandis que le plan de la République dominicaine prévoit des investissements de \$77 millions sur 10 ans, dont \$33 millions pour les deux premières années.

En Haïti, les cas de choléra notifiés ont diminué en passant d'un pic de 340 111 cas en 2011 à 58 809 cas en 2013, puis 41 421 cas en 2016, soit une réduction globale de 87,8 %. Du fait de l'amélioration du dépistage et de la rapidité du traitement, le taux de létalité a diminué, passant de 2,2 % au début de l'épidémie en 2010 à 1,1 % en 2016. Le nombre de cas notifiés a suivi la même tendance en République dominicaine, passant de 20 851 en 2011 à 1954 en 2013 puis 1159 en 2016. Cependant le taux de létalité, qui était de 1,6 % en 2011, a été notifié à 2,3 % en 2016, suscitant des préoccupations quant à la prise en charge des personnes atteintes.

202. En 2014, l'OPS a fourni une coopération technique pour une campagne de vaccination anticholérique dans six communes haïtiennes considérées comme étant à risque élevé de choléra, et pour une campagne d'assainissement total lancée dans plusieurs communes par le gouvernement haïtien et l'ancien Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki Moon. L'organisation s'est également associée à l'UNICEF pour rassembler, lors d'une réunion, des experts mondiaux du choléra et des responsables de la DINEPA et du ministère de la Santé publique et de la Population d'Haïti. Les discussions techniques ont permis de conclure que l'élimination du choléra peut être réalisée en 10 ans et qu'il est crucial d'augmenter les investissements pour étendre la couverture d'eau potable et d'assainissement dans les zones urbaines et rurales.

203. Le BSP a favorisé le transfert de technologie, d'Haïti vers la Colombie et la République dominicaine, d'un système innovant de suivi de la qualité de l'eau appelé SIS-KLOR (pour *Residual Chlorine Surveillance System*). Cette technologie mobile à bas coût utilise les SMS pour transmettre en temps réel des informations colligées par les équipes responsables du recueil et de l'évaluation des échantillons d'eau. SIS-KLOR peut être utilisé dans des zones reculées difficiles d'accès et fait partie des innovations qui ont

suivi la riposte au séisme survenu en Haïti en 2010, grâce à des partenariats entre le BSP, la DINEPA, le ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle, l'UNICEF et diverses ONG.

Progrès réalisés au niveau de l'interface santé humaine – santé vétérinaire

204. La 17^e Réunion interaméricaine au niveau ministériel sur la santé et l'agriculture (RIMSA 17) s'est tenue en 2016 au Paraguay et son thème était « Une seule santé et des objectifs de développement durable ». Le lien entre la santé animale et la santé publique dans divers écosystèmes trouve sa pleine expression dans ce concept de santé unique, qui appelle une gouvernance intersectorielle, interprogrammatique et interdisciplinaire d'initiatives destinées à promouvoir et à protéger, de manière intégrée, la santé humaine, la santé vétérinaire et la santé environnementale. Lors de la RIMSA 17 ont été analysés les problèmes vétérinaires de santé publique en matière de salubrité des aliments, l'éradication de la fièvre aphteuse dans les Amériques et la prévention et le contrôle des zoonoses. Lors de cette même réunion ont également été acceptées les recommandations pour l'adoption de la démarche de santé unique, en ce qui concerne tous les problèmes liés à l'interface entre santé humaine et santé vétérinaire. Une telle démarche est essentielle pour la prévention et le contrôle des maladies, ainsi que pour l'atténuation et le confinement de la résistance aux antimicrobiens.

205. Concernant la santé vétérinaire dans les Amériques, l'année 2016 a marqué l'étape de quatre années consécutives sans cas de fièvre aphteuse, une maladie débilitante et souvent mortelle du bétail. En 2015, la Bolivie, l'Équateur et le Paraguay ont reçu la reconnaissance officielle de leur statut « exempt de fièvre aphteuse » de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). Ces pays ont ainsi rejoint le Pérou, qui a obtenu ce statut en 2012. Le Brésil et le Suriname devraient recevoir cette reconnaissance officielle en 2018. L'absence continue de cas de fièvre aphteuse témoigne du succès du Programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA, selon son sigle espagnol) dans les Amériques. Toutefois, la survenue d'une flambée de cette maladie en Colombie en juin 2017 démontre la persistance du risque de circulation du virus dans la Région, et la nécessité de renforcer les programmes nationaux de vaccination en ciblant les populations de bétail à risque. PANAFTOSA a élaboré, testé sur le terrain et promu des stratégies de surveillance basées sur les risques, dont l'objectif était de relever les seuils de détection de la fièvre aphteuse, tout en garantissant une utilisation rationnelle des ressources. Les stratégies innovantes basées sur les risques, qui ciblent également la grippe, sont devenues des outils importants pour aider les pays à prendre des décisions en matière de gestion des risques de santé publique qui émergent à l'interface entre la santé humaine, la santé animale et la santé de l'environnement. En renforçant la capacité des pays à détecter et notifier rapidement les risques de santé publique, ces nouveaux outils contribuent également à renforcer les principales capacités pour la mise en œuvre du RSI.

206. PANAFTOSA a créé une banque d'antigènes et de vaccins contre la fièvre aphteuse, à la demande de la Commission sud-américaine de lutte contre la fièvre

aphteuse (COSALFA). Il a également déplacé son laboratoire de référence (FAO)/OIE de la fièvre aphteuse de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture au Laboratoire national de l'agriculture du Brésil, dans l'État de Minas Gerais. Pour maintenir son soutien à l'éradication de la fièvre aphteuse, y compris la coordination du Plan d'action du PHEFA pour 2011-2020, l'OPS a créé un dispositif financier supplémentaire sous la forme d'un fonds fiduciaire. PANAFTOSA a contribué à améliorer la surveillance, la préparation et la riposte à la grippe aviaire extrêmement pathogène, l'hydatidose (échinococcose kystique), les épizooties de primates non humains et les vecteurs de la fièvre jaune dans la Région.

207. La Bolivie, le Panama, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela ont renforcé les capacités de leurs laboratoires pour analyser les pathogènes d'origine alimentaire. De plus, un projet de coopération Sud-Sud auquel participent le Brésil, la Colombie et le Cap-Vert et un projet de coopération Nord-Sud entre le Canada et les pays caribéens ont été élargis au renforcement de la salubrité alimentaire et des capacités d'évaluation des risques chimiques et microbiologiques.

208. Dans les Caraïbes, le BSP s'est uni à l'Université des Indes occidentales, à l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA) et à la FAO pour lancer les *One Health Leadership Series*. Il s'agit d'un programme de renforcement des capacités qui promeut des interventions intersectorielles en rassemblant des professionnels de la santé, de l'agriculture et de l'environnement. Le programme est basé sur la politique *Une seule santé* de la CARICOM, élaborée par l'OPS et la FAO et ratifiée par les ministres de la Santé et les ministres de l'Environnement de la CARICOM, en 2014 et 2015 respectivement. Les modules de leadership et de politiques abordent des problèmes sanitaires situés à l'interface de la santé humaine, de la santé animale et de la santé environnementale, y compris la salubrité des aliments et leur sécurité sanitaire, le tourisme, les zoonoses, l'approvisionnement en eau et la qualité de l'eau, ainsi que les changements climatiques.

Confinement de la résistance aux antimicrobiens

209. La Région des Amériques a été l'une des premières à faire face à la résistance aux antimicrobiens (RAM) dans une perspective de santé publique. La coopération technique du BSP comportait le renforcement de la surveillance de la RAM par les tests de laboratoire, la promotion d'un usage approprié des antimicrobiens, le renforcement des pratiques de prévention et de contrôle des infections, la promotion d'une surveillance intégrée de la RAM et l'amélioration des processus réglementaires. Cependant, la RAM s'est aggravée ces dernières décennies en raison d'un usage inapproprié des antibiotiques dans la médecine humaine et vétérinaire, du manque de mesures de prévention et de contrôle des infections associées aux soins de santé et de l'absence de développement de nouveaux agents antimicrobiens. Il est devenu évident qu'il faut encore intensifier les travaux pour obtenir un impact sur le confinement de la RAM, et quantifier celui-ci.

210. En 2015, le BSP a présenté le Plan d'action régional sur la résistance aux antimicrobiens (document [CD54/12, Rev. 1](#)) au 54^e Conseil directeur. Ce plan d'action était basé sur le Plan d'action mondial de l'OMS pour combattre la résistance aux antimicrobiens (documents OMS [A68/20](#) et [A68/20 Corr.1](#)) approuvé en 2015 lors de la 68^e Assemblée mondiale de la Santé, sur les travaux réalisés dans la Région depuis les années 90, sur les contributions d'experts internes et externes à l'Organisation, sur les résultats d'une consultation et du dialogue intersectoriel et sur les contributions de divers ministères de la Santé dans la Région. La résolution [CD54.R15](#) du Conseil directeur a approuvé le plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens et prié instamment les États Membres de renouveler leur engagement à appuyer l'élaboration et mettre en œuvre des plans nationaux d'intervention pour faire face à la résistance aux antimicrobiens, établir des systèmes efficaces de surveillance de cette résistance et promouvoir un usage approprié et responsable des antimicrobiens. La résolution demandait également à ce que le Bureau consolide et élargisse la collaboration avec la FAO et l'OIE pour combattre la résistance aux antimicrobiens conformément à l'initiative *Une seule santé*, et qu'il ait recours à des approches multidisciplinaires et intersectorielles dans sa coopération technique avec les États Membres, en prenant en considération la promotion de la santé, les droits de l'homme, l'égalité entre hommes et femmes, l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.

211. Tous les pays de la Région sont dotés d'une surveillance de la résistance aux antimicrobiens basée sur des tests de laboratoire. De plus, le Canada et les États-Unis sont inscrits au programme du Système de surveillance mondial des antimicrobiens, géré par l'OMS, tandis que l'Argentine, le Brésil et le Nicaragua sont en cours d'inscription à ce programme. Des analyses de laboratoires pour le dépistage et la notification d'une résistance aux antimicrobiens ont été menées à la Barbade, au Belize, à la Grenade, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et au Suriname. Avec l'appui du Canada, des projets pilotes sur la surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens ont été élaborés au Belize, à la Grenade et au Guyana.

212. En matière de résistance aux antimicrobiens, la coopération technique de l'OMS est centrée sur l'élaboration de plans d'action nationaux alignés sur les plans d'action mondiaux et régionaux et mettant l'accent sur des interventions multisectorielles en santé humaine, en santé vétérinaire et en agriculture, dans le cadre de l'approche *Une seule santé*. En janvier 2017, le BSP s'est associé au Consortium mondial de la Santé à l'Université internationale de Floride pour organiser une consultation régionale d'experts sur le suivi et l'évaluation des interventions de résistance aux antimicrobiens à Washington (D.C.) Les experts ont analysé les stratégies propres aux pays en matière de suivi de la résistance aux antimicrobiens et proposé des indicateurs préliminaires de résultats concernant le suivi et l'évaluation de la sensibilisation à cette résistance, de sa surveillance et de son confinement, ainsi que des travaux de recherche économiquement viables en la matière, conformément au plan d'action mondial 2015 sur la résistance aux antimicrobiens de l'OMS.

6. RÉDUCTION DE LA CHARGE ET DE L'IMPACT DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES CHRONIQUES ET DE LEURS FACTEURS DE RISQUE

213. Les maladies non transmissibles constituent la cause la plus importante de morbidité, d'incapacité et de décès dans les Amériques. Elles sont responsables de 79 % de tous les décès de la Région, dont 35 % sont prématurés, c'est-à-dire qu'ils surviennent chez des personnes âgées de 30 à 69 ans. La coopération technique du BSP a favorisé une sensibilisation à cet état de fait par les pays des Caraïbes, qui ont depuis longtemps identifié la nécessité de prendre en charge ces pathologies. Ces travaux ont aidé à attirer l'attention mondiale sur les MNT et ont contribué de manière importante aux événements ayant conduit en 2011 à la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et à la déclaration politique qui a fait suite à cette réunion.

214. En 2012, le 28^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé la Stratégie régionale pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (document [CSP28/9, Rev. 1](#)), conforme à la Stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. À la suite de l'adoption en 2013 du Plan d'action mondial 2013-2020 de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, l'OPS a lancé son Plan d'action régional pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (document [CD52/7, Rev. 1](#)), qui est adapté aux besoins de la Région et oriente la coopération technique de l'Organisation en la matière.

215. Tout comme les cadres mondiaux, la stratégie régionale et le plan d'action de l'OPS mettent l'accent sur les quatre MNT qui représentent le plus lourd fardeau dans les Amériques – les maladies cardiovasculaires (MCV), le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques – et leurs quatre principaux facteurs de risque : la consommation de tabac, une mauvaise alimentation, la sédentarité et la consommation nocive d'alcool. Les cadres cherchent à accroître la visibilité des MNT dans les programmes de développement et les programmes économiques des pays, et à promouvoir les approches à « tous les niveaux de gouvernement », de « la santé dans toutes les politiques » et de « l'ensemble de la société », avec une riposte multisectorielle aux MNT à laquelle participent le gouvernement, la société civile et le secteur privé.

Lutte contre les MNT et leurs facteurs de risque

Politiques, plans et programmes

216. Au cours de la période considérée, la coopération technique de l'OPS a contribué aux domaines suivants :

- a) l'élaboration ou la révision de politiques, stratégies ou plans nationaux multisectoriels sur les MNT à Antigua-et-Barbuda, au Belize, au Costa Rica, en

- Dominique, en Équateur, au Guyana, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay, à Saint-Kitts-et-Nevis et au Suriname.
- b) l'intégration de nouveaux programmes ou de programmes enrichis pour les soins des MNT dans les services sanitaires nationaux. La Dominique, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie et le Suriname ont lancé des programmes de gestion intégrée des maladies chroniques centrés sur les soins primaires, tandis que la Colombie, l'Équateur, la Jamaïque, le Mexique et le Pérou ont élaboré de nouveaux programmes ciblant spécifiquement la prévention et le contrôle du cancer.
- c) l'amélioration de l'autoprise en charge des maladies chroniques par la mise en œuvre du passeport de soins chroniques, une carte détenue par le patient qui encourage l'adhésion aux médicaments, les soins personnels et la prévention et facilite le recueil de données sur les MNT, mais aussi au renforcement des capacités en matière d'autogestion du diabète sous la forme d'un cours en ligne offert par le Campus virtuel de santé publique de l'OPS et à la mise en œuvre du Programme d'autoprise en charge des maladies chroniques (CDSMP, selon son sigle anglais). Ce programme consiste en des ateliers communautaires conduits par des pairs et destinés à responsabiliser les adultes pour que ceux-ci gèrent leurs états chroniques en coordination avec les équipes de soins, tout en restant des membres actifs de la société. Des données probantes montrent que les participants à ce programme améliorent leur état de santé, leurs comportements de santé et les soins qu'ils s'autoadministrent, mais aussi qu'ils viennent moins souvent en consultation dans les services d'urgences. Ce modèle a été adapté par la CARICOM pour être ajusté aux besoins des pays caribéens, et sa mise en œuvre pour les soins des maladies chroniques fait partie des stratégies ou des plans d'action concernant les MNT de plusieurs pays de la CARICOM. Le CDSMP a été lancé dans tous les pays des Caraïbes orientales, où il a été bien intégré à tous les niveaux des services de santé. Cette expérience a été documentée et présentée au Brésil, au Chili, aux États-Unis d'Amérique et au Pérou pour promouvoir la coopération entre les pays.

217. Dans le cadre du Forum panaméricain de lutte contre les MNT³⁵ (PANFCD, selon son sigle anglais), l'OPS a lancé le *Consortium SaltSmart* et l'Initiative sur les cancers féminins :

- a) Le Consortium SaltSmart regroupe des experts gouvernementaux de la santé et de la nutrition, des membres de la société civile (y compris des universités) et des représentants de l'industrie. Ce Consortium a approuvé un plan sur plusieurs années visant à diviser par deux la consommation de sel alimentaire dans les Amériques d'ici à 2020. Ce plan comporte des campagnes pour sensibiliser le

³⁵ Le PANFCD a été fondé par l'OPS en 2009 pour être une plateforme ouverte dédiée à l'épidémie de MNT dans les Amériques, permettre une approche de « l'ensemble de la société », promouvoir la Stratégie régionale de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles et contribuer à sa mise en œuvre.

public à l'importance de réduire le sodium, et des étapes pour réduire le sel dans les produits alimentaires transformés industriellement. En 2014, le Consortium a élaboré une série de principes et établi des cibles spécifiques pour orienter les efforts déployés dans la Région aux fins de réduction du sel contenu dans divers produits alimentaires. Antigua-et-Barbuda, la Barbade et Saint-Vincent-et-les-Grenadines ont mis en œuvre un projet de réduction du sel qui fait appel à une approche de marketing social ciblant les jeunes mères dont les enfants sont d'âge scolaire. En 2017, des équipes techniques du Brésil, du Costa Rica, du Paraguay et du Pérou ont été formées à l'emploi de stratégies de marketing social pour réduire l'ajout de sel aux aliments.

- b) L'Initiative sur les cancers féminins est le fruit d'un partenariat entre l'OPS et les principales organisations mondiales et régionales de prévention du cancer. Cette initiative est dédiée à la réduction des cancers du sein et du col de l'utérus, qui sont les principaux cancers féminins en Amérique latine et dans les Caraïbes. D'une durée de trois ans, elle a débuté en 2013 et des activités ont été mises en œuvre au niveau régional et dans un certain nombre de pays incluant l'Argentine, la Bolivie, le Chili, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Vincent-et-les-Grenadines. Cette initiative aborde la sensibilisation et la communication, le renforcement des capacités de dépistage, diagnostic, traitement et soins, l'amélioration de l'accès aux services et au traitement, l'élargissement de la vaccination contre le VPH et l'expansion des travaux de recherche. Le BSP a préparé une analyse et un rapport sur les progrès réalisés pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus, qui seront étudiés et discutés au cours de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017.

Innovations technologiques pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est en grande partie évitable et le BSP appuie l'utilisation d'une nouvelle technologie, un test détectant la présence du VPH, pour améliorer l'efficacité des programmes de dépistage de ce cancer, tout en soutenant également la vaccination contre le VPH dans une optique de prévention du cancer du col de l'utérus.

En 2013, l'OPS et l'OMS ont émis de nouvelles directives basées sur des données probantes de dépistage du cancer du col de l'utérus, dans lesquelles le test du VPH est utilisé comme un outil principal de dépistage. Le Bureau a établi des dialogues sur les politiques entre parties prenantes au Costa Rica, à El Salvador, en Équateur, au Guatemala et au Nicaragua, pour diffuser les nouvelles données probantes et débattre des modifications de politiques qui leur sont liées. Cette démarche a conduit à l'élaboration et à l'application, avec le soutien du BSP, de nouvelles politiques et de nouveaux plans nationaux appuyant les programmes de dépistage basés sur le test du VPH.

Le Bureau a également mené des projets de démonstration du test du VPH au Chili, à Saint-Kitts-et-Nevis et à Saint-Vincent-et-les-Grenadines, et préparé un guide programme concernant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de dépistage qui intègrent le test du VPH, tout en s'appuyant sur les expériences dans les milieux à revenus faibles ou moyens.

Le BSP a favorisé une série d'événements motivés par l'échange d'informations scientifiques et le partage d'expériences de pays, parmi lesquels une réunion régionale avec des parties prenantes originaires de 20 pays et six organisations internationales, ainsi qu'un dialogue secteur public-secteur privé avec les fabricants de tests du VPH au cours duquel a été évoqué la manière de rendre ces tests plus abordables et accessibles. À la suite de ce dialogue, le Bureau a établi des critères et des normes pour le choix des tests du VPH et collaboré avec le Programme OMS de préqualification des médicaments pour que ces tests soient rapportés au Fonds stratégique de l'OPS, afin que les États-Membres puissent les acheter à un prix abordable.

Législation et réglementation

218. Les initiatives législatives et réglementaires jouent un rôle majeur en matière de prévention et de contrôle des MNT, particulièrement en ce qu'elles tiennent compte des facteurs de risque. Il a été montré que la réduction de l'exposition au tabac, à l'alcool et aux produits alimentaires nocifs pour la santé et la possibilité d'une activité physique « en faisant du choix santé le choix facile » sont des démarches très rentables en termes de réduction des MNT. Les politiques fiscales, l'augmentation des taxes d'accise sur les produits nocifs par exemple, peuvent détourner le public de consommer ces produits et réduire les dépenses de santé, tout en générant de nouveaux revenus que l'on peut affecter aux interventions sanitaires. Au cours de la période considérée, la coopération technique de l'OPS a contribué à l'élaboration de plusieurs initiatives législatives et réglementaires dans les pays de la Région.

219. L'OPS a mis en œuvre l'initiative REGULA, dont l'objectif est de développer les compétences des pays en matière d'élaboration et de mise en œuvre de mesures législatives, réglementaires et fiscales pour une réduction des facteurs de risque des MNT. Cette initiative s'appuie sur la coopération technique en cours pour mettre en œuvre des mesures efficaces d'inflexion de la consommation du tabac et de l'usage nocif de l'alcool, et de promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique. Ces mesures comportent l'introduction ou l'augmentation de taxes sur le tabac, l'alcool et les boissons sucrées, une politique de prix incitant à l'achat de produits alimentaires sains, un étiquetage alimentaire efficace, des mises en garde sanitaires concernant le tabac et les produits alimentaires et des restrictions marketing sur les produits nocifs pour la santé, parmi lesquelles une interdiction marketing totale pour le tabac. Dans le cadre de ses travaux pour cette initiative, le Bureau a élaboré un document technique de référence et a réuni un groupe d'experts du Brésil, du Canada, du Chili, de la Colombie, des États-Unis d'Amérique, du Mexique et du Pérou qui ont révisé le document et proposé à la coopération technique des axes d'interventions dans ce domaine. Le groupe a déterminé

quatre axes clés d'interventions pour le Bureau : *a)* la surveillance continue des facteurs de risque de MNT et l'évaluation des processus réglementaires, *b)* l'élaboration de structures organisationnelles, l'obtention d'un financement et la mise en place de processus pour les entités réglementaires, *c)* le développement d'une expertise technique sur la lutte contre les risques de MNT et *d)* la promotion de travaux de recherche sur l'efficacité et les meilleures pratiques d'interventions réglementaires pour réduire les risques de MNT. Grâce à une subvention du Fonds de l'OPEC pour le développement international, l'initiative développe ses activités en les centrant actuellement sur la Bolivie, le Guatemala et le Honduras, trois pays clés de l'OPS.

Lutte antitabac

220. Plusieurs pays ont persévéré sur la voie de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac :

- a) En 2013, le Suriname a promulgué une stricte législation antitabac, qui interdit la fumée des produits du tabac dans tous les lieux de travail et les lieux publics intérieurs, réglemente le conditionnement et l'étiquetage des cigarettes et interdit toute forme de publicité, de promotion ou de parrainage concernant le tabac.
- b) En 2016, la Colombie a promulgué la Loi 1819/Mesures fiscales, qui a modifié la Loi 223 de 1995 en augmentant les taxes sur le tabac de 659 pesos par paquet de 20 unités à 1400 pesos par paquet de 20 unités en 2017, chiffre qui passera à 2100 pesos par paquet de 20 unités en 2018. La loi a également introduit une augmentation progressive de la composante spécifique des taxes sur le tabac qui, à partir de 2019, seront ajustées à l'indice des prix à la consommation relevé de quatre points.
- c) En 2016, le ministère de l'Économie et des Finances du Pérou a approuvé, par le décret présidentiel N° 112-2016-EF, une augmentation de 157 % de la taxe d'accise sur les produits du tabac, la faisant passer de 0,07 à 0,18 sol péruvien par cigarette.
- d) En janvier 2017, la Barbade a adopté une législation garantissant que les cigarettes électroniques sont soumises aux mêmes contrôles et aux mêmes mises en garde détaillées sur leur conditionnement que les cigarettes ordinaires.
- e) En juin 2017, le Guyana a fait la première lecture à son Assemblée nationale du projet de loi antitabac 2017, dont l'objectif est d'empêcher l'exposition du public au tabagisme secondaire et d'interdire la publicité sur les produits du tabac, y compris les cigarettes électroniques.

221. En 2013 et 2014 respectivement, le Nicaragua et l'Uruguay sont devenus les deux premiers pays au monde à ratifier le nouveau Protocole OMS pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. En 2015, l'Équateur est devenu le troisième pays à ratifier ce protocole, suivi du Panama en 2016 et du Costa Rica en 2017. Le protocole, qui complète la Convention-cadre en étant lui-même un nouveau traité, prévoit des mesures

de lutte contre le commerce illégal du tabac. Celles-ci incluent l'obligation d'une licence, le suivi et la traçabilité des produits du tabac, ainsi que le suivi et la régulation des ventes de tabac. Le protocole promeut également la coopération internationale, y compris l'extradition de personnes suspectes d'une participation au commerce illicite du tabac. Les autorités fiscales équatoriennes ont développé un système de suivi et de traçabilité des produits du tabac (et des boissons alcoolisées, y compris la bière) qui est opérationnel depuis mars 2017. L'Équateur a collaboré avec d'autres pays souhaitant mettre en œuvre un tel système dans le cadre de la coopération Sud-Sud, par le biais du réseau intersectoriel latino-américain sur les politiques fiscales de lutte antitabac.

222. Le Bureau a organisé des ateliers infrarégionaux sur le tabac et son commerce, où les responsables des ministères de la Santé et des Finances ont travaillé ensemble à élaborer des scénarios fiscaux de modifications des structures de taxation sur le tabac pour remplir les objectifs en termes de santé et de revenus. Les ateliers en Amérique centrale et en Amérique du Sud ont conduit à l'élaboration de propositions d'augmentation de la taxation sur le tabac en Colombie et au Pérou, et à la création de réseaux infrarégionaux pour débattre de l'harmonisation des taxes et de stratégies visant à éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

223. En 2017, la Colombie et El Salvador étaient, parmi 15 pays sélectionnés dans le monde, les deux seuls pays de la Région des Amériques choisis pour participer au Projet 2030 de la Convention-cadre. Le Secrétariat de la Convention-cadre a élaboré ce projet pour appuyer les Parties à la Convention-cadre de l'OMS qui sont admissibles à recevoir une aide officielle au développement. Le projet, qui se déroule d'avril 2017 à mars 2021, contribuera à la réalisation des ODD en faisant progresser la mise en œuvre de la Convention-cadre et en soutenant son intégration aux programmes nationaux de santé et de développement.

Alimentation saine, activité physique et prévention du surpoids et de l'obésité

224. Treize pays³⁶ ont adopté des lois et/ou mis en œuvre des politiques ou des réglementations nationales pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique, conformément aux directives de l'OPS/OMS. Les mesures incluent des taxes sur les boissons sucrées, des restrictions à la commercialisation de boissons et d'aliments nocifs pour les enfants, l'offre de repas scolaires sains et des exigences pour l'étiquetage des aliments transformés industriellement, afin de faire face au problème croissant du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adultes. Le Paraguay a approuvé de nouvelles réglementations pour réduire la teneur en sel du pain produit industriellement, et l'Argentine a adopté la loi 26905, entrée en vigueur en décembre 2014, qui vise la réduction du sodium.

³⁶ Barbade, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, Équateur, Mexique, Paraguay, Pérou et Uruguay.

Taxes sur les boissons sucrées

Le Mexique présente la consommation de soda par habitant la plus élevée au monde et l'un des taux de décès par le diabète parmi les plus élevés. En réponse à cette problématique, le pays a approuvé en 2013 une nouvelle loi, qui impose des taxes aux boissons sucrées comme mesure de santé publique pour réduire la demande. La loi prévoit une taxe d'un peso par litre pour les boissons sucrées, tant sous leur forme liquide qu'en poudre, et une taxe de 8 % sur les aliments transformés et denses en énergie (ou « aliments vides »). Le texte prévoit également de nouvelles restrictions sur la publicité des produits alimentaires nocifs pour les enfants ainsi que de nouvelles exigences en matière d'étiquetage.

Cette réussite révolutionnaire du Mexique a été le résultat d'efforts conjoints du ministère des Finances, du ministère de la Santé, du Congrès fédéral, du milieu universitaire, de la société civile et des organisations internationales. Le BSP a plaidé en faveur de la législation en organisant trois forums dédiés qui ont compté avec la participation d'experts internationaux et de décideurs : un « forum économique », un « forum législatif » et un « forum médiatique ». D'autre part, le Bureau a compilé des preuves scientifiques, élaboré des fiches d'information sur l'utilisation des politiques budgétaires pour influencer les modes de consommation en faveur de choix plus sains et également facilité le dialogue entre le gouvernement et la société civile. Les revenus tirés des nouvelles taxes seront utilisés pour fournir de l'eau potable aux écoles dans tout le pays.

En 2014, le BSP a publié un rapport intitulé *Taxes sur les boissons sucrées comme stratégie de santé publique : l'expérience du Mexique*, qui documente les efforts du pays et décrit comment les partisans de l'initiative fiscale ont pu surmonter l'opposition active de l'industrie des boissons gazeuses et de ses alliés. Le rapport cite les résultats préliminaires d'une étude menée conjointement par l'Institut national de santé publique du Mexique et l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill (États-Unis), qui a mis en évidence une réduction moyenne de 6 % des ventes de boissons taxées au cours de la première année de la taxe, par rapport à l'année précédente. Une évaluation supplémentaire a révélé une baisse de 10 % au cours de la deuxième année, pour une moyenne de 8 % sur la période de deux ans.

L'expérience du Mexique a inspiré des efforts similaires à la Barbade, au Chili, à la Dominique et en Équateur. Entre 2014 et 2016, ces pays ont tous mis en place des taxes sur les boissons sucrées. Depuis le premier semestre 2017, la Jamaïque interdit l'offre de boissons sucrées aux déjeuners scolaires fournis par le gouvernement et Trinidad et Tobago interdisent l'offre ou la vente de boissons sucrées dans et autour des écoles gouvernementales ou soutenues par le gouvernement et les deux pays envisagent d'imposer des taxes sur les boissons sucrées.

Consommation nocive d'alcool

225. Le BSP a réuni des experts en matière de marketing et de réglementation de l'alcool provenant de pays des Amériques et d'Europe, ainsi que d'Australie, d'Inde et d'Afrique du Sud, afin d'évaluer les effets du marketing de l'alcool, en particulier sur les jeunes, et sur l'efficacité de la réglementation volontariat plutôt que statutaire. Les experts ont conclu que la publicité et la promotion de l'alcool devraient être réglementées, surveillées et évaluées par les gouvernements indépendamment de l'industrie de l'alcool, et que les interdictions globales de commercialisation de l'alcool sont parmi les mesures

les plus efficaces. Les experts ont invité le Bureau à guider les États Membres dans l'élaboration et l'adoption d'une législation à cet égard. En 2017, le BSP a publié une note technique détaillant les données probantes concernant la réglementation du marketing de l'alcool ainsi que les éléments essentiels pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une législation efficace, y compris l'utilisation des principes et normes en matière de droits de l'homme pour protéger les enfants et les autres groupes vulnérables.

226. Le Bureau a entrepris une coopération technique avec le Chili, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, la Grenade, la Jamaïque, le Paraguay, le Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis et le Suriname pour l'élaboration ou le renforcement des politiques et plans nationaux sur l'alcool, en favorisant des mesures centrées sur la population comme base des activités nationales liées à l'alcool. Les interventions nationales ont été complétées par un atelier infrarégional, pour les pays d'Amérique centrale qui a eu lieu au Belize. Cet atelier s'est centré sur l'élaboration de politiques en matière d'alcool et de la législation relative à la santé. Une autre mesure a été l'inclusion du sujet de la prévention de la consommation nocive d'alcool dans les ateliers REGULA infrarégionaux sur les politiques fiscales et l'argumentaire d'investissement pour la prévention et le contrôle des MNT.

Réponse face à la résistance de l'industrie

227. Après l'introduction des lois et règlements, les fabricants et fournisseurs des produits jugés nocifs pour la santé ont montré une certaine résistance et opposition. Leurs initiatives contemplent des tentatives qui visent à influencer les fonctionnaires publics et les gouvernementaux ainsi que des actions en justice pour bloquer la mise en œuvre des mesures. Pour répondre aux demandes des États Membres, le Bureau a apporté son soutien non seulement sur les aspects techniques de la législation et réglementation en vigueur, mais également en matière de lutte contre les tactiques de l'industrie. Le soutien comprenait :

- a) Chili : collaboration entre les bureaux de pays de l'OPS/OMS et de la FAO pour contrer les tentatives de l'industrie visant à bloquer la mise en œuvre des nouvelles réglementations sur les étiquettes d'avertissement des aliments transformés, riches en sucre, en sel ou en graisses saturées, et proposition d'arguments pour faire face à la remise en question par l'industrie des boissons alcoolisées des données de l'OPS/OMS relatives à la consommation d'alcool et son caractère nocif.
- b) Costa Rica : proposition d'arguments auprès du ministre de la Santé sur les conflits d'intérêts perçus liés à la participation des représentants de l'industrie des boissons alcoolisées à une commission chargée d'examiner et d'approuver la publicité sur l'alcool. La participation proposée de l'industrie a été jugée anticonstitutionnelle et a été bloquée.

- c) Équateur : élaboration d'un mémoire d'*amicus curia*³⁷ en défense des réglementations qui exigent l'étiquetage nutritionnel sur le devant de l'emballage des aliments transformés.
- d) Jamaïque : assistance au ministère de la Santé pour défendre les nouvelles mesures de lutte contre le tabagisme face à l'opposition de l'industrie, y compris le plaidoyer au niveau du premier ministre et la demande d'une étude sur l'effet du commerce de l'alcool sur le tourisme et l'impact perçu de la taxation de l'alcool. L'étude a démontré que le tourisme n'est pas perçu comme un obstacle à la taxation de l'alcool.
- e) Pérou : présentation au comité de santé du Congrès et au ministre de la Santé d'un rapport écrit de la Directrice sur la législation des aliments sains pour les enfants et adolescents et présentation par les experts techniques du Bureau de données probantes pour informer les discussions sur les nouvelles réglementations visant à mettre en œuvre la loi. L'OPS a également soutenu la présentation de données probantes par des experts visant à contrer les arguments de l'industrie des boissons alcoolisées concernant le projet de loi sur les mesures fiscales liées à l'alcool.
- f) Uruguay : présentation d'un mémoire d'*amicus curiae* en défense de la législation sur le contrôle du tabagisme contesté par Philip Morris International au Centre international de règlement des différends relatifs aux investissements du Groupe de la Banque mondiale. L'Uruguay a remporté le procès en juillet 2016, un événement historique.

Autres interventions pour la prévention et le contrôle des MNT

228. En 2014, les États Membres de l'OPS ont adopté un nouveau Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents (document [CD53/9, Rev. 2](#)). Le premier de son genre dans toutes les régions de l'OMS, le Plan d'action vise à enrayer l'épidémie d'obésité croissante chez les enfants et les adolescents des Amériques. Il cible les environnements de plus en plus « obésogènes » dans la Région, résultat de l'urbanisation, de la modernisation, du marketing et du commerce mondial. Ces forces ont augmenté à la fois la disponibilité et l'accessibilité aux aliments et boissons à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments, au détriment des aliments frais entiers, tout en réduisant les possibilités d'activité physique. Pour contrer ces conditions, le Plan d'action propose cinq axes stratégiques d'intervention : *a)* des soins de santé primaires et promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation saine, *b)* l'amélioration de la nutrition et renforcement de l'activité physique à l'école, *c)* des politiques fiscales et réglementation de la commercialisation et de l'étiquetage des aliments, *d)* d'autres actions multisectorielles et *e)* la surveillance, recherche et évaluation. Avec la coopération technique de l'OPS, plusieurs pays de la Région, en particulier dans les

³⁷ Un mémoire d'*amicus curiae* est un document juridique soumis au tribunal par une personne ou entité qui n'est pas partie à l'action, mais qui est très préoccupée par l'affaire. Ces mémoires donnent au tribunal des informations ou des arguments pertinents que le tribunal pourrait souhaiter examiner.

Caraïbes, ont élaboré des stratégies et des plans pour prévenir l'obésité chez les enfants. Le BSP a également contribué à la formulation du plan d'action de la société civile pour la prévention de l'obésité infantile dans les Caraïbes de la Coalition des Caraïbes saines.³⁸

229. La coopération technique du BSP pour la prévention et le contrôle des MNT comprend différents partenariats et alliances, notamment :

- a) La collaboration avec les CDC des États-Unis et d'autres parties prenantes pour diriger le projet de réduction des risques cardiovasculaires (anciennement connu sous le nom de projet de traitement standardisé de l'hypertension), un effort novateur pour élaborer et mettre en place un cadre pour le traitement normalisé de l'hypertension. Cette initiative, lancée en 2013 en Amérique latine et les Caraïbes, comprend trois piliers principaux : *a)* identifier un groupe de médicaments essentiels pour traiter l'hypertension, *b)* accroître la disponibilité de ces médicaments et *c)* améliorer les soins de l'hypertension. Le Bureau a contribué à la conception du projet et a forgé des alliances avec les parties prenantes et les ministères de la Santé pour promouvoir sa mise en œuvre à la Barbade, au Chili, en Colombie et à Cuba. Les résultats après 18 mois de mise en œuvre du projet pilote à la Barbade comprenaient des pratiques améliorées pour la lutte contre l'hypertension et la prescription de médicaments. En 2016, le Chili, la Colombie et Cuba sont devenus les premiers membres d'un réseau de pays à avoir intégré l'approche dans leurs systèmes de prestation de santé et programmes nationaux de lutte contre les MNT. Le Bureau a élaboré deux cours virtuels qui visent à renforcer la mise en œuvre de l'approche dans les pays participants. Au premier semestre 2017, 30 000 personnes s'étaient inscrites au cours de contrôle de l'hypertension et 5000 personnes au cours de prévention secondaire pour les équipes de soins primaires, récemment mis en place. Les enseignements tirés de la mise en œuvre du cadre dans les Amériques aideront à faciliter son déploiement dans le monde entier.
- b) Le leadership des efforts interinstitutions dans le cadre du Groupe de travail interaméricain sur les maladies non transmissibles, qui soutient la coordination et la collaboration entre les organismes sur les approches multisectorielles pour la prévention et le contrôle des MNT. Les membres du groupe de travail comprennent l'OEA, la BID, la Banque mondiale, l'IICA et la CEPALC. Les activités ont porté sur des questions telles que la fiscalité du tabac, l'économie des maladies non transmissibles et le plaidoyer auprès des ministres du Développement social.
- c) Le partenariat avec la FAO dans la Région pour préserver, renforcer et/ou rétablir des systèmes alimentaires favorables à la santé et pérennes pour mettre fin à toutes les formes de malnutrition.

³⁸ La Coalition des Caraïbes saines (HCC, d'après son sigle anglais) est une organisation non gouvernementale fédératrice qui représente des organisations de la société civile travaillant dans la prévention et le contrôle des MNT dans les Caraïbes. La HCC maintient des relations officielles avec l'OPS.

230. Le Bureau a renforcé ses travaux sur l'économie des MNT, les facteurs de risque et la santé mentale, dans le but de faciliter le dialogue intersectoriel afin de mieux comprendre les dimensions économiques des problématiques liées aux MNT au sein et au-delà du secteur de la santé. Il a également renforcé l'efficacité du plaidoyer en faveur d'une augmentation des ressources pour la prévention et le contrôle des MNT et promu la cohérence des politiques sur les MNT et les facteurs de risque dans tous les secteurs. En vertu de ce cadre, le Bureau a rassemblé en 2016 des chercheurs sur l'économie des MNT issus ou externes à la Région afin d'identifier les lacunes, les opportunités et les domaines prioritaires pour la recherche économique future axée sur les politiques afin de soutenir l'action multisectorielle sur les MNT. En mai 2017, le BSP a convoqué une réunion à la Barbade avec des représentants des ministères de la Santé et des Finances de 17 pays et territoires des Caraïbes. Les participants ont présenté et débattu sur des données probantes relatives à la rentabilité de la taxation du tabac, de l'alcool et des boissons sucrées en tant qu'outil pour lutter contre les MNT et faciliter le dialogue intersectoriel et la cohérence des politiques. Parmi les partenaires internationaux présents à l'événement se trouvaient *Bloomberg Philanthropies*, CARICOM, CARPHA et des universitaires et autres membres de la société civile.

231. Grâce à sa collaboration avec l'école de santé publique T.H Chan de l'université de Harvard, le Bureau a mis en œuvre le modèle EPIC de l'OMS pour estimer l'impact des MNT sur la production économique mondiale. La collaboration a permis d'utiliser le modèle EPIC-H Plus de Harvard, qui quantifie l'impact des MNT sur la production globale due à la réduction de l'offre de main-d'œuvre (en raison de la morbidité et de la mortalité) et de la réduction du capital résultant de l'augmentation des coûts des dépenses de santé pour les MNT et les troubles mentaux. Lorsque le modèle a été appliqué au Costa Rica, à la Jamaïque et au Pérou, les estimations ont prévu que, si aucune action n'est prise, une perte du PIB entre 2015 et 2030 dues aux MNT équivalente à 142 % du PIB de 2013 du Costa Rica, à 105 % du PIB de 2013 de la Jamaïque et à 255 % du PIB de 2013 du Pérou. En juin 2016, ces résultats parmi d'autres de la collaboration ont été présentés au Forum économique mondial de l'Amérique latine à Medellín (Colombie). Le partenariat comprend également l'élaboration de lignes directrices pour que les pays des Amériques puissent effectuer eux-mêmes des estimations similaires à l'aide du modèle EPIC-H Plus. Des études sur l'argumentaire d'investissement pour les MNT sont menées en Jamaïque et au Pérou afin d'estimer le retour sur investissement d'un ensemble choisi d'interventions sur les MNT.

232. Le Bureau a contribué à l'amélioration de la surveillance des MNT et des facteurs de risque grâce à l'élaboration d'un module technique qui permet d'évaluer la capacité des pays à surveiller les MNT et leurs facteurs de risque, d'identifier les lacunes dans le suivi, d'établir les priorités et de suivre les progrès vers les engagements mondiaux et régionaux en matière de MNT. Le module a été utilisé dans les pays de la sous-région andine en 2015 et il a contribué à l'élaboration de plans visant à améliorer la capacité de surveillance des MNT des pays. Son utilisation sera étendue à d'autres sous-régions. Le BSP a également poursuivi sa coopération technique avec les pays dans leur utilisation d'enquêtes sur la population pour renforcer la surveillance des MNT, leurs facteurs de

risque et les troubles mentaux. En 2016, le Bureau a mis à l'essai l'utilisation de deux nouvelles technologies pour la collecte de données au moyen d'enquêtes auprès des ménages : des tablettes connectées à Internet pour la saisie des données et des dispositifs biomédicaux pour les mesures qui permettent le suivi du diabète et du cholestérol. L'Équateur a été le premier pays de la Région à utiliser des appareils mobiles pour mettre en œuvre l'enquête STEPS de l'OMS, y compris au niveau infranational, et le processus a reçu des commentaires positifs du ministère de la Santé et du Bureau national des statistiques. Le Bureau a fourni un stock de ces appareils et il les proposera à tour de rôle aux États Membres pour leur utilisation lors des enquêtes nationales.

Mise à jour sur l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles ou inconnues en Amérique centrale

Le BSP a dirigé la coopération technique interprogrammatique qui a rassemblé des ressources et initié un dialogue entre les équipes de recherche, les décideurs et les groupes d'intérêt afin de faire avancer les interventions fondées sur des données probantes pour combattre l'épidémie d'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles ou inconnues. Ce trouble affecte principalement les jeunes hommes adultes des communautés agricoles d'Amérique centrale qui sont déjà victimes des contraintes socioéconomiques.

En réponse à la proposition d'El Salvador, le Bureau a élaboré un document de réflexion (document [CD52/8](#)) qui décrit l'impact et les défis de l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles ou inconnues en Amérique centrale et qui appelle à une action internationale urgente. La déclaration, qui a réaffirmé la Déclaration d'El Salvador signée par les pays d'Amérique centrale en avril 2013, a été formellement adoptée par le 52^e Conseil directeur de l'OPS en octobre 2013 (résolution [CD52.R10](#)). Un nombre croissant de groupes de recherche, y compris les centres collaborateurs de l'OPS/OMS, ont entamé des enquêtes sur le terrain et le Bureau soutient l'élaboration d'un programme de recherche complet dont le but est de faire progresser les connaissances sur l'histoire naturelle de la maladie et ses causes. Le Consortium pour l'épidémie de néphropathie en Amérique centrale et au Mexique (CENCAM) a été constitué pour entreprendre les recherches pertinentes.

Le BSP, en collaboration avec les CDC des États-Unis, la Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension, le Secrétariat exécutif du COMISCA et les représentants des ministères de la Santé des pays d'Amérique centrale, a élaboré une proposition pour la définition de cas à utiliser dans la surveillance épidémiologique ainsi qu'une définition des cas cliniques. Bien que l'étiologie de la maladie demeure inconnue, la communauté scientifique a atteint un consensus sur sa caractérisation en établissant que le caractère de l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles ou inconnues est essentiellement professionnel. Par conséquent, le renforcement de la promotion de la santé environnementale et professionnelle est une stratégie essentielle pour sa prévention.

El Salvador a mis à jour son cadre juridique pour le contrôle des pesticides et interdit l'utilisation de 53 ingrédients actifs hautement toxiques. Le Guatemala a approuvé une nouvelle réglementation nationale sur la santé et la sécurité au travail, en y intégrant des mesures pour la prévention de l'insuffisance rénale chronique. Le Guatemala s'efforce également de modifier ses réglementations sur la gestion des pesticides ménagers.

La collaboration a été renforcée entre le Bureau et les Centres collaborateurs de l'OPS/OMS en matière de santé professionnelle et environnementale, qui ont intégré l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles ou inconnues dans leurs activités de soutien. Les pays ont mené une formation sur les actions intersectorielles pour aborder les risques environnementaux, la toxicologie clinique et la méthodologie d'évaluation des risques. En collaboration avec les Centres collaborateurs de l'OPS/OMS pour la santé professionnelle et environnementale, le Bureau élabore des protocoles pour l'analyse de la situation et la mise en œuvre d'interventions préventives et correctives dans le milieu professionnel. Le Bureau a également mis en place un cours d'approfondissement en ligne avec des experts régionaux sur la prévention, le diagnostic et le traitement de l'intoxication aiguë par les pesticides, ainsi qu'un cours virtuel sur l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles ou inconnues, disponible à travers le campus virtuel de l'OPS pour la santé publique.

Des avancées dans l'intégration de soins complets pour l'insuffisance rénale chronique dans les services de santé ont été accomplies, y compris l'élaboration de lignes directrices sur les soins cliniques pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique au premier niveau de soins, la mise à jour des normes nationales et la conception de services de prévention et de soins complets pour l'insuffisance rénale chronique.

233. Des membres du personnel du Bureau ont entrepris une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action régional pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, qui vise à réduire de 15 % les décès prématurés des quatre principales MNT d'ici 2019. L'évaluation a révélé un schéma stable ou une légère baisse de la mortalité prématurée des MNT dans presque tous les pays et territoires de la Région. Toutefois, moins de la moitié des pays semble être sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de réduction de 15 %, avec les progrès les plus lents observés en Amérique centrale et dans les Caraïbes.

234. Les ministères de la Santé de 38 pays et territoires de la Région ont fourni des informations pour l'examen du plan d'action régional. Ils ont souligné les actions nécessaires pour améliorer la situation actuelle des MNT, y compris intensifier les engagements politiques, techniques et financiers pour lutter contre les maladies non transmissibles, en particulier dans les sous-régions d'Amérique centrale et des Caraïbes, donner la priorité à la mise en place de plans nationaux de lutte contre les MNT, de cibles et de commissions multisectorielles sur les MNT dans les pays qui n'en disposent pas, mettre l'accent sur la prévention de l'obésité, faire de la politique sur l'alcool une priorité dans le cadre de la lutte contre les MNT et les programmes de santé et mettre en place des interventions de réduction de la demande, ainsi qu'utiliser pleinement le Fonds stratégique de l'OPS pour accroître l'accès aux médicaments essentiels contre les MNT et en particulier les médicaments pour améliorer le contrôle de la tension artérielle et prévenir les maladies cardiovasculaires.

235. L'OMS et le ministre de la Santé publique de l'Uruguay sont coorganisateur d'une conférence mondiale sur la prévention et le contrôle des MNT qui se tiendra à Montevideo (Uruguay), en octobre 2017. Les présidents et les ministres de la Santé de plusieurs pays devraient y participer et se mettre d'accord sur une feuille de route qui

proposera des conseils aux pays sur la manière d'influencer les politiques publiques dans les secteurs non sanitaires et d'améliorer la cohérence normative en ce qui concerne la problématique des MNT. Le BSP joue un rôle majeur dans les préparatifs de la conférence et participera à sa mise en œuvre et à son suivi.

Progrès et innovations en santé mentale

236. L'OPS a poursuivi sa coopération technique pour améliorer les politiques, programmes et interventions en matière de santé mentale dans la Région des Amériques, en collaboration avec les homologues nationaux et la société civile pour résoudre ce problème de santé publique mal desservi, mais prioritaire. Grâce à la coopération technique du BSP, les pays de la Région ont avancé dans la mise en œuvre du Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale de l'OMS (mhGAP), qui favorise l'élargissement des services pour les troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances psychoactives au niveau des soins primaires. Le BSP a contribué à la formation continue pour le mhGAP, y compris par le biais du CVSP de l'OPS, ce qui a permis d'atteindre des milliers d'agents du niveau de santé primaire et d'accomplir des changements positifs dans les attitudes et les pratiques en matière de troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances psychoactives. Le Belize a reproduit avec succès les formations mhGAP grâce à la participation de certains de ses médecins généralistes à la formation virtuelle de 2013 et la Colombie a commencé sa propre formation mhGAP dans le cadre du campus virtuel de l'OPS, destinée aux établissements universitaires et aux associations professionnelles. Le Chili a incorporé systématiquement la formation et la mise en œuvre du mhGAP dans ses systèmes de santé et dans le cadre du programme d'études pour les professionnels de la santé non spécialisés. Au Mexique, une ville du nord du pays, où le mhGAP a été instauré en 2012, a signalé une augmentation de plus de 300 % du nombre de personnes traitées pour des problèmes de santé mentale dans les soins de santé primaires.

237. Plusieurs pays et territoires de la Région ont complété ou progressé dans l'élaboration de politiques et mesures en matière de santé mentale :

- a) Anguilla, Antigua-et-Barbuda, la Barbade, le Costa Rica, les Îles Vierges britanniques, le Panama, le Suriname et le Venezuela ont élaboré ou mis à jour des politiques et des plans nationaux de santé mentale.
- b) L'Argentine a annoncé des réglementations relatives à sa loi nationale sur la santé mentale, qui protège les droits des personnes souffrant de troubles mentaux, tandis que la Jamaïque et les Îles Vierges britanniques ont revu leur législation en matière de santé mentale.
- c) Les professionnels d'Anguilla, d'Antigua-et-Barbuda et de la Jamaïque ont reçu une formation sur les premiers secours psychologiques en cas de catastrophes et d'urgence et ils ont rédigé des composantes psychologiques et de santé mentale pour leurs plans nationaux de santé en cas de catastrophe. Les Bahamas, Suriname

et la Trinité-et-Tobago ont également dispensé une formation sur la santé mentale en cas de catastrophe et pour les premiers secours psychologiques.

238. L'OPS travaille avec la République dominicaine dans ses efforts pour renouveler son système national de santé mentale. Des avancées significatives ont été accomplies, en particulier au cours des deux dernières années. Un investissement important a permis de transformer l'hôpital psychiatrique national en centre de réadaptation psychosociale pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères et durables. Le centre dispose d'excellentes capacités d'hébergement et il a considérablement amélioré la qualité de vie des patients, leur permettant d'entrevoir la possibilité de revenir avec succès au sein de leurs communautés. Le pays a accordé la priorité aux soins de santé mentale ambulatoires et au développement d'unités spécialisées dans les hôpitaux généraux, de sorte que les cas d'urgence et aigus puissent être traités par les hôpitaux généraux et non plus uniquement par les hôpitaux psychiatriques.

239. La coopération technique du BSP pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale et la qualité des services considère les utilisateurs des services de santé mentale et leurs familles comme des participants actifs du processus de soins. En 2013, le BSP, en collaboration avec le ministère de la Santé du Brésil, a organisé à Brasilia un premier rendez-vous régional, avec des représentants d'organisations d'utilisateurs et de familles. Les objectifs de la réunion étaient de partager des expériences personnelles et institutionnelles sur les droits de l'homme, l'autonomie et l'autonomisation des utilisateurs et leurs familles et de promouvoir leur participation aux décisions relatives aux soins de santé mentale. Plus de 100 représentants de 18 pays³⁹ ont participé à la réunion. Le Consensus de Brasilia est issu de cette réunion. Le Consensus appelle à l'action concrète des pays pour mettre en œuvre les principes internationaux sur la santé mentale et les droits de l'homme. Il appelle également à établir et renforcer les associations d'utilisateurs et de leurs familles et à créer un réseau régional de ces associations.

240. Au cours de la période considérée, le BSP a coordonné une série d'échanges entre le Chili et le Canada sur les besoins en santé mentale des groupes autochtones. Les pays ont partagé et comparé des initiatives et des pratiques pour des problèmes communs de santé mentale dans différentes communautés autochtones, ce qui a entraîné un engagement commun pour résoudre les problèmes identifiés. Les discussions préliminaires ont porté sur les actions futures axées sur la formation et les interventions en matière de santé mentale, ainsi que sur l'inclusion de l'Argentine et du Brésil, qui ont participé aux discussions de planification.

241. Chaque année, environ 65 000 personnes dans la Région des Amériques – dont près de 70 % d'hommes – se suicident. Le suicide est une cause de décès évitable et, en mai 2016, un atelier régional a eu lieu au Costa Rica dans le but de renforcer les capacités des pays à mettre en œuvre des mesures préventives pour les comportements suicidaires.

³⁹ Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname.

Également en 2016, dans le cadre de la Journée mondiale de la prévention du suicide, qui se tient chaque année en septembre, l'OPS a lancé une nouvelle publication intitulée *Prévention du comportement suicidaire*, qui fournit des informations essentielles sur les comportements suicidaires et sur les principales stratégies pour y remédier, de la surveillance à l'évaluation des interventions.

Observatoire du suicide pour l'Amérique centrale et la République dominicaine

Chaque année, plus de 800 000 personnes meurent pour cause de suicide dans le monde et 76 % de ces décès se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 29 ans, et c'est une cause importante de décès tout au long de la vie, affectant les personnes de tout âge. La prévalence, les caractéristiques et les méthodes du comportement suicidaire varient considérablement selon les communautés et les groupes démographiques. Pour cette raison, la mise à jour des informations sur le suicide est essentielle pour développer des interventions préventives efficaces.

En Amérique centrale, les données probantes sur le suicide ont souffert d'une sous-déclaration importante et d'une hétérogénéité dans les méthodes de collecte, ce qui entrave une évaluation fiable du problème. Pour y remédier, le BSP s'est associé au COMISCA pour développer un Observatoire du suicide. Lancé en décembre 2013, l'Observatoire fournit une plate-forme virtuelle pour recueillir des informations opportunes sur les comportements suicidaires, afin de soutenir la planification fondée sur des données probantes et permettre aux pays de traiter plus efficacement les facteurs de risque.

Pour le premier semestre 2016, les huit pays membres du SICA (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama et République dominicaine) ont introduit des données sur le suicide à partir de 2010 sur la plate-forme, en utilisant un ensemble commun de variables. L'Observatoire a également entamé le processus de collecte de données sur les tentatives de suicide, car les tentatives précédentes sont le principal facteur de risque prédictif du décès par suicide pour l'ensemble de la population. Le BSP continue de fournir une coopération technique, y compris le renforcement des capacités, pour ce processus et accompagnera le suivi et l'évaluation. Le Bureau envisage d'étendre ce réseau de premier ordre dans la Région à d'autres pays afin d'améliorer la qualité des données d'état civil sur le suicide.

Mise à jour sur la prévention de l'usage nocif de l'alcool, de la violence et des traumatismes

Prévention de l'usage nocif de l'alcool

242. L'usage nocif de l'alcool est un facteur de risque critique pour la santé mentale et d'autres maladies non transmissibles ainsi que pour les traumatismes et les problèmes génésiques. Au cours de la période couverte par le rapport, une grande partie de la

coopération technique du BSP en la matière a été guidée par la Stratégie mondiale de l'OMS pour réduire l'usage nocif de l'alcool ([A63/13](#)), qui a été approuvée lors de la 63^e Assemblée mondiale de la Santé en 2010 et par le Plan d'action régional pour réduire l'usage nocif de l'alcool de 2011 (document [CD51/8, Rev. 1](#)). Ces cadres ont favorisé la création du Réseau panaméricain sur l'alcool et la santé publique pour relier les points focaux du ministère de la Santé responsables des sujets liés à l'alcool avec les experts régionaux et la société civile. Le réseau rend compte des progrès réalisés par le plan d'action régional, et quatre des points focaux de la Région participent à un conseil mondial pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour réduire la consommation nocive d'alcool. Une autre entité nouvelle est la section latino-américaine du Réseau international pour les interventions brèves contre l'alcool et autres drogues (INEBRIA Latina), qui a été créée sur la base du modèle d'INEBRIA (selon le sigle anglais), un réseau mondial de chercheurs et de cliniciens.

243. En 2013, l'OPS a lancé une série de six cours en ligne relatifs à la réduction de l'usage nocif de l'alcool. Un cours, conçu pour les décideurs de la santé, se concentre sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique sur l'alcool et les drogues. Un autre cours, dédié aux professionnels de la santé, traite du dépistage et des interventions brèves contre l'alcool et les drogues, en particulier dans les établissements de soins de santé primaires. Les cours sont proposés gratuitement, et le Guatemala, le Mexique et l'Uruguay les ont adoptés et complétés avec des séances de formation en présentiel et des webinaires en partenariat avec de grandes universités, des experts locaux, les conseils nationaux des drogues et les centres collaborateurs de l'OPS/OMS. Deux nouveaux cours virtuels ont été lancés en 2017, un sur le plaidoyer en matière de politiques sur l'alcool et un autre sur l'alcool et la grossesse.

244. L'Organisation a coordonné la recherche collaborative sur le rôle de la consommation d'alcool dans les traumatismes non mortels traités aux urgences hospitalières. Dix pays (Argentine, Brésil, Canada, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Mexique, Nicaragua, Panama et République dominicaine) ont utilisé le même protocole pour enquêter sur le risque relatif d'un traumatisme lié à l'alcool chez les personnes de plus de 18 ans. Les données ont été analysées dans le cadre d'un partenariat avec deux centres collaborateurs de l'OPS/OMS, au Mexique et aux États-Unis, et les résultats ont été résumés et publiés, ainsi que des recommandations fondées sur des données probantes, dans le document intitulé *Prévention des blessures liées à l'alcool dans les Amériques : des données probantes aux politiques pour l'action*. Le livre, publié en décembre 2013, documente le lourd fardeau de la consommation d'alcool dans les systèmes de santé et les sociétés dans leur ensemble. Il décrit également les moyens de réduire les dommages liés à l'alcool, y compris l'utilisation de politiques rentables pour réduire la consommation nocive aux niveaux de la personne et de la population.

245. En 2015, le Bureau a publié le *Rapport sur le statut régional en matière d'alcool et santé dans les Amériques*. Ce rapport examine les modèles et les conséquences de la consommation d'alcool dans la Région et il évalue les progrès réalisés depuis la promulgation de la Stratégie mondiale de l'OMS et du Plan d'action régional de l'OPS.

Un domaine émergent d'intérêt pour la Région concerne le rôle de l'alcool pendant la grossesse et le développement des troubles causés par l'alcoolisation fœtale. La recherche connexe et l'intégration des services ont débuté en Argentine, au Brésil, au Chili et en Uruguay et, pendant le premier semestre 2017, des activités de renforcement des capacités étaient en cours au Chili. Un cours virtuel sur ce sujet sera lancé en 2017.

246. Au cours de la période considérée, l'Organisation a également travaillé à renforcer la mise en œuvre par les pays du Plan d'action régional 2011 sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique (document [CD51/9](#)), en entreprenant une coopération technique avec les ministères de la Santé, en coordination avec d'autres secteurs. De nouvelles collaborations ont débuté en 2017 pour examiner les liens entre l'alcool, les drogues et la conduite, ainsi qu'entre l'alcool et la tuberculose. Cette dernière collaboration a lieu au niveau régional et au Pérou. Cette initiative comprend un examen systématique de la littérature et la recherche sur l'intégration des services.

247. Malgré ces efforts, la consommation d'alcool par habitant est encore élevée dans la Région et elle devrait augmenter si aucune mesure supplémentaire n'est prise. Des troubles épisodiques importants liés à l'alcool sont fréquents chez les adultes et les adolescents, et les taux de mortalité liés à l'alcool sont élevés. Un examen à mi-parcours du Plan d'action régional 2011 pour réduire l'usage nocif de l'alcool a été présenté lors du 55^e Conseil directeur en 2016 (document [CD55/INF/12](#)). Ce rapport mettait en évidence des progrès insatisfaisants, tout comme les indicateurs concernant l'alcool du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. L'examen a proposé plusieurs mesures visant à améliorer la situation, telles que l'élaboration de normes de politiques sur la consommation d'alcool adoptées par les États Membres, la formulation de politiques et plans nationaux sur l'alcool qui visent une réduction relative de l'usage nocif de l'alcool d'au moins 10 %, le contrôle de la commercialisation de l'alcool pour changer les normes culturelles et protéger les jeunes de la pression à boire, la promotion de politiques budgétaires comme moyen efficace pour réduire l'usage nocif de l'alcool, ainsi que pour augmenter les revenus des gouvernements et le plaidoyer pour augmenter la sensibilisation.⁴⁰ Le Bureau a créé un groupe consultatif technique pour fournir des conseils et un soutien aux travaux de l'OPS dans le domaine de la politique sur l'alcool. Le groupe consultatif technique formulera également des recommandations spécifiques à l'intention de la Directrice sur les stratégies pour renforcer la coopération technique avec les États Membres et le dialogue politique entre les principaux intervenants dans la Région. La première réunion du groupe consultatif technique est prévue pour novembre 2017.

Prévention de la violence

248. Le travail technique de l'OPS sur la prévention de la violence a compris :

⁴⁰ À cet égard, la Coalition des Caraïbes saines a créé à partir de 2016 une Journée annuelle infrarégionale de réduction de la consommation d'alcool dans les Caraïbes. Des informations sont disponibles en anglais sur <http://bit.ly/2tH5GCO>.

- a) La publication du rapport intitulé *La violence contre les femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes : une analyse comparative des données démographiques de 12 pays*, en collaboration avec les CDC des États-Unis. Il s'agit du premier rapport comparatif intégrant des données sur la violence à l'égard des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes.
- b) La coopération avec la Communauté andine pour normaliser les indicateurs de la violence sexospécifique, de manière à faciliter les futures analyses comparatives.
- c) La participation à l'élaboration de plans nationaux de prévention de la violence et des traumatismes à la Trinité-et-Tobago et contre la violence sexospécifique au Guyana, en collaboration avec les centres collaborateurs de l'OPS/OMS.
- d) Le renforcement des capacités pour la prévention primaire de la violence à l'égard des femmes en Bolivie, au Costa Rica, à El Salvador, en Équateur, au Guatemala, au Paraguay et au Pérou. Au Guatemala, ce travail comprenait l'élaboration de plans locaux pour la prévention de la violence et de la criminalité, dans le cadre du programme conjoint de prévention des conflits et de consolidation de la paix, financé par le Fonds de réalisation des OMD.
- e) La participation à la mise en œuvre du projet de prévention de la violence et des traumatismes, financé par l'USAID, à Ciudad Juárez, qui est devenu un modèle pour d'autres villes et municipalités du Mexique. Dans le cadre de ce projet, l'Organisation a contribué à renforcer l'Observatoire pour la sécurité et la cohabitation pacifique de l'Université autonome de Ciudad Juárez, à renforcer les capacités des prestataires de soins primaires et sociaux, des premiers intervenants et des organismes communautaires et à améliorer la gestion des connaissances et des compétences en matière de communication avec les médias et la communauté.
- f) La réalisation d'une formation dédiée à la collecte et l'analyse d'informations sur la prévention de la violence, qui a permis la création de points focaux nationaux dans plusieurs pays capables de fournir des données pour le *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde* de l'OMS.
- g) La participation à l'évaluation et au renforcement des systèmes de surveillance de la violence et des traumatismes dans plusieurs pays, y compris le Belize, Haïti et la Trinité-et-Tobago, avec le soutien du Centre national pour la prévention et le contrôle des traumatismes des CDC, un centre collaborateur de l'OPS/OMS.

249. Le Bureau a publié le *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans la Région des Amériques*, qui fournit des informations actualisées sur la prévention de la violence interpersonnelle dans les Amériques. Le rapport repose sur le *Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde*, un rapport collaboratif produit par l'OMS et ses bureaux régionaux, le PNUD et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC). Pour le rapport régional, le Bureau a recueilli des informations provenant de 21 pays des Amériques, représentant 88 % de la population de la Région. Pour l'année 2012, le rapport estime que 165 617 homicides ont eu lieu dans les pays à revenu faible et intermédiaire d'Amérique latine et des Caraïbes, soit un taux

de 28,5 homicides pour 100 000 personnes. Ce taux est quatre fois supérieur au taux mondial d'homicides (6,7 pour 100 000), mais seulement trois quarts des pays de la Région disposent de plans d'action nationaux pour réduire la violence. Les trois quarts des homicides ont été commis avec des armes à feu, malgré les constatations du rapport selon lesquelles tous les pays disposent de lois sur le port d'armes. Cependant, un tiers des pays manquait de données, ce qui suggère qu'une grande partie de la planification et de l'élaboration de politiques se fait en l'absence de données probantes. Le rapport de situation appuie l'élaboration de politiques dans les États Membres et l'élaboration de plans et d'initiatives efficaces, y compris des programmes visant à réduire la disponibilité et l'usage nocif de l'alcool, des lois et programmes visant à réduire l'accès aux armes à feu et armes blanches, des efforts visant à modifier les normes sexospécifiques qui contribuent à perpétuer la violence à l'égard des femmes, des programmes visant à améliorer les compétences parentales et sociales chez les enfants et adolescents et des campagnes d'information publique pour prévenir la maltraitance des personnes âgées.

250. Le Bureau a examiné les intersections de la violence contre les enfants et de la violence à l'égard des femmes pour identifier les points d'entrée de manière à coordonner les efforts de prévention et d'intervention tout au long du parcours de vie, et les résultats ont été publiés dans la revue *Global Health Action*. Un deuxième examen, réalisé en collaboration avec l'UNICEF et l'Université Johns Hopkins, a évalué les forces et les faiblesses des protocoles nationaux de santé qui guident la réponse du secteur de la santé vis-à-vis des enfants exposés à la violence. Ce travail, publié dans [BMC Public Health](#), ainsi que deux autres publications, fournit des conseils pour le travail du Bureau avec les États Membres : [INSPIRE : Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants](#), qui a été coédité avec les États Membres et neuf autres organismes et traduit par le Bureau et [Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle-Manuel clinique](#) qui a été traduit à l'espagnol par le Bureau.

251. En collaboration avec un certain nombre de partenaires, le Bureau a développé la campagne [Every Hour Matters](#) (Chaque heure compte) pour sensibiliser à l'importance de l'accès rapide aux soins après un viol. Le Bureau a également collaboré avec l'ONU Femmes, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population pour organiser des réunions et des ateliers régionaux au Honduras, au Panama, à la Trinité-et-Tobago et à Washington (D.C.) sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes, les méthodologies pour mesurer la prévalence de la violence et les indicateurs pour suivre les progrès dans la mise en œuvre de stratégies de prévention et d'intervention.

Prévention des traumatismes

252. Au cours de la période analysée et dans le cadre de la Décennie d'action de l'ONU pour la sécurité routière 2011-2020, plusieurs pays des Amériques, y compris la Dominique, l'Équateur, le Guyana et l'Uruguay, ont élaboré, approuvé ou mis en œuvre de nouveaux plans et lois visant à réduire les accidents de la circulation. En Équateur, l'OPS a contribué à élaborer des normes techniques sur l'utilisation des casques de

protection par les motocyclistes et le pays a amélioré sa législation sur les facteurs de risque et de protection des traumatismes dus aux accidents de la circulation. El Salvador a promulgué une loi visant à créer un fonds national pour les victimes d'accidents de la circulation, ce qui a permis de mieux cerner cette problématique. Le Mexique a avancé dans la mise en œuvre de son initiative en faveur de la sécurité routière dans tous les États.

253. Un plan directeur pour le renforcement de la sécurité routière dans les villes d'Amérique centrale a été élaboré en 2015 avec la coopération technique de l'OPS et de l'OMS. Le plan a été conçu pour les pays du projet Mésoamérique (Belize, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama et République dominicaine) et il a été approuvé à l'unanimité par les ministres de la Santé, des Infrastructures et du Transport des pays participants. Basé sur un modèle mondial élaboré par le Groupe des Nations Unies pour la collaboration en matière de sécurité routière, le plan Mésoamérique offre une base d'action qui peut être contextualisée à différentes cultures et par différents gouvernements, entreprises et institutions.

254. Le Bureau a publié des rapports sur la sécurité routière dans les Amériques, fournissant des informations actualisées sur les taux nationaux et régionaux de traumatismes liés à la circulation routière, la législation sur les principaux facteurs de risque et les progrès réalisés dans ce domaine par les pays. Le *Rapport de situation sur la sécurité routière dans la Région des Amériques 2015* a mis en évidence que 150 000 personnes environ sont mortes de traumatismes dus aux accidents de la circulation en Amérique latine et dans les Caraïbes en 2010. Parmi ces décès, 27 % étaient des piétons, 20 % des motocyclistes et environ 4 % des cyclistes. Le rapport indique que 42 % de la population d'Amérique latine et des Caraïbes est désormais protégée par des lois sur l'alcool au volant. Cependant, sur les 14 pays qui prévoient des limites de concentration d'alcool dans le sang, seulement cinq d'entre eux (Costa Rica, Équateur, Honduras, Panama et Saint-Vincent-et-les Grenadines) font état d'une application rigoureuse. De même, les lois sur le port du casque de moto se sont améliorées, mais des efforts supplémentaires sont nécessaires pour faire respecter ces lois et s'assurer de la conformité des casques aux normes de qualité. Le rapport appelle à renforcer l'application de la législation routière pour réduire les décès liés à la circulation et surtout pour protéger les usagers de la route les plus vulnérables.

255. En 2015, le BSP a participé à la 2^e Conférence mondiale de haut niveau sur la sécurité routière, qui s'est tenue au Brésil. Plus de 100 ministres des Transports, de la Santé et de l'Intérieur et leurs représentants ont assisté à la Conférence. Elle a abouti à la Déclaration de Brasilia, adoptée par les États Membres de l'OPS, approuvée successivement par la 70^e Assemblée générale de l'ONU et la 69^e Assemblée mondiale de la Santé. La Déclaration se félicite de l'inclusion de la sécurité routière dans le Programme pour le développement durable à l'horizon 2030 et recommande des actions régionales pour renforcer la gestion de la sécurité routière, améliorer la législation et l'application de la loi, promouvoir des routes et des véhicules plus sûrs, encourager l'utilisation de modes de transport durables, protéger les usagers vulnérables de la route,

améliorer les services de réponse à la suite des accidents et de réadaptation et renforcer la coopération et la coordination mondiales en matière de sécurité routière.

256. En 2016, le Bureau a organisé une réunion régionale sur l'alcool, les médicaments et les accidents de la circulation routière, en collaboration avec l'OMS et avec la participation des États Membres, pour examiner la situation dans la Région. La réunion a conduit à l'élaboration d'un protocole régional qui peut être adapté par les pays pour mener des études dans les salles d'urgence sur les accidents de la route non mortels impliquant des passagers, des conducteurs ou des piétons, afin d'évaluer le rôle et le risque associé à la consommation d'alcool et d'autres drogues avant le traumatisme. Cette information devrait faciliter l'amélioration de la sécurité routière et diminuer les dommages causés par les traumatismes liés à l'alcool et aux drogues. La BID contribue à la mise en œuvre d'études, qui démarrent en 2017 au Chili et en Jamaïque.

257. Le Brésil et le Mexique ont participé au lancement en 2015 de la deuxième phase de l'initiative *Bloomberg Philantropies* consacrée à la sécurité routière mondiale, qui a été menée au niveau mondial par l'OMS et pour les Amériques par l'OPS. Ce programme historique a consolidé le rôle du secteur de la santé dans les efforts de prévention des accidents de la circulation, sur la base de l'ensemble des repères définis dans le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* de 2004. Dans le cadre de ce programme, le BSP a encouragé l'amélioration des données, l'intégration intersectorielle et le renforcement des capacités pour les professionnels de la sécurité routière, les journalistes, les ONG et les autres intervenants en matière de sécurité routière. Le Bureau a également entrepris une coopération technique avec les pays pour élaborer des plans et des politiques de sécurité routière, améliorer la législation et concevoir du matériel pédagogique.

7. AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET GARANTIR DES ENVIRONNEMENTS SÛRS ET SAINS

Promotion de la santé dans toutes les politiques

258. La santé dans toutes les politiques (HiAP) est considérée comme une expression novatrice de l'action intersectorielle et comme « le bras pratique » pour mettre en œuvre la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. Tel que défini dans la Déclaration d'Helsinki de 2013, la santé dans toutes les politiques est « une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé ». Bien que l'expression comprenne « dans toutes les politiques », cela ne signifie pas que l'approche doit être présente dans toutes les initiatives. Elle fait plutôt référence à l'objectif visant à s'assurer que la préoccupation et la responsabilité concernant les effets sur la santé et sur l'équité sont systématiquement prises en compte par tous les secteurs.

259. Grâce à l'aide du Bureau, du Canada et de l'OMS, le Mexique a mené et documenté une analyse des arguments économiques de l'intégration des déterminants sociaux de la santé par les secteurs non sanitaires. Le BSP a aidé le Honduras et le Pérou à renforcer leurs capacités de mesure et de surveillance des disparités en matière de santé dans le cadre des déterminants sociaux de la santé. Le BSP a également travaillé avec les pays pour renforcer leurs capacités à mener des travaux intersectoriels, à plaider en faveur de la santé dans toutes les politiques et à promouvoir l'équité en matière de santé.

260. L'Organisation a également élaboré et distribué un outil pour aider les pays à documenter et à organiser des exemples de travaux intersectoriels aux niveaux national, infranational et local qui démontrent l'approche de la santé dans toutes les politiques. Les pays ont utilisé l'outil pour concevoir leurs propres études de cas, et le Brésil, le Chili, El Salvador et le Mexique ont recueilli des données probantes démontrant qu'une approche de santé dans toutes les politiques peut entraîner des effets importants sur l'équité en matière de santé. Plusieurs études de cas ont été présentées lors de la 8^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Helsinki en 2013. Elles comprenaient le programme *Bolsa Família* (Bourse familiale) du Brésil et son initiative *Brasil Sem Miséria* (Brésil sans pauvreté extrême), l'expérience sur l'équité en matière de santé dans toutes les politiques du Canada, l'initiative *Elegir Vivir Sano* (Choisir de vivre en bonne santé) du Chili, le plan national du *Buen Vivir* (bien vivre) de l'Équateur, la Commission intersectorielle sur la santé d'El Salvador et l'Accord national pour la santé nutritionnelle – stratégie de lutte contre le surpoids et l'obésité du Mexique.

261. En 2014, le 53^e Conseil directeur a approuvé le Plan d'action régional 2014-2019 sur la santé dans toutes les politiques (HiAP) (document [CD53/10, Rev. 1](#)), le premier de

son genre parmi les régions de l'OMS. Conforme au cadre de l'OMS pour l'action dans les pays relatif à l'intégration de la santé dans toutes les politiques de 2014, ce plan d'action favorise une approche de politique publique qui examine systématiquement les implications potentielles pour la santé de toutes les décisions politiques. Pour le plan d'action, la synergie entre la promotion de la santé, les déterminants sociaux de la santé, la justice sociale et les droits de l'homme est intégrée au concept de la santé dans toutes les politiques. Le plan d'action souligne également la contribution de cette approche à la résolution de problèmes de santé qui requièrent une approche intersectorielle concertée. Parmi ces problèmes figurent les maladies non transmissibles, la santé universelle, la durabilité environnementale et l'équité en matière de santé.

262. En 2015, le Bureau a organisé une consultation d'experts au cours de laquelle les principaux experts mondiaux ont défini une feuille de route quinquennale contenant des recommandations et des actions proposées pour mettre en œuvre le plan d'action régional sur la santé dans toutes les politiques. Conformément à leurs recommandations, le Bureau a créé un groupe de travail spécial pour définir un ensemble d'indicateurs essentiels issus du cadre des objectifs de développement durable (ODD) et qui peuvent être utilisés pour promouvoir des actions intersectorielles et surveiller leur impact sur la santé. Le groupe de travail fournira également, à la demande des pays, une expertise technique et des conseils pour la mise en œuvre des ODD.

263. Également en 2015, le BSP a collaboré avec le gouvernement du Suriname, l'Université de Durham (Royaume-Uni) et le gouvernement de l'Australie du Sud pour organiser le premier atelier régional de formation sur la santé dans toutes les politiques au Suriname. Le gouvernement du Suriname a approuvé l'approche et manifesté son intention de l'institutionnaliser : avec la coopération technique du BSP, il a convoqué un deuxième atelier en 2016 pour poursuivre le processus. Les participants à l'atelier comprenaient des représentants des ministères et d'entités non gouvernementales sélectionnées. Les participants ont formé huit groupes de travail intersectoriels qui ont formulé et discuté 12 politiques intersectorielles que le conseil des ministres de chaque pays doit approuver. Par l'entremise du bureau du représentant de l'OPS/OMS, le BSP a poursuivi son plaidoyer et son aide dans le processus au Suriname.

264. Le BSP a établi un partenariat avec l'Institut national de la santé publique du Mexique, FIOCRUZ (Brésil) et l'École latino-américaine des sciences sociales (Chili) pour le renforcement des capacités pour la santé dans toutes les politiques aux niveaux local, national et régional. En février 2017, les partenaires ont mené une évaluation stratégique du renforcement des capacités de la santé dans toutes les politiques dans la Région. Cette évaluation a permis d'identifier les forces et les faiblesses du programme à ce jour et d'élaborer un plan de travail sur deux ans ainsi que l'esquisse d'un rapport analytique stratégique.

265. La gouvernance nécessaire pour agir sur les déterminants sociaux de la santé n'est pas réalisable sans la participation de la société civile et des communautés locales. Avant la 9^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé de novembre 2016 à Shanghai

(Chine), un « forum préalable des maires » a eu lieu à Santiago (Chili), organisé conjointement par l'OPS, le ministère de la Santé du Chili et le réseau de responsables de la promotion de la santé d'Amérique latine et les Caraïbes. Le but de l'événement était de renouveler l'engagement des maires et des gouvernements nationaux des Amériques à favoriser des villes, des municipalités et des collectivités en bonne santé. Une déclaration signée par plus de 40 maires exhorte la Région et la communauté mondiale à promouvoir la santé au niveau municipal à travers les réseaux locaux et à encourager des « politiques et actions qui portent sur les déterminants de la santé, les droits de l'homme et les inégalités grâce à la santé dans toutes les politiques et à l'action intersectorielle dans le cadre des objectifs de développement durable ».

Interventions en faveur des environnements sains

Sécurité chimique

266. En 2016, la 69^e Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Résolution [WHA 69.4](#), *Rôle du secteur de la santé dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà*, qui fait référence à la cible 12.4 des ODD⁴¹ et qui appelle à l'élaboration et à la mise en place d'une feuille de route pour la sécurité chimique. L'OPS a été un ardent défenseur de l'élaboration de cette feuille de route et a joué un rôle actif dans la diffusion de la résolution. L'Organisation a encouragé des consultations entre les États Membres comme les forums infrarégionaux en Jamaïque et en Uruguay destinés, respectivement, aux pays de langues anglaise et espagnole. En février 2017, le BSP a participé, au Brésil, à la première réunion intersession envisageant l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (SAICM, selon son sigle anglais), un cadre d'orientation pour promouvoir la sécurité des substances chimiques dans le monde entier. Les discussions ont abouti à la résolution WHA69.4 et aux recommandations pour l'élaboration de plans de travail nationaux en vue de mettre en œuvre la feuille de route concernant la sécurité chimique. En 2017, la 70^e Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la feuille de route afin de renforcer l'engagement du secteur de la santé dans l'approche stratégique.

267. Le BSP a reçu une subvention du programme de démarrage rapide de la SAICM pour un projet de renforcement du réseau de centres antipoison en Amérique centrale (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama) grâce à la mise en place d'une plate-forme virtuelle pour le réseau et des cours d'approfondissement sur les pesticides et le mercure issus du CVSP de l'OPS.

268. La Convention de Minamata sur le mercure de 2013, un traité mondial visant à protéger la santé humaine et l'environnement contre les effets néfastes du mercure,

⁴¹ Cible 12.4 – D'ici 2020, parvenir à une gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques et de tous les déchets tout au long de leur cycle de vie, conformément aux cadres internationaux convenus, et réduire considérablement leur diffusion dans l'air, l'eau et le sol afin de minimiser leur impact négatif sur la santé humaine et l'environnement.

entrera en vigueur en août 2017 et la première Conférence des Parties est confirmée pour septembre 2017. La Convention de Minamata attribue des rôles importants à l'OMS, à l'OPS ainsi qu'aux ministères de la Santé. Elle exhorte l'OMS et l'OPS à élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des programmes pour identifier et protéger les populations exposées au risque de mercure et de favoriser l'élimination du mercure des dispositifs et produits médicaux. Le BSP promeut le remplacement des thermomètres et des sphygmomanomètres au mercure dans les hôpitaux publics dans le cadre de sa coopération technique pour protéger les agents de santé, conjointement avec des initiatives collaboratives, y compris la coalition *Health Care Without Harm* et le réseau mondial des centres collaborateurs de l'OMS en santé professionnelle. Le BSP et l'OMS soutiennent l'élaboration d'une stratégie de santé pour les plans d'action nationaux afin d'éliminer ou de réduire l'utilisation du mercure dans les petites exploitations minières.

269. En mai 2014, la 67^e Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Résolution WHA67.11 intitulée *Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la Santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata*. Cette résolution guide et facilite le travail de l'OMS et du BSP avec les États Membres, le comité de négociation intergouvernemental de la Convention de Minamata, la Conférence des Parties, le PNUE, le PNUD, le Fonds pour l'environnement mondial et d'autres organisations internationales pour faire avancer les dispositions de la Convention dans les États Membres. Le BSP contribue à diffuser les lignes directrices de l'OMS sur les niveaux d'exposition au mercure et à promouvoir l'échange d'informations dans la Région. Le Bureau a également traduit le document d'orientation technique de l'OMS, *Replacement of mercury thermometers and sphygmomanometers in health care* en espagnol et l'a distribué dans la Région des Amériques. Conformément à la Convention de Minamata et en tant que participant du Projet mondial de traitement des déchets lié aux soins de santé de l'OMS, l'Argentine a activement travaillé à éliminer les équipements et dispositifs contenant du mercure de ses services de santé, y compris l'élimination des thermomètres au mercure et le passage aux thermomètres numériques et la réduction de l'utilisation d'amalgames contenant du mercure pour les soins dentaires.

La santé des travailleurs et des consommateurs

270. En 2015, le 54^e Conseil directeur a approuvé un nouveau Plan d'action sur la santé des travailleurs pour la période 2015-2025 (document [CD54/10, Rev. 1](#)) et la résolution [CD54.R6](#) qui l'accompagne. [La résolution](#) exhortait les États Membres à plaider pour que l'égalité et la promotion de la santé des travailleurs soient une priorité et à adopter des mesures efficaces visant le contrôle des conditions de travail et d'emploi en tant que déterminants sociaux de la santé, à accroître la couverture sanitaire universelle et à renforcer les systèmes de santé et l'équité en matière de santé. En collaboration avec l'OMS, le BSP a contribué à l'élaboration d'une perspective nationale sur les efforts de santé des travailleurs à Cuba, en Colombie, en Jamaïque et en République dominicaine, afin d'identifier les besoins et les lacunes et d'élaborer des plans d'action nationaux sur la santé des travailleurs. En 2017, l'Argentine, le Guatemala et le Guyana ont lancé le

processus d'élaboration de leurs plans d'action nationaux, et la Bolivie et le Honduras ont l'intention de suivre leur exemple. Ces plans d'action mettent l'accent sur la nécessité d'actualiser les cadres juridiques et les règlements techniques sur la santé des travailleurs et de remédier à la situation critique du secteur informel en pleine expansion, y compris l'emploi informel, qui entrave le progrès et le développement national et régional.

271. Début 2017, un effort renouvelé en faveur des personnels de santé a vu le jour sur la base du Cadre mondial de l'Organisation internationale du travail (OIT)/OMS pour les programmes nationaux de santé au travail pour les agents sanitaires. Le BSP, en collaboration avec l'OMS et le réseau de centres collaborateurs en santé au travail, contribue au renforcement des capacités en santé et sécurité au travail pour les établissements de santé. Cela comprend la mise en œuvre de l'outil *HealthWISE* de l'OIT/OMS, dont l'objet est d'améliorer les conditions de travail et d'emploi des professionnels de santé. Des essais pilotes ont eu lieu aux États-Unis, et des tests supplémentaires auront lieu aux Bahamas et à la Grenade, tandis qu'une version espagnole de l'outil sera mise à l'essai en Colombie et au Honduras.

272. Le BSP a lancé des initiatives visant à remédier aux épidémies et au manque de données sur les maladies professionnelles. Ces initiatives comprennent :

- a) L'identification des expositions aux agents cancérigènes. Afin d'identifier quels travailleurs sont exposés à des agents cancérigènes au travail et où et comment cette exposition se produit, les pays mettent en œuvre des projets nationaux CAREX dans le cadre de l'orientation de l'OPS et, conjointement avec CAREX Canada et les centres collaborateurs de l'OPS/OMS en santé au travail. CAREX estime les expositions professionnelles aux cancérigènes et fournit des informations importantes pour l'élaboration de politiques de santé publique et des recommandations sur la prévention des cancers professionnels grâce au contrôle de l'exposition. Au total, 24 pays ont participé à trois ateliers internationaux pour former les ministères de la Santé, des instituts de lutte contre le cancer, des hygiénistes industriels et d'autres acteurs clés dans l'élaboration de projets nationaux CAREX.
- b) La mise à jour des guides techniques pour le diagnostic des maladies professionnelles. Cette initiative est menée grâce au soutien de deux centres collaborateurs.
- c) La classification comme maladie professionnelle de l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles ou inconnues. Le cadre pour la surveillance professionnelle et environnementale de l'insuffisance rénale chronique d'origine indéterminée pour les pays méso-américains est en voie d'achèvement.
- d) Le renforcement des systèmes d'information. Un aperçu des systèmes d'information pour l'identification, l'enregistrement et la déclaration des maladies professionnelles, traumatismes et décès liés au travail a été terminé afin d'identifier les besoins et les lacunes.

- e) Le renforcement de la collaboration avec les parties prenantes. Le BSP continue à travailler avec les États Membres, d'autres organismes des Nations Unies, en particulier l'OIT, l'OEA et d'autres parties prenantes et réseaux pour renforcer les capacités de surveillance, de documentation et d'élimination des conditions et tendances qui affectent la santé des travailleurs.

273. Le BSP reconnaît l'impact important que les produits de consommation peuvent avoir sur la santé. En août 2015, le BSP a organisé le premier atelier international sur les traumatismes liés à la consommation en République dominicaine, avec des participants des secteurs nationaux de la santé et des associations de consommateurs de 19 pays. Les participants ont convenu de la définition des traumatismes liés à la consommation et ils se sont engagés à démarrer la collecte de données qui permettront d'estimer le fardeau des produits dangereux et faciliter l'élaboration conjointe de mesures d'atténuation. L'Argentine, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica et les États-Unis d'Amérique ont accompli des progrès importants concernant les données des traumatismes liés à la consommation. L'OPS continue de participer au réseau sécurité et santé des consommateurs. Ce réseau, mis en place par l'OEA et l'OPS, existe depuis 2010.

Eau et assainissement

274. Le BSP a travaillé avec les pays pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des plans sur l'eau et l'assainissement. Les interventions comprenaient la mise en œuvre de paramètres de surveillance de la qualité de l'eau à Antigua-et-Barbuda, l'évaluation de l'eau, l'assainissement et l'hygiène aux Bahamas, la mise en œuvre de la méthodologie de l'*International Water Association* et de l'OMS au niveau ministériel et localement avec des partenaires en Colombie, au Costa Rica et au Paraguay, l'élaboration d'un plan pour la sécurité de l'eau sur la base de la méthodologie développée par l'OMS et l'*International Water Association* à la Grenade et la mise en œuvre d'un programme d'élimination de l'arsenic de sources d'approvisionnement en eau dans les communautés rurales du Nicaragua. À Lima (Pérou), des sites ont été identifiés et des ressources ont été redistribuées pour des projets pilotes capables de produire des données probantes concernant la mise en œuvre des plans de sécurité pour l'assainissement qui seront incorporés au manuel de l'OMS, en collaboration avec l'Institut international de gestion de l'eau et l'Institut suisse de santé publique et tropicale.

275. Le BSP a poursuivi le renforcement des capacités des pays dans l'utilisation des plans de sécurité pour l'eau et de l'assainissement, par des formations présentielles et virtuelles. Des formations en face à face sur les plans de sécurité pour l'eau ont eu lieu en Argentine, au Brésil et en Jamaïque, et un cours d'autoapprentissage virtuel sur les plans de sécurité pour l'assainissement a été mis à disposition à travers le CVSP de l'OPS depuis mai 2016. En mai 2017, le cours virtuel sur les plans de sécurité pour l'assainissement, développé en collaboration avec l'AECID, a été mis en ligne, avec un accès gratuit pour tous les professionnels intéressés par la gestion sûre des services d'eau et d'assainissement.

276. Le BSP a élaboré de nouveaux outils régionaux de coordination pour la gestion des risques inhérents à l'eau, l'assainissement et l'hygiène en cas d'urgence, y compris une « liste de contrôle de coordination » et un « guide rapide » pour définir les responsabilités du Groupe des Nations Unies et une nouvelle plate-forme de coordination virtuelle. Le Belize, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et le Paraguay ont incorporé ces outils dans leurs mécanismes de coordination de l'eau et de l'assainissement.

Le changement climatique et la santé

277. Le changement climatique a été reconnu comme une grave menace pour la santé publique. Au niveau mondial, l'OMS estime que, entre 2030 et 2050, les changements climatiques produiront 250 000 décès supplémentaires chaque année en raison de la malnutrition, du paludisme, de la diarrhée et du stress thermique. Dans le cadre de ses travaux dans ce domaine, le BSP a pris un rôle de premier plan lors de la 20^e Conférence des Parties (COP20) de la Convention-cadre des Nations Unies sur le changement climatique (UNFCCC), qui s'est tenue en décembre 2014 à Lima (Pérou). Le BSP a fortement plaidé pour une considération explicite des dimensions sanitaires du changement climatique, notamment en ce qui concerne les questions d'équité. Au cours de la COP21 en 2015, le BSP et l'OMS ont collaboré avec d'autres organismes pour défendre l'inclusion de sujets liés à la santé dans l'Accord de Paris, signé par 197 États Membres et ratifié par 153.⁴² Le Bureau prépare les profils des pays de l'OMS-UNFCCC sur le climat et la santé pour les Amériques, qui visent à projeter des scénarios relatifs à la santé et en lien avec le changement climatique, tels que les vagues de chaleur, les inondations, les catastrophes et certaines maladies vectorielles et hydriques. Des scénarios pour le Brésil, la Colombie, les États-Unis d'Amérique, le Mexique et le Pérou ont déjà été publiés, et ceux pour le Canada, le Costa Rica et le Panama sont en cours de finalisation. Des travaux sont en cours pour élaborer des scénarios pour les Caraïbes et pour d'autres pays de la Région.

278. Dans les Amériques, la pollution atmosphérique est le principal risque pour la santé environnementale, et le BSP a travaillé au renforcement des capacités des États Membres à lutter contre la pollution de l'air ambiant et la pollution intradomiciliaire et leurs effets sur la santé. En 2014, le BSP est devenu partenaire de l'Alliance mondiale pour des foyers propres⁴³ et, en 2016, il a participé à la réunion annuelle de la Coalition pour le climat et la qualité de l'air.⁴⁴ En 2015, le Bureau a partagé les lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air pour la qualité de l'air intradomiciliaire lors d'une réunion régionale au Honduras, où l'importance d'intégrer le secteur de la santé aux discussions pertinentes a été soulignée. Les lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air visent à atténuer la pollution de l'air et son impact sur le changement climatique et la santé au niveau local et les participants à la réunion ont examiné les programmes nationaux existants dans leurs pays respectifs pour réduire l'utilisation de

⁴² État d'avancement en date de juillet 2017.

⁴³ Disponible (en anglais) sur <http://cleancookstoves.org/>.

⁴⁴ Disponible (en anglais) sur <http://www.ccacoalition.org/en>.

combustibles solides et passer à des technologies et carburants plus propres. En 2016, l'OMS, le PNUE et la Coalition pour le climat et la qualité de l'air ont lancé la campagne *BreatheLife*⁴⁵ (Respire la vie) qui vise à sensibiliser la population à la pollution de l'air et à ses effets sur la santé. Au mois d'octobre 2017, le BSP organise en Colombie un atelier régional pour lancer la campagne dans les Amériques.

279. Le BSP a élaboré un cours en ligne ouvert sur le changement climatique et la santé, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Mexique, pour une sensibilisation sur le changement climatique et la santé et le renforcement des capacités. À la mi-juillet 2017, 3400 personnes de 23 pays avaient participé au cours. L'Organisation met actuellement à jour le cours, élabore des modules en anglais et conçoit également un cours de formation pour les représentants de la santé afin de faciliter l'élaboration de chapitres sur la santé dans les plans d'adaptation nationaux au changement climatique. Le Bureau a également aidé les pays à participer aux formations UNEP-PNUD pour le développement de ces plans d'adaptation nationaux, dans le cadre des efforts visant à intégrer les questions de santé au programme du changement climatique.

⁴⁵ Disponible (en anglais) sur <http://breathelife2030.org/>.

8. PROMOTION DU DÉVELOPPEMENT INSTITUTIONNEL ET DES CAPACITÉS DU BSP

280. Le Bureau a poursuivi ses politiques et ses pratiques afin d'améliorer son leadership, sa gestion, son efficacité, sa transparence, sa responsabilité et son éthique et de promouvoir un traitement équitable sur le lieu de travail. Les recommandations sur les évaluations et les audits internes et externes ont été soigneusement analysées et discutées avec les États Membres puis mises en œuvre, le cas échéant, avec pour résultat des initiatives et développements au niveau institutionnel afin d'améliorer les opérations et l'impact du Bureau.

Leadership et gouvernance

Politique budgétaire de l'OPS

281. Au cours de la période considérée, la politique budgétaire de l'OPS approuvée par la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine de 2012 a guidé la répartition des ressources aux niveaux régional, infrarégional et national. Les recommandations effectuées par le Bureau de la supervision interne et des services d'évaluation du BSP ont été intégrées à la politique sur la base de l'évaluation de la politique budgétaire précédente et d'ajustements provenant des enseignements tirés par l'Organisation. Les changements comprenaient de nouvelles normes et ressources pour une présence renforcée de l'OPS dans les pays, suite à un engagement ferme avec les États Membres, l'intégration de l'iniquité des revenus (le coefficient de Gini) dans une évaluation élargie et axée sur les besoins des pays, une composante fondée sur les résultats et conçue pour accélérer la réalisation d'objectifs programmatiques au sein des pays et l'amélioration des techniques de modélisation et de statistique pour offrir des résultats de répartition des ressources plus réalistes et faisables.

282. Le BSP a présenté les résultats d'une évaluation intérimaire de la Politique budgétaire 2012 de l'OPS lors de la 158^e session du Comité exécutif de l'OPS en juin 2016 (document [CE158/12](#)), où il recommandait la mise en œuvre continue de la Politique budgétaire pour l'exercice biennal 2016-2017. Cependant, le Bureau a noté que depuis sa mise en œuvre, plusieurs changements dans les politiques et procédures susceptibles de l'affecter ont eu lieu. Une évaluation approfondie de la politique est prévue pour 2018 pour s'assurer qu'elle continue de répondre à l'évolution des besoins en matière de santé et qu'elle assure une répartition équitable des ressources de manière systématique.

Réforme de l'OMS

283. Le processus continu de réforme de l'OMS, lancé en 2011 en réponse aux besoins changeants du leadership mondial en matière de santé publique, a continué de progresser. La Directrice de l'OPS a initié et maintenu un dialogue étroit avec les États Membres afin de les tenir pleinement informés des nouveaux développements, de recueillir leurs

commentaires sur des aspects critiques, et de fournir des conseils sur le processus et ses implications pour l'OPS. Plusieurs États Membres de l'OPS ont joué des rôles essentiels dans les négociations au niveau mondial en menant ou en participant à des groupes de travail de l'OMS.

284. Bon nombre des réformes envisagées par l'OMS ont déjà été adoptées par le BSP avant leur mise en œuvre par le Siège de l'OMS, y compris dans les domaines programmatiques, de gestion et budgétaire. L'OMS a relevé trois questions d'importance particulière pour le BSP et les États Membres de l'OPS : *a)* les changements proposés dans la structure de gouvernance de l'OMS, *b)* le nouveau cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA) et *c)* la création d'un nouveau programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS. Les propositions comprenaient de nouvelles voies hiérarchiques et de responsabilité, et elles ont soulevé de possibles défis d'importance pour le cadre constitutionnel de l'OPS. Ce cadre définit l'OPS comme instrument spécialisé pour la santé au sein du système interaméricain et renforce l'OPS en tant qu'entité indépendante et directement responsable, ainsi que son Directeur, devant les États membres des Amériques. Compte tenu de ce statut spécial, unique parmi les bureaux régionaux de l'OMS, le Bureau et les États Membres de l'OPS ont contribué aux négociations qui ont mis l'accent sur l'importance d'aligner l'OPS avec les nouvelles réformes de manière à renforcer la prise de décision et la transparence au niveau mondial, tout en respectant le statut de l'OPS en tant qu'organisation internationale indépendante.

285. Quant aux réformes de la gouvernance de l'OMS, les États Membres de l'OPS ont soutenu les recommandations qui visent à renforcer la coordination et l'harmonisation régionales avec l'OMS dans les domaines de la gestion et de la transparence, mais ils ont également souligné l'importance des spécificités régionales.

286. Dans les négociations sur le FENSA, les délégués des Amériques ont souligné que l'OPS dispose, depuis 2005, de ses propres lignes directrices pour collaborer avec des acteurs non étatiques, y compris le secteur privé, les ONG, les fondations et les établissements universitaires. Étant donné que le FENSA offrirait un moyen supplémentaire d'assurer l'engagement avec des acteurs non étatiques, grâce à une approche fondée sur les principes, la mise en œuvre et l'équilibre, sans compromettre l'indépendance, la crédibilité ou la réputation de l'Organisation, le Bureau a soumis FENSA à la considération du 55^e Conseil directeur de l'OPS en 2016. Le Conseil directeur a approuvé la Résolution [CD55.R3](#), qui adopte le FENSA, et remplace les *Directives de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur la collaboration avec les entreprises commerciales*, ainsi que les *Principes régissant les relations entre l'Organisation panaméricaine de la Santé et les organisations non gouvernementales*. La résolution appelle également à la mise en œuvre cohérente et logique du FENSA, en accord avec la Constitution de l'OPS et conformément au statut juridique de l'OPS.

287. Les États Membres de l'OPS ont présenté une déclaration conjointe à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé en 2016 exprimant leur soutien au nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE), tout en soulignant que le

Département de préparation aux situations d'urgence et de secours en cas de catastrophes (PED) de l'OPS, fort de 40 ans d'expérience, d'expertise et d'enseignements tirés, a répondu de manière très efficace aux situations d'urgence et catastrophes de la Région des Amériques. Les pays ont souligné que leur soutien au nouveau Programme de l'OMS suppose que le programme régional de l'OPS continue de répondre pleinement aux besoins des États Membres dans les Amériques, tout en travaillant de manière coordonnée avec le Programme de l'OMS. Le BSP a restructuré PED en Département des urgences sanitaires de l'OPS (PHE) pour une meilleure correspondance fonctionnelle avec l'OMS.

Transparence, responsabilisation et gestion des risques

Apprendre des audits et promouvoir les évaluations

288. Le bureau de supervision interne et des services d'évaluation (IES) a effectué des vérifications dans plusieurs bureaux de pays de l'OPS/OMS et a évalué leur adhésion à la gestion axée sur les résultats, parmi d'autres aspects. En 2014, le Bureau a engagé un auditeur interne pour évaluer les risques et les contrôles internes du programme *Mais Médicos* au Brésil. Tout au long de sa durée, l'auditeur effectuera quatre missions d'audit interne par an. De plus, sur la recommandation du Comité d'audit de l'OPS, le Bureau d'éthique a collaboré avec le bureau de pays de l'OPS/OMS au Brésil pour offrir une formation en portugais et en espagnol à l'ensemble de l'équipe *Mais Médicos*. Les principaux sujets de la formation étaient les risques potentiels au sein du programme, les initiatives et efforts existants à l'échelle du Bureau pour identifier, prévenir et combattre la fraude, la corruption et les fautes professionnelles, ainsi que les politiques et programmes conçus pour promouvoir un milieu de travail où tout le personnel est traité avec dignité et respect.

289. La mise en œuvre des recommandations de l'audit interne n'a cessé de s'améliorer : le taux cumulatif de mise en œuvre des recommandations depuis 2011 est passé de 87 % (576 sur 663 recommandations) au 31 décembre 2015, à 90 % (613 sur 678) au 31 décembre 2016. L'IES a également initié la collecte et l'organisation de la vaste quantité d'information disponible issue des évaluations antérieures. Une première liste de toutes les évaluations effectuées en interne et par des intervenants externes à l'Organisation a été dressée, ce qui constitue une première étape fondamentale pour l'analyse et la compréhension des enseignements tirés de ces activités. En mars 2015, le Bureau a produit le premier d'une série de rapports semestriels qui consolide les principaux enseignements tirés des rapports d'évaluation. Ces rapports sont destinés à être diffusés à l'ensemble de l'Organisation. Ces évaluations, dont la portée dépasse les programmes individuels ou les bureaux de pays, ont pour but de faciliter les améliorations et les processus de prise de décisions au sein du Bureau. Elles contribuent également à enrichir la mémoire de l'institution et à influencer son développement.

290. L'IES a continué de collaborer avec la fonction d'évaluation de l'OMS pour favoriser une approche systématique et harmonisée du travail d'évaluation. L'IES a

distribué et promu le *WHO Evaluation Practice Handbook* (Manuel d'évaluation de l'OMS) au sein du BSP. Il a également contribué aux aspects concernant le BSP de l'évaluation de la présence de l'OMS dans les pays pour laquelle le Mexique faisait partie des huit pays sélectionnés dans le monde entier pour des études de cas approfondies.

Gestion des risques

291. L'OPS a continué la mise en œuvre de son programme de gestion des risques institutionnels (ERM) pour identifier, surveiller, évaluer et gérer les risques permanents inhérents aux activités institutionnelles et de coopération technique de l'OPS. La politique de gestion des risques institutionnels de l'OPS a été approuvée en 2013, suivie par la publication d'un nouveau manuel de gestion des risques institutionnels. Des évaluations des risques ont été effectuées pour plusieurs programmes et projets techniques et administratifs et des points focaux de gestion des risques ont été formés à l'évaluation des risques au siège de l'OPS et à la Barbade, au Brésil et au Panama.

292. Un registre des risques institutionnels a été créé en 2014 pour renforcer la culture de la gestion des risques au sein de l'Organisation et permettre à chaque centre de coûts de documenter les principaux risques de la mise en œuvre de son plan de travail biennal, leur probabilité et leur impact potentiel et les mesures d'atténuation. Le registre des risques est examiné à intervalles réguliers en coordination avec le processus de planification institutionnelle.

293. En 2015, le programme de gestion des risques institutionnels a été mis à jour et le Comité permanent de gestion des risques institutionnels a été rétabli afin de s'assurer qu'une gestion efficace des risques soit opérationnelle en tant que fonction de gestion de base. Le comité compte une large représentation de cadres supérieurs pour conseiller la direction exécutive du BSP sur l'amélioration de la culture de la responsabilité et l'intégration de la gestion des risques dans d'autres processus organisationnels. En 2016, le programme de gestion des risques institutionnels a été intégré au processus de planification pour l'exercice biennal 2018-2019. Sur la base d'une analyse exhaustive du registre des risques 2016-2017, le registre des risques 2018-2019 a été révisé pour consolider les risques communs à toutes les entités et des orientations révisées ont été diffusées dans le cadre d'un nouveau réseau de gestion des risques institutionnels. À travers le programme de gestion des risques institutionnels, la direction exécutive du BSP examine régulièrement l'évolution des principaux risques, identifie les responsables pour chacun de ces risques et leur fournit des commentaires et des conseils sur les mesures d'atténuation. D'autre part, le comité d'audit de l'OPS reçoit régulièrement des rapports de gestion des risques institutionnels.

Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports

294. L'Organisation a continué de mettre en place un cadre de gestion axé sur les résultats, avec des progrès importants en lien avec l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Ce plan stratégique a été le premier à être développé en collaboration avec un groupe consultatif des États Membres nommé par le Comité exécutif de l'OPS. Le plan portait sur les besoins régionaux prioritaires en matière de santé rattachés du point de vue programmatique au Programme général de travail de l'OMS. Le plan comprenait également une chaîne de résultats épurés pour mieux refléter les réalisations et la responsabilité conjointe du BSP et des États Membres, ainsi que des résultats et des indicateurs de résultats améliorés pour les résultats immédiats, les résultats intermédiaires et l'impact. Les nouveaux indicateurs ont été intégrés au processus de suivi et d'évaluation du rendement de manière à accroître la contribution de cette composante clé de l'approche axée sur les résultats et permettre aux entités, à tous les niveaux de l'OPS, de suivre les progrès et d'améliorer la responsabilisation des dirigeants.

295. En 2014, l'OPS a développé une méthodologie innovante et robuste afin d'identifier systématiquement et objectivement les domaines programmatiques prioritaires où sa coopération technique ajoute de la valeur, sur la base de la méthode Hanlon pour l'établissement de priorités en matière de santé. À travers la résolution [CD53.R3](#), le 53^e Conseil directeur a demandé à la Directrice de « continuer à entreprendre des consultations avec les États Membres concernant toute révision ultérieure des références et cibles d'indicateurs de résultat intermédiaire du Plan stratégique lors de la préparation des programmes et budgets et leurs évaluations correspondantes ». En 2016, en collaboration avec le Groupe consultatif du Plan stratégique, composé de représentants de 12 États Membres, le BSP a encore adapté et affiné la méthodologie Hanlon pour élaborer un Cadre révisé de stratification des priorités programmatiques (document [CD55/7](#)). Des consultations nationales ont été menées dans plus de 36 pays et territoires de la Région afin d'identifier les domaines programmatiques prioritaires pour l'exercice biennal 2018-2019. La méthodologie a également été intégrée aux lignes directrices de l'OMS 2016 pour l'élaboration de stratégies de coopération avec les pays.

296. Le Bureau a proposé des amendements au Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 en fonction de plusieurs facteurs : les priorités nouvelles et émergentes de la Région, les ajustements opérés en 2016 à la méthodologie OPS-Hanlon affinée pour l'établissement de priorités, les résultats des exercices d'établissement de priorités menés avec les États Membres et l'alignement fonctionnel de l'OPS avec le Programme d'urgence sanitaire de l'OMS. Parmi les autres ajustements, la version modifiée du Plan stratégique, qui doit être présentée à la 29^e Conférence sanitaire de l'OPS en septembre 2017, comprend des domaines programmatiques révisés dans la catégorie 1 (maladies transmissibles) et la catégorie 5 (urgences sanitaires), ce qui représente une augmentation de 30 à 34 domaines programmatiques. Afin de se conformer aux révisions proposées, des modifications au Programme et budget 2016-2017 peuvent être nécessaires.

297. Une innovation majeure concernant le Programme et budget 2016-2017 consiste en l'adoption d'une approche budgétaire intégrée, dans laquelle les États Membres ont décidé d'approuver le budget total au lieu d'approuver uniquement la partie du budget ordinaire des programmes de l'OPS. Cette décision donne aux États Membres une image budgétaire plus complète et offre une plus grande souplesse au Bureau pour la gestion des ressources afin d'assurer le financement de tous les programmes de l'OPS.

298. En novembre 2015, la première évaluation conjointe de fin de période d'exercice biennal par le Bureau et les États Membres de l'OPS a été mise en œuvre, le premier processus de ce genre à être entrepris dans une région de l'OMS. En évaluant la mise en œuvre du Programme et budget 2014-2015 et les deux premières années du plan stratégique actuel, cet exercice a fourni une occasion unique au Bureau et aux États Membres de réviser ensemble les avantages, les lacunes, les défis, les opportunités et les enseignements tirés en matière de santé publique. L'évaluation a été facilitée par le déploiement du nouveau Système de suivi du plan stratégique du Bureau, élaboré en collaboration avec les États Membres et approuvé formellement par les États Membres dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS.

299. L'évaluation conjointe a commencé par des évaluations au niveau des pays, qui ont été validées par le personnel technique du Bureau et consolidées dans des résultats à l'échelle de l'Organisation. Les résultats ont été présentés au 55^e Conseil directeur en 2016 dans un document intitulé *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* ([CD55/5](#)). Cette première évaluation conjointe a reçu une participation de 100 %, avec l'implication de l'ensemble des 52 pays et territoires de la Région. Les États Membres de l'OPS ont recommandé que l'expérience soit partagée avec l'OMS et d'autres régions de l'OMS en tant que pratique exemplaire en matière de transparence, responsabilité et établissement de rapports.

300. Les États Membres de l'OPS déterminent tous les accords et mandats infrarégionaux, régionaux et mondiaux, et les pays et territoires ont beaucoup en commun. Cependant, ils présentent également des différences importantes en matière de taille, géographie, capacité, origine ethnique, culture et état de santé. Le BSP a toujours reconnu qu'une « taille unique universelle » n'existe pas, et bien que sa coopération technique veille à identifier des interventions susceptibles d'être bénéfiques à plusieurs groupes de pays, elle a également analysé et travaillé sur la base des caractéristiques qui rendent les pays uniques.

Adaptation de la coopération technique

Coopération axée sur les pays

Une évaluation de 2013 de la mise en œuvre dans les Amériques de la politique de l'OMS axée sur les pays a abouti à des recommandations qui visent à renforcer le soutien de l'OPS aux pays. Cette évaluation était la deuxième du genre pour le BSP. Une évaluation antérieure de 2003 a abouti à la création de l'Unité de soutien aux pays (CSU) au siège de l'OPS. L'évaluation plus récente a déclenché la restructuration de la CSU en janvier 2014 pour devenir le Bureau de la

coordination des pays et sous-régions (CSC), afin de mieux refléter ses fonctions stratégiques et analytiques et d'améliorer l'harmonisation avec le plan de mise en œuvre de haut niveau de la réforme de l'OMS. L'évaluation a également affirmé l'importance d'assurer une stratégie actualisée de coopération de l'OPS/OMS pour chaque pays, afin de fournir un cadre pour une coopération technique de tous les niveaux de l'Organisation capable de répondre aux priorités nationales convenues pour le développement de la santé.

Contributions volontaires nationales

Les contributions volontaires nationales sont des fonds octroyés à l'OPS par chaque État Membre pour la coopération technique concernant chaque pays en question. Elles permettent à l'Organisation de se concentrer sur la prestation de l'expertise technique nécessaire, plutôt que de rechercher le financement ou la mobilisation de ressources financières, pour répondre aux priorités nationales en matière de santé et de développement. Au cours de l'année 2014-2015, les contributions volontaires des États Membres se sont élevées à \$ 254,2 millions pour la mise en œuvre de programmes nationaux de coopération technique. D'autre part, le programme *Mais Médicos* a atteint des niveaux de mise en œuvre d'une valeur supérieure à \$ 1163 milliards.

Coopération entre pays pour le développement de la santé

La coopération triangulaire caractéristique à l'Organisation, la Coopération technique entre pays (TCC), a longtemps été reconnue comme un mécanisme excellent pour promouvoir les pratiques exemplaires, et partager les connaissances et l'expertise, en même temps qu'elle met en exergue la solidarité, le panaméricanisme et la coopération Sud-Sud. Conscients que la coopération internationale en matière de santé et la TCC ont évolué au fil du temps vers un concept plus large de coopération et de partenariats horizontaux entre les pays, les États Membres de l'OPS ont approuvé, en octobre 2013, une nouvelle politique de coopération pour le développement en matière de santé dans les Amériques (document [CD52/11](#)).

Le BSP a démarré la mise en œuvre de cette politique avec la création d'un groupe de travail sur la coopération entre pays pour le développement de la santé (CCHD) et a mené une évaluation de sa TCC pour la période 2008-2013. Des recommandations ont été effectuées pour rendre le CCHD plus stratégique et pour inclure les secteurs non sanitaires, la société civile et le secteur privé, le cas échéant, afin de continuer à faire avancer le développement national en matière de santé. Cette modalité plus étendue s'appuie davantage sur l'expertise en développement en matière de santé et génère de nouveaux modèles pour les futurs efforts de collaboration, en particulier pour relever les défis liés au Programme de développement durable. Le BSP est idéalement placé pour diriger le CCHD, étant donné son rôle de longue date en tant qu'organisateur des principales parties prenantes de la Région en matière de santé publique. Le Bureau a mis en place un mécanisme pour financer les projets de CCHD et a élaboré des lignes directrices procédurales, des modèles de projets et des méthodologies d'évaluation, qui sont partagés avec les États Membres et les partenaires stratégiques. Depuis 2014, 51 projets, complétés ou en cours, ont été jugés admissibles dans le cadre de cette modalité de coopération.

D'autre part, le Bureau a créé le Programme pour le renforcement de la coopération pour le développement en matière de santé dans les Amériques, en partenariat avec le Centre FIOCRUZ pour les relations internationales en santé, qui agit en tant que centre collaborateur de l'OPS/OMS pour la santé mondiale et la coopération Sud-Sud. Le programme vise à renforcer les capacités des bureaux des relations internationales dans les pays. Des représentants de 33 États Membres ont participé à des rencontres en personne, à des sessions virtuelles et à des travaux avec des mentors dans des domaines liés à la diplomatie et à la coopération en matière

de santé, la gouvernance mondiale de la santé, la santé dans les processus régionaux et infrarégionaux d'intégration et la santé dans la politique étrangère.

Rationalisation de la coopération technique infrarégionale

Les entités d'intégration politique infrarégionale dans les Amériques existent depuis le milieu du 20^e siècle. Ces entités représentent des regroupements de pays à travers lesquels les États Membres de l'OPS traitent conjointement des problématiques, partagent des expériences et collaborent entre eux. Compte tenu de l'importance de leur pouvoir politique et décisionnel et de l'opportunité unique qu'ils présentent pour renforcer la coopération technique, le BSP a, au fil du temps, exploré et mis en place des mécanismes pour interagir et coopérer avec ces entités sur des problématiques liées à la santé.

Depuis de nombreuses années, la sous-région des Caraïbes dispose d'un coordonnateur de programme infrarégional, d'un plan de travail biennal infrarégional (BWP, selon le sigle anglais) et, plus récemment, d'une stratégie de coopération infrarégionale formelle qui répond principalement au programme sanitaire de la CARICOM : la Coopération pour la santé dans les Caraïbes. La stratégie de coopération infrarégionale complète les stratégies de coopération avec les pays dans la sous-région, tout en évitant de les dupliquer, et le Secrétariat de la CARICOM est le principal interlocuteur de l'Organisation pour sa mise en œuvre au niveau infrarégional.

La déstructuration de cinq institutions régionales de santé de la CARICOM a abouti à l'intégration de leurs fonctions dans l'Agence de la santé publique des Caraïbes (CARPHA, selon son sigle anglais), créée en 2011 par le biais d'un accord intergouvernemental entre les pays membres de la CARICOM. La CARPHA a démarré ses activités en janvier 2013 et l'OPS, qui avait précédemment géré comme centres spécialisés deux des cinq institutions régionales de santé en tant que centres spécialisés,⁴⁶ a fourni d'importantes ressources humaines et financières pour la mise en place de la CARPHA. Le BSP continue de contribuer et de collaborer avec la CARPHA dans des domaines d'intérêt commun, y compris la prévention et le contrôle des MNT, le renforcement des capacités de base pour la mise en œuvre du RSI et la prévention et la réponse aux catastrophes naturelles.

Les sous-régions de l'Amérique centrale et de l'Amérique du Sud ont également eu des plans de travail biennaux infrarégionaux, dont la mise en œuvre a été supervisée par des conseillers techniques et le CSC. Cependant, depuis 2013, le PASB a pris des mesures pour renforcer la coopération technique dans ces sous-régions grâce à une collaboration plus structurée avec les principales entités d'intégration politique dans le but de développer les analyses de la situation infrarégionale et les plans de travail biennaux. Plus récemment, le BSP a démarré le processus de désignation d'un coordinateur de programme infrarégional pour chacune des deux sous-régions.

La stratégie de coopération technique infrarégionale de l'OPS continuera à profiter des occasions de travailler stratégiquement avec les entités d'intégration et favorisera les échanges infrarégionaux, le cas échéant, en renforçant et en misant sur la collaboration existante entre la CARICOM et le SICA.

⁴⁶ Les centres spécialisés de l'OPS étaient le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut des aliments et de la nutrition des Caraïbes (CFNI).

301. La mobilisation de ressources pour la coopération au développement est de plus en plus difficile pour la plupart des pays à revenu intermédiaire d'Amérique latine et des Caraïbes. Par conséquent, le BSP doit impérativement élargir sa base de soutien au-delà de ses partenaires traditionnels et il doit développer de nouvelles approches pour mobiliser des ressources. En mars 2017, l'OPS et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Canada) ont signé un accord visant à mener des actions conjointes prioritaires en matière de santé, tels que le renforcement des systèmes de santé, la santé maternelle et infantile et les déterminants sociaux de la santé. Les activités menées dans le cadre de l'accord comprendront des sessions de formation et des séminaires, la diffusion d'informations stratégiques, l'élaboration de projets communs et l'échange de connaissances et d'expériences.

302. L'évolution constante du panorama de financement et du nombre d'acteurs influents qui investissent dans la santé et le développement, il faut impérativement trouver des méthodes d'engagement innovantes et différentes. Le Bureau a explicitement défini en tant que priorité la mobilisation des ressources nécessaires pour combler l'écart de financement et atteindre les objectifs du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 de manière à restructurer des départements spécifiques et redéfinir leur profil, tout en recrutant de nouveaux membres du personnel disposant du talent, des compétences professionnelles ainsi que des capacités dont l'Organisation a besoin aujourd'hui.

Gestion et administration

Gestion des ressources humaines

303. En 2014, le Bureau a démarré une initiative sur les ressources humaines intitulée *Stratégie de l'Organisation panaméricaine de la santé pour le personnel 2015-2019*, dans le but de renforcer l'atout le plus important de l'Organisation : son capital humain. La stratégie vise à attirer et à retenir les meilleurs talents avec les aptitudes et les compétences appropriées, et à garantir un environnement de travail au sein du Bureau qui permette aux membres du personnel de travailler dans les meilleures conditions et d'offrir le meilleur d'eux-mêmes. Le processus d'élaboration de la stratégie a compris des enquêtes auprès du personnel et des groupes de travail. Ces activités ont permis l'analyse de trois domaines : l'architecture de la force de travail, le renouvellement des compétences et la modernisation des bureaux et des centres de pays. Cinq thèmes généraux ont été développés et intégrés dans la stratégie pour le personnel : le renforcement de la convergence et de la mobilité, l'encouragement du talent à tous les niveaux, l'incitation au rendement et à la responsabilité, la promotion d'un leadership inspirant pour le changement et la création d'un environnement de travail de premier ordre comme une fonction propice aux ressources humaines.

304. Le BSP a continué d'offrir de nombreuses possibilités à son personnel pour développer de nouvelles compétences et connaissances, y compris l'élaboration d'un nouveau portail d'apprentissage et des plans d'apprentissage individuels pour divers unités et départements. En 2016, le Bureau a lancé une nouvelle plate-forme

d'apprentissage institutionnel en ligne, en coopération avec l'OMS, et a commencé à produire des modules d'apprentissage spécifiques à l'OPS pour répondre au développement des principales compétences professionnelles.

305. Le Bureau a mis en place une nouvelle grille de compétences qui identifie les compétences essentielles pour tous les membres du personnel du Bureau – technique, administratif et de gestion – et cette grille a été entièrement intégrée à toutes les descriptions de poste et aux entretiens lors du processus de sélection du personnel. Le Bureau a également continué à favoriser la conduite éthique dans ses opérations et activités, avec plusieurs initiatives importantes visant à améliorer la sensibilisation du personnel aux problèmes éthiques, à résoudre les possibles conflits d'intérêts et à permettre des améliorations dans l'environnement de travail, grâce au système de gestion de l'intégrité et des conflits de l'OPS.

Renforcement du système d'intégrité et de gestion des conflits de l'OPS

Le Système de gestion de questions d'intégrité et des conflits (IMCS, selon son sigle anglais) du BSP vise à promouvoir et faciliter la transparence, l'éthique et la justice sur le lieu de travail. L'IMCS comprend un certain nombre de ressources, y compris le Bureau d'éthique (le coordonnateur de l'IMCS), le Bureau de l'Ombudsman, l'IES, la Direction des ressources humaines (HRM), le Bureau du conseiller juridique (LEG) et la commission de recours de l'OPS. Un service d'assistance téléphonique gratuite et confidentielle existe également en matière de déontologie, et l'Association du personnel de l'OPS participe activement avec le personnel et l'administration pour assurer la justice et l'équité. Des exemples des réalisations de certaines entités de l'IMCS sont résumés ci-dessous.

Bureau d'éthique

- a dispensé une formation sur les questions éthiques, y compris le développement et la mise en œuvre d'un nouveau cours d'apprentissage en ligne qui se concentre sur les principes définis dans le Code de principes du Bureau d'éthique et de conduite, dans la Politique sur la prévention et la résolution du harcèlement au travail et dans la Politique de tolérance zéro en matière de fraude et de corruption, entre autres. Le cours avait pour but d'illustrer comment le respect mutuel et la camaraderie dans les relations de travail peuvent engendrer un milieu de travail plus efficace et productif.
- a lancé une initiative en 2014 pour sensibiliser le personnel sur les questions éthiques, avec un nouveau programme de divulgation concernant les conflits d'intérêts qui visait à garantir que les intérêts privés du personnel n'interfèrent pas avec leurs fonctions officielles ou qu'ils ne portent pas atteinte à l'intégrité de l'Organisation.
- a conduit une nouvelle enquête sur le climat éthique et le milieu de travail, conçue pour évaluer l'environnement de travail dans différentes représentations du Bureau et pour évaluer la sensibilisation du personnel aux politiques et aux ressources de l'IMCS. L'enquête a également mesuré à quel point le personnel se sentait à l'aise lors de leur travail à l'OPS et si les membres estimaient que leur travail était valorisé. Les résultats de l'enquête serviront à identifier les domaines spécifiques qui nécessitent une attention particulière.

Bureau de l'Ombudsman

- a identifié les préoccupations du personnel de l'OPS en milieu de travail et a élaboré des recommandations pour y remédier. Parmi les principales préoccupations, il fallait signaler l'efficacité de la supervision, le climat de travail des départements, le respect et le traitement, le développement de carrière et la formation, le stress lié au travail, l'équilibre travail-vie personnelle, les décisions administratives et l'application des règles. Les recommandations comprenaient le rétablissement d'un programme d'orientation en présentiel pour les nouveaux employés, l'examen des dispositions contractuelles concernant les consultants nationaux et internationaux de l'OPS, dans le but de renforcer le respect de leur lettre et esprit, et une application cohérente des règles et des politiques relatives aux employés de l'OPS embauchés à travers des agences de recrutement.
- a mené l'initiative en faveur du respect sur le lieu de travail, une intervention élaborée dans le cadre d'un processus participatif qui comprenait des groupes de travail interministériels et la représentation de l'Association du personnel de l'OPS. Lancée en juillet 2015, l'initiative cherche à favoriser un climat de respect et d'inclusion dans l'ensemble de l'Organisation. Elle repose sur les efforts déployés en 2013 par HRM et sur la campagne, en 2014, « La gentillesse est contagieuse » menée par le Programme spécial sur le développement durable et l'équité en matière de santé. En 2016, un séminaire de formation sur la résolution de conflits a été élaboré et proposé au personnel du Siège et des bureaux de pays. Un cours d'apprentissage en ligne pour sensibiliser aux premiers signes de conflit d'intérêts sera lancé en 2017.

306. Depuis 2012, le Bureau a atteint la parité entre les sexes parmi les professionnels tant au Siège que dans les bureaux de pays. Cette tendance s'est poursuivie, comme en témoignent les statistiques de dotation de 2016, qui montrent que 52 % des postes dans les catégories professionnelles et supérieures étaient détenus par les femmes et 48 % par les hommes. Dans les bureaux de pays et les centres techniques de l'OPS, le pourcentage de femmes dans les catégories professionnelles est passé de 47 % en 2015 à 50 % en 2016. Cependant, l'Organisation a continué de relever le défi d'assurer la parité entre les sexes dans les postes de cadres supérieurs, et des mesures ont été prises pour déterminer des solutions, y compris la création d'un groupe de travail sur la parité entre les sexes afin d'adopter des idées novatrices pour attirer et retenir de bons candidats.

Systeme d'information pour la gestion du BSP

307. En 2013, le BSP a signé plusieurs contrats avec différents prestataires de logiciels et de services de gestion des changements. Il a également recruté des gestionnaires de projets externes et internes pour poursuivre les efforts qui ont conduit à l'élaboration du Système d'information sur la gestion du BSP (PMIS, selon son sigle anglais) et au maintien d'une infrastructure administrative plus efficace et réactive. Le BSP a constitué et formé une équipe de mise en œuvre du PMIS et a élaboré des plans détaillés de travail, de formation et de gestion des changements. La formation formelle sur le PMIS pour le personnel a débuté en novembre 2014.

308. La mise en œuvre des premières composantes du système, le module de gestion du capital humain et la composante de paie (phase 1), a remplacé bon nombre des

systèmes propres aux ressources humaines du Bureau et un « Centre de soutien après le démarrage » a accompagné les membres du personnel tout au long du processus de déploiement. Les enseignements tirés lors de la phase 1 ont été documentés pour aider à améliorer les fonctionnalités de la phase 2, qui comprenait la mise en œuvre de la partie financière du système, en remplacement des principaux systèmes financiers existants.⁴⁷ La phase 2 s'est étendue jusqu'en janvier 2016, date à laquelle le Centre de soutien après le démarrage qui a offert un soutien à tous les membres du personnel du BSP a également cessé de fonctionner. Un certain nombre d'autres systèmes existants ont continué à fonctionner en dehors du champ d'application du PMIS, y compris le recrutement électronique, les impôts, les pensions, l'assurance maladie du personnel et SharePoint.

309. En 2016, le Bureau a complété la mise en œuvre du PMIS, dans les délais et dans le budget. Pleinement opérationnel en quatre langues, PMIS prend en charge 180 processus institutionnels et gère les transactions dans 24 monnaies différentes, desservant plus de 2000 utilisateurs dans plus de 30 emplacements partout dans les Amériques. La complexité et l'ampleur du projet ont présenté des défis importants, y compris des courbes d'apprentissage abruptes pour le personnel, la nécessité de gérer des comportements inattendus du système et l'impact sur la charge de travail du personnel. Le BSP a consacré des ressources importantes et nombre d'heures du personnel à la formation, à l'accompagnement et à la stabilisation du système à l'échelle de toute de l'Organisation. Dans l'ensemble, le déploiement a été accompli avec une interruption relativement infime de la mise en œuvre des programmes techniques et des opérations quotidiennes du Bureau. Cette expérience contraste nettement avec celle de nombreuses grandes organisations internationales lors de la mise en œuvre de nouveaux systèmes de planification des ressources institutionnelles, et elle est attribuable à une bonne planification et aux efforts extraordinaires du personnel du Bureau tant au Siège que sur le terrain.

310. Le PMIS a produit des avantages tangibles dans la rationalisation de nombreux processus institutionnels, en maximisant la transparence et en favorisant la responsabilisation et la collaboration. Le BSP prévoit des avantages supplémentaires une fois que le système sera complètement stabilisé et que les nouvelles façons de travailler seront totalement assimilées. Le PMIS est unique au sein de l'ONU car il est basé sur le cloud, permettant la continuité de l'activité sans papier, quel que soit l'emplacement de l'utilisateur. L'Université du personnel du système des Nations Unies (UNSSC) a choisi l'OPS comme une étude de cas illustrant la mise en œuvre efficace et efficiente d'un système de planification des ressources institutionnelles. Selon l'UNSSC, le PMIS a amélioré les politiques de l'OPS et les modes opératoires normalisés en même temps qu'il a renforcé le professionnalisme du personnel de l'OPS.

311. Profitant de la mise en œuvre du module du PMIS sur la gestion du capital humain, les processus institutionnels relatifs aux ressources humaines ont été revus et

⁴⁷ Y compris AmpesOmis, AMS/FMS (système de gestion des prix/système de gestion financière), FAMIS (système d'information pour la gestion comptable et financière), ADPICS (système avancé des achats et du contrôle d'inventaires) et SOS (recherche simplifiée en ligne).

intégrés. Le système basé sur le cloud dispose d'une interface mobile fiable qui permet aux utilisateurs d'effectuer des tâches sur tablette et smartphone, en plus de leur permettre de travailler à partir d'ordinateurs personnels. Cette capacité est particulièrement importante compte tenu de l'obligation de l'OPS de permettre au personnel d'approuver les transactions indépendamment du rôle et de l'emplacement. De plus, pour soutenir le recrutement de ressources humaines talentueuses, la plate-forme de recrutement Stellis a été lancée début 2017. Conçu conjointement avec l'OMS, le système utilise un logiciel de gestion des personnes basé sur le cloud qui rapproche le Bureau des normes de l'industrie. Le système devrait améliorer la transparence et la responsabilité dans la gestion des processus de sélection de toute l'Organisation.

Technologies de l'information

312. Au cours de la période considérée, le PASB a approuvé une nouvelle stratégie en matière de technologie de l'information (TI) et a mis en place un nouveau processus de gouvernance informatique pour coordonner les dépenses en projets technologiques dans toutes les entités de l'OPS. D'autre part, les domaines Internet des bureaux et des centres de pays de l'OPS ont été fusionnés dans un seul domaine de l'OPS et les logiciels ont été normalisés afin de réduire la complexité, d'accroître la sécurité, de simplifier le soutien et de faciliter la mise en œuvre d'initiatives futures de gestion des connaissances et de l'information. Une nouvelle initiative, « l'OPS dans le cloud », a été mise en place, afin de permettre au personnel du Siège d'utiliser son environnement de travail en dehors de son bureau et sur un autre ordinateur, et d'accéder à distance aux outils, services et boîtes de dépôt partagés.

313. En 2014, le Bureau a mené une évaluation complète des TI qui a abouti à des recommandations pour la modernisation de ce domaine clé du travail institutionnel. Les recommandations ont été incorporées dans une stratégie informatique mise à jour pour 2015-2019, avec cinq domaines d'intervention : soutien aux programmes techniques, soutien au bureau de pays, PMIS, innovation informatique et maintien de la stabilité des opérations informatiques. La stratégie répond aux importants changements dans l'environnement et aux besoins informatiques du Bureau, y compris l'introduction du PMIS, les demandes croissantes des programmes techniques de l'OPS, la prolifération de services basés sur le cloud, l'anticipation d'un renouvellement exceptionnellement élevé du personnel informatique au cours des cinq prochaines années, les défis en matière de sécurité de l'information et l'expansion des réseaux sociaux dans le milieu de travail. La nouvelle stratégie fournit un cadre pour la gestion des TI, offre un mécanisme pour déterminer les niveaux d'investissement et de ressources sur l'ensemble de projets et activités informatiques et constitue une référence pour les dépenses totales en TI. Le Bureau a révisé une nouvelle fois le processus de gouvernance informatique afin d'améliorer la prise de décisions et l'établissement de priorités pour tous les projets et investissements liés aux technologies de l'information.

314. Dans le prolongement de la mise en œuvre de la stratégie informatique actualisée, le *Service Request System* (SRS), un système innovant de demande de service basé sur le

cloud et multilingue, a été mis en place en 2015 pour soutenir les utilisateurs et les systèmes du Bureau. Le SRS permet aux utilisateurs de trier, hiérarchiser, affecter et de remonter les requêtes vers la ressource appropriée et suivre leur résolution. D'autre part, un nouveau système qui permet de réduire l'utilisation de papier grâce aux tablettes a été élaboré pour les conférences et réunions ; la sécurité Internet du Siège a été améliorée grâce à de nouveaux logiciels de surveillance et de filtrage de contenu web et de pare-feu de dernière génération et des mises à niveau du réseau ont été effectuées pour améliorer la vitesse de téléchargement et la réponse des applications, avec des améliorations supplémentaires dans les systèmes de sauvegarde et de récupération de données. Les systèmes de collaboration virtuelle ont été renforcés, grâce au remplacement des services de conférence virtuelle existants par des services WebEx à haut débit, basés sur le cloud. L'adoption des services de Microsoft Office (Office 365) a également permis d'augmenter l'efficacité de la communication et de la collaboration au sein d'un environnement basé sur le cloud sûr et rentable.

315. Dans le domaine du soutien aux programmes techniques, des améliorations ont été centrées sur l'élaboration et le soutien de systèmes d'information technique sur la santé et l'intégration des plates-formes existantes d'information sur la santé afin d'améliorer la facilité d'utilisation et de réduire les dépenses globales de l'Organisation. Les améliorations comprenaient le déploiement d'un nouveau système de vérification des factures pour le programme *Mais Médicos* au Brésil, l'amélioration de la base de données de l'OPS sur la mortalité, l'évaluation de la plate-forme d'information de l'OPS sur la santé (PLISA), ainsi que la mise en place d'un outil de surveillance des vaccins et d'une nouvelle application sur la dengue qui permettra aux pays de transmettre leurs données de surveillance à la PLISA dans un format standardisé.

316. Le soutien aux bureaux de pays s'est concentré sur l'amélioration de la prestation centralisée des services, la réduction de l'infrastructure physique locale en faveur d'une connectivité forte et sécurisée et une gestion simplifiée des services informatiques. La bande passante Internet a été augmentée afin d'améliorer la connectivité des bureaux de pays tant vers le cloud que vers les systèmes du Siège ; les infrastructures téléphoniques et de serveur ont été améliorées et un certain nombre d'ordinateurs de bureau ont été remplacés.

Communication stratégique

317. Le BSP a reconnu le besoin de mieux expliquer aux nouveaux partenaires potentiels l'histoire remarquable de l'OPS, y compris les réalisations des États Membres et les innovations en matière de santé publique, ainsi que la nécessité de renforcer les capacités du personnel de l'Organisation à développer des relations plus diversifiées avec des investisseurs non traditionnels dans les domaines social et sanitaire. À cet égard, l'Organisation a défini une nouvelle stratégie de communication dans le but de promouvoir l'OPS et d'améliorer sa réputation en tant qu'organisation d'apprentissage et tournée vers l'avenir, une source crédible et privilégiée d'information sur la santé et un partenaire fiable et digne de confiance en matière de développement de la santé. Le BSP

a mis en œuvre des technologies et des plates-formes innovantes de communication, qui intègrent, entre autres, une utilisation plus importante des conférences virtuelles, de manière à renforcer la communication avec les États Membres et la participation à des réseaux au sein et en dehors de la Région.

318. Le Bureau a continué de produire et de diffuser de nombreux documents techniques, brochures d'information, affiches et d'autres produits pour promouvoir la santé et offrir des conseils techniques, en les distribuant à travers son site web de manière à réduire le besoin de les imprimer. Le BSP a amélioré sa couverture des événements mondiaux et régionaux liés à la santé publique à travers les réseaux sociaux tels que Twitter, Flickr, YouTube, Facebook et Facebook Live. Facebook Live a permis de diffuser des entretiens avec la Directrice du BSP, les ministres de la Santé et d'autres figures clés de la santé, et a permis aux entités techniques de communiquer plus facilement « en direct ». Les sites Internet et Intranet de l'OPS ont été remaniés. La page d'accueil de l'Intranet dispose à présent d'une section intitulée « Country Focus » [Focus sur un pays] où sont mises en avant des réalisations et des nouvelles envoyées par les bureaux de pays.

319. Enfin, la sensibilisation des médias a été renforcée grâce à de messages ciblés et à des réponses directes aux questions posées par les médias. Les améliorations apportées à la communication stratégique ont contribué à renforcer le positionnement et la hiérarchisation de l'Organisation au sein de la communauté internationale.

9. CONCLUSION ET HORIZON 2030

320. Lors de la période couverte par le présent rapport, la coopération technique de l'OPS a contribué au renforcement permanent des capacités et à de multiples succès dans de nombreux pays et aux niveaux infrarégional et régional. Les États Membres de l'OPS et le BSP ont utilisé des modalités bien réglées, telles que l'élaboration et l'utilisation de politiques et de lignes directrices, mais ils ont également apporté des idées novatrices et conçu des approches et des outils créatifs et innovants, comme l'utilisation de la cybersanté et l'introduction de nouvelles technologies et des plates-formes de partage d'informations, pour aborder les problèmes prioritaires en matière de santé publique dans la Région des Amériques. Les États Membres ont manifesté leur solidarité et collaboré étroitement avec le BSP en recherchant à réduire les inégalités en matière de santé, à progresser vers la santé universelle et à assurer le bien-être de leur population. Cependant, nombre de défis se sont fait jour durant cette période et beaucoup d'entre eux persistent.

321. Bien que la pauvreté ait considérablement diminué dans la Région au cours de la dernière décennie, les iniquités en santé demeurent l'un des défis de santé publique les plus importants dans les Amériques. La plupart des pays de la Région reconnaissent la santé comme un droit fondamental et leur élan vers la santé universelle est une expression tangible de la réalisation progressive du droit à la santé et de la réduction des iniquités en santé. Les pays prennent chaque fois plus conscience de l'importance des systèmes d'information pour la santé qui fournissent des données ventilées concernant les déterminants sociaux de la santé et qui prennent en compte les données des secteurs autres que la santé, pour élaborer des politiques, plans, et programmes pour le développement équitable de la santé.

322. L'importance de l'inclusion comme objectif stratégique pour réduire les iniquités en santé prend également de l'ampleur. Le secteur de la santé ne peut pas à lui seul faire face à tout ce qui est nécessaire pour la santé et le bien-être de la population nationale et des groupes de population défavorisés, mal desservis et vulnérables. La collaboration et l'action multisectorielle sont impératives, et elles doivent compter sur la participation de la société civile et du secteur privé. Une telle implication doit profiter aux politiques, stratégies et plans nationaux de santé afin d'assurer une action cohérente vers les objectifs définis de développement de la santé et l'identification de rôles, responsabilités et ressources.

323. L'affectation et la mobilisation de ressources pour soutenir la coopération technique de l'Organisation auront probablement une importance majeure dans l'avenir, afin de protéger les réalisations de la Région et d'aborder les nouveaux défis de manière efficace et cohérente. Les mécanismes pour améliorer les partenariats traditionnels et non traditionnels et concevoir des méthodes efficaces et efficientes pour tirer le meilleur parti des capacités, de l'expertise et des ressources des pays, telle que la coopération entre les pays pour le développement de la santé, doivent être vigoureusement renforcés.

324. La Région est confrontée à de nombreux défis, présents dans les pays à différents degrés. Parmi ces défis, citons : l'insuffisance des ressources financières en raison de difficultés économiques, les changements fréquents de gouvernements et administrations politiques, parfois avec des interruptions dans l'élaboration et/ou la mise en œuvre des politiques, la capacité limitée à identifier, documenter et traiter les inégalités en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé, que ce soit à travers l'interculturalisme ou la protection sociale, une attention insuffisante à la prévention et aux soins de santé primaires, avec une accentuation continue du traitement et des soins tertiaires, des limitations en matière de ressources humaines pour la santé (en nombre, catégories et distribution), des interférences de l'industrie, en particulier vis-à-vis de la prévention et du contrôle des MNT, des urgences et épidémies récurrentes qui détournent l'attention et les ressources d'autres problèmes importants de développement en santé, enfin, l'immigration incontrôlée qui risque de submerger les systèmes de santé locaux et nationaux.

325. Plusieurs pays sont proches d'éliminer certaines maladies transmissibles, y compris la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, et certaines maladies infectieuses négligées. Avec une volonté politique continue, des ressources adéquates, des systèmes de santé renforcés et des partenariats efficaces, la coopération technique de l'OPS permettra d'accomplir les étapes finales de l'élimination. Toutefois, d'autres maladies transmissibles, telles que la maladie à virus Zika et ses complications, imposent de continuer à intervenir pour les prévenir, les détecter et les contrôler, tout en faisant face à leurs conséquences sociales et sanitaires.

326. Les principales priorités programmatiques seront vraisemblablement encore à l'ordre du jour des programmes de santé et de développement des États Membres de l'OPS au cours des prochaines années. Ces priorités comprennent le renforcement des systèmes de santé pour la santé universelle et des systèmes de santé résilients, la préparation et la riposte aux épidémies et aux catastrophes naturelles et anthropiques, la prévention et le contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles et la promotion de la santé tout au long du parcours de vie, y compris les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. D'autres problématiques, comme la santé des migrants, des peuples autochtones et des personnes d'origine africaine, sont également primordiales pour les programmes des pays.

327. La lutte contre les maladies non transmissibles doit continuer d'inclure la législation et les cadres réglementaires pour prévenir et contrôler les facteurs de risque. Cela permettra de changer les comportements et d'adopter des modes de vie sains, parallèlement à une amélioration continue de la qualité du traitement et de la réadaptation. Un effort accru doit être fait pour rassembler des données probantes concernant les impacts négatifs sur la productivité et l'économie nationale des maladies non transmissibles, y compris les troubles mentaux, afin de stimuler le plaidoyer, l'élargissement des efforts de prévention et de contrôle dans le secteur de la santé et une participation renforcée des secteurs non sanitaires. La lutte contre l'épidémie de surpoids et d'obésité dans la Région sera cruciale.

328. La coopération technique du BSP continuera de répondre aux priorités nationales, infrarégionales et régionales en matière de santé et de renforcer les capacités nationales pour y remédier. Ces efforts seront guidés par des résolutions et des recommandations des Organes directeurs de l'OPS dans le cadre des mandats et accords mondiaux, régionaux et infrarégionaux, ainsi que des politiques, stratégies et plans nationaux. Les principaux cadres internationaux qui guideront le travail de l'OPS pour relever les défis comprennent les ODD, la Convention-cadre sur la lutte antitabac, le Règlement sanitaire international, le Programme de santé durable pour les Amériques 2018-2030, la période restante du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et le nouveau plan stratégique qui sera élaboré pour la période 2020-2024. L'adaptation de la coopération technique pour atteindre les objectifs de ces instruments sera guidée par des stratégies de coopération infrarégionales et nationales formulées en étroite collaboration avec les autorités infrarégionales et nationales respectives et avec la participation d'autres acteurs clés de la santé.

329. Les principales priorités de la coopération technique et du développement institutionnel de l'Organisation au cours des cinq prochaines années seront les suivantes :

- a) faire progresser la santé universelle grâce à des systèmes de santé résilients basés sur l'approche des soins de santé primaires et assurer l'accès universel à des services complets et de qualité tout au long de la vie,
- b) veiller à ce que tous les pays puissent respecter leurs obligations définies par le RSI (2005), avec une forte capacité nationale et régionale de préparation et de riposte aux urgences et catastrophes,
- c) mener la riposte à la résistance antimicrobienne dans les Amériques, en collaboration avec les secteurs de la santé animale et de l'agriculture,
- d) promouvoir un intérêt renouvelé sur la santé équitable pour les femmes et les enfants, les groupes ethniques, les populations autochtones et les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité, en favorisant l'égalité entre les sexes, l'équité, les droits de l'homme et l'appartenance ethnique dans l'ensemble du travail de l'OPS,
- e) faire progresser l'élimination des maladies transmissibles, par une augmentation du nombre des pays certifiant l'élimination du paludisme, de la tuberculose et des maladies infectieuses négligées, travailler à l'élimination de la transmission du VIH dans la Région à l'horizon 2030 et augmenter les initiatives de contrôle vectoriel,
- f) veiller à ce que la Région soit en mesure de réduire la mortalité des MNT de 25 % d'ici à 2025 et de 33 % d'ici 2030, en abordant la réduction des facteurs de risque, le renforcement des systèmes de santé et l'amélioration de la capacité nationale de surveillance et de réponse aux MNT,

- g) préconiser des améliorations dans les déterminants de la santé grâce à des approches multisectorielles et mener la réponse du secteur de la santé régionale au changement climatique,
- h) améliorer l'accès aux médicaments dans toute la Région, en favorisant une augmentation de la production, le transfert de technologie et les achats groupés ainsi qu'une amélioration de la chaîne d'approvisionnement,
- i) veiller à ce que la Région soit en mesure d'atteindre toutes les cibles de l'ODD 3, ainsi que les cibles liées à la santé des autres ODD,
- j) poursuivre le renforcement institutionnel de l'OPS, au moyen d'un engagement accru en matière de coopération axée sur les pays grâce à une intensification du développement de la stratégie de coopération entre pays, de la promotion de la coopération entre pays pour le développement de la santé, de la mise en œuvre d'une coopération technique différenciée pour répondre aux priorités propres à chaque pays et du renforcement de la coopération infrarégionale, grâce à des efforts continus pour que les systèmes de gouvernance et d'administration soient plus efficaces et efficients et grâce à une meilleure viabilité financière suite à la diversification des ressources sur le long terme et à une efficacité accrue.

330. En répondant à ces priorités, le BSP cherchera, parmi d'autres stratégies, à renforcer de manière permanente les systèmes d'information pour la santé, à mesurer et surveiller les inégalités, à promouvoir et contribuer à la mise en œuvre d'instruments juridiquement contraignants approuvés au niveau international, à intégrer les enseignements tirés, à partager les expériences, les pratiques exemplaires et les informations, à promouvoir, faciliter et surveiller les approches multisectorielles qui comprennent tous les secteurs du gouvernement et de la société, ainsi que la Santé dans toutes les politiques, à créer et renforcer les partenariats et à mettre en œuvre des stratégies pour mobiliser les ressources humaines, techniques et financières nécessaires pour atteindre les objectifs de coopération technique.

331. Les efforts de l'OPS joueront un rôle majeur dans le succès de la coopération technique et dans la réalisation des objectifs nationaux de développement de la santé. Ces efforts comprennent les partenariats stratégiques et les alliances de l'Organisation, la promotion et la contribution de la coopération Sud-Sud, Nord-Sud et triangulaire et sa capacité de mobilisation de ressources. Le double statut de l'OPS en tant qu'institution spécialisée en santé du système interaméricain et Bureau régional de l'OMS pour les Amériques lui donne accès à un large éventail d'expertises et apporte une valeur ajoutée à son rôle d'institution intermédiaire, de rassemblement et facilitatrice, capable de catalyser les actions aux niveaux infranational, national, infrarégional, régional et mondial.

332. Le Bureau sanitaire panaméricain travaillera à maintenir les capacités de l'OPS pour remplir ses fonctions de base, analyser l'environnement mondial, célébrer les réussites et anticiper et se préparer aux éventualités, dans le but de « s'acquitter de son travail » au service des États Membres de l'OPS et de la santé des peuples des Amériques.

Sigles

AECID	Agence espagnole de coopération internationale pour le développement
ANR	autorité nationale de réglementation
APR LAC	A Promess Renewed for the Americas [Une promesse renouvelée pour les Amériques]
BID	Banque interaméricaine de développement
BIREME	Centre latino-américain et des Caraïbes d'information sur les sciences de la santé
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
CAPRADE	Comité andin d'assistance et de prévention des catastrophes
CAREX	Système international d'information sur l'exposition professionnelle aux agents cancérigènes en Europe
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CARPHA	Agence de la santé publique des Caraïbes
CCHD	Cooperation among Countries for Health Development [Coopération entre pays pour le développement de la santé]
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (États-Unis)
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CLAP/WR	Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive
CRS	Caribbean Regulatory System [Système de réglementation des Caraïbes]
COMISCA	Conseil des ministres de la Santé de l'Amérique centrale
COU	Centre d'opérations d'urgence
CSC	Bureau de la coordination des pays et des sous-régions
CVSP	Campus virtuel pour la santé publique
DFID	Ministère du Développement international du Royaume-Uni
DINEPA	Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement (Haïti)
EMT	Emergency Medical Team [Équipe médicale d'urgence]
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation
FENSA	Framework of engagement with non-State actors [Cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques]
FIOCRUZ	Fondation Oswaldo Cruz (Brésil)
FMI	Fonds monétaire international
HiAP	Health in All Policies [la santé dans toutes les politiques]
IES	Services internes d'évaluation et de supervision
IICA	Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture
IMCS	Integrity and Conflict Management System [Système de gestion des questions d'intégrité et des conflits]
IST	infection sexuellement transmissible
MCV	maladie cardiovasculaire

MERCOSUR	Marché commun du sud
mhGAP	mental health Gap Action Programme [Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale]
MIN	maladie infectieuse négligée
MNT	maladie non transmissible
MVE	maladie à virus Ebola
ODD	objectif de développement durable
OEA	Organisation des États Américains
OECO	Organisation des États des Caraïbes orientales
OMD	objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
ORAS/CONHU	Organisme andin de la Santé – Accord Hipólito Unanue
PED	Département de préparation aux situations d'urgence et de secours en cas de catastrophes (OPS)
PEV	Programme élargi de vaccination
PHE	Département des urgences sanitaires (OPS)
PHEFA	programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse
PIB	produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
BWP	Biennal work plan [plan de travail biennal]
Rio + 20	Conférence des Nations Unies sur le développement durable
RSI	Règlement sanitaire international
SICA	Système d'intégration de l'Amérique centrale
SIP	Système d'information périnatale
SUS	Sistema Único de Saúde [Système de santé unifié] (Brésil)
SVA	Semaine de la vaccination dans les Amériques
TAR	traitement antirétroviral
TB	tuberculose
TB-MR	tuberculose multirésistante
TCC	Technical Cooperation among Countries [Coopération technique entre pays]
TI	technologie de l'information
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH/sida	virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
VPH	virus du papillome humain
WHE	Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

Remerciements

Le Bureau sanitaire panaméricain remercie les États Membres pour leur soutien à travers le paiement de leurs quotes-parts ainsi que les gouvernements, organisations et institutions suivantes pour leurs contributions spontanées et généreuses :

Affaires mondiales Canada
Agence andalouse de coopération au développement international
Agence de la santé publique du Canada
Agence de santé publique des Caraïbes
Agence des États-Unis pour le développement international
Agence internationale pour la prévention de la cécité
Agence norvégienne de coopération pour le développement
Agence suédoise de coopération au développement international
American Dental Association
American Heart Association
Banque de développement d'Amérique latine
Banque interaméricaine de développement
Banque japonaise pour la coopération internationale
Banque mondiale
Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires
Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophes
CBM Bureau régional de l'Amérique latine
Center for Public Service Communications
Centre de recherches pour le développement international
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis
Colgate Palmolive Company
Commission européenne
Communauté européenne
Conseil des organisations internationales des sciences médicales
Conseil national de bétail bovin (Brésil)
Corporation andine de développement
Emory University
Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique
Fondation Bill & Melinda Gates
Fondation de l'OPS
Fondation de l'Université d'Antioquia
Fondation des CDC
Fondation des Nations Unies
Fondation Mérieux
Fondation mondiale du diabète
Fondation Rockefeller
Fondation Sanofi Espoir
Fonds central pour les interventions d'urgence des Nations Unies
Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine

Fonds d'affectation spéciale PHEFA
Fonds des Nations Unies pour la population.
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Fonds municipal de santé – Département de santé de la municipalité de Bogotá
Fonds pour l'application des normes et le développement du commerce
Food and Drug Administration des États-Unis d'Amérique
Gavi, l'Alliance du Vaccin
Gouvernement de la Bolivie
Gouvernement de la Colombie
Gouvernement de la République bolivarienne du Venezuela
Gouvernement de la République de Corée
Gouvernement de la République dominicaine
Gouvernement de l'Argentine
Gouvernement de l'Australie
Gouvernement de l'Équateur
Gouvernement de l'Espagne
Gouvernement de l'Italie
Gouvernement de l'Uruguay
Gouvernement d'El Salvador
Gouvernement des Bahamas
Gouvernement du Belize
Gouvernement du Brésil
Gouvernement du Costa Rica
Gouvernement du Guatemala
Gouvernement du Guyana
Gouvernement du Honduras
Gouvernement du Luxembourg
Gouvernement du Mexique
Gouvernement du Panama
Gouvernement du Paraguay
Gouvernement du Pérou
Gouvernement du Royaume-Uni
Hôpital pour enfants du Texas
Japan Center for International Exchange
London School of Economics
MAC AIDS Fund
Ministère des Affaires étrangères et du Commerce d'Australie
Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada
Ministère pour le Développement international du Royaume-Uni
Mission permanente du Botswana auprès de l'Organisation des Nations Unies
Mission permanente du Canada auprès de l'Organisation des États Américains
Open Society Foundations
Orbis International
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

Partenariat des Nations Unies pour la promotion des droits des personnes handicapées
PATH
Population Services International
Programme de transformation productive [Colombie]
Programme des Nations Unies pour le développement
Programme des Nations Unies pour l'environnement
Projet High Hopes Global
Protection civile et Opérations d'aide humanitaire européennes
RAD-AID International
Sabin Vaccine Institute
Stratégie internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes
Task Force for Global Health
Together for Girls
Université de Washington
Vaccine Ambassadors

- - -