



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR

62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010

Point 8.6 de l'ordre du jour provisoire

CD50/INF/6 (Fr.)

5 août 2010

ORIGINAL: ANGLAIS

RAPPORTS SUR L'ÉTAT D'AVANCEMENT SUR LES SUJETS TECHNIQUES

CONTENU

- A. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005)2
Résolutions CSP27.R13 (2007) et WHA58.3 (2005)
- B. Mise à jour sur la grippe pandémique (H1N1) 20097
Document CD49/INF/2, Rév.1 (2009)
- C. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données
d'état civil et de santé13
Résolution CD48.R6 (2008)
- D. Initiative régionale sur les données sanitaires de base et les profils17
de pays Résolution CD40.R10 (1997)
- E. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités21
et défis concernant sa mise en oeuvre aux Amériques
Résolution CD48.R2 (2008)
- F. Mise en oeuvre de la stratégie régionale et plan d'action pour une approche
intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre
celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé26
Résolution CD47.R9 (2006)
- G. Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale38
Résolutions CD44.R1 (2003), CD47.R10 (2006) et CSP27.R2 (2007)

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

Introduction

1. Avec la déclaration d'urgence de santé publique d'importance internationale en raison de la pandémie (H1N1) 2009, l'application du Règlement sanitaire international (2005) (RSI) au niveau mondial a été mise à l'épreuve. Cette expérience a exigé l'action concertée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des États membres mus par un objectif commun. Cela a également démontré l'utilité de disposer d'un cadre juridique qui facilite la coordination des communications et de la riposte, ainsi que la nécessité de continuer à renforcer les capacités pour être chaque fois plus efficaces dans l'application du RSI (2005).

2. Ce rapport a pour but de rendre compte des progrès des États Membres et de l'OPS concernant le respect des engagements pris dans la résolution WHA58.3 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Cette résolution définit le processus de mise en œuvre du RSI (2005). Le rapport se fonde sur sept domaines d'activité¹ définis par l'OMS pour la mise en œuvre du RSI (2005).

Promouvoir les alliances régionales

3. Les États membres, à travers les systèmes d'intégration régionale, ont assumé une responsabilité partagée et jouent un rôle actif dans l'application du RSI (2005). En vue de favoriser le respect de cet engagement, un appui est toujours apporté au Sous-groupe de travail 11 (SGT-11) du Marché commun du Sud (MERCOSUR), à l'Organisme régional andin de la santé-Convention Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), à la Réunion du Secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD), ainsi qu'aux pays des Caraïbes par le biais du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC).

4. Cet appui technique s'est concentré, pour le Sous-groupe de travail 11 (SGT-11)² du MERCOSUR et pour ORAS-CONHU, sur les procédures pour la mise en œuvre du

¹ (i) Promotion des alliances mondiales et régionales ; (ii) renforcement des systèmes nationaux de prévention, de surveillance, de lutte et de riposte face aux maladies ; (iii) renforcement de la sécurité sanitaire dans les moyens de transport et parmi les voyageurs ; (iv) renforcement des systèmes d'alerte et de riposte de l'OPS ; (v) renforcement de la gestion de risques spécifiques ; (vi) appui des droits, obligations et procédures et (vii) réalisation d'études et de contrôle des progrès.

² Le Groupe Marché commun (GMC) s'articule en 15 Sous-groupes de travail (SGT) afin de réaliser les objectifs du MERCOSUR. Au nombre de ces SGT, le N° 11 correspond à celui de la santé et a été créé par l'entremise de la Résolution GMC N° 151 de 1996. Ces SGT ont élaboré leurs normes de

RSI (2005), sur l'harmonisation de la liste d'événements essentiels pour la santé publique et sur la formation des équipes de réponse rapide. Pour l'Amérique Centrale, a été complétée la mise en œuvre du projet de coopération technique entre les pays (PCT) décidé par les États membres dans le cadre de la XXIVème Réunion du Secteur Santé de l'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD) en janvier 2009 (accord HON-XXIV-RESSCAD-3), pour évaluer les capacités fondamentales de surveillance et de riposte. Le renforcement de ces capacités a été inclus dans le Programme et le Plan de Santé 2010-2015 approuvé par le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique Centrale (COMISCA). Les pays des Caraïbes de langue anglaise, française et néerlandaise ont décidé de poursuivre, avec le soutien de CAREC, des activités pour la mise en œuvre effective du RSI (2005).

Renforcement des systèmes nationaux de prévention, de surveillance, de contrôle et de riposte aux maladies

5. Pendant cette période, l'OPS a continué à soutenir les États membres dans l'évaluation de la capacité de leurs structures et de leurs ressources et dans l'élaboration de plans d'action alignés sur ceux qui existent déjà dans le pays et avec les plans régionaux en vigueur. À ce jour, les informations disponibles montrent que sur les 35 États membres, 34 ont terminé l'évaluation de leurs capacités de surveillance et de réponse au niveau national³ ; 28 ont élaboré les plans nationaux de renforcement de ces capacités et 18 ont évalué les capacités aux points d'entrée.

6. Les États Membres ont entamé l'exécution de leurs plans d'action pour le renforcement des capacités. Afin d'identifier les besoins de coopération technique sur ce plan, une réunion avec les responsables des services nationaux de surveillance des pays d'Amérique latine s'est tenue en novembre 2009 à Lima (Pérou). À cette occasion, une liste des priorités pour l'appui technique a été dressée. Celles-ci ont été évaluées et incluses dans le Plan de travail biennuel 2010-2012 du Projet de prévention et de contrôle des maladies transmissibles de l'OPS. En outre, en février 2010, un atelier a été organisé au siège de l'OPS, à Washington, D.C., auquel ont pris part 16 experts en surveillance de différentes institutions.⁴ Cet atelier avait pour but d'élaborer un document sur les principes directeurs permettant aux systèmes nationaux de surveillance traditionnels

négociations devant être examinées par le GMC ; qui déterminent les priorités et élaborent un calendrier pour leur mise en œuvre.

³ Dans un contexte de désastres naturels répétés y compris le tremblement de terre de janvier 2010, Haïti n'a pas été en mesure de terminer l'évaluation des capacités principales requises pour la surveillance et l'action y compris les points d'entrée.

⁴ L'Agence de Santé publique du Canada, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (EUA), le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies, des responsables des services nationaux de surveillance du Chili, du Costa Rica, du Salvador et du Mexique, ainsi que des fonctionnaires de l'OPS, du bureau régional de l'OMS en Europe et du siège de l'OMS à Genève.

d'être compatibles avec la recherche d'informations rendant possible la détection des risques de santé publique et d'une riposte appropriée, comme le stipule le RSI (2005).

7. Plusieurs activités ont été réalisées en appui au renforcement des Centres nationaux de liaison pour le RSI, et dans le cadre d'une collaboration avec les ministères de la santé du Brésil et du Chili. Un guide opérationnel pour le fonctionnement des Centres nationaux de liaison a été élaboré et un outil informatique a été adapté pour renforcer la surveillance basée sur des événements. Au vu des résultats des évaluations, un soutien a été accordé à 14 États membres pour le renforcement de leurs Centres nationaux de liaison. Ces propositions sont en cours d'examen et d'approbation finale. Enfin, et dans la même optique, un système de stages a été planifié puis mis en œuvre en mars 2010. Ces stages sont destinés aux fonctionnaires des Centres nationaux de liaison pour le RSI qui participent aux activités de l'Équipe d'alerte et de riposte régional de l'OPS à Washington, D.C. Au moment de la rédaction du présent rapport, trois stagiaires ont été accueillis en provenance du Honduras, du Panama et de la République dominicaine.

8. Dans le cadre du renforcement des capacités de riposte, les pays doivent consolider les équipes de réponse rapide (ERR). À cette fin, le programme de formation des ERR a été mis à jour et étendu. Un soutien est désormais accordé à des programmes de formation en Bolivie, au Chili, au Costa Rica et en Équateur, permettant de former 130 professionnels de différentes disciplines. En outre, afin de favoriser la mise en œuvre du programme d'épidémiologie sur le terrain, une aide a été fournie pour l'élaboration d'une proposition devant être mise en œuvre au Paraguay. La proposition a été approuvée et se trouve actuellement à l'étape initiale d'exécution.

Renforcement de la sécurité sanitaire dans les moyens de transport et parmi les voyageurs

9. Pour ce qui est des initiatives en rapport avec les points d'entrée, la collaboration s'est poursuivie avec le Groupe technique consultatif sur la sécurité portuaire de l'Organisation des États américains dans le but de renforcer les capacités fondamentales nécessaires dans les ports désignés. Pour renforcer la supervision et l'appui à la mise en œuvre du RSI, l'OPS a engagé un nouveau conseiller chargé de fournir une orientation et d'élaborer des instruments en rapport avec les points d'entrée.

Renforcement des systèmes d'alerte et de riposte de l'OPS

10. Depuis la mise en œuvre du RSI (2005), le point de contact régional pour le RSI (2005) mène des activités de dépistage, de vérification et d'évaluation des risques d'événements, en assurant une garde 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Des tests annuels de communication ont été réalisés avec les Centres nationaux de liaison des États membres. En 2010, sur 35 Centres nationaux de liaison, 29 ont répondu dans les délais au

message électronique envoyé et pour 30, il a été possible d'établir une communication téléphonique.

11. En ce qui concerne la détection et l'évaluation des risques, de janvier 2009 à juin 2010, 300 événements importants pour la santé publique internationale ont été enregistrés, dont 39 avaient trait à la pandémie (H1N1) 2009. Par ailleurs, 30% des événements ont été notifiés par les Centres nationaux de liaison, 16% par d'autres institutions gouvernementales et 54% ont été détectés dans le cadre des activités de surveillance de routine de l'OPS. Durant cette même période, des informations ont été communiquées aux États membres sur le Site d'information sur les événements (dont le sigle anglais est EIS), avec un total de 582 actualisations sur 67 événements importants pour la santé publique internationale.

12. Dans le contexte de la réponse à la pandémie (H1N1) 2009, l'OMS a activé le mécanisme du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (dont le sigle anglais est GOARN). Entre avril et novembre 2009, 17 États membres de l'OPS⁵ ont bénéficié de l'appui technique d'experts mobilisés par le réseau GOARN. Un total de 77 experts de 17 institutions et agences⁶ ainsi que des experts de l'OPS/OMS ont été mobilisés pour faire partie des équipes nationales de riposte. Ce processus a débouché sur une réunion d'analyse de la riposte organisée au Panama.

Renforcement de la gestion des risques spécifiques

13. Dans le contexte de la pandémie (H1N1) 2009, les systèmes nationaux de surveillance de la grippe ont été renforcés avec des équipements, des réactifs, des programmes de formation et l'organisation de laboratoires. Les informations produites par ces laboratoires ont été intégrées au système national de surveillance et sont utilisées pour la surveillance de la pandémie.

14. De janvier 2009 à juin 2010, 124 bulletins et alertes ont été émis, dont 87 correspondaient à la pandémie (H1N1) 2009. En outre, afin d'améliorer l'analyse des risques de dissémination de maladies et d'assurer un suivi adéquat des événements, des cartes de risque sur la fièvre jaune, la dengue et des indicateurs qualitatifs de la pandémie ont été développés et actualisés.

⁵ Argentine, Bélice, Bolivie, Chili, El Salvador, Equateur, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Suriname et Uruguay.

⁶ Agence de santé publique du Canada, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (EUA), Institut national de la santé du Portugal, Institut Pasteur de la Guyane française, Ministères de la Santé de l'Argentine, du Brésil, du Chili et du Pérou, Ministère de la Santé et de la Politique sociale de l'Espagne, Secrétariat de la Santé du Mexique, Organisme régional andin de la santé-Convention Hipólito Unanue, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Bureau pour les Caraïbes de l'Institut de veille sanitaire français, Programme européen de formation en épidémiologie d'intervention, Universités Valparaíso au Chili et du Texas aux États Unis.

15. En vue d'analyser de façon critique l'expérience des pays et de générer des connaissances à même d'améliorer l'action, un exercice sur les enseignements tirés quant à la réponse face à la grippe pandémique (H1N1) 2009 aux Amériques a été réalisé.

Appui des droits, obligations et procédures et réalisation d'études et de contrôle des progrès

16. La mise en œuvre normative du RSI (2005) dans la Région n'est pas encore terminée dans tous les États Membres. Afin de faciliter la révision de la législation dans les États membres, un « Cadre de référence pour la mise en œuvre normative du RSI (2005) » a été élaboré et est en cours d'impression.

17. Les États Membres ont nommé 72 experts pour faire partie de la Liste d'experts du RSI (2005). La Directrice générale de l'OMS a convoqué des experts de cette Région pour faire partie du Comité d'urgence et du Comité d'examen. Ces experts se sont réunis pour la première fois du 12 au 14 avril 2010.

18. La Région des Amériques a pris part aux études effectuées par l'OMS pour évaluer le fonctionnement de l'instrument de décision inclus à l'annexe 2 du RSI (2005)⁷. Elle a aussi participé à l'étude pilote pour examiner la fiabilité de l'évaluation et de la notification, à l'étude qualitative composée d'une enquête approfondie avec des questions sur l'utilisation de l'instrument de décision, ainsi qu'à une enquête pour évaluer son utilisation. Les résultats de ces études seront connus dans le courant de l'année.

19. Enfin, il s'est déroulé en mai 2010 à Quito (Equateur) la première réunion régionale conjointe des Centres nationaux de liaison, des responsables nationaux des services de surveillance et des responsables de points d'entrée.

⁷ Un rapport préliminaire sur le résultat de l'étude pilote effectuée par l'Université de Genève a été distribué aux pays le 22 mars 2010 par l'entremise du point de contact de l'OMS pour le RSI dans la Région des Amériques (ihr@paho.org).

B. MISE À JOUR SUR LA GRIPPE PANDÉMIQUE (H1N1) 2009

Antécédents

20. Le présent document vise à passer en revue les efforts déployés avant la pandémie et la riposte suite à l'apparition du nouveau virus de la grippe A (H1N1) depuis avril 2009.

21. Vers la fin du mois d'avril 2009, un nouveau virus de la grippe A susceptible d'infecter les êtres humains a été détecté en Amérique du Nord. À partir de son foyer initial, le virus s'est propagé à l'échelle mondiale, entraînant des centaines de milliers de cas confirmés et plus de 18 000 morts au 30 juillet 2010 (dont 8 500 morts aux Amériques). D'autre part, des populations vulnérables comme les femmes enceintes semblent présenter des taux de mortalité extrêmement élevés dus à la grippe A(H1N1).¹ En 2009, des rapports épidémiologiques en provenance des pays qui fournissent ce genre d'information révèlent qu'au moins 28,5 % des décès pandémiques (H1N1) chez les femmes en âge de procréation se produisaient chez les femmes enceintes (fourchette 4,2-28,5).² Sur la base des preuves disponibles et sur les conseils du comité d'urgence établi en vertu du Règlement sanitaire international (RSI 2005), la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a décidé que les critères scientifiques correspondant à une pandémie grippale avaient été satisfaits et a ainsi déclaré la première pandémie du 21^e siècle.

22. Depuis 2002, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a fourni une coopération technique pour l'élaboration par les pays de plans nationaux de préparation à une pandémie de grippe, en utilisant un processus de planification intersectoriel. En plus de l'élaboration de ces plans, l'objectif fixé était de renforcer les principales capacités génériques en matière de surveillance et de riposte, telles qu'exigées par le RSI 2005. À cette fin, la Directrice de l'OPS a établi un groupe de travail sur la préparation à la grippe pandémique et la mise en œuvre du RSI, qui est composé de représentants de 11 domaines de l'Organisation.

23. Afin de faciliter le renforcement de la capacité des pays à détecter les virus grippaux susceptibles de déclencher une pandémie, un protocole générique pour la surveillance de la grippe a été élaboré par l'OPS et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis. Dans le but de compléter un système de

¹ A. M. Siston, S. A. Rasmussen, M. A. Honein, A. M. Fry, K. Seib, W. M. Callaghan, ... D. J. Jamieson. Pandemic 2009 Influenza A(H1N1) Virus Illness Among Pregnant Women in the United States. *The Journal of the American Medical Association*, 2010; 303 (15): 1517 DOI: 10.1001/jama.2010.479

² Ce calcul comprend des données des rapports hebdomadaires datant de 2009 des pays suivants : le Brésil, le Canada et le Chili.

surveillance intégré en matière de virologie et d'épidémiologie, la capacité des laboratoires à été améliorée grâce à la formation en techniques de laboratoire, la fourniture de réactifs et de matériel et l'achat d'équipement. Pour la majorité des pays de la Région, l'accent a été mis sur la formation aux techniques antigéniques, ce qui a permis la détection de sept virus respiratoires, y compris la grippe. Au cours des cinq dernières années, ces efforts ont contribué à l'établissement de cinq nouveaux centres nationaux de la grippe en Amérique centrale, qui sont des laboratoires reconnus par l'OMS disposant de la capacité avérée à diagnostiquer les virus grippaux de manière sûre et efficace. Antérieurement, il n'y avait qu'un seul centre national de la grippe en fonctionnement en Amérique centrale.

24. Un appui a également été fourni afin d'établir des équipes d'intervention rapide pour enquêter sur des foyers potentiels. En plus de fournir des outils pour les enquêtes sur le terrain, la formation a compris la mise en œuvre de stratégies efficaces en matière de prévention des infections, de manipulation sûre des échantillons cliniques, de gestion du stress et de gestion des crises et des victimes en masse. Le renforcement des capacités correspondant à la communication du risque et concernant les foyers épidémiques a été aussi fourni en vue de former les cadres supérieurs en communication, les personnes qui influencent et élaborent les politiques de communication et les personnes responsables de la dissémination des messages et réactions auprès du public et des médias.

Mise à jour

25. L'apparition d'une grippe pandémique en avril 2009 a donné lieu à une importante demande d'assistance technique directe de la part des pays. La pandémie a eu pour résultat que les activités de préparation ont évolué vers des mesures d'atténuation. La menace d'une éventuelle pandémie occasionnée par la grippe A/H5N1 hautement pathogène (grippe aviaire) avait abouti au développement de plans nationaux de préparation à une pandémie de grippe dans la majorité des pays. La Région des Amériques étant la seule Région de l'OMS n'ayant pas été touchée par le virus H5N1, le processus de préparation en cas de pandémie avançait au ralenti en raison de la perception d'un risque faible. Les pays qui réagissaient à la pandémie H1N1 trouvaient souvent qu'il manquait à leurs plans nationaux de préparation à une pandémie de grippe les détails opérationnels nécessaires pour une mise en œuvre efficace sur le plan opérationnel. Alors que de nombreux plans nationaux manquaient de détails sur le plan opérationnel, le processus de préparation des dernières années a permis de jeter les fondements de mécanismes de coordination qui rassemblent les intervenants nécessaires.

26. À la suite de la flambée initiale, l'OPS a activé les mécanismes d'alarme et de riposte avec le déploiement d'équipes d'intervention rapide et l'activation du centre d'opérations d'urgence (COU) au siège de l'OPS. Le COU a servi de point de liaison entre les domaines techniques et les ministères de la santé. Grâce à la coordination avec le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'OMS, l'OPS a

déployé des missions intersectorielles dans la majorité des pays. Ces équipes comprenaient des spécialistes en surveillance, diagnostic de laboratoire, contrôle des infections, riposte en cas d'urgences et communication du risque. En l'absence de médicaments antiviraux et de vaccins, les autorités sanitaires ont dû faire face à des collectivités angoissées exigeant des informations en temps opportun. La formation à la communication du risque a souvent permis une meilleure coordination de messages plus transparents et a amélioré la conformité aux mesures de santé publique.

27. La capacité des laboratoires nationaux de santé publique a été mise à rude épreuve en raison de la demande qui visait plus à l'obtention de diagnostics qu'à la priorisation des objectifs recommandés en matière de surveillance de santé publique. Quoiqu'il en soit, les laboratoires ont donné des résultats corrects et en temps utile concernant le nombre excédentaire d'échantillons qui leur ont été soumis. La majorité des pays a pu identifier la grippe et d'autres virus respiratoires grâce aux techniques antigéniques. L'identification du nouveau virus n'a été possible que grâce à la technique d'amplification en chaîne par polymérase (PCR), plus sophistiquée, qui n'était pas introduite auparavant dans tous les pays de la Région. Lors des quatre semaines suivant le début de la pandémie, l'OPS a coordonné la formation et la provision d'équipement, matériel et réactifs nécessaires pour cette technique. Du matériel pour la PCR en temps réel a été fourni au Brésil, au Chili, à Cuba, à la Colombie, à la République dominicaine, à l'Équateur, au Salvador, à Haïti, au Honduras, à la Jamaïque, au Paraguay et à l'Uruguay. En outre, l'OPS a acheté et distribué des réactifs, du matériel et des fournitures supplémentaires. Par conséquent, tous les pays d'Amérique latine sont désormais en mesure de diagnostiquer le nouveau virus H1N1.³

28. Au titre de soutien à la surveillance épidémiologique, il faut compter l'élaboration de protocoles nationaux fondés sur les lignes directrices de l'OPS/OMS en matière de surveillance accrue des infections respiratoires aiguës. Tout au long de la pandémie, un écart et un décalage évidents dans la communication des données se sont fait jour concernant l'information épidémiologique générée par les pays. Les avancées obtenues par le biais de la coopération technique pour la mise en œuvre d'une stratégie de surveillance de la grippe n'ont pas été uniformes lors de la pandémie. Maintenant que la pandémie s'est affaiblie dans l'hémisphère sud, il serait donc opportun de renforcer les systèmes de surveillance sentinelle dans chaque pays.

29. L'OPS a convoqué un groupe d'experts pour élaborer une directive sur le traitement clinique du virus pandémique (H1N1) de 2009 chez l'enfant et l'adulte, en collaboration avec l'Association panaméricaine d'infectiologie.⁴ Les caractéristiques

³ Les États membres de CAREC, sauf la Jamaïque, ont envoyé des échantillons correspondant à des cas qui étaient présumés être liés à la pandémie du virus H1N1 2009 à CAREC pour confirmation par la PCR en temps réel.

⁴ Disponible à :

cliniques des cas sévères ont été surveillées en étroite collaboration avec les spécialistes des pays concernés pour permettre de déterminer rapidement que la grossesse et l'obésité sont des facteurs de risque associés à des formes sévères de la maladie. Une assistance technique a été fournie à l'Argentine, à la Bolivie, au Salvador, au Honduras, au Pérou, et à la Trinité et Tobago afin de réviser leurs protocoles nationaux concernant le traitement clinique et la prévention des infections. Par l'entremise d'experts sur le terrain, l'OPS a fourni des conseils sur le traitement clinique des cas sévères, sur les cas pédiatriques et sur les mesures de prévention des infections au Belize, à El Salvador, au Guatemala, au Mexique, au Nicaragua, au Paraguay et en République dominicaine. Avec le concours de l'Association panaméricaine d'Infectologie, une réunion a été organisée pour examiner les principaux enseignements tirés concernant le traitement clinique dans des unités de soins intensifs (São Paulo, 26 août 2009). L'OPS a également collaboré avec le siège de l'OMS à l'élaboration d'une consultation mondiale sur le traitement des cas sévères de grippe pandémique (H1N1) (Washington, D.C., 14 au 16 octobre 2009).

30. Dans le cadre du Plan d'urgence et par le biais de ses mécanismes d'urgence, l'OPS a été à même de coordonner un grand nombre de donations et d'achats requis pour la réponse des États membres à la pandémie de grippe H1N1. L'OPS a également fait en sorte que l'entrepôt régional du Dépôt de réponse humanitaire des Nations Unies (UNHRD) au Panama reçoive dans les meilleurs délais des livraisons d'articles médicaux et non médicaux pour réapprovisionner ses stocks. Plus de 50 000 trousseaux d'équipement de protection individuelle (EPI) et presque 600 000 traitements à l'oseltamivir ont été livrés dans les pays pendant la phase aiguë de la pandémie. Il convient de noter que l'OPS a coordonné le pré-positionnement des trousseaux d'EPI dans tous les pays des Amériques, en collaboration avec l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) avant le début de la pandémie. En préparation à une future vague de grippe A (H1N1) et dans le cadre du plan de préparation aux situations d'urgence de l'OPS, 300 000 traitements à l'oseltamivir ont été stockés dans l'entrepôt régional. L'équipe d'intervention rapide (EIR) de l'OPS a également été renforcée par une formation intensive sur le terrain en matière de logistique et de gestion de crise, conformément aux directives d'intervention sur le terrain récemment mises à jour.

31. Les campagnes de vaccination contre la grippe pandémique (H1N1) ont suivi dans les grandes lignes les recommandations du Groupe consultatif technique sur les vaccins (GCT). Comme tels, ils ont ciblé le personnel des services de santé, les femmes enceintes et les personnes ayant des conditions médicales chroniques. Ces groupes de population à risques ont été choisis pour réduire la gravité de la morbidité et de la mortalité dues à la grippe pandémique et pour réduire son impact sur les systèmes de santé. Au 30 juillet 2010, les pays de Région des Amériques, y compris les États-Unis, avaient administré 195 206 708 doses, principalement au sein des groupes prioritaires.

32. Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont prévu de vacciner environ sept millions de femmes enceintes; au 30 juillet 2010, approximativement 64 % de cette population a été vaccinée. Un seul pays a vacciné 100% de toutes les femmes enceintes visées. Actuellement, la couverture vaccinale des femmes enceintes est la plus basse, comparée à celle des autres groupes prioritaires-personnes ayant des conditions médicales chroniques (76,9%) et les travailleurs de la santé (>90 %). Les pays doivent intensifier leurs efforts de vaccination ciblant les femmes enceintes, en coordination avec les entités scientifiques et la société civile.

33. L'OPS a rédigé les directives qui sont publiées sur le portail consacré à la grippe⁵ dans les langues anglaise et espagnole. Un rapport hebdomadaire sur la surveillance de la pandémie a été mis sur pied décrivant l'évolution de la pandémie dans la Région, et il continue à ce jour. Un bulletin hebdomadaire d'immunisation a également été publié sur le portail consacré à la grippe, y compris la surveillance des événements négatifs émanés de la vaccination et la couverture vaccinale de la grippe. L'OPS a également établi des réunions virtuelles hebdomadaires entre les ministères de la santé dans le but de partager les informations et les preuves disponibles les plus récentes. L'OPS a mis à la disposition du Canada, du Mexique et des États-Unis un site virtuel protégé permettant un échange d'information. En vue de la diffusion des connaissances et d'information sur la prévention des infections, l'OPS a élaboré un cours virtuel sur le traitement clinique et la prévention des infections à l'intention des professionnels de la santé, cours qui est offert sur le campus virtuel pour la santé publique.

34. Un soutien a également été fourni aux pays pour la formulation de messages appropriés et l'évaluation de l'efficacité de ces messages par le biais de connaissances, attitudes et études de cas. Au vu des commentaires informels provenant des pays de la Région, ces résultats ont aidé les programmes à déterminer si leur message encourageait le public à se conformer aux recommandations relatives à la distanciation sociale et à d'autres mesures de santé publique et, le cas échéant, à procéder à des adaptations.

35. Les pays des Amériques ont connu des pertes économiques substantielles en raison de la pandémie. Le Gouvernement du Mexique, avec l'appui de l'OPS et de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), a réalisé une étude pour évaluer l'impact économique de la première vague de grippe pandémique A (H1N1) et les mesures de contrôle subséquentes. Les pertes économiques causées par la pandémie au Mexique en 2009 ont été évaluées à US\$ 9,1 milliards. De ce montant, 96 % sont des pertes subies au plan de la production et de la vente de biens et services; 4 % représentent des dépenses de santé au-delà des niveaux escomptés. Les pertes économiques subies par le Mexique en raison de la pandémie représentent 1 % de son produit intérieur brut pour l'année antérieure. Ceci rendrait le coût de la pandémie

⁵ Disponible sur:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&lang=en

plus élevé que toute catastrophe de l'histoire récente, y compris le tremblement de terre de 1985 à Mexico. Une deuxième étude visant à quantifier l'impact de la deuxième vague de la pandémie au Mexique est en voie de réalisation.

36. Au niveau régional, l'OPS a convoqué tous les États membres en septembre 2009 dans le but d'analyser les expériences des pays, partager les enseignements et examiner les défis auxquels fait face la Région. Avec la fin de la saison aiguë dans l'hémisphère sud et le début de la saison de la grippe dans l'hémisphère nord, les pays mettent l'accent sur sept sujets : coordination et gestion, surveillance épidémiologique, RSI, riposte des services sanitaires, communication du risque, mesures non pharmaceutiques et vaccination.

37. Tout en appuyant les efforts en vue d'atténuer les effets de la pandémie actuelle, l'OPS continuera de renforcer la stratégie de riposte contre la pandémie. La coopération technique doit continuer de privilégier des stratégies intégrées en matière de renforcement des capacités, des instruments de planification et des exercices de simulation impliquant la participation active et la prise en charge des gouvernements à tous les niveaux.

38. Le risque d'émergence de nouvelles menaces épidémiques, y compris un nouveau virus de grippe pandémique, demeure le même qu'avant la pandémie. La préparation aux situations pandémiques et le renforcement des capacités fondamentales de surveillance et de riposte doit rester une priorité dans les programmes de santé publique des pays. La pandémie de grippe (H1N1) de 2009 a servi de test pour la capacité de riposte globale, et il faut utiliser cette expérience pour continuer d'améliorer cette capacité.

C. PLAN D'ACTION REGIONAL POUR LE RENFORCEMENT DU RECUEIL DES DONNEES D'ETAT CIVIL ET DE SANTE

Introduction

39. Ce document a pour but de renseigner les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) sur l'état d'avancement de l'application de la résolution CD48.R6 (2008) *Plan d'action Régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé*, adoptée en octobre 2008.¹

Antécédents

40. La résolution susmentionnée prie instamment les États Membres de promouvoir la participation des différentes instances et parties intervenantes (bureaux de statistiques nationaux et sectoriels, départements d'épidémiologie des ministères de la santé, registres d'état civil et autres acteurs publics et privés) au diagnostic situationnel et à la préparation de plans d'action nationaux et la coordination entre ces instances et parties intervenantes. Elle leur demande également d'approuver un Plan d'action Régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé qui leur permette de disposer d'indicateurs dont l'utilité et la qualité seront suffisantes pour faciliter la conception, le suivi et l'évaluation des politiques sanitaires.

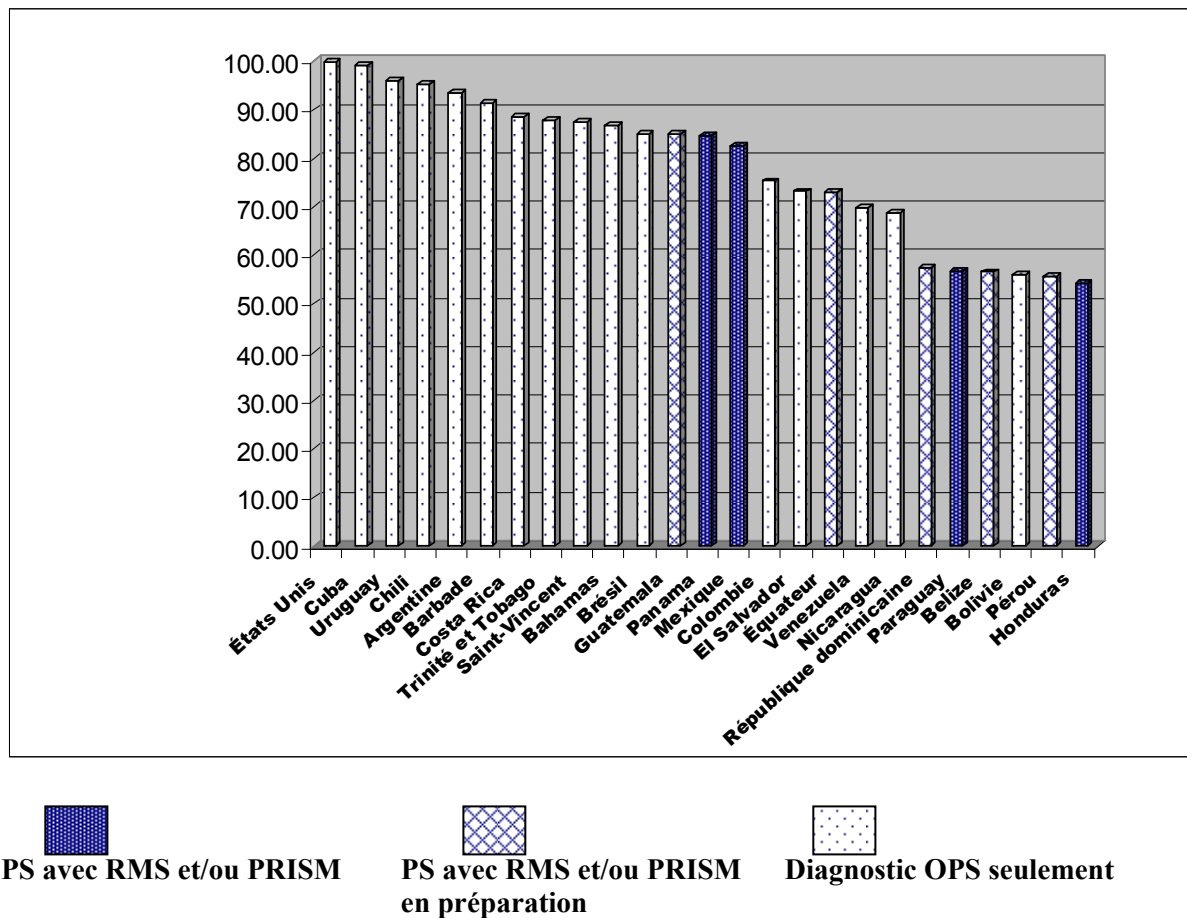
41. Elle demande également à la Directrice de travailler avec les États Membres à l'élaboration de leurs plans d'action nationaux et au renforcement de la coordination entre le Plan d'action Régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé et les initiatives de même nature lancées par d'autres institutions internationales fournissant coopération technique et financement, ainsi que les initiatives mondiales pour renforcer les données de santé au niveau national.

Analyse de situation

42. Des diagnostics situationnels fondés sur des outils de l'OPS ont déjà été établis pour 25 pays en matière de statistique. En alliance avec l'Agence de développement international des États-Unis (USAID) et des initiatives telles que le Réseau de données métriques de santé (RMS) et le Cadre de gestion de la performance des systèmes de santé de routine (PRISM, par son sigle anglais), 10 des pays prioritaires disposent de plans stratégiques. Les figures et tableaux suivants montrent l'état de la situation.

¹ Organisation panaméricaine de la santé. Plan d'action Régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé (résolution CD48.R6) [Internet], 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, D.C., E-U. [consulté le 15 avril 2010] : <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r6-s.pdf>.

Figure 1: Pays qui, selon l'indice de couverture des données d'état civil (diagnostic OPS), disposent d'un diagnostic et/ou d'un plan stratégique (PS) qui emploie des outils de l'OPS, du RMS et de PRISM² (2005 environ)



² OPS : Organisation panaméricaine de la santé, HMN : Réseau de métrique sanitaire (par les sigles en anglais), et PRISM : Cadre de la gestion des systèmes d'information de routine (par les sigles en anglais)

Tableau 1 : Pays qui disposent d'un plan stratégique (PS)

Pays	Diagnostic	PS	Observations
Belize	oui	oui	
Bolivie	oui	non	n'a pas encore commencé
Costa Rica	oui	oui	
Équateur	oui	non	élabore un plan dans le cadre OPS/OMS
El Salvador	oui	oui	
Guatemala	oui	non	élabore un plan dans le cadre OPS/OMS
Honduras	oui	oui	
Mexique	oui	oui	
Nicaragua	oui	oui	
Panama	oui	oui	
Paraguay	oui	oui	
Pérou	oui	non	élabore un plan dans le cadre OPS/OMS
République dominicaine	oui	non	élabore un plan dans le cadre OPS/OMS

*Sont mis en évidence en caractères gras les pays prioritaires en matière de statistiques.

Tableau 2 : Pays qui ont un diagnostic et un plan stratégique (PS) dans un cadre distinct de celui de l'OPS/OMS, 2010

Pays	Diagnostic	PS
Argentine	oui	non
Brésil	oui	non
Chili	oui	non
Colombie	oui	non
Cuba	oui	non
Uruguay	oui	non
Venezuela	oui	non

43. Tous les pays de la Région se sont alignés sur l'Objectif stratégique 11³ du Plan stratégique 2008-2012 modifié de l'OPS (2009). Le Plan d'action Régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé est pris en considération dans les plans de travail bisannuels sous-régionaux des pays andins et du MERCOSUR, et un plan intégré pour les pays des Caraïbes anglophones est en discussion.

44. Les activités du Plan d'action régional sont complémentaires et compatibles avec d'autres activités de l'organisation telles que l'Initiative Régionale des données sanitaires de base (IRDSB). Les stratégies sur la problématique hommes-femmes et l'ethnicité qui fournissent un cadre conceptuel pour les indicateurs de santé de base permettent de

³ Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS modifié (Document officiel 328), page 93. Objectif stratégique 11 : Renforcer le leadership, la gouvernance et la base de preuves scientifiques des systèmes de santé.

surveiller les mandats de l'Organisation, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il est espéré qu'un renforcement de l'information amènera à la diffusion d'indicateurs de meilleure qualité et, par conséquent, à un meilleur contrôle des politiques mises en place pour accomplir les objectifs du Millénaire.

45. Une liste des activités visant au renforcement est disponible, qui a été établie à partir des besoins communs de groupes de pays ou sous-régions.

46. Des accords ont été conclus et il a été possible de coordonner le travail des pays avec des agences et organismes techniques internationaux. Y sont compris : comme la Commission économique pour l'Amérique latine (CEPAL), la Division de la population de la CEPAL (CEPAL/CELADE), la Conférence statistique des Amériques (CEA/CEPAL), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la les activités en matière de population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Division de statistiques des Nations Unies (DSNU) et des institutions de financement comme la Banque interaméricaine de développement (BID) et la Banque mondiale.

Proposition

47. Un plan pour l'exercice biennal 2010-2011 est disponible, qui est coordonné avec l'Initiative Régionale des données sanitaires de base (IRDSB) et permettra d'évaluer la couverture et la qualité des données vers la fin de 2011, en particulier le contrôle des progrès accomplis en vue de la réalisation des OMD 4 et 5 au niveau des pays.

48. Cependant, le Plan requiert une mobilisation des ressources extrabudgétaires (coût estimé à 8 millions de dollars US sur trois ans) pour financer la mise en œuvre et la coopération technique dans au moins 15 pays dont la situation est critique, ainsi que la formulation et la mise à exécution d'activités de nature infrarégionale fondées sur la coopération horizontale entre les pays.

49. Le Plan d'action Régional prétend renforcer le Réseau d'Amérique latine et des Caraïbes pour le renforcement des systèmes d'information de santé (RELAC SIS par son sigle espagnol), récemment mis en place, en vue de mettre en œuvre des pratiques de renforcement au niveau régional et infrarégional fondées sur la coopération horizontale et le soutien des centres collaborateurs de la Région et nationaux en matière d'information sanitaires.

D. INITIATIVE RÉGIONALE SUR LES DONNÉES SANITAIRES DE BASE ET LES PROFILS DE PAYS

Introduction

50. En 1997, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé la résolution CD40.R10 qui porte sur la collecte et l'utilisation de données sanitaires de base (1) afin de surveiller la mise en œuvre des mandats adoptés par les États membres. En 2004, l'Évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base (2) a été présentée au Conseil directeur. Le présent rapport fait état des progrès accomplis depuis 2004.

Contexte

51. Entre 1995 et 1998, les programmes techniques de l'Organisation, travaillant en étroite collaboration avec les États membres et avec les bureaux des pays, ont élaboré l'Initiative régionale des données sanitaires de base (IRDSB). L'initiative a été conçue dans le contexte des orientations stratégiques et programmatiques de l'OPS et vise à améliorer la capacité de l'Organisation à décrire, analyser et expliquer la situation sanitaire de la Région ainsi que les tendances demandant qu'on leur prête attention.

Mise à jour sur la situation actuelle

52. Le Système d'information sanitaire portant sur les indicateurs de base¹ est en cours de modification. La compilation des données et leur validation au sein des bureaux des pays et des programmes techniques se feront grâce à une application Web créée en interne, une nouvelle approche qui remplacera la compilation actuelle par tableur Excel. Cette application permet de fusionner les diverses bases de données et soutient la validation de données aux niveaux national et régional. Le nouveau système d'information comprend un référentiel de métadonnées ainsi qu'une possibilité de visualiser les données.

53. La fiche statistique ainsi que la base de données sur Internet (système générateur de tableaux) ont été mises à jour annuellement et sont largement diffusées. La base de données sur Internet, avec ses 114 indicateurs (en date de juillet 2010) permet une analyse des tendances annuelles remontant à 1995.

¹ Le système d'information sanitaire portant sur les indicateurs de base peut être consulté sur le site suivant :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1775&Itemid=1866.

54. Pour tenter de mettre à jour de façon systématique les profils de santé des pays, le projet intitulé Synthèse de l'analyse de la situation sanitaire dans les pays des Amériques a été réalisé en 2009. À la suite de ce projet, la méthodologie de la future analyse a été révisée. L'analyse courante permet d'observer les tendances temporelles relatives aux indicateurs de santé stratégiques. Des profils de santé pour 35 pays et Porto Rico ont été préparés.

55. La plupart des pays de la Région ont adopté l'Initiative des données sanitaires de base en établissant un ensemble d'indicateurs nationaux de base. Environ la moitié des pays et territoires consultés (19 sur 39²) mettent à jour et diffusent régulièrement un ensemble d'indicateurs de base depuis plus d'une décennie. Des pays hispanophones, seuls le Venezuela et l'Uruguay ne figurent pas actuellement sur la liste. Le Belize est le seul pays anglophone qui met à jour et communique régulièrement des indicateurs de base, alors que les Bahamas, Antigua-et-Barbuda, la Jamaïque et Saint-Vincent-et-les-Grenadines n'ont pu maintenir leurs efforts quant à la consolidation et la diffusion de leurs indicateurs nationaux de base. Les 13 autres pays ou territoires anglophones n'ont pas encore établi d'indicateurs nationaux de base.

56. La qualité des données déclarées à l'OPS (indicateurs régionaux de base) doit être améliorée. Certains indicateurs de mortalité de base ont été évalués d'après les dernières informations déclarées à l'OPS par 48 pays ou territoires. (3) Les faits saillants de cette analyse sont présentés dans les paragraphes suivants.

57. Selon l'Organisation, le taux de sous-déclaration de la mortalité en Amérique latine et dans les Caraïbes est de 16,1%. Dix pays ont des niveaux de sous-déclaration supérieurs à 20% et six ont des niveaux de 10% à 20%.

58. Les pays ayant la plus grande proportion de causes de décès mal définies ou inconnues sont la Bolivie (données de 2003) et Haïti (données de 2004), suivies par l'Équateur, El Salvador, la Guyane française et le Paraguay. Dans ces quatre derniers pays, la proportion varie de 10% à 15%.

59. L'étude de la ponctualité des données portant sur la mortalité montre que neuf pays ont soumis leurs données relatives à la mortalité avec un retard de quatre à cinq ans. Le Honduras ne déclare que les décès survenus dans les hôpitaux publics. La Jamaïque ne fait pas partie de la base de données.

² Mises à jour portant sur 39 pays et territoires qui ont répondu à l'enquête. Sont exclus de cette analyse : les territoires d'outre-mer de la République française, les Antilles néerlandaises et Aruba, les Bermudes, le Canada, les États-Unis et les îles Vierges américaines.

60. Certains pays ne déclarent pas périodiquement le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité infantile à l'OPS, bien que ces indicateurs fassent partie des objectifs du Millénaire pour le développement.

61. La plupart des pays et des programmes techniques mettent à jour leur système de surveillance des maladies d'après leurs objectifs programmatiques spécifiques de manière régulière. Cependant, la cohérence des données est souvent médiocre, ce qui a un impact négatif sur la comparabilité des données dans le temps.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

62. De nombreux pays ont visiblement fait des progrès quant à la façon dont ils recueillent leurs indicateurs nationaux de base. Toutefois, une attention urgente doit être portée à la qualité et à la ponctualité des données. De plus, il est fréquent que les données ne soient pas analysées dans le but de surveiller la mise en œuvre des programmes. Il faut institutionnaliser la collecte et la validation des données ainsi que la production d'informations aux niveaux national et régional. Il est nécessaire de promouvoir cette cause au plus haut niveau décisionnaire afin d'institutionnaliser ces initiatives.

63. Il faut accroître le niveau de soutien technique afin d'aider à produire des informations sanitaires fiables et opportunes. L'assistance technique doit également renforcer le processus de validation des données au sein de chaque programme technique, la formation des ressources humaines dans le sujet donné, les capacités techniques du personnel existant ainsi que la modernisation de la production et du processus de diffusion des statistiques sanitaires. Une analyse des données améliorée aidera les programmes à déterminer de façon plus exacte les inégalités qui existent en matière de santé et à réaliser une meilleure affectation des ressources.

64. Il est essentiel qu'il existe un niveau supérieur d'engagement politique pour que cette Initiative demandée par les pays soit mise en œuvre.

Références :

1. Organisation panaméricaine de la Santé. *Compilation et utilisation des données sanitaires de base* (document CD40/19). 40^e Conseil directeur, 49^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; septembre 1997 ; Washington (D.C.). Washington (D.C.) : OPS ; 2010 [cité le 14 juillet 1997].
2. Organisation panaméricaine de la Santé. *Évaluation décennale de l'Initiative régionale des données sanitaires de base* (document CD45/14) [en ligne]. 45^e Conseil directeur, 56^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 27 septembre-2 octobre 2004 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 [cité le 29 juillet 2004]. Disponible à l'adresse <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD45-14-f.pdf>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Health Information and Analysis Project. *Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2009*. Washington, D.C., É.-U., 2009.

**E. CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC :
OPPORTUNITÉS ET DÉFIS CONCERNANT SA MISE EN ŒUVRE AUX
AMÉRIQUES**

Antécédents

65. En septembre 2008 le Conseil directeur de l'OPS a reconnu que même s'il existe des expériences réussies dans la Région en ce qui concerne la lutte antitabac, ces progrès n'ont pas été uniformes et a approuvé la [résolution CD48/R2](#) (1).

66. Au nombre des références à cette résolution, mention est faite avec préoccupation de l'augmentation de la consommation de tabac parmi les jeunes dans quelques pays de la Région. Gardant à l'esprit les sexes masculin et féminin, la récente Journée mondiale sans tabac a eu pour thème central la promotion du tabac visant les femmes, en vue de sensibiliser les États au sujet de l'augmentation de l'épidémie de tabagisme parmi elles.

Rapport d'avancement

Sur le point 1(a) de la résolution

Ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)¹

67. Le Suriname et les Bahamas ont ratifié la Convention-cadre, ce qui donne un total de 27 États parties (77% du total des États membres de l'OPS).

Mise en œuvre des mesures de la CCLAT

Mesures relatives aux prix et aux taxes pour réduire la demande de tabac - Article 6

68. Même si divers pays (Bahamas, Brésil, Colombie, Guyana, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Suriname, Trinité-et-Tobago et Uruguay) ont augmenté les taxes sur le tabac, aucun n'a réussi à ce qu'elles représentent 75% du prix de vente au détail. Actuellement, trois pays de la Région seulement (Chili, Cuba et Venezuela) ont atteint ce but.

Mesure de protection contre l'exposition à la fumée du tabac - Article 8

69. Six pays (Canada, Colombie, Guatemala, Paraguay, Pérou et Trinité-et-Tobago) ont rejoint le groupe de pays dans lesquels une législation nationale ou infranationale couvrant plus de 90% de la population, interdit de fumer dans tous les lieux publics et les

¹ Le tableau 1 à la fin du présent point indique le statut de la ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) aux Amériques. L'information fournie est actualisée au 12 juillet 2010.

espaces fermés de travail, sans exception. Avec l'Uruguay et Panama, huit pays de la Région sont désormais exempts à 100% de fumée de tabac. Les directives de la Conférence des Parties (COP) recommandent que l'Article 8 soit mis en œuvre dans les cinq années qui suivent l'entrée en vigueur de la Convention-cadre pour chaque partie ; ce délai se sera écoulé en décembre 2010 pour six États Parties sans qu'ils soient parvenus à réaliser cet objectif.

Mesures sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac - Article 11

70. Six pays de la Région (Bolivie, Colombie, États-Unis d'Amérique, Mexique, Paraguay et Pérou) ont approuvé des réglementations interdisant l'usage de termes descriptifs trompeurs. Ces réglementations prévoient aussi l'usage de mises en garde à l'aide de pictogrammes occupant plus de 30% des faces principales des paquets de produits du tabac. Ces six pays viennent s'ajouter aux six pays pionniers (Brésil, Canada, Chili, Panama, Uruguay et Venezuela) et à la Jamaïque et Cuba (ce dernier n'est pas État Partie à la CCLAT et donc n'est pas assujéti à elle) qui n'incluent pas les images mais qui répondent au minimum requis par le CCLAT, ce qui donne un total de 14 pays se conformant déjà à cette mesure. De même, la Convention établit un laps de trois ans à partir de son entrée en vigueur comme date limite pour que chaque Partie se conforme à cet article. Cette période se termine en décembre 2010 pour 11 États Parties sans qu'ils aient atteint les conditions minimums de l'article.

Mesures d'interdiction de publicité, de promotion et de parrainage du tabac - Article 13

71. Après le Panama, la Colombie est devenue le deuxième pays de la Région à approuver une loi interdisant complètement toute forme de publicité, de promotion et de parrainage du tabac. De même, la Convention établit une période de cinq ans à partir de l'entrée en vigueur de la Convention pour l'application de cet article par chaque État Partie. Cette période se termine en décembre 2010 pour dix États Parties sans qu'ils aient pu appliquer cet article dans sa totalité.

Tableau 1 : Statut de la ratification de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) aux Amériques

Pays	Date de ratification	Pays	Date de ratification	Pays	Date de ratification
Mexique	28 mai 2004	Brésil	3 novembre 2005	Costa Rica	21 août 2008
Panama	16 août 2004	Sainte-Lucie	7 novembre 2005	Suriname	16 décembre 2008
Canada	26 novembre 2004	Guatemala	16 novembre 2005	Bahamas	3 novembre 2009
Trinité-et-Tobago	19 août 2004	Belize	15 décembre 2005	Argentine	non Partie
Uruguay	9 septembre 2004	Antigua et Barbuda	5 juin 2006	Cuba	non Partie
Pérou	30 novembre 2004	Venezuela	27 juin 2006	République dominicaine	non Partie
Honduras	16 février 2005	Dominique	24 juillet 2006	El Salvador	non Partie
Chili	13 juin 2005	Equateur	25 juillet 2006	Haïti	non Partie
Jamaïque	7 juillet 2005	Paraguay	26 septembre 2006	Saint-Kitts et Nevis	non Partie
Bolivie	15 septembre 2005	Grenade	14 août 2007	Saint-Vincent-et-Grenadines	non Partie
Guyana	15 septembre 2005	Nicaragua	9 avril 2008	États-Unis d'Amérique	non Partie
Barbade	3 novembre 2005	Colombie	10 avril 2008		

Sur le point 1(b) de la résolution

72. L'OPS a facilité l'échange d'expériences entre pays afin d'obtenir la mise en œuvre des mandats de la Convention et a favorisé la réalisation d'accords de coopération technique entre les pays.

Sur le point 1(c) de la résolution

73. Il n'y a pas eu de progrès significatifs sur ce point. Dans la grande majorité des pays, il n'existe pas encore d'unité coordinatrice intra- et interministérielle pour mettre en œuvre la CCLAT ou, si elle existe, ses pouvoirs sont faibles. L'OPS devra jouer un rôle plus actif au niveau national en appuyant les Ministères de la Santé de la Région dans le développement ou le renforcement de leurs unités de coordination ainsi que dans le processus d'appel à d'autres acteurs concernés.

Sur le point 1(d) de la résolution

74. Certains organismes d'intégration infrarégionale tels que le MERCOSUR et CARICOM, ont réalisé des progrès importants en incluant à leurs ordres du jour le thème de la lutte antitabac, spécifiquement la discussion sur la Convention et sa mise en œuvre effective dans les sous-régions relevant de leur compétence.

Sur le point 1(e) de la résolution

75. Il n'y a pas eu de progrès significatifs sur ce point. L'OPS devra jouer un rôle plus actif tant au niveau régional que national dans la recherche d'opportunités de financement et dans l'appui au développement de propositions à cette fin.

Sur le point 2 de la résolution

76. Dans l'objectif de rendre l'appui technique et financier aux États membres plus efficace et plus utile, l'OPS a favorisé la création d'alliances et a mené à bien un travail coordonné avec des associés internationaux et régionaux dans la lutte antitabac. Parmi les exemples de ces alliances il faut compter les interventions réalisées conjointement avec la Campagne pour les enfants libres de tabac (CTFK d'après son sigle en anglais) au Costa Rica, au Guatemala et au Pérou pour favoriser l'adoption de lois visant à contrôler le tabac et avec la Fondation interaméricaine du cœur au Salvador en faveur de la ratification du CCLAT par ce pays.

77. De même, dans le contexte des négociations pour la formulation d'un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac (établi dans le cadre de la CCLAT), l'OPS a collaboré avec le Secrétariat du CMCT pour une coordination dans les États Parties entre le secteur de la santé et des secteurs comme l'économie, les finances et les douanes.

78. Il est important de signaler que l'opposition de l'industrie du tabac est sous-jacente à la difficulté d'accomplir des progrès. Cette opposition fait obstacle aux processus avant, pendant et même après l'approbation des législations. Il convient aussi de mentionner que, pour atteindre des progrès significatifs dans la Région, outre la volonté nécessaire des États membres, il faudra également entreprendre des actions appropriées en collaboration avec la société civile et les partenaires afin de limiter l'influence de l'industrie du tabac dans la Région. Pour cela, il faudra tenir compte des recommandations de l'Article 5(3) de la CCLAT.

Référence

1. Organisation panaméricaine de la Santé. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques (résolution CD48.R2) [Internet] 48^e Conseil directeur, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 29 sept.-3 oct. 2008 ; Washington, D.C. : OPS ; 2008 [citée le 16 avril 2010]. Accessible sur le site : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48.r2-f.pdf>.

F. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE RÉGIONALE ET PLAN D'ACTION POUR UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET DE LA LUTTE CONTRE CELLES-CI, Y COMPRIS L'ALIMENTATION, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SANTÉ

Antécédents

79. En 2006, le Conseil directeur a approuvé la Résolution CD47.R9, *Stratégie régionale et Plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé*. La résolution priait instamment les États membres de mettre en œuvre des politiques et des plans d'action intégrés guidés par la Stratégie Régionale et demandait à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de renforcer les capacités des États membres pour mettre en œuvre des approches intégrales et multisectorielles et renforcer ou établir de nouveaux partenariats. La Stratégie Régionale suit quatre lignes d'action : politiques et plaidoyer, surveillance, promotion de la santé et prévention des maladies et prise en charge intégrée des maladies chroniques et s'inscrit bien dans le Plan d'action pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, qui a été approuvé en 2008.

Le point sur la situation actuelle

80. Les maladies chroniques représentent actuellement la principale cause de mortalité avec 3 millions de décès¹ et d'incapacité dans la vaste majorité des pays des Amériques. Environ 250 millions de personnes sur un total de 890 millions (en 2005) dans la Région souffrent de maladies chroniques, essentiellement de maladies cardiovasculaires, des cancers et le diabète. Ces maladies touchent essentiellement les groupes à faibles et moyens revenus. Il est estimé que 139 millions (25%) de personnes âgées de plus de 15 ans, dont 103 millions étaient des femmes, étaient considérées comme obèses (IMC>30) en 2005, et que ce chiffre est en rapide augmentation et pourrait atteindre 289 millions (39%) d'ici 2015, dont 164 millions seront des femmes.² La préoccupation est croissante concernant la hausse rapide des taux d'obésité chez les enfants et les adolescents. Les retombées des maladies chroniques, en termes de souffrance humaine et de coût économique, sont énormes. Pourtant ces maladies peuvent être évitées, et peuvent être non seulement évitées de manière efficace au niveau des coûts, mais aussi contrôlées par le biais de politiques publiques, de la réduction des facteurs de risques et de la prestation de services de santé pour le dépistage, la détection

¹ HSD/NC base de données sur la mortalité des maladies chroniques non transmissibles

² Estimé à partir de la base d'information de l'OMS qui peut être consultée à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/infobase/report.aspx>.

précoce et la prise en charge des maladies. Par exemple, la mise en place de stratégies de base visant à réduire de 20% l'utilisation du tabac et de 15% l'apport en sel ainsi qu'à utiliser des traitements simples avec plusieurs médicaments pour les patients ayant un risque élevé de maladies cardiovasculaires pourrait éviter plus de 3,4 millions de décès imputables aux maladies chroniques dans la Région sur une période de dix ans et à un coût raisonnable.³

81. Depuis que le Conseil directeur a adopté la résolution sur les maladies chroniques en 2006, pratiquement tous les États membres ont accompli des progrès substantiels dans la mise en œuvre de plans nationaux pour leur programme national de lutte contre les maladies chroniques, tel que noté dans le Rapport de fin de l'exercice biennal présenté au Comité exécutif (voir tableau 1). Dans la plupart des cas, les pays ont indiqué qu'ils avaient dépassé les indicateurs de Résultats escomptés au niveau Régional se rapportant aux maladies chroniques qui figurent dans le Plan stratégique.

82. Lors de la période biennale 2008-2009, l'OPS a mobilisé environ 21 millions USD sur les 28 millions budgétisés pour soutenir l'Objectif stratégique 3⁴ (maladies non transmissibles/NCD, santé mentale et blessures). Au niveau international, le tableau des ressources pour les NCD reste mitigé.⁵ Par exemple, en 2008, la Fondation Bill et Melinda Gates et Bloomberg Philanthropies ont engagé 500 millions pour aider 15 pays dans le monde entier à améliorer la lutte contre le tabagisme, deux de ces pays étant dans la Région des Amériques (Brésil et Mexique). Les prêts de la Banque mondiale entre 1995 et 2005 s'élevaient à plus de 300 millions pour les NCD et les traumatismes. On ne connaît pas le niveau d'aide aux NCD accordé par l'Assistance officielle au Développement (ODA) mais les estimations préliminaires le situent à 1-2% du total. La plupart des organismes de développement trouvent que le soutien des NCD représente tout un défi car elles ne sont pas comprises dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Malgré le défi, des organismes d'aide technique ou des donateurs bilatéraux investissent dans la lutte contre ces maladies, tels l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID), les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États Unis (CDC) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il faudra toutefois augmenter le niveau de soins et des ressources actuelles au vu de la charge élevée de ces maladies.

³ Gaziano T, et al. Scaling-up interventions for chronic disease prevention : the evidence. *Lancet*, 2007, 370 : 1939-46 ; extrapolé aux pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

⁴ Objectif stratégique 3 : prévenir et réduire les maladies, les invalidités et les décès prématurés dus aux maladies chroniques non transmissibles, aux problèmes mentaux, à la violence et aux traumatismes.

⁵ WHO. NCDnet Working Group on Innovative Resourcing Background Paper. Geneva 24 February 2010. www.who.int/ncdnet.

Politique et plaidoyer

83. En 2010, une évaluation de la situation et de la capacité nationale de réponse aux maladies chroniques dans la Région montre que 27 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont rapporté faire des investissements liés aux programmes de lutte contre les maladies chroniques, notamment par l'addition d'un point focal national au sein du ministère de la santé, la formation du personnel et la création de partenariats multisectoriels. Comparé à 2005, lorsque 63% des pays comptaient un point focal et un budget, tous les pays disposent à présent de ces mécanismes. Cependant, il faut redoubler d'efforts puisque seuls 16 pays mettent actuellement en œuvre un plan national de lutte contre les NCD. En 2008, des résolutions concernant le diabète et l'obésité ainsi que la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus ont été approuvées par le Conseil directeur. Nombre de pays ont également pris des mesures essentielles visant à incorporer les NCD, y compris les médicaments, dans les programmes de protection sociale.

84. L'Observatoire de politiques CARMEN est une initiative conjointe de l'OPS et du Centre collaborateur de l'OPS/OMS sur les politiques en matière de maladies non transmissibles de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). L'Observatoire est une plateforme pour le réseau des pays des Amériques engagés dans l'analyse et le suivi systématique des politiques relatives aux maladies chroniques.

85. Une compilation de la législation des pays et territoires de l'Amérique latine et des Caraïbes anglophones sur la prévention et le contrôle de l'obésité, du diabète et des maladies cardiovasculaires a été faite en 2009 et 2010 respectivement, suivie d'une publication électronique ainsi que de la rédaction de directives qui aideront à mettre à jour la législation lorsque ce sera nécessaire. Un plan de travail sur la mise à jour de la législation relative à la prévention et au contrôle de l'obésité dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes débutera au second semestre de 2010 par une réunion Régionale des législateurs.

86. Les implications économiques, budgétaires et sociales des maladies chroniques et du vieillissement ont été analysées lors d'un atelier Régional qui s'est tenu en 2009 avec 10 pays et des représentants de la Banque interaméricaine de développement et de la Banque mondiale. Une étude régionale sur la charge économique commencera en 2010. Les résultats seront utilisés pour susciter l'engagement des décideurs des ministères de la santé et de l'économie lors d'une réunion en 2011 visant à accroître le soutien pour la lutte contre les NCD.

87. Au niveau infrarégional, les chefs d'État de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) ont tenu un sommet spécial sur les maladies chroniques en 2007. Les Chefs de gouvernement participants se sont engagés à faire progresser les politiques et surveiller la mise en œuvre de la déclaration du sommet. Le 13 mai 2010, l'Assemblée

générale des Nations Unies a décidé de convoquer une réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles pour septembre 2011, donnant ainsi suite à une proposition des pays du CARICOM. La RESSCAD/COMISCA⁶ a adopté des résolutions sur les maladies chroniques et le cancer et a mis au point un plan d'opération annuel qui regroupe sept activités concernant les maladies chroniques. MERCOSUR⁷ a fait de la surveillance des maladies chroniques une priorité pour l'orientation des politiques et des décideurs. Des cours ont été dispensés dans les Caraïbes et en Amérique centrale sur l'analyse et la formulation des politiques, tout particulièrement en ce qui concerne les maladies chroniques.

Surveillance

88. L'OPS/OMS soutient les efforts déployés par les États membres pour renforcer leur système d'information sanitaire pour contrôler les maladies chroniques en apportant les directives et les outils permettant de mettre en œuvre la méthodologie PanAm STEPS,⁸ de mettre en place une surveillance des facteurs risques et de compiler une liste normalisée des indicateurs minimaux, qui inclut la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque et la qualité des soins. Vingt sept pays ciblés dans la Région ont défini l'ensemble des indicateurs fondamentaux des NCD. Treize pays ciblés ont mis en place un système de collecte de ces données en utilisant la méthodologie de l'OPS et en analysant ces données dans la perspective des déterminants sociaux et du genre. Des forums de discussion sur la surveillance des NCD ont été mis en place au moyen de groupes technique du Marché commun du Sud (MERCOSUR), du réseau des épidémiologistes des Caraïbes coordonné par CAREC et de l'assistance de l'Agence de santé des Andes (ORAS) pour les pays andins. Vingt sept pays ciblés ont préparé au minimum un rapport sur la situation des NCD ou l'ont inclus dans le rapport sur la situation sanitaire du pays. L'OPS/OMS soutient la collecte et l'analyse des données désagrégées par sexe, âge et origine ethnique, notamment la participation des utilisateurs et des producteurs des gouvernements et de la société civile.

⁶ RESSCAD/COMISCA : *Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana/Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica* (Réunion du secteur santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine/Conseil des Ministres de Santé d'Amérique centrale).

⁷ MERCOSUR : Marché commun du Sud.

⁸ L'approche PanAm STEPS concernant la surveillance des facteurs de risques des maladies chroniques chez les adultes a été conçue dans le cadre d'un effort déployé à l'échelle de l'OMS pour aider les pays à construire et consolider leur capacités en matière de surveillance. C'est un point d'entrée pour les pays à revenus faibles et intermédiaires de la Région qui souhaitent démarrer une surveillance des maladies chroniques non transmissibles. Pan AM STEPS sert également d'outil permettant d'harmoniser la collecte et la diffusion des données dans l'ensemble de la Région et de manière uniforme.

Promotion de la santé et prévention des maladies

89. Un régime alimentaire sain, l'activité physique et la lutte contre le tabagisme continuent à être les piliers de la stratégie régionale. La plupart de ces programmes ne disposent pas de ressources humaines et financières suffisantes. Dix pays ont signalé avoir mis en œuvre des approches multisectorielles dans l'ensemble de la population pour réduire les facteurs de risques des maladies chroniques.

90. L'Initiative Amériques exemptes de gras trans a été lancée par l'OPS en 2007 en collaboration avec le secteur privé. Elle met en avant les réglementations, directives et actions volontaires pour éliminer les acides gras trans des aliments transformés. Une telle initiative a le potentiel de réduire les risques de maladies cardiovasculaires dans la population.

91. L'Initiative en faveur de la réduction du sel dans le régime alimentaire dont l'objectif de consommation est 5g/personne/jour d'ici 2020 pour prévenir les maladies cardiovasculaires aux Amériques a été lancée en 2009. Un groupe d'experts en matière de réduction du sel a été créé dont la tâche est de préparer les lignes générales d'actions que devront prendre les gouvernements, l'industrie et la société civile tout en préservant les avantages des programmes de fortification du sel. L'Argentine, la Barbade, le Canada, le Chili et les États-Unis sont parmi les pays qui accordent une priorité élevée à la réduction du sel dans l'alimentation.

92. La création en juillet 2008 de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement a permis de mettre en œuvre des programmes complets et intersectoriels qui sont à la fois durables et cordonnés et s'inscrivent dans le cadre des OMD. L'Alliance traite des déterminants sociaux comme la malnutrition et la pauvreté en tant que moyen de prévention contre l'obésité et les NCD étant donné que, souvent, l'enfant qui est malnutri ou rabougri est plus exposé au risque d'obésité à l'âge adulte. La participation de la société civile dans des débats tels que ceux sur le marketing des aliments pour les enfants et l'obésité chez les enfants a grandement augmenté ces cinq dernières années, notamment au Brésil, au Canada, au Chili, aux États-Unis et au Mexique.⁹

93. Soixante-seize villes de 14 pays¹⁰ sur l'ensemble des Amériques ont mis en place les *Ciclovías Recreativas* (pistes cyclables récréatives). Neuf pays¹¹ ont mis au point des programmes de transport rapide, qui aident à réduire la congestion de la circulation, réduire les accidents de la route et faciliter les activités physiques récréatives et utilitaires.

⁹ Données obtenues lors de la consultation AMRO (Marketing des aliments et des boissons auprès des enfants) et provenant des réponses des pays. À ce jour, aucun document concernant cette consultation n'a été publié.

¹⁰ Argentine, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, États-Unis, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Pérou.

¹¹ Brésil, Canada, Chili, Colombie, Équateur, États-Unis, Guatemala, Mexique, Pérou.

Les pays des Caraïbes ont tous adopté la journée du bien-être insistant sur l'activité physique collective.

94. Vingt sept pays ont ratifié la Convention cadre sur la lutte contre le tabagisme.¹² Bien que plusieurs pays aient augmenté les taxes sur le tabac, seuls trois d'entre eux, le Chili, Cuba et le Venezuela, ont atteint le but d'avoir au moins 75 % du prix de détail des produits du tabac liés aux taxes. Huit pays ont adopté des lois nationales interdisant de fumer dans les endroits publics et les lieux de travail fermés.

95. L'OPS encourage également le concept de la santé urbaine comme moyen de répondre aux besoins des groupes en situation de vulnérabilité les plus vulnérables, par le biais de l'aménagement urbain qui encourage des lieux sûrs pour l'activité physique et de bonnes pratiques d'alimentation, deux facteurs protecteurs essentiels pour la prévention des maladies chroniques. La Journée mondiale de la Santé en 2010 a poussé tous les pays de la Région des Amériques à promouvoir l'activité physique et des styles de vie sains. Les programmes de l'OPS sur les écoles saines et les lieux de travail sains insistent également sur le régime alimentaire sain, l'activité physique et d'autres mesures visant à la prévention des maladies chroniques. Un lieu de travail sain constitue l'objectif principal du plan de travail de l'OMS sur la santé des travailleurs.

Prise en charge intégrée des maladies chroniques et des facteurs risques

96. L'OPS, en étroite collaboration avec les États membres, les associations professionnelles et d'autres partenaires, a soutenu la mise au point et l'application de directives et de protocoles reposant sur des données probantes concernant la prise en charge intégrée des maladies chroniques, avec pour objectifs particuliers le cancer du col, le cancer du sein, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Actuellement, 18 pays mettent en œuvre des stratégies intégrées de soins de santé primaires pour améliorer la qualité des soins dispensés aux personnes vivant avec des maladies chroniques. Le modèle de soins chroniques pour l'amélioration de la qualité des soins fournis par le biais des services de soins de santé primaires pour les personnes avec des pathologies chroniques a été mis en avant par l'OPS et ce modèle est appliqué actuellement dans 15 pays. Une évaluation rapide dans 24 pays sur la capacité de prise en charge des maladies indique que des directives ou des protocoles pour l'hypertension et le diabète sont disponibles dans 23 pays (97%). Vingt pays (86%) disposent de protocoles sur le cancer mais une très faible proportion compte des directives et des protocoles sur le contrôle du poids et l'activité physique. Il n'existe pas de politiques sur l'accès à certains médicaments et services, en particulier pour les groupes à faibles revenus. Tous les pays de la Région comptent une liste de médicaments essentiels pour les maladies chroniques.

¹² OPS. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant son application aux Amériques (Document CE146/INF/6-E, 2 mai 2010).

97. La Sous-région de l'Amérique centrale, avec le soutien de l'AECID, a mis au point une liste de médicaments essentiels, principalement pour le cancer, pour des achats sous-régionaux consolidés. Les maladies chroniques sont liées à des dépenses familiales très élevées qui poussent encore davantage les personnes dans la pauvreté. L'accès au traitement pour les personnes à faibles revenus est entravé du fait que 39-63% de la population doit payer le coût intégral des médicaments de base pour le diabète et l'hypertension.¹³ Entre 25-75% des examens et procédures de base, dont le suivi de la glycémie, la radiographie, la mammographie, le frottis pour le dépistage du cancer du col, la colonoscopie, le profil lipidique et la dialyse, ne sont pas mentionnés dans les directives de lutte contre les NCD. Ces tests existent pourtant dans près de 85% des pays de la Région. Les services de dialyse sont accessibles dans 83% des pays. D'après les estimations, environ 40% de la population paye de sa propre poche une moyenne de 99 dollars par séance de dialyse, soit 15 500 dollars par an.

Renforcement des réseaux et des partenariats

98. Le réseau CARMEN des responsables des programmes nationaux de lutte contre les maladies chroniques, des centres collaborateurs de l'OMS et des organisations non gouvernementales a été renforcé et étendu à 32 pays. Des cours régionaux sont dispensés la méthode CARMEN, en collaboration avec des instituts universitaires et techniques, portant sur la médecine factuelle, le marketing social, l'activité physique et les soins liés aux maladies chroniques.

99. En 2009, l'OPS a établi le Forum des partenaires pour l'action sur les maladies chroniques pour servir d'instrument engageant le secteur privé et la société civile, de pair avec les États membres, sachant qu'aucun secteur à lui seul ne saurait résoudre le problème. Ce mécanisme novateur vise à maximiser les rôles et capacités de chaque secteur afin de mener une action conjointe qui aura pour résultat le changement en matière d'environnement et de politiques afin de promouvoir la santé et de prévenir les maladies chroniques. Des réunions à venir et des actions sont prévues en 2010.

Prochaines mesures

100. Malgré le grand pas en avant franchi par les États membres dans leurs programmes nationaux de lutte contre les maladies chroniques, l'attention et les ressources consacrées à ce problème de santé publique ne correspondent pas à l'étendue du fardeau de la maladie et des coûts économiques. L'OPS et les États membres doivent continuer de travailler conjointement pour promouvoir des changements intersectoriels fondamentaux avant, pendant et après la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les NCD en septembre 2011.

¹³ OPS. Capacité nationale pour la prise en charge des maladies chroniques en Amérique latine et aux Caraïbes. 2009.

101. Les États membres et l'OPS doivent faire un effort concerté pour renforcer les compétences et les capacités pour la prévention et le contrôle intégrés et généralisés des maladies chroniques à tous les niveaux, y compris la surveillance, les politiques, la lutte contre le tabagisme, la réduction de la consommation de sel, les régimes alimentaires sains et l'activité physique, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies et des mécanismes d'engagement de parties prenantes multiples avec un rôle de gérance renforcé pour les ministères de la santé.

102. En outre, avec l'appui de l'OPS, les États membres devraient continuer d'accroître l'accès aux médicaments et aux services de santé de qualité pour le dépistage, la détection précoce et le contrôle des maladies chroniques. Ce dernier inclut l'autonomie du patient en matière de santé, surtout pour traiter les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète dans les populations en situation de vulnérabilité.

103. L'OPS et les États membres continueront d'améliorer la qualité et le caractère ponctuel des informations en santé destinées à guider la formulation des politiques, la planification et l'évaluation, en particulier l'information sur les facteurs de risque, et de poursuivre l'analyse fondée sur le genre et les approches et les technologies novatrices (par exemple utilisation de sondages par téléphone/téléphone cellulaire) pour maximiser la participation.

104. Une coopération technique entre les pays sur les pratiques réussies et le partage d'expériences en matière de NCD continuera d'être encouragée autant que possible. L'OPS facilitera et appuiera des mécanismes et possibilités de partage d'expériences entre les États membres, y compris le Réseau CARMEN et les plateformes électroniques.

105. L'OPS et les États membres continueront de renforcer les efforts intersectoriels, les partenariats et alliances au plan national et sous-régional comme une stratégie transversale essentielle. L'OPS continuera d'appuyer le Réseau CARMEN et le Forum des partenaires comme des mécanismes novateurs pour appuyer les efforts des pays d'engager le secteur privé et la société civile.

106. L'OPS renforcera ses efforts d'appui aux États membres pour qu'ils réexaminent leur législation et leurs règlements concernant les maladies chroniques et la lutte contre le tabagisme, y compris la mise en œuvre des directives de l'OMS sur le marketing des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants, tel qu'approuvé lors de la 63^e Assemblée mondiale de la Santé.

Tableau 1 : Indicateurs des Résultats escomptés à l'échelle Régionale (RER) Cible et listes des pays et territoires notifiant les progrès ¹⁴

Indicateur de RER No	Texte de l'indicateur RER	Cible 2009	Pays et territoires notifiant les progrès
3.1.3	Nombre de pays dont les ministères de la santé comptent une unité ou un département des maladies chroniques non transmissibles avec son propre budget.	26	Argentine, Bahamas, Bolivie, Barbade, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
3.1.4	Nombre de pays où une campagne intégrée de lutte contre les maladies chroniques et promotion de la santé a été déployée.	10	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Dominique, Grenade, Guyana, Iles vierges britanniques, Montserrat, Panama, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago
3.2.4	Nombre de pays mettant en œuvre un plan national de prévention et de contrôle des maladies chroniques non transmissibles.	32 (non atteint)	Anguilla, Argentine, Barbade, Belize, Bermuda, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Cuba, Dominique, Équateur, Etats-Unis, Grenade, Guyana, Haïti, Iles Caïman, Iles vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
3.2.5	Nombre de pays dans le réseau CARMEN (une initiative pour la prévention et le contrôle intégrés des maladies chroniques non transmissibles aux Amériques)	27	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Antilles néerlandaises, Argentine, Bahamas, Barbade, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Iles vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay

¹⁴ Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 (version d'octobre 2007).

Indicateur de RER No	Texte de l'indicateur RER	Cible 2009	Pays et territoires notifiant les progrès
3.3.4	Nombre de pays avec un système national de notification des données de santé et rapports annuels avec des indicateurs pour les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs de risques.	28	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Équateur, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Uruguay, Venezuela
3.5.4	Nombre de pays mettant en œuvre la stratégie Régionale sur l'approche intégrée à la prévention et au contrôle des maladies chroniques, y compris le régime alimentaire et l'activité physique.	10 (non atteint)	Équateur, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Trinité-et-Tobago
3.6.4	Nombre de pays mettant en œuvre les stratégies intégrées de soins de santé primaires recommandées par l'OMS pour la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles.	17	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Chili, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Guatemala, Îles britanniques, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela,
3.6.5	Nombre de pays avec des services et systèmes de santé renforcés pour le traitement de la dépendance au tabac, suite aux recommandations de la politique de l'OMS.	12	Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Cuba, Guatemala, Guyana, Jamaïque, Mexique, Panama, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
6.2.1	Nombre de pays qui disposent d'un système fonctionnel de surveillance nationale utilisant la méthodologie Pan Am STEPS pour les rapports réguliers sur les principaux facteurs de risques de santé chez les adultes.	10	Anguilla, Antilles néerlandaises, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Chili, Costa Rica, Dominique, Grenade, Guyana, Îles vierges britanniques, Montserrat, Panama, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Uruguay
6.2.3	Nombre de pays générant une information sur les facteurs de risques (par le biais des registres et études sur la population) qui sera saisie dans la base de données régionale sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques (NCD INFO base).	15	Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, États-Unis, Guyana, Mexique, Pérou, Trinité-et-Tobago, Uruguay,

Indicateur de RER No	Texte de l'indicateur RER	Cible 2009	Pays et territoires notifiant les progrès
6.3.1	Nombre de pays qui ont adopté une interdiction de fumer dans les établissements d'éducation et de soins de santé, conformément à la Convention Cadre sur la lutte contre le tabagisme.	10	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Îles britanniques, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela
6.4.1	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques, des plans ou des programmes pour prévenir les problèmes de santé publique causés par l'alcool, les drogues et l'utilisation d'autres substances psychoactives.	13	Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica, Cuba, Dominique, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine, Uruguay
6.5.1	Nombre de pays qui ont adopté des directives nationales pour encourager un régime alimentaire sain et l'activité physique comme DPAS (Stratégie de régime et d'activité physique).	10	Argentine, Barbade, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, États Unis d'Amérique, Guatemala, Jamaïque, Mexique, Panama, République dominicaine, Uruguay,
6.5.2	Nombre de pays qui ont démarré ou mis en place des transports collectifs rapides dans au moins une de leurs grandes villes.	10	Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique, Panama, Uruguay, Venezuela
6.5.4	Nombre de pays qui ont créé des espaces favorisant la marche et la bicyclette, des programmes pour la promotion de l'activité physique et des initiatives de lutte contre les crimes dans au moins une de leurs grandes villes	7 (non atteint)	Brésil, Canada, Chili, États Unis d'Amérique, Mexique
7.2.3	Nombre de pays qui ont mis en œuvre l'initiative "Visages, Voix et Lieux"	12	Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay, Venezuela
7.5.1	Nombre de publications de l'OPS qui contribuent à la base de données probantes sur l'impact de l'inégalité entre les genres sur le plan de la santé	12 (non atteint)	Chili, Cuba, Nicaragua, Panama, République dominicaine

Indicateur de RER No	Texte de l'indicateur RER	Cible 2009	Pays et territoires notifiant les progrès
9.4.3	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des programmes nationaux qui appliquent les stratégies de promotion du régime alimentaire sain afin de prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation.	16	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Belize, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Grenade, Guatemala, Honduras, Iles vierges britanniques, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Panama, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Uruguay
12.3.2	Nombre de pays avec une liste nationale de médicaments essentiels et de technologies mises à jour ces cinq dernières années et utilisée pour les achats publics et/ou remboursement.	31	Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Iles vierges britanniques, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela
	Les États membres qui ont ratifié la Convention Cadre de l'OMS sur la lutte contre le tabagisme ¹⁵		Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Colombie, Costa Rica, Chili, Dominique, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela

¹⁵ Pour de plus amples informations, prière de consulter le document d'information CE146/INF/6-E.

G. ÉLIMINATION DE LA RUBÉOLE ET DU SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE

Contexte

107. Les États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé ont un engagement de longue date en faveur de l'éradication et de l'élimination des maladies évitables par la vaccination. Cet engagement a commencé avec l'éradication de la variole et de la poliomyélite et, plus récemment, avec l'établissement de l'objectif d'élimination de la rougeole d'ici 2000 et de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) d'ici 2010.

108. Les pays des Amériques, en collaboration avec des partenaires stratégiques¹ et les agents de santé à tous les niveaux du système, ont effectué des progrès remarquables dans le respect des engagements énoncés dans les résolutions CD44.R1 (2003) et CD47.R10 (2006) pour éliminer la rubéole et le SRC d'ici 2010. Comme souligné dans la Résolution CSP27.R2 (2007), la Région met en œuvre les mesures nécessaires pour documenter et vérifier l'interruption de la transmission endémique du virus de la rubéole.

Analyse de la situation

109. La rubéole, une maladie généralement caractérisée par une légère éruption cutanée, peut avoir des conséquences dramatiques quand une femme est infectée durant le premier trimestre de grossesse. Les séquelles de l'infection pendant la grossesse comprennent une série de malformations congénitales (la cécité, la surdité et des malformations cardiaques) connues sous le nom de SRC. Avant la vaccination à grande échelle contre la rubéole, près de 20 000 enfants touchés par le SRC naissaient chaque année aux Amériques.

110. Tous les pays et territoires de la Région des Amériques administrent le vaccin antirubéoleux à leurs populations à travers leurs programmes de vaccination infantile. En outre, en décembre 2009, près de 445 millions de personnes ont été protégées contre la rougeole et la rubéole par l'administration du vaccin combiné de la rougeole-rubéole au cours de campagnes de « rattrapage », « de suivi » (pour maintenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole) et « accélérées » visant à éliminer la rubéole et le SRC et à renforcer les efforts d'élimination de la rougeole. L'engagement des pays à mener des

¹ La Croix-Rouge américaine, le Département de la Santé et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis, l'Agence canadienne de développement international, l'Alliance GAVI, la Banque interaméricaine de développement, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, l'Agence du Japon pour la coopération internationale, March of Dimes, Sabin Vaccine Institute, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Agence des États-Unis pour le développement international et l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

campagnes « accélérées » chez les adolescents et les adultes (hommes et femmes) a finalement empêché le rétablissement de la transmission endémique du virus rougeoleux dans la Région.

111. En 2007, les Amériques ont connu une recrudescence de cas de rubéole en raison de l'importation du virus de la rubéole dans les pays qui, dans un premier temps, n'avaient vacciné que les femmes lors de campagnes de vaccination massive. Les cas confirmés de rubéole sont passés de 2 919 en 2006 à 13 187 en 2007, en conséquence de foyers en Argentine, au Brésil et au Chili. En 2008, le nombre total de cas confirmés de rubéole dans la Région s'est élevé à 4 536 dont 98% en Argentine et au Brésil. Ces pays ont intensifié leurs efforts de vaccination et de surveillance. En 2007, le Chili a lancé une campagne « accélérée » ciblant les hommes. En 2008, des campagnes ont été menées en Argentine (hommes uniquement) et au Brésil (hommes et femmes). Des activités de vaccination ont également été mises en œuvre dans le cadre du projet de la première coopération technique sud-américaine entre pays (CTP), dont le but était d'immuniser les populations contre la rougeole et la rubéole dans les zones frontalières de tous les pays partageant une frontière avec l'Argentine et le Brésil. En 2009, la transmission endémique du virus de la rubéole a été limitée à l'Argentine, où la date d'éruption du dernier cas confirmé de rubéole endémique a été le 3 février 2009. En outre, sept cas de rubéole importés ou liés une importation ont été confirmés au Canada (quatre cas) et aux États-Unis (trois cas).²

112. En 2009, les foyers de rubéole ont eu des conséquences fâcheuses,² les Amériques ayant rapporté 17 cas de SRC en Argentine (3 cas) et au Brésil (14 cas). Les dates de naissance des derniers cas confirmés de SRC étaient le 6 juillet 2009 et le 26 août 2009 pour l'Argentine et le Brésil, respectivement. Étant donné que les cas de SRC peuvent excréter le virus pendant 12 mois, il est essentiel que les pays ayant rapporté les derniers cas de SRC intensifient la surveillance et le suivi de l'excrétion du virus des cas confirmés de SRC jusqu'à ce que deux cultures virales négatives soient obtenues, à un mois d'intervalle au minimum, de manière à éviter la propagation du virus de la rubéole endémique.

113. La surveillance intégrée de la rubéole et de la rougeole basée sur les cas est menée dans tous les pays. Les cas sont déclarés chaque semaine au niveau régional. Le suivi permanent des indicateurs recommandés et normalisés de surveillance de la rubéole/rougeole garantit une surveillance de haute qualité dans la Région. Afin de renforcer la surveillance, les pays cherchent à améliorer la coordination avec le secteur privé pour détecter rapidement les foyers épidémiques de rubéole et y préparer la riposte.

114. Entre 1997 et 2005, le virus de la rubéole de génotype 1C de type sauvage a été isolé lors des épidémies précédentes dans la Région, la dernière occurrence de la

² Données à la semaine épidémiologique 24/2010.

transmission du virus 1C ayant été signalé au Chili et au Pérou. Début 2006, le génotype 2B a été introduit dans la Région et a été lié à des importations. Après une durée de circulation supérieure à un an, le virus a été considéré comme endémique aux Amériques. Le dernier cas confirmé de rubéole endémique de génotype 2B a été notifié dans la Région en février 2009, ce qui suggère que les pays des Amériques ont atteint l'objectif d'élimination fixé pour 2010.

115. En Amérique latine et aux Caraïbes, plus de 112 500 cas de SRC ont été évités sur un horizon analytique de 15 ans³ suite à la réussite de l'initiative d'élimination de la rubéole et du SRC.

116. De nombreux enseignements utiles sont actuellement partagés avec d'autres régions, y compris la vaccination au-delà de l'enfance, l'importance du soutien politique et la valeur des alliances pour répondre aux situations de crise, pour n'en citer que quelques-uns. Les messages de communication sociale ciblant les groupes non traditionnels ainsi que l'utilisation des messages de communication innovateurs (par exemple, des spots à la télévision, des annonces à la radio, des posters, etc.) ont eu un rôle important pour atteindre un taux élevé de couverture de vaccination dans la région. Ces méthodes ont réussi à tirer parti du précieux apport des dirigeants sportifs, des artistes et d'autres personnalités connues pour représenter le visage des campagnes de vaccination et ont misé sur la popularité et la portée de leurs activités afin d'encourager leur partisans à participer à des activités de vaccination.

117. L'initiative a également contribué à l'élaboration des piliers fondamentaux de soins de santé primaires, y compris l'expansion des services de santé, en mettant l'accent sur la participation communautaire et la solidarité, un sentiment d'autonomie pour prendre des décisions avisées en matière de santé ainsi que la coopération intersectorielle. Des stratégies d'élimination ont également favorisé le renforcement des systèmes de santé grâce à l'amélioration des systèmes d'information, de la gestion et de la supervision, le développement des ressources humaines, le niveau des soins de dépistage de surdité néonatale et la recherche connexe.

³ Estimation pour chaque pays à partir de la mise en œuvre d'interventions visant l'interruption de la transmission du virus rubéoleux.

Appel à l'action

118. Suite à la résolution CSP27.R2 (2007), un Plan d'action Régional pour la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC a été finalisé. Le plan a pour principal objectif de guider les pays et leurs commissions nationales dans la préparation des éléments de preuve nécessaires à l'appui de l'élimination de la transmission du virus sauvage. Le plan a été officiellement approuvé par le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination au cours de sa XVIII^e réunion en août 2009. Les composants suivants sont inclus dans le plan régional: épidémiologie de la rougeole, de la rubéole et du SRC ; qualité de la surveillance ; épidémiologie moléculaire et activités de laboratoire ; analyse des cohortes de population vaccinée ; viabilité du programme national de vaccination et corrélation et intégration des éléments de preuve.

119. Actuellement, la Bolivie, le Brésil, la Colombie, les Départements français d'outre-mer aux Amériques, le Costa Rica, l'Équateur, le Guatemala, le Mexique, le Nicaragua, le Paraguay et l'Uruguay ont constitué des commissions nationales. Seize autres pays et deux territoires ont entamé le processus afin d'établir des commissions et les huit pays restants⁴ sont encouragés à entamer ce processus en 2010.

120. Le Comité international d'experts (CIE) évaluera la documentation soumise par les autorités sanitaires nationales, en collaboration avec les commissions nationales, afin de vérifier l'élimination au niveau Régional. Les données doivent démontrer que la transmission endémique des virus de la rougeole et de la rubéole a été interrompue pendant au moins trois années consécutives aux Amériques. Les pays doivent avoir terminé le processus de documentation de l'interruption de la transmission endémique du virus au premier trimestre 2012. La dernière présentation concernant la vérification de l'élimination dans la Région des Amériques sera présentée à la Conférence sanitaire panaméricaine en 2012.

121. Il reste de nombreux défis pour maintenir l'élimination, y compris le risque inévitable des importations due à la circulation continue des virus de la rougeole et de la rubéole dans d'autres régions du monde. Il est impératif que les pays ne se reposent pas sur leurs lauriers, risquant ainsi de gaspiller les remarquables résultats obtenus lors de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du SRC dans la Région. Par conséquent, il faut maintenir un niveau élevé de préparation pour répondre rapidement et de façon adéquate aux importations. Un engagement soutenu des États membres et des partenaires stratégiques de l'OPS sera également nécessaire. Enfin, il est essentiel que les États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé continuent à plaider pour que les autres Régions éliminent également la rougeole et la rubéole endémique, en particulier à la lumière de la demande du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé en

⁴ En 2005, les États-Unis ont déclaré que la transmission endémique du virus rubéoleux avait été éliminée.

mai 2008⁵ de réaliser un rapport sur la faisabilité de l'élimination mondiale de la rougeole.

122. La Région des Amériques ne peut pas soutenir ces réalisations à elle seule. Étant donné l'ampleur des coûts économiques et sociaux associés au maintien de l'élimination, il est temps de susciter de l'intérêt pour ces questions au plus haut niveau politique et de discuter ce sujet lors de la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2011.

- - -

⁵ Voir document EB123/2008/REC/1, summary record of the second meeting, section 1.