

55^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

Point 7.12 de l'ordre du jour provisoire

CD55/INF/12
1 septembre 2016
Original : anglais/espagnol*

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

SOMMAIRE

A. Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté : évaluation à mi-parcours.....	2
B. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes.....	9
C. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles : évaluation à mi-parcours	17
D. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool : évaluation à mi-parcours	42
E. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique : évaluation à mi-parcours	64
F. Situation des Centres panaméricains	72

* Original en anglais : parties B, C, D et F. Original en espagnol : parties A et E.

A. STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA CYBERSANTÉ : EVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. En mai 2005, la 58^e Assemblée mondiale de la Santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a approuvé la résolution [WHA58.28](#) en matière de cybersanté, la première en la matière (1). En septembre 2011, et inspiré par ce qui précède, le 51^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a mis en œuvre par le biais de la résolution [CD51.R5](#) (2) la *Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté*, qui a pour objectif de contribuer au développement durable des systèmes de santé des États Membres (3). D'un autre côté, en réponse à la nécessité de faciliter, à l'échelle mondiale, le traitement et la transmission électronique des données relatives à la prestation de services de santé, l'OMS a adopté, en mai 2013, la résolution [WHA66.24](#) sur la normalisation et l'interopérabilité des données en matière de cybersanté (4), alors qu'en septembre de la même année, l'OPS a initié son programme et budget ([OD346](#)) [en espagnol], qui incluait un indicateur de résultat intermédiaire en vue de promouvoir la mise en œuvre de la stratégie régionale et plan d'action sur la cybersanté dans les États Membres (5).

Mise à jour sur les progrès réalisés¹

2. La stratégie et plan d'action sur la cybersanté est composée de quatre domaines stratégiques, 13 objectifs spécifiques et 26 indicateurs au total. La présente évaluation à mi-parcours suit la même structure pour faciliter le suivi des principaux progrès accomplis à ce jour et des défis auxquels fait face la Région en matière de cybersanté.

Domaine stratégique 1: appuyer et promouvoir les politiques publiques en matière de cybersanté

3. À l'heure actuelle, 21 pays et territoires² se trouvent en phase de formulation et d'adoption d'une politique publique en matière de cybersanté. Afin de soutenir les États Membres dans ce travail, l'OMS et l'Union internationale des télécommunications (UIT) ont publié en 2012 le guide intitulé [Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté](#) (6). L'établissement d'alliances nationales entre des secteurs de la société civile, l'administration publique et les entités privées, par le biais de la création de commissions ou comités nationaux de cybersanté, est un élément clé dans ces pays

¹ L'OPS publiera prochainement dans la Revista Panamericana de la Salud Pública/Pan American Journal of Public Health un article qui comportera des informations supplémentaires sur les activités mises en œuvre par l'OPS dans ce domaine. Référence : Novillo-Ortiz D, D'Agostino M, et Becerra-Posada F. El rol de la Organización Panamericana de la Salud en el desarrollo de capacidad en *eSalud* en las Américas: análisis del periodo 2011-2015. Rev Panam Salud Pública. 2016;40(2) (à paraître).

² Argentine, Barbade, Belize, Bonaire, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Curaçao, El Salvador, États-Unis, Guatemala, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Panama, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago et Venezuela. Source: Observatoires de cybersanté de l'OPS et de l'OMS.

lorsqu'il s'agit de mobiliser les ressources nécessaires en vue d'adopter et de mettre en marche des stratégies de cybersanté.

4. Dans le but d'aider les États Membres à définir les priorités politiques relatives à la cybersanté, l'OPS a guidé, en coordination avec la Conférence statistique des Amériques de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), l'élaboration de plusieurs [recommandations méthodologiques pour la mesure de l'accès et de l'utilisation de la cybersanté](#) [en espagnol], dont l'objectif est de connaître les avancées des pays de la Région des Amériques en matière de cybersanté pour pouvoir améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé publique et privé (7). À l'heure actuelle, le Brésil et l'Uruguay appliquent ces recommandations. De plus, l'OPS dispose d'un groupe d'experts qui a joué un rôle de comité consultatif technique en matière de cybersanté lorsque cela s'est avéré nécessaire. Ce travail en réseau est reflété dans le projet [conversations sur la cybersanté: gestion de l'information, dialogues et échange de connaissances pour nous rapprocher de l'accès universel à la santé](#) [en espagnol], qui présente l'opinion de spécialistes en la matière (8).

5. Pour renforcer le système régional d'évaluation et d'analyse des politiques de cybersanté, un [observatoire régional de la cybersanté de l'OPS](#) [en espagnol] fonctionne depuis 2012 et dispose d'outils qui visent à appuyer l'application des politiques de cybersanté. Il fait fonction d'entité régionale de l'[observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS](#).

Domaine stratégique 2: améliorer la santé publique en utilisant la cybersanté

6. Améliorer l'infrastructure organisationnelle et technologique est un des principaux défis dans l'application de la cybersanté, selon une étude dirigée par l'OMS avec l'appui de l'OPS et de l'UIT (9). Comme collaboration dans la réalisation de cette tâche, l'OPS a travaillé avec les États Membres à l'élaboration de plusieurs lignes directrices qui pourront servir de base pour une stratégie visant à renforcer et déterminer l'infrastructure organisationnelle et technologique de base dans les services de santé (10).

7. On dénote, dans la Région, l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) dans les services de surveillance épidémiologique. Toutefois, une recherche supplémentaire est nécessaire pour déterminer le nombre de pays qui utilisent la technologie mobile dans ces services. Il convient de mettre en évidence le cas du Paraguay, avec un système de télésurveillance épidémiologique communautaire basé sur un logiciel libre.

8. L'identification unique des patients est une des principales composantes pour la promotion du développement durable, extensible et interopérable des initiatives et programmes axés sur la cybersanté. Les principales tendances de la Région montrent comment l'utilisation du registre des naissances vivantes est la porte d'accès aux systèmes de santé électroniques; des pays comme le Mexique ou le Pérou sont un exemple dans ce sens. Pour définir un cadre commun dans ce domaine, l'OPS et l'Organisation des États Américains (OEA), qui coordonne le programme de *e-gouvernement* (gouvernement

électronique) à l'échelle régionale et élabore le [programme d'universalisation de l'identité civile dans les Amériques \(PUICA\)](#) [en espagnol], vont travailler sur une proposition conjointe pour la Région qui intégrera tous les services électroniques, et non seulement ceux qui sont liés au secteur de la santé.

9. À l'heure actuelle, un échantillon important de pays de la Région finance des projets de cybersanté avec des fonds publics à l'échelle locale et nationale. Les initiatives liées à la télémédecine et aux registres de santé électroniques sont les plus répandues. Dix pays,³ en particulier, disposent déjà d'un système de registres électroniques à l'échelle nationale qui fournit une information immédiate et fiable aux utilisateurs autorisés, alors que 12 pays des Amériques⁴ disposent d'une politique ou stratégie nationale de télésanté. Des projets tels que ceux liés aux mégadonnées (*big data*) ou ceux ayant trait à la prescription électronique sont encore un défi pour la Région en raison du manque d'infrastructure nécessaire pour leur développement et mise en œuvre.

Domaine stratégique 3: renforcer et faciliter la collaboration horizontale entre les pays

10. Au cours de cette première moitié de la période, on a procédé à la promotion de la coopération intersectorielle et à l'établissement de mécanismes pour partager les ressources et les expériences. En particulier on a diffusé tous les deux ans les rapports sur les avancées des politiques de cybersanté des États Membres qui participent à l'[enquête mondiale sur la cybersanté de l'OMS](#) [en anglais], et des mécanismes de communication et de diffusion de l'information ont été établis dans le cadre de l'[observatoire régional de cybersanté de l'OPS](#) [en espagnol].

11. L'interopérabilité unique des systèmes de santé continue d'être un défi pour la Région en raison du manque d'intégration entre les systèmes d'information existants. Prenant comme référence l'expérience de l'Union européenne en matière d'interopérabilité unique relativement aux données des patients (11) et à la prescription électronique (12), l'OPS et les États Membres ont prévu de formuler la définition d'un cadre commun pour l'élaboration d'une norme ou d'un ensemble minimum de données visant à faciliter l'échange d'information entre les systèmes. D'autre part, en dépit du fait qu'on a pu observer l'existence d'institutions de santé qui forment des instances organisationnelles et administratives interagissant avec la prestation de services médico-sanitaires avec médiation technologique, on ne constate pas d'avancées dans la Région relativement à l'élaboration de méthodologies susceptibles de déterminer ces démarches et procédures à l'échelle nationale.

12. Le nombre de cadres juridiques qui appuient l'utilisation des technologies de l'information et la communication en santé et qui facilitent l'échange d'information clinique a augmenté au cours des trois dernières années. En particulier, 18 pays de la

³ Canada, Chili, Costa Rica, El Salvador, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou et Uruguay. Source: Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS.

⁴ Argentina, Canada, Colombie, Costa Rica, Cuba, États-Unis, Jamaïque, Mexique, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Uruguay. Source: Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS.

Région⁵ ont une législation visant à protéger la confidentialité des données personnelles; d'un autre côté, neuf autres pays⁶ signalent qu'ils disposent d'un cadre juridique qui facilite l'échange d'information clinique à l'échelle nationale par voie électronique. Tout en prenant comme exemple les projets déjà amorcés en Europe, des travaux seront prochainement réalisés conjointement avec les États Membres dans le but d'identifier un cadre juridique qui encourage l'échange d'information clinique à l'échelle régionale.

Domaine stratégique 4: gestion des connaissances et alphabétisation numérique pour la qualité des soins, la promotion de la formation et de la santé et la prévention des maladies

13. Le nombre de pays qui disposent d'un plan de formation au niveau universitaire en matière de cybersanté a considérablement augmenté. Notons, en particulier, que 16 pays⁷ ont introduit une formation de ce genre dans certaines de leurs universités.

14. Au cours de cette période, il a été possible de fournir une information fiable et de qualité en matière d'éducation en santé et de prévention des maladies à la population et aux professionnels de la santé. Il existe déjà, par exemple 10 bibliothèques virtuelles de santé disposant de sources et de services d'information qui répondent aux priorités de santé. De même de plus en plus d'États Membres ont accès aux bibliothèques virtuelles de santé et la capacité locale pour produire et utiliser leur contenu s'est amplifiée : le nombre de pays avec des bibliothèques virtuelles de santé nationales est passé de 26 à 30, en plus de l'initiative [CARPHA EvIDeNCe](#) dans laquelle sont intégrés les pays des Caraïbes anglophones.

15. Pour ce qui est du contenu certifié en santé publique, le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) de l'OPS a signé un protocole d'entente avec le Centre hospitalier universitaire de Rouen (France), spécialisé dans cette discipline. Cette initiative permettra de réaliser des progrès importants dans la définition d'un cadre commun pour l'élaboration de portails avec contenu certifié en santé publique. Il servira également à accroître le nombre d'États Membres qui ont des politiques d'accès au contenu certifié en santé publique, ce nombre est actuellement de neuf pays,⁸ qui ont été intégrés dans le *Red Federada de Repositorios Institucionales de Publicaciones Científicas* ([LA Referencia](#)).

⁵ Argentine, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis, Guatemala, Honduras, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago et Uruguay. Source: Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS.

⁶ Argentine, Canada, Chili, Colombie, États-Unis, Mexique, Paraguay, République dominicaine et Uruguay. Source: Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS.

⁷ Argentine, Canada, Chili, Costa Rica, Cuba, Équateur, États-Unis, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago et Uruguay. Source: Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS.

⁸ Argentine, Brésil, Chili, Colombie, El Salvador, Équateur, Mexique, Pérou et Venezuela. Source: Observatoires de la cybersanté de l'OPS et de l'OMS.

16. En ce qui concerne l'utilisation des réseaux sociaux pour faciliter la diffusion, la communication et la socialisation de l'information sur la santé publique, un échantillon de 18 pays⁹ montre que les réseaux sociaux, principalement Twitter et Facebook, sont utilisés dans des situations d'urgence, ainsi que comme mesure de promotion et de prévention de la santé. Toutefois, il est nécessaire d'effectuer des recherches additionnelles pour déterminer si les États Membres ont des stratégies spécifiques dans ces domaines.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

17. Sur la base des progrès accomplis et des défis rencontrés, voici ci-après une liste des mesures dont il faut tenir compte au cours de la période 2016-2017 :

- a) poursuivre la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action et promouvoir la formulation de stratégies nationales dans les pays qui n'ont en pas encore ;
- b) travailler à l'incorporation des thèmes sur lesquels des progrès ont été accomplis dans le cadre de la santé publique depuis l'adoption de la stratégie et plan d'action, comme l'Internet des objets (*Internet of things*), les données ouvertes (*open data*) et les mégadonnées (*big data*), entre autres ;
- c) renforcer la communication et la coordination institutionnelle entre les organismes, les donateurs et les États Membres, y compris d'autres secteurs clés en plus du secteur de la santé, afin d'assurer que les composantes stratégiques, techniques et budgétaires sont coordonnées et alignées en fonction du même objectif, qu'elles sont axées sur une amélioration de la qualité de vie de la population et qu'elles sont réalisées tout en évitant la duplication des efforts ;
- d) encourager la production de données probantes et l'élaboration de lignes directrices en matière de cybersanté qui favorisent la prise de décisions et l'élaboration de projets de manière stratégique et soutenue ;
- e) établir une feuille de route sur le rôle de la cybersanté dans le cadre des objectifs de développement durable, en particulier l'objectif 3, "Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge".

⁹ Argentine, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela. Source: Observatoires de la cybersanté de l'OPS et de l'OMS.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

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

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Cybersanté [Internet]. 58^e Assemblée mondiale de la Santé; du 16 au 25 mai 2005; Genève, Suisse. Genève: OMS; 2005 (résolution WHA58.28) [consulté le 19 février 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/21295/1/WHA58_28-fr.pdf
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2011; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2011 (résolution CD51.R5) [consulté le 19 février 2016]. Disponible sur: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1721/CD51-R5-f.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2011; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2011 (document CD51/13) [consulté le 19 février 2016]. Disponible sur: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7663/CD51-13-f.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. Organisation mondiale de la Santé. Normalisation et interopérabilité en cybersanté [Internet]. 66^e Assemblée mondiale de la Santé; du 20 au 27 mai 2013; Genève, Suisse. Genève: OMS; 2013 (résolution WHA66.24) [consulté le 19 février 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R24-fr.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2015 [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2013 (document officiel 346) [consulté le 19 février 2016]. Disponible [en espagnol] sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168190/1/CD52-OD346-s.pdf>
6. Organisation mondiale de la Santé; Union internationale des télécommunications. Guide pratique sur les stratégies nationales en matière de cybersanté [Internet]. Genève: OMS, UIT; 2012 [consulté le 8 mars 2016]. Disponible sur: https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-F.pdf

7. Conferencia Estadística de las Américas (CEA) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Grupo de Trabajo sobre Medición de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC). Recomendaciones metodológicas para la medición de acceso y uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) en el sector salud [Internet]. Chile: CEA-CEPAL; 2014 [consulté le 8 mars 2016]. Disponible [en espagnol] sur: <http://www.cepal.org/deype/noticias/paginas/7/53767/ModuloTIC-Salud2014-metodologia.pdf>
8. Organización Panamericana de la Salud. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington (DC): OPS; 2014 [consulté le 8 mars 2016]. Disponible [en espagnol] sur: <http://bit.ly/conversaciones-pdf>
9. Organisation mondiale de la Santé. Cybersanté et innovation pour la santé de la mère et de l'enfant : Une étude de référence. Genève: OMS; 2014 [consulté le 19 février 2016]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112305/1/WHO_HIS_KER_EHL_14.1_fre.pdf?ua=1&ua=1
10. Messina LA, Fernández AL, Valencia Díaz E, Freitas F, Vieira F, Tejera NG, Parada Beltrán M, McGill M, Gertrudiz N, Navajo Garrido R, López R, Rodrigues R, Vega S. Infraestructura: La base para la consolidación, sostenibilidad y evolución de la eSalud. En: Organización Panamericana de la Salud. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington (DC): OPS; 2014. p. 20-76 [consulté le 14 avril 2016]. Disponible [en espagnol] sur: <http://bit.ly/conversaciones-pdf>
11. European Commission; eHealth Network. Guidelines on minimum/nonexhaustive patient summary dataset for electronic exchange in accordance with the cross-border Directive 2011/24/EU. Brussels: European Commission, eHealth Network; 2013. Disponible [en anglais] sur: http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/guidelines_patient_summary_en.pdf
12. European Commission; eHealth Network. Guidelines on ePrescription dataset for electronic exchange under cross-border Directive 2011/24/EU [medicines and medical devices]. Brussels: European Commission, eHealth Network; 2013. Disponible [en anglais] sur: http://ec.europa.eu/health/ehealth/docs/eprescription_guidelines_en.pdf

B. PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Antécédents

1. Le présent rapport résume les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la *Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (1)* et du *Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (2)*. En 2008, lors du 48^e Conseil directeur, les États Membres de l'OPS ont adopté la stratégie régionale (résolution CD48.R5) et en 2009, lors du 49^e Conseil directeur, le plan d'action (résolution CD49.R14).

2. Le rapport repose sur une analyse de la mise en œuvre des programmes et comprend des informations provenant de sources multiples, y compris les données fournies à l'OPS par les États Membres, ainsi que celles recueillies lors de consultations avec les partenaires régionaux et auprès des adolescents et jeunes à travers un outil sur le Web.

Mise à jour sur les progrès réalisés

3. Entre 2010 et 2015, des progrès importants ont été réalisés dans chacun des sept axes stratégiques d'intervention. L'annexe ci-joint offre un résumé des progrès accomplis vis-à-vis des jalons à mi-parcours (2014). Bien que des progrès ont été enregistrés pour certains jalons de 2014, peu d'entre eux ont été pleinement atteints et les taux de mortalité cible de trois jalons (accidents de la route, homicides et suicides) ont même régressé.

4. Au-delà des ressources apportées par le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau), l'OPS a mobilisé près d'US\$ 7 millions en contributions de donateurs pour soutenir des activités sur la santé des adolescents et des jeunes au niveau de la Région et des pays. Ces efforts comprennent :

- a) Le Bureau a apporté son soutien au développement d'un portail Web sur la santé des adolescents, une plateforme virtuelle qui offre un accès facile aux données régionales et nationales sur la santé des adolescents. Le Bureau a également soutenu 14 pays dans la réalisation d'études sur la santé des adolescents et il a fourni une coopération technique dans le but de renforcer la collecte et l'analyse de données sur la santé des adolescents, ventilées par sexe, groupe d'âge et déterminants sociaux pertinents.
- b) Le Bureau a fourni une coopération technique pour l'analyse, la mise à jour et la révision des cadres juridiques et politiques et il a contribué au développement de stratégies et plans nationaux sur la santé des adolescents. Actuellement, tous les pays de la Région, sauf cinq, mettent en œuvre des stratégies et des plans sur la santé des adolescents, bien que tous les programmes n'aient pas encore été dotés

- en budget ni personnel. Les programmes nationaux, les prestataires de soins de santé et d'autres intervenants, y compris des juges, des législateurs et des médiateurs, ont également reçu des formations sur la santé et les droits civiques des jeunes.
- c) Le Bureau a soutenu la mise en œuvre du modèle intégré de gestion des besoins des adolescents (IMAN, d'après son sigle en anglais) ainsi que la promotion d'une méthode basée sur les normes pour les services de santé consacrés aux adolescents. Une orientation adressée à 120 parties prenantes de 45 pays sur les éléments essentiels de la *Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (3) et leurs conséquences pour les programmes et les services de santé destinés aux adolescents a également été fournie.
 - d) Entre 2010 et 2015, plus de 40 ateliers sur le renforcement des capacités en matière de santé des adolescents ont été organisés aux niveaux régional, infrarégional et national pour les gestionnaires de programmes de santé des adolescents, les prestataires de soins de santé, les jeunes et d'autres parties prenantes. L'OPS a également attribué 442 bourses à des prestataires de soins de santé de 14 pays pour leur permettre de participer au programme d'études en santé globale et développement de l'adolescent proposé par l'Université catholique pontificale du Chili.
 - e) L'OPS a continué de soutenir la mise en œuvre d'interventions et de modèles reposant sur la communauté dont le but est de renforcer l'action des parents et des familles, y compris le « programme familles fortes » en cours d'exécution dans 13 pays.
 - f) L'OPS, en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), la Banque mondiale et d'autres partenaires, a soutenu et promu une approche globale de la santé sexuelle et génésique des adolescents, avec un accent particulier sur la prévention de la grossesse et le VIH/IST. Les actions clés comprenaient : la production et la diffusion d'informations stratégiques sur la santé sexuelle et génésique des adolescents, la formation des gestionnaires de programme, des prestataires de services, des représentants du système judiciaire et des autres parties prenantes concernant les instruments relatifs aux droits de l'homme, la formulation d'avis techniques sur les droits sexuels et génésiques, la promotion de l'accès par les jeunes aux services de santé de qualité, y compris les services de santé sexuelle et génésique, ainsi que le partage de conseils techniques et de meilleures pratiques. Un soutien a été également fourni pour l'élaboration de stratégies infrarégionales de prévention de la grossesse chez les adolescentes en Amérique centrale, dans les Caraïbes et dans la région andine, et pour la mobilisation du soutien politique. En 2014, l'OPS a soutenu un sommet des Premières dames du Système d'intégration d'Amérique centrale (SICA), qui a conduit à la signature de la « Déclaration du Honduras », dans laquelle les pays membres réaffirmaient leur engagement à la promotion et à l'encouragement d'actions de prévention de la grossesse parmi les adolescentes dans leur pays respectif. Des opportunités bilatérales, des plans de travail communs et des activités conjointes ont contribué à établir des partenariats solides avec les

organismes des Nations Unies, les parties prenantes, la Banque mondiale, les mécanismes régionaux d'intégration, le système interaméricain et les organisations de jeunesse.

- g) Le Bureau a coordonné des activités de renforcement des capacités à l'utilisation des médias numériques. Plusieurs pays, dont le Brésil, le Guatemala et la République dominicaine ont mis en place, par la suite, des actions visant à intégrer les médias numériques dans leurs programmes de santé des adolescents.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

5. Considérant que la Région a avancé vers la réduction de la fécondité des adolescentes (4), les États Membres sont instamment priés de maintenir leurs investissements dans les politiques et programmes qui peuvent accélérer cette réduction et de se concentrer sur les grossesses précoces chez les filles de moins de 15 ans, une tendance croissante dans la Région (5). L'accès garanti des adolescents à l'information, aux services et aux fournitures de santé sexuelle et génésique sera essentiel, compte tenu du progrès limité dans la réduction du VIH chez les adolescents et les jeunes (voir l'annexe) et la flambée actuelle de maladie à virus Zika dans la Région, avec les implications qui en découlent pour la santé sexuelle et génésique des adolescents.

6. Considérant que les taux de mortalité des adolescents et jeunes se détériorent au lieu de s'améliorer et que les homicides, suicides et décès dus aux accidents de circulation continuent d'être les principales causes de décès chez les adolescents et les jeunes dans la Région (6), les États Membres sont encouragés à :

- a) accélérer la mise en œuvre de mesures fondées sur des données probantes dans le domaine de la sécurité routière, et considérées comme étant les plus utiles, telles que des mesures pour renforcer la gestion de la sécurité routière et l'amélioration de la législation et de la conformité (réduction de la vitesse, utilisation de la ceinture de sécurité, sièges pour enfants, casques et recours aux sanctions pour conduite en état d'ébriété), promouvoir des routes plus sûres et l'utilisation des modes durables de transport, mettre en place des politiques pour protéger les usagers vulnérables de la route, accroître la sensibilisation et renforcer les compétences en matière de sécurité routière chez les usagers de la route et investir dans l'amélioration de la réponse après les accidents et les services de rééducation ;
- b) renforcer les programmes et services pour la promotion de la santé mentale et le diagnostic et traitement précoces des troubles de santé mentale chez les adolescents et les jeunes ;
- c) intégrer l'approche de la sécurité humaine dans les plans de santé existants comme mécanisme pour prévenir la violence et les traumatismes conformément aux mandats mondiaux et régionaux et mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes pour responsabiliser les jeunes, renforcer les familles et éviter toute forme de violence, y compris la violence sexuelle.

7. Compte tenu de l'engagement régional à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle et les obstacles persistants que les adolescents et les jeunes rencontrent dans l'accès aux services de santé, les États Membres sont instamment priés de faire en sorte que les adolescents et les jeunes, particulièrement ceux en situation de vulnérabilité, aient accès, sans discrimination aucune, à des services de santé de qualité, sexospécifiques, en temps opportun, appropriés, et complets, y compris les services de santé sexuelle et génésique.

8. Considérant que 13 pays de la Région présentent des niveaux de surpoids et d'obésité proches ou supérieurs à 25 % parmi les adolescents âgés de 13 à 15 ans, et que la consommation de tabac et d'alcool pour ce groupe d'âge constitue toujours un problème (7), les États Membres sont invités à mettre en œuvre le *Plan d'action de l'OPS pour la prévention de l'obésité chez les enfants et adolescents* (8) et à poursuivre des partenariats intersectoriels qui intègrent les secteurs de la santé et de l'éducation, le secteur privé, les parents, les organisations communautaires et les jeunes eux-mêmes pour la mise en œuvre de stratégies globales de manière à promouvoir la santé et le bien-être, à réduire les facteurs de risque et à cibler les déterminants sociaux qui ont des répercussions sur la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

9. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport d'activité et de formuler les recommandations qu'il considère appropriées.

Annexe

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2008 (document CD48/8) [consulté le 12 avril 2016]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd48-08-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/12) [consulté le 22 février 2016]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-12-f.pdf>

3. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/5 Rev. 2) [consulté le 22 février 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=27311&Itemid=270&lang=fr
4. Données de l'Organisation des Nations Unies ; Estimations de la Banque mondiale [Internet]. New York : Division de statistique de l'ONU ; 2016 [mises à jour le 21 janvier 2016, consultées le 18 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://data.un.org/Data.aspx?d=WDI&f=Indicator_Code%3ASP.ADO.TFRT
5. Fonds des Nations Unies pour la Population. État de la population mondiale 2013, La mère-enfant : face aux défis de la grossesse chez l'adolescente [Internet]. New York : UNFPA ; 2013 [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur : <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR-SWOP2013.pdf>
6. Pan American Health Organization. Portal of mortality data [Internet]. Washington, DC. Washington, DC : PAHO ; 2015 [mis à jour le 7 juillet 2015, consulté le 18 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : <https://hiss.paho.org/pahosys>
7. World Health Organization. Global School-based student health survey (GSHS) implementation [Internet]. Genève (Suisse). Genève : WHO ; 2016 [consulté le 22 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : <http://www.who.int/chp/gshs/country/en/>
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/9 Rev. 2) [consulté le 22 février 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=27024&Itemid=270&lang=fr

Annexe

**Aperçu du progrès des objectifs et impacts en 2014
(pour les objectifs dotés de cibles déclarées pour 2014)**

Cibles d'impact	Jalons pour 2014	État d'avancement en 2014
En 2018, 75 % des pays d'Amérique latine et des Caraïbes auront un taux de fécondité de 75,6 pour 1000 ou moins chez les adolescentes.	20 pays	31 pays (Source : UNData. Disponible sur : http://data.un.org/Data.aspx?q=adolescent+fertility&d=WDI&f=Indicator_Code%3aSP.ADO.TFRT)
En 2018, 100 % des pays auront un pourcentage estimé des adolescents et des jeunes (15-24 ans) vivant avec le VIH inférieur à 0,6 % dans les Caraïbes et inférieur à 0,4 % en Amérique latine et en Amérique du Nord.	Femmes : 5 pays des Caraïbes et 20 pays d'Amérique latine et d'Amérique du Nord. Hommes : 6 pays des Caraïbes et 12 pays d'Amérique latine et d'Amérique du Nord.	1 pays des Caraïbes (hommes et femmes) 16 pays d'Amérique latine et d'Amérique du Nord (hommes et femmes) (Selon les estimations agrégées pour les hommes et les femmes, disponibles pour 23 pays) (Source : ONUSIDA, base de données en ligne AIDSinfo. Disponible sur : http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/asp/Home.aspx)
En 2018, 100 % des pays auront réduit les tendances actuelles à la hausse des taux de mortalité due à des accidents de la circulation chez les hommes (15-24 ans).	10 %	Dans la Région, le taux de mortalité ajusté par âge due à des accidents de la circulation a augmenté chez les hommes de 34,0 à 37,8 pour 100 000 habitants entre 2008 et 2012, soit une augmentation de 11,5 %. 14 pays (27 %) ont réduit le taux de mortalité due à des accidents de la circulation chez les hommes âgés de 15 à 24 ans par des pourcentages allant de 0,7 % à 71 %. Parmi ceux-ci, 10 ont diminué le taux de plus de 10 %.
En 2018, les pays prioritaires ¹ réduiront les tendances actuelles à la hausse des taux de mortalité due à des homicides chez les hommes (15-24 ans).	7%	Dans la Région, le taux de mortalité due aux homicides ajusté par âge chez les hommes âgés de 15 à 24 ans est passé de 50,1 pour 100 000 en 2008 à 55,7 en 2012, ² soit une augmentation de 11,3 %.

¹ Le Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes a identifié la Bolivie, le Guyana, Haïti, le Honduras et le Nicaragua comme pays prioritaires.

² Une analyse de la mortalité a été réalisée pour 2012, en raison de données incomplètes de mortalité rapportées en 2013 et 2014.

Cibles d'impact	Jalons pour 2014	État d'avancement en 2014
	7 %	9 pays (17,6 %) ont réduit le taux de mortalité due à des homicides chez les hommes âgés de 15 à 24 ans avec des pourcentages allant de 8,6 % à 57 %, y compris le Nicaragua (45 %), un pays prioritaire.
En 2018, 75 % des pays auront réduit les tendances des taux de mortalité due aux suicides (10-24 ans).	8 %	Dans la Région, le taux de mortalité ajusté par âge due aux suicides pour le groupe d'âge de 10 à 24 ans a augmenté de 5,5 à 5,8 pour 100 000 entre 2008 et 2012, ³ soit une augmentation de 5,6 %. 9 pays (17,6 %) ont diminué leur taux de mortalité due au suicide dans la tranche d'âge avec des pourcentages allant de 0,7 % à 38,5 %. Parmi ceux-ci, 8 ont diminué le taux de plus de 8 %.

Objectifs du plan d'action	Cibles 2014	État d'avancement en 2014
Fournir une coopération technique aux États Membres en vue de développer et de renforcer la prestation par leurs systèmes de santé, en temps opportun et de manière efficace, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des soins de santé pour les adolescents et les jeunes, en utilisant une approche de cycle de vie et en abordant les écarts d'équité.	70 % des pays ont établi des objectifs nationaux pour la santé des adolescents et des jeunes qui intègrent des interventions sur les principaux aspects de la santé qui les affectent à l'aide de stratégies de promotion et de prévention.	72 % (37 sur 51) (Sources : réponses des pays sur l'enquête d'évaluation à mi-parcours et rapports des pays à l'OPS par le Système de surveillance du plan stratégique)
Objectif 2.1 : promouvoir et assurer l'existence d'environnements propices à la santé et au développement des adolescents et des jeunes par l'exécution de politiques efficaces, complètes, durables et étayées par des données probantes (y compris des cadres juridiques	Les pays prioritaires et à fort impact ⁴ disposeront de politiques fondées sur des données probantes qui intègrent les principaux problèmes et déterminants de santé affectant les adolescents et les jeunes en tant que moyen pour	Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Guyana, Honduras, Nicaragua, Mexique et Pérou ont déclaré disposer de politiques visant à accroître l'accès des adolescents et des jeunes aux soins de santé. Les neuf pays ont inclus dans ces politiques la santé sexuelle et génésique ainsi que le VIH et la santé mentale ; huit ont inclus la nutrition, l'activité physique, l'abus de substances et la

³ Une analyse de la mortalité a été réalisée pour 2012, en raison de données incomplètes de mortalité rapportées en 2013 et 2014.

⁴ Le Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes a identifié l'Argentine, le Brésil, la Colombie, le Mexique, le Pérou et le Venezuela comme des pays à fort impact pour les interventions de santé en faveur des adolescents et des jeunes.

Objectifs du plan d'action	Cibles 2014	État d'avancement en 2014
et des réglementations).	accroître l'accès aux soins de santé de ce groupe.	violence ; sept ont inclus le tabac et l'alcool ; six ont inclus la prévention des traumatismes. (Source : enquêtes sur la politique MNCAH de l'OMS, 2012 et 2014)
Objectif 3.1 : améliorer les systèmes et les services complets et intégrés de santé de qualité pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes en mettant l'accent sur les soins de santé primaires.	Les pays prioritaires et à fort impact disposeront de 50 % des centres de santé au niveau du district appliquant un ensemble intégré d'interventions efficaces pour les adolescents et les jeunes (gestion intégrée des besoins des adolescents : IMAN d'après son sigle en espagnol).	Aucune donnée n'est disponible sur le pourcentage de centres de santé au niveau du district appliquant un ensemble intégré de services. L'OPS a mis au point et a largement diffusé le manuel IMAN. Elle a également mené de nombreux ateliers de formation sur l'IMAN aux niveaux régional et national. Actuellement, la majorité des pays ont adopté le manuel IMAN ou ont intégré son contenu dans leurs lignes directrices et protocoles cliniques nationaux.
Objectif 5.1 : conformément au document de réflexion sur la santé familiale et communautaire de l'OPS, élaborer et appuyer des programmes de promotion de la santé et de prévention pour les adolescents et les jeunes, avec des interventions basées sur la communauté qui renforcent les familles, associent les écoles et encouragent la participation et l'appropriation des interventions.	Les pays prioritaires et à fort impact devront incorporer dans leurs programmes de promotion et de prévention de la santé des adolescents et des jeunes des interventions qui renforcent les familles et les programmes, en coordination avec les écoles et les communautés.	Brésil, Bolivie, Colombie, Honduras, Mexique, Nicaragua et Pérou ont initié ou élargi la mise en œuvre du programme Familles fortes (<i>Familias fuertes</i>), un modèle de programme de travail associant parents et adolescents pour améliorer la communication intrafamiliale et les relations compatissantes comme facteurs de protection, et pour réduire les comportements à risque chez les adolescents. Actuellement, le programme est uniquement disponible en espagnol.

C. PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le présent rapport examine la situation des maladies non transmissibles (MNT) et leurs facteurs de risque dans la Région, en fonction de l'exécution du Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (1), adopté par le 52^e Conseil directeur en 2013, qui est aligné sur le Plan d'action mondial contre les maladies non transmissibles 2013-2020 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2).
2. Dans les Amériques, environ 4,8 millions de personnes meurent chaque année par suite de MNT, et 35 % de ces décès sont prématurés et se produisent parmi les personnes de moins de 70 ans (3). Le plan d'action régional contre les MNT cherche à réduire la mortalité prématurée de 15 % en 2019 à l'aide de quatre stratégies globales : mise en œuvre de politiques et plans multisectoriels nationaux contre les MNT, réduction des facteurs de risque des MNT (tabagisme, usage nocif de l'alcool, régimes alimentaires malsains et inactivité physique), renforcement de la réponse du système de santé aux MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques), ainsi que surveillance et suivi systématiques, notamment pour les neuf objectifs volontaires et les 25 indicateurs du Cadre mondial de suivi pour les MNT (4).
3. L'enquête mondiale sur les capacités nationales de prévention et de lutte contre les MNT, menée par l'OMS en 2015, fournit des données pertinentes et actuelles sur les politiques en matière de MNT, la réponse des services de santé et la capacité de surveillance. L'enquête a été complétée par les points focaux des ministères de la Santé dans chaque pays en utilisant l'instrument d'enquête normalisé de l'OMS, et les réponses ont été ensuite validées avec les points focaux. Dans les Amériques, l'OPS/OMS a mené et validé l'enquête, et 38 pays et territoires ont envoyé des réponses. Les résultats de chaque enquête sur les capacités nationales constituent les principales données et informations utilisées dans le rapport (5).¹

¹ L'enquête de l'OMS de 2015 sur les capacités nationales de prévention et de lutte contre les MNT était un questionnaire standard auto-administré, complété par les points focaux des ministères de la Santé en utilisant le système mondial de réponse en ligne. Un total de 38 pays et territoires dans les Amériques ont envoyé leurs réponses entre juillet et novembre 2015, qui ont été entièrement validées par 30 pays entre septembre 2015 et janvier 2016. Les données utilisées dans le présent rapport ont été extraites de la base de données des réponses de l'enquête de l'OMS (<https://extranet.who.int/ncdccs/RegionHome>). Un rapport des résultats de cette enquête sur les capacités nationales contre les MNT est en cours de préparation.

Mise à jour sur les progrès réalisés

4. La mortalité prématurée due aux MNT, mesurée selon la probabilité inconditionnelle de décès dû à une MNT entre les âges de 30 et 70 ans, est la plus faible du monde dans la Région des Amériques, à un niveau de 15 % (6). Presque tous les pays de la Région affichent un déclin stable ou modeste de la **mortalité prématurée due aux MNT**, et 14 pays et territoires sont sur la bonne voie pour atteindre l'objectif régional global d'une réduction de 15 % de la mortalité prématurée due aux MNT pour 2019² (3).

5. Tous les pays s'étaient engagés à établir des plans et des cibles nationales contre les MNT pour 2015. Toutefois, seule près de la moitié des pays et territoires des Amériques qui ont répondu à l'enquête (22 sur 38, 58 %) ont indiqué qu'ils disposaient d'une politique, stratégie ou plan d'action opérationnel et multisectoriel au niveau national et seuls 17 pays (45 %) ont indiqué qu'ils avaient établi des cibles nationales de lutte contre les MNT. Parmi les pays disposant de plans nationaux contre les MNT, 13 les ont élaborés depuis 2013, l'année où le plan régional contre les MNT a été adopté (5).

6. Les MNT ne peuvent être abordées adéquatement que par une approche pangouvernementale et pansociale, et le plan d'action régional contre les MNT préconise que les pays établissent des commissions multisectorielles et mettent en œuvre des actions dans au moins trois secteurs extérieurs au secteur de la santé. Toutefois, seuls 12 pays (32 %) indiquent qu'ils ont établi des commissions sur les MNT avec plusieurs ministères et la société civile ; 19 pays (50 %) ont intégré les MNT dans leur programme de développement national (5).

7. Les MNT sont largement évitables, et alors que la Région a fait des progrès essentiels concernant les politiques de réduction des facteurs de risque des MNT, de nombreux pays n'ont pas encore introduit les interventions nécessaires pour réduire de manière suffisante le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool et pour encourager une alimentation saine et l'activité physique. Bien que 30 pays aient ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, bien d'autres progrès sont requis pour son application. Seuls quatre pays ont mis en œuvre au moins trois des quatre interventions en matière de réduction de la demande (politiques de taxation, environnements sans tabac, avertissements de santé et interdiction de publicité et de commercialisation) avec un succès confirmé (6). En outre, seuls 11 des 38 pays et territoires (29 %) indiquent qu'ils ont mis en œuvre des politiques générales pour réduire l'usage nocif de l'alcool ; seuls 8 pays (21 %) ont des politiques pour réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées ; 10 pays (26 %) ont des

² Les données de la base de données de mortalité de l'OPS ont été extraites et analysées pour l'année 2012 afin de déterminer, parmi les personnes âgées de 30 à 70 ans, les taux de mortalité prématurée et l'évolution des quatre MNT principales dans chaque pays où l'information était disponible. Ces données ont ensuite été utilisées pour créer des projections pour l'année 2019. En fonction de cette analyse non publiée de l'OPS, les pays et territoires qui sont estimés être en bonne voie pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité prématurée due aux MNT pour 2019 comprennent l'Argentine, Aruba, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, les États-Unis d'Amérique, la Guadeloupe, le Guyane française, les îles Vierges américaines, la Martinique, Sainte-Lucie, la Trinité-et-Tobago et l'Uruguay.

politiques pour limiter les acides gras saturés et éliminer partiellement les huiles végétales hydrogénées ; trois pays (8 %) taxent les boissons édulcorées ; et 11 pays (29 %) font état de politiques pour réduire la consommation de sel. De plus, seuls sept pays ont appliqué pleinement la législation alignée sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (7). Vingt-quatre pays (63 %) indiquent qu'ils ont effectué une campagne nationale de sensibilisation publique pour promouvoir l'activité physique au cours des cinq dernières années (5).

8. Le **surpoids et l'obésité** (indice de masse corporelle de 25 kg/m² ou plus) continuent d'être une préoccupation majeure, les Amériques enregistrant la prévalence la plus élevée au monde de ces conditions. Vingt-sept pour cent des femmes et 22 % des hommes sont obèses (8). Sept pour cent des enfants de moins de cinq ans et 17 % à 36 % des adolescents (âgés de 12 à 19 ans) en Amérique latine et dans les Caraïbes sont en surpoids ou obèses (9). Cette situation est aggravée par le faible taux d'activité physique dans la Région, où 38 % des femmes et 27 % des hommes indiquent une activité physique insuffisante (8). Le Plan d'action régional pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents offre une direction claire sur la façon de mettre fin à la hausse du taux d'obésité, et tous les pays sont exhortés à mettre en œuvre des politiques et des stratégies en matière de réglementation (10).

9. L'**usage du tabac**, peut-être le facteur de risque le plus important de MNT, représente toujours un défi dans la Région, avec 127 millions de fumeurs adultes selon les estimations. Des progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre d'interventions concernant le tabac : 17 pays, ce qui représente 49 % de la population des Amériques, disposent d'une protection grâce à une loi antitabac et 16 pays font figurer des avertissements de santé appropriés sur les emballages des produits du tabac, ce qui représente une couverture de 58 % de la population dans la Région des Amériques (6).

10. Les progrès dans la réduction de l'**usage de l'alcool** sont interrompus ; 22 % des buveurs indiquent une consommation épisodique excessive, seuls six pays (16 %) disposent de réglementations qui restreignent la disponibilité de l'alcool et seuls deux pays (5 %) ont interdit la publicité et la promotion (5). Un problème particulièrement préoccupant est que, selon les estimations, 3,2 % des femmes dans la Région des Amériques souffrent de troubles liés à la consommation d'alcool, un taux plus élevé que dans toutes les autres régions du monde (11). De plus, entre 51 % et 94 % des enfants de 13 à 15 ans font état de leur initiation à l'usage de l'alcool avant l'âge de 14 ans. D'autres informations sont disponibles dans le rapport d'évaluation à mi-parcours sur le Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool qui est présenté au point 7.12-D de l'ordre du jour du 55^e Conseil directeur.

11. Les **maladies cardiovasculaires**, dont l'hypertension, continuent à être la cause principale de décès dans presque tous les pays de la Région (3). Dans les Amériques, 17 % de femmes et 22 % d'hommes ont une tension artérielle élevée (tension systolique ≥ 140 mmHg ou tension diastolique ≥ 90 mmHg) (8). Des directives pour les maladies cardiovasculaires ont été établies dans 18 pays (47 %), mais seuls 10 pays indiquent que

ces directives ont été pleinement appliquées (5). Bien qu'une stratification des risques des maladies cardiovasculaires soit offerte dans 20 pays (53 %), seuls cinq pays indiquent qu'elle est disponible dans plus de la moitié de leurs établissements de soins de santé primaires (5). Les médicaments essentiels pour les maladies cardiovasculaires – aspirine, diurétiques thiazidiques, inhibiteurs de l'ECA (enzyme de conversion de l'angiotensine), inhibiteurs calciques, statines, et sulfonylurées – sont généralement disponibles dans le secteur public dans 26 pays (68 %) (5).

12. Selon les estimations, 62 millions de personnes dans les Amériques souffrent de **diabète de type 2**, avec 8 % de femmes et 9 % d'hommes indiquant un taux élevé de glycémie, soit un taux de glycémie à jeun $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dl), suivant un traitement médicamenteux à cause d'un taux élevé de glycémie ou ayant des antécédents de diabète (8). Les directives pour la gestion du diabète sont disponibles mais n'ont été appliquées que dans 18 pays seulement (47 %), alors que la mesure de la glycémie est généralement disponible dans les établissements de soins de santé primaires dans l'ensemble de la Région (36 pays et territoires, 95 %); le test d'HbA1c est disponible dans 20 pays (53 %) (5). En ce qui concerne les médicaments essentiels, 34 pays (89 %) indiquent que la metformine et l'insuline sont généralement disponibles dans les établissements publics de soins de santé primaires (5).

13. Le **cancer** est la deuxième cause principale de décès dans les Amériques et les types les plus communs sont le cancer du poumon, de la prostate et du côlon chez les hommes et le cancer du poumon, du sein et du col de l'utérus chez les femmes (3). Des plans complets contre le cancer qui répondent au continuum des soins (prévention primaire, prévention secondaire, diagnostic, traitement, soins palliatifs) sont encouragés par l'OMS et d'autres institutions. Environ la moitié des pays de la Région (23 pays, 61 %) indiquent qu'ils disposent d'une politique, stratégie ou plan d'action national, que ce soit de manière autonome ou intégrée au plan contre les MNT du pays (5). Des progrès notables sont faits dans la prévention du cancer du col de l'utérus, avec 20 pays (53 %) ayant introduit le vaccin anti-VPH, alors que 33 pays (87 %) indiquent disposer de services de dépistage contre le cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon et/ou de la prostate ; toutefois, seuls six pays rapportent une couverture de dépistage pour au moins l'un de ces cancers à un niveau susceptible d'avoir un impact (couverture de 70 % ou plus) (5). Bien que 31 pays (81 %) indiquent que le dépistage du cancer du sein est disponible et 16 pays (42 %) indiquent que la mammographie est utilisée, seuls trois de ces pays ont une couverture de dépistage susceptible d'avoir un impact (couverture de 70 % ou plus) (5).

14. Les **affections respiratoires chroniques**, principalement la bronchopneumopathie chronique obstructive, l'asthme et les maladies pulmonaires dues à une exposition professionnelle, sont responsables d'environ 413 000 décès dans les Amériques (3). L'usage du tabac, la pollution atmosphérique, les produits et poussières chimiques en milieu professionnel sont les plus importants facteurs de risque pour ces maladies, qui ne peuvent être guéries mais contre lesquelles il existe un traitement efficace. Le traitement est déclaré être généralement disponible dans les établissements

de soins de santé primaires du secteur de la santé publique dans la Région : 28 pays (74 %) indiquent la disponibilité d'inhalateurs stéroïdiens et 33 pays (87 %) indiquent la disponibilité de bronchodilatateurs. Toutefois, les directives sur la gestion des affections respiratoires chroniques ne sont appliquées que dans 9 pays (24 %), et seuls 8 pays (21 %) indiquent qu'ils disposent d'une politique opérationnelle, d'une stratégie, ou d'un plan d'action spécifique pour les affections respiratoires chroniques (5). Il est urgent de disposer d'une meilleure surveillance pour établir l'ampleur des affections respiratoires chroniques, ainsi que d'une prévention primaire pour réduire les facteurs de risque et renforcer les soins de santé pour les personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques, afin d'améliorer leur qualité de vie.

15. À mesure que les pays se rapprochent de la couverture de santé universelle, il devient possible d'améliorer l'accès, la couverture et la qualité des soins concernant les MNT, ainsi que de traiter les co-morbidités, notamment la dépression et autres conditions de santé mentale. Le modèle de soins aux malades chroniques, une approche promue par l'OPS et d'autres institutions pour intégrer la gestion des MNT dans les soins primaires comme moyen d'améliorer de manière continue la qualité et l'autogestion des soins, est appliqué dans plusieurs pays avec l'assistance technique du BSP. Ces expériences sont répertoriées et partagées pour stimuler d'autres pays à adopter cette approche. L'accès aux médicaments essentiels pour les MNT est renforcé à travers le Fonds renouvelable pour les fournitures stratégiques de santé publique de l'OPS (Fonds stratégique) qui inclut maintenant près de 40 médicaments utilisés pour traiter l'hypertension, le diabète et le cancer et pour gérer la cessation du tabac. Toutefois, très peu de pays utilisent ce mécanisme et, par conséquent, nombreux sont les pays qui paient des prix considérablement plus élevés pour leurs médicaments contre les MNT que ceux disponibles par le biais du Fonds.

16. La capacité de surveillance doit être améliorée, en particulier dans les Caraïbes et en Amérique centrale, pour permettre à tous les pays de mesurer leurs progrès pour atteindre les cibles et les indicateurs de lutte contre les MNT, évaluer l'impact de leurs politiques, programmes et services en matière de MNT et informer de leur progrès à la troisième réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT en 2018. Néanmoins, il des progrès sont à noter dans ce domaine : 29 pays indiquent l'exécution complète ou partielle des enquêtes³ sur les facteurs de risque des MNT et 34 pays rapportent des données de mortalité (5).

³ Les enquêtes sur les facteurs de risque des MNT sont considérées pleinement réalisées si les pays, dans l'enquête sur les capacités nationales de 2015, ont répondu « oui » à chacun des points suivants concernant les adultes : « Les enquêtes sur les facteurs de risque (que ce soit un facteur unique ou des facteurs multiples) ont-elles été menées dans votre pays pour tous les points suivants » : « Usage nocif de l'alcool » (optionnel pour les États Membres selon les circonstances nationales), « Inactivité physique, » « Tabagisme, » « Taux de glycémie élevé/diabète, » « Tension artérielle élevée/hypertension, » « Surpoids et obésité, » « Consommation de sel/sodium ? » De plus, pour chaque facteur de risque, le pays doit indiquer que l'enquête la plus récente a été menée au cours des cinq dernières années (par ex., 2010 ou plus tard pour les réponses à l'enquête de 2015) et doit répondre « Tous les 1 à 2 ans » ou « Tous les 3 à 5 ans » à la sous-question « Avec quelle fréquence l'enquête est-elle menée ? » Cet

Défis et enseignements tirés

17. Les MNT, un ensemble complexe de quatre maladies partageant quatre facteurs de risque, requièrent une volonté politique, des investissements et des actions concertées entre tous les secteurs du gouvernement et de la société pour aborder leurs facteurs sous-jacents. La Région fait montre d'un engagement politique certain pour combattre les MNT, comme noté dans le plan d'action régional contre les MNT, le plan d'action mondial contre les MNT et les réunions de haut niveau des Nations Unies sur les MNT de 2011 et 2014. En outre, des progrès importants se sont produits, comme noté ci-dessus. Néanmoins ces progrès ne se sont pas encore concrétisés par le respect par tous les pays de leurs engagements, assortis d'échéances, en vue de la création de plans nationaux de lutte contre les MNT, de l'établissement de commissions multisectorielles sur les MNT, de la définition de cibles et d'indicateurs nationaux en matière de MNT, de l'adoption de réglementations et de politiques plus vigoureuses pour réduire les facteurs de risque, de l'amélioration des services de santé pour les MNT, ou de la réalisation des enquêtes sur les facteurs de risque. Les immixtions par les industries du tabac, de l'alcool et des aliments et boissons continuent d'empêcher les pays de progresser vers l'atteinte des cibles concernant les facteurs de risque des MNT.

18. L'action multisectorielle est un domaine qui a été particulièrement difficile à mettre en œuvre par les pays, car il est difficile d'impliquer d'autres secteurs hors santé, de concert avec la société civile, le secteur universitaire et le secteur privé, dans la prévention des MNT. Les objectifs de développement durable, ainsi que les engagements régionaux concernant la santé dans toutes les politiques, la législation associée à la santé, les efforts de prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents préconisent et soutiennent l'adoption de réponses multisectorielles aux MNT. Par conséquent, il est nécessaire d'entreprendre davantage d'actions concertées avec les secteurs hors santé qui peuvent intervenir dans la prévention et la lutte contre les MNT.

19. À cet égard, l'OPS pilote un mécanisme régional de coopération multisectorielle sur les MNT par le biais du Groupe de travail interaméricain sur les MNT, constitué en vertu d'un mandat établi lors du VII^e Sommet des Amériques. Ce Groupe de travail régional, constitué en juillet 2015, a pour mission de promouvoir et de coordonner les activités multisectorielles avec les organismes et institutions internationales associées au sein du système interaméricain : l'Organisation panaméricaine de la Santé, l'Organisation des États Américains, l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture, la Banque interaméricaine de développement, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et la Banque mondiale. Une cartographie des investissements actuels de chaque organisme ainsi que de la coopération technique sur les MNT et leurs facteurs de risque a été réalisée, et l'OPS analyse actuellement les informations y relatives au bénéfice d'éventuels domaines de synergie et de collaboration et pour mieux connaître les lacunes dans ce domaine. Un plan de travail commun est en cours d'élaboration, qui est centré sur les questions prioritaires de lutte contre le tabagisme, de prévention de

indicateur est considéré partiellement atteint si le pays a répondu qu'au moins trois des facteurs de risque ci-dessus (mais pas tous) sont couverts ou que les enquêtes ont été menées il y a entre cinq et 10 ans.

l'obésité chez les enfants et les adolescents ainsi que de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires. Les éléments du plan de travail comprennent notamment le plaidoyer et la mobilisation communautaire, la législation, l'analyse économique et le renforcement des capacités pour des interventions clés à l'appui d'une riposte multisectorielle aux MNT. En marge de la réunion de l'OEA qui rassemblera en juillet 2016 les ministres chargés du développement social, le Groupe de travail organisera une activité parallèle sur les MNT pour mettre en relation les domaines du développement social, de l'inclusion sociale et des MNT.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

20. Le Plan d'action régional contre les MNT doit continuer à être mis œuvre et les actions suivantes sont mises en avant pour améliorer la situation actuelle au regard des MNT :

- a) Intensifier les engagements politiques, techniques et financiers concernant les MNT, en particulier dans les sous-régions d'Amérique centrale et des Caraïbes où les progrès en matière de prévention et de lutte contre les MNT semblent avoir ralenti.
- b) Pour les pays qui n'ont pas encore établi leur plan national, leurs cibles nationales ou leurs commissions multisectorielles pour la lutte contre les MNT, reconnaître la priorité de ces actions sans plus attendre.
- c) Accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, notamment pour mettre en place les quatre interventions visant la réduction de la demande : politiques de taxation, environnements sans tabac, avertissements de santé et interdiction de la publicité et de la commercialisation.
- d) Axer les efforts sur la prévention de l'obésité en encourageant des modes de vie sains et une alimentation saine par le biais de campagnes de sensibilisation publique, la promotion de l'activité physique, la taxation des boissons édulcorées, des restrictions sur la commercialisation des aliments et boissons non alcoolisées pour les enfants et de restrictions sur la commercialisation des substituts du lait maternel.
- e) Faire des politiques en matière d'alcool une priorité dans le programme de lutte contre les MNT et de santé et mettre en place les interventions visant la réduction de la demande (politiques de taxation, réglementation de l'accès et de la disponibilité et interdiction de la publicité et de la commercialisation) requises pour réduire l'usage nocif de l'alcool.
- f) Utiliser pleinement le Fonds stratégique de l'OPS pour accroître l'accès aux médicaments essentiels contre les MNT à des prix abordables, en particulier les médicaments pour améliorer le contrôle de l'hypertension et prévenir les maladies cardiovasculaires.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

21. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport de situation et de considérer les actions requises pour accélérer la prévention et la lutte contre les MNT.

Annexe

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington (DC): OPS, 2013 (document CD52/7, Rev. 1) [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22783&Itemid=270&lang=fr
2. World Health Organization. Global action plan on the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Base de données de mortalité de l'OPS. Washington (DC) : OPS ; 2016. Disponible sur demande.
4. Organisation mondiale de la Santé. Cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles. S'assurer que les pays enregistrent des progrès [Internet]. Genève: OMS ; 2016 [consulté le 4 février 2016]. Disponible sur : http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/fr/
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Résultats de la Région des Amériques concernant l'enquête sur les capacités nationales de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, 2015. Rapport en préparation, en utilisant des données extraites de la base de données de l'OMS de l'enquête sur les capacités nationales, 2015. Données disponibles sur demande.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport sur la lutte contre le tabagisme dans la Région des Amériques : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : 10 ans plus tard. Washington (DC) : OPS ; 2016 [Internet]. Disponible en anglais sur : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28393/9789275118863_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1
7. Organisation mondiale de la Santé. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. BFAN. Commercialisation des substituts du lait maternel : Mise en œuvre du Code

international à l'échelle nationale. Rapport de situation 2016. Genève : OMS; 2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206010/1/WHO_NMH_NHD_16.1_fre.pdf

8. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014 [Internet]. Genève : OMS; 2014 [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur :
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/fr/>
9. Rivera JA, de Cossio TG, Pedraza LS, et al. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America : A systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2:321-332.
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC) : OPS, 2014 (document CD53/9, Rev. 2) [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27024&Itemid=270&lang=fr
11. World Health Organization. Global status report on alcohol and health [Internet]. Geneva : WHO ; 2014 [consulté le 18 février 2016]. Disponible sur :
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

ANNEXE – Progrès à mi-parcours du Plan d'action régional sur les MNT, par objectif spécifique

Le tableau ci-après illustre les progrès accomplis au titre de chaque objectif spécifique et indicateur du Plan d'action régional contre les MNT 2013-2019, lequel a été entériné lors de la réunion du Conseil directeur de l'OPS tenue en 2013. Il montre les pays qui étaient considérés au niveau de référence en 2010 et ceux qui ont atteint la valeur de l'indicateur en 2016, année correspondant à la soumission au Conseil directeur d'un rapport sur les progrès accomplis à mi-parcours. Les indicateurs portant un astérisque (*) sont également compris dans le Plan d'action mondial de l'OMS contre les MNT.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
1. Politiques et partenariats multisectoriels pour la prévention et la lutte contre les MNT	1.1 Promouvoir l'intégration de la prévention des MNT dans des secteurs extérieurs à la santé, au niveau gouvernemental et menée en partenariat avec une vaste série d'acteurs non gouvernementaux, selon qu'il convient, tels que l'agriculture, le commerce, l'éducation, le travail, le développement, les finances, l'aménagement urbain, l'environnement et le transport.	1.1.1 Nombre de pays disposant de politiques multispectrales de prévention des MNT, de cadres et d'actions dans au moins trois secteurs extérieurs au secteur de la santé au niveau gouvernemental et menées en partenariat avec une vaste série d'acteurs non gouvernementaux, selon qu'il convient, (par ex., agriculture, commerce, éducation, travail, développement, finances, aménagement urbain, environnement et transport).	(5) ARG, BRA, CAN, MEX, USA	(12) ARG, BRA, BRB, CAN, CRI, CUB, GRD, JAM, MEX, PRI, USA, VGB	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015. -Se rapporte aux pays qui comptent une commission multisectorielle sur les MNT en fonctionnement qui regroupe des ministères chargés de questions autres que celle de la santé. La question prévue dans l'étude ne suscite pas de réponse quant au nombre de secteurs. Par conséquent, il n'est pas certain que le pays compte au moins trois secteurs autres que celui de la santé qui sont membres de sa commission nationale.
	1.2 Renforcer ou développer les plans nationaux de santé en fonction d'approches multisectorielles, à l'aide d'actions et de	1.2.1 Nombre de pays mettant en œuvre un plan multisectoriel national et/ou des actions pour la prévention et la lutte contre les MNT.	(15) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CUW, DOM, GTM, JAM, MEX,	(22) ARG, BLZ, BRA, BRB, VGB, CAN, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GLP, GUY, JAM,	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
	cibles spécifiques, et des indicateurs axés sur au moins les quatre MNT prioritaires et les quatre principaux facteurs de risque.		SUR, TTO, USA, VGB	KNA, MEX, PAN, PRI, PRY, SUR, USA, VCT	
	1.3 Élargir les politiques de protection sociale en santé pour fournir la couverture universelle et un accès plus équitable à des services essentiels de santé pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention, du traitement, de la réadaptation et des soins palliatifs, ainsi qu'à des médicaments et des technologies essentiels pour les MNT essentiels, sûrs, abordables, efficaces et de qualité.	1.3.1 Nombre de pays dotés de dispositifs nationaux de protection sociale de la santé qui abordent l'accès universel et équitable aux interventions en matière de MNT.	(7) BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, URY	En cours	-Les données permettant de mesurer les progrès accomplis au titre de cet indicateur ne sont pas disponibles actuellement. Il est nécessaire d'effectuer un examen et une analyse de tous les dispositifs de protection sociale présents dans les pays de la Région pour évaluer cet indicateur ; cet exercice est en cours et les informations y relatives seront comprises dans le rapport final.
2. Facteurs de risque et facteurs de protection des MNT	2.1 Réduire l'usage du tabac et l'exposition à la fumée secondaire.	2.1.1* Nombre de pays qui réduisent la prévalence de l'usage actuel du tabac à partir du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le Cadre mondial de suivi de l'OMS, et contribuent à la cible mondiale de la réduction relative de 30 % du taux de tabagisme actuel pour 2025,	0	En cours	-Des informations sur la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage actuel du tabac chez les adultes âgés de 15 ans et plus (2013) sont disponibles pour 19 pays à l'appendice X du Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabac, 2015 (disponible sur : http://bit.ly/1gl1YYm).

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		mesuré par la prévalence ajustée selon l'âge de l'usage actuel du tabac dans la population âgée de 15 ans et plus.			-Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans la prévalence de l'usage du tabac à partir du niveau de référence au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
	2.2 Réduire l'usage nocif de l'alcool.	2.2.1* Nombre de pays qui en 2019 obtiennent une réduction de l'usage nocif de l'alcool du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le Cadre mondial de suivi de l'OMS, contribuant ainsi à la cible mondiale de réduction relative de 10 % en 2025.	0	En cours	-Les données sur la consommation d'alcool par habitant chez les adultes âgés de 15 ans et plus (2010) sont disponibles pour les 35 États Membres dans le Rapport de situation mondiale de l'OMS 2014 (disponible sur : http://bit.ly/1CeE0Vx). C'est l'un des trois indicateurs correspondant à l'usage nocif de l'alcool compris dans le Cadre de suivi mondial de l'OMS. Les pays sont encouragés à communiquer autant d'indicateurs que possible mais peuvent aussi choisir de faire part de l'indicateur le plus approprié en fonction de leur conjoncture nationale. -Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 26 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) une étude sur leurs facteurs de risque incluant l'usage nocif de l'alcool.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
					Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans l'usage nocif de l'alcool entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
	2.3 Promouvoir une nourriture saine pour la santé et le bien-être.	2.3.1* Nombre de pays dotés de politiques pour réduire l'impact sur les enfants de la commercialisation d'aliments et de boissons non alcoolisées, riches en graisses saturées, acides gras trans, de sucres libres et de sel.	(2) BRA, CAN	(7) BRA, CAN, CHL, COL, CRI, MEX, URY	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.
		2.3.2* Nombre de pays qui ont adopté des politiques nationales pour limiter les graisses saturées et quasiment éliminer les huiles végétales partiellement hydrogénées dans la nourriture, selon le cas, dans le contexte national et les programmes nationaux.	(6) ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, USA	(10) ARG, BRA, CAN, COL, CRI, ECU, JAM, PER, PRI, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.
		2.3.3* Nombre de pays qui en 2019 réduisent la consommation de sel/sodium du niveau établi en référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de réduction relative de 30 % de consommation de sel/sodium de	0	En cours	-Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 14 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) une étude sur leurs facteurs de risque incluant la consommation de sel/sodium. L'OPS/OMS fournit une aide technique aux pays pour qu'ils mènent des études sur les facteurs de

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		la population, mesuré par la consommation moyenne ajustée selon l'âge de sel (chlorure de sodium) en grammes par jour chez les personnes âgées de 18 ans et plus.			risque incluant la consommation de sel/sodium. -Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans la consommation de sel/sodium entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
	2.4 Promouvoir une vie active pour la santé et le bien-être et pour prévenir l'obésité.	2.4.1* Nombre de pays qui en 2019 réduisent la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adultes, du niveau établi de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'une réduction relative d'au moins 10 % dans la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les personnes âgées de 18 ans et plus (définie comme moins de 150 minutes d'activité d'une intensité modérée par semaine ou équivalent).	0	En cours	-Les données sur la prévalence de l'activité physique insuffisante ajustée selon l'âge chez les personnes âgées de 18 ans et plus (2010) sont disponibles pour 20 États Membres dans le Rapport de situation mondiale de l'OMS 2014 (disponible sur : http://bit.ly/1CeE0Vx). -Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 24 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant l'activité physique. -Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement du niveau d'activité physique chez les adultes entre le niveau de référence et niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
					suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		2.4.2* Nombre de pays qui en 2019 réduisent la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adolescents, du niveau établi de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire pour le Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'une réduction relative d'au moins 10 % dans la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adolescents (définie comme moins de 60 minutes d'activité d'une intensité modérée à vigoureuse par jour chez les enfants et les adolescents en âge scolaire).	0	En cours	<p>-Les données rapportées par les pays sur la prévalence de l'activité physique insuffisante chez les adolescents âgés de 11 à 17 ans qui sont scolarisés sont disponibles pour 27 États Membres dans le Rapport de situation mondiale de l'OMS 2014 (disponible sur : http://bit.ly/1CeE0Vx).</p> <p>-Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 21 pays rapportent avoir mené récemment des études sur leurs facteurs de risque incluant des mesures d'activité physique.</p> <p>-Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement du niveau d'activité physique insuffisante chez les adolescents entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.</p>

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
3. Réponse du système de santé aux MNT et aux facteurs de risque	3.1 Améliorer la qualité des services de santé pour la gestion des MNT.	3.1.1 Nombre de pays appliquant un modèle de gestion intégrée pour les MNT (par ex., modèle de soins chroniques avec directives fondées sur des données factuelles, système d'information clinique, soins personnels, soutien communautaire, soins d'équipe multidisciplinaire).	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, DOM, JAM, MEX, PRY, USA	(18) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GRD, MEX, JAM, PAN, PRI, PRY, LCA SUR, USA	-Source : données communiquées par l'Unité des maladies non transmissibles de l'OPS, sur la base d'une coopération technique en matière de mise en œuvre du modèle de soins chroniques.
	3.2 Accroître l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies et leur usage rationnel pour le dépistage, le diagnostic, le traitement, la maîtrise, la réhabilitation et les soins palliatifs des MNT.	3.2.1 Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau de disponibilité de technologies de base abordables et de médicaments essentiels y compris les médicaments génériques requis pour traiter les quatre MNT principales dans les établissements publics et privés, niveau établi par le pays pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et qui contribuent à la cible mondiale de 2025 de 80 % de disponibilité.	(7) ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, URY	(20) ATG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DOM, ECU, GRD, GUY, JAM, PAN, PRI, SUR, TTO, URY, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales, menée entre juillet et novembre 2015. -Comprend les pays qui rapportent une disponibilité générale dans le secteur public de toutes les technologies de base et des médicaments essentiels contre les MNT. Aucune donnée correspondant au secteur privé n'est disponible pour les médicaments contre les MNT. -La définition des médicaments essentiels et des technologies de base est établie dans les définitions et caractéristiques contenues dans le Cadre mondial de suivi pour les MNT (disponible sur : http://bit.ly/1KsRizl).
		3.2.2 Nombre de pays qui en 2019 améliorent l'accès aux soins palliatifs évalué par l'augmentation de la consommation d'analgésiques opioïdes équivalant à la morphine (à l'exclusion de la méthadone) par décès du cancer (sur la base de 2010).	0	En cours	-Les données sur la consommation d'analgésiques opioïdes (mesurée par l'équivalent morphine moins la méthadone en milligrammes par habitant) sont disponibles pour 37 pays et territoires des Amériques et correspondent à des estimations produites par l'Organe international

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
					<p>de contrôle des stupéfiants.</p> <p>-Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 18 pays rapportent que la morphine par voie orale est généralement disponible dans le secteur public.</p> <p>-Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans la consommation d'analgésiques opioïdes équivalents à la morphine (à l'exclusion de la méthadone) par décès de cancer. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.</p>
		<p>3.2.3 Nombre de pays qui utilisent le Fonds stratégique et le Fonds renouvelable de l'OPS et/ou d'autres mécanismes d'économie de coûts pour acheter les médicaments essentiels et les technologies de la santé concernant la prévention, la maîtrise et les soins palliatifs pour les quatre principales MNT, par ex., les médicaments utilisés en chimiothérapie, les médicaments de soins palliatifs, l'insuline, la dialyse et l'hémodialyse et les vaccins contre l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH) ainsi que les médicaments pour le traitement</p>	0	En cours	<p>-Tous les pays de la Région utilisent le Fonds renouvelable de l'OPS pour leurs achats de vaccin contre le VPH et presque tous les pays qui ont introduit les vaccins contre le VPH ont recours au Fonds.</p> <p>-L'inclusion des médicaments contre les MNT dans le Fonds stratégique de l'OPS étant très récente, les pays de la Région n'ont pas encore commencé à utiliser pleinement ce mécanisme. À ce jour, seuls deux pays ont acheté leurs médicaments contre les MNT au moyen du Fonds stratégique. L'OPS s'emploie activement à promouvoir auprès de ses États Membres la disponibilité</p>

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		de l'hypertension et du diabète.			de médicaments abordables contre les MNT par le biais de ce fonds.
		3.2.4 Nombre de pays disposant d'une commission officielle qui sélectionne, selon les meilleures données scientifiques disponibles et qui est exempte de tout conflit d'intérêt, les médicaments et technologies pour la prévention et/ou le traitement et/ou les soins palliatifs des MNT pour les inclure ou les exclure des services du secteur public.	(6) BRA, CAN, CRI, CUB, URY, USA	En cours	-Il existe huit pays dotés de commissions qui sélectionnent les médicaments et technologies, selon les meilleures données factuelles existantes, et qui sont exemptes de tout conflit d'intérêt. Les informations disponibles actuellement ne distinguent pas les médicaments et technologies pour la prévention et/ou le traitement et/ou les soins palliatifs des MNT d'autres maladies et il n'est donc pas possible de faire un rapport exhaustif sur cet indicateur.
		3.2.5 Nombre de pays disposant d'un plan en place, selon le cas, pour accroître l'accès à des options de traitement abordables pour les patients affectés par l'insuffisance rénale chronique, en particulier de stade terminal.	(5) CHL, CUB, PRI, URY, VEN	(10) ARG, BRA, CHL, COL, CUB, ECU, PRI, PRY, URY, VEN	-Source : González-Bedat et al. Los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina: cómo implementarlos y mejorarlos. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(3):254-260.
	3.3 Mettre en œuvre des interventions efficaces, fondées sur les données factuelles et efficaces par rapport au coût pour le traitement et la maîtrise des MCV, l'hypertension, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires	3.3.1* Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau établi pour le taux de glycémie élevé/diabète de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de mettre fin au diabète et à l'obésité, évalué par la prévalence ajustée selon l'âge de taux de glycémie élevé/diabète parmi les adultes âgés de 18 ans et plus,	(1) USA	En cours	-Les données sur la prévalence du taux de glycémie élevé/diabète (≥ 7.0 mmol/L ou sous médicaments) chez les adultes âgés de 18 ans et plus (2014) sont disponibles pour 35 États Membres auprès de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (disponible sur : http://bit.ly/297Gopx). -Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 23 pays rapportent avoir mené

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
	chroniques.	définie comme valeur de glycémie plasmatique ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl) ou sous médicaments pour taux de glycémie élevé.			récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant le taux de glycémie/diabète. -Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans le taux de glycémie élevé/diabète entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		3.3.2* Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau établi pour l'obésité adulte, de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de mettre fin à la prévalence de l'obésité adulte évaluée par la prévalence ajustée selon l'âge du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus (définie comme $IMC \geq 25$ kg/m ² pour le surpoids ou ≥ 30 kg/m ² pour l'obésité).	0	En cours	-Les données sur la prévalence de l'obésité ajustée selon l'âge ($IMC \geq 30$ kg/m ²) chez les personnes âgées de 18 ans et plus (2014) sont disponibles pour 35 États Membres dans le Rapport de situation mondiale de l'OMS 2014 (disponible sur : http://bit.ly/1CeE0Vx). -Selon l'étude OPS/OMS de 2015 sur les capacités nationales, 27 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant le surpoids et l'obésité chez les adultes. -Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans l'obésité chez les adultes entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
					données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		3.3.3* Nombre de pays qui en 2019 atteignent le niveau établi pour le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 de mettre fin à la prévalence du surpoids et de l'obésité (défini selon la référence de croissance de l'OMS pour le surpoids des enfants et des adolescents en âge scolaire comme un IMC d'une variation d'un écart-type pour l'âge et le sexe et pour l'obésité un IMC d'une variation de deux écarts-types par âge et par sexe).	0	En cours	<p>-Les données communiquées par les pays pour la prévalence du surpoids et de l'obésité (>+1 écart-type de la médiane pour l'IMC) chez les adolescents âgés de 13 à 15 ans sont disponibles pour 18 pays dans l'enquête mondiale sur la santé à l'école (GSHS) (disponible sur : http://bit.ly/295Ogt6).</p> <p>-Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 21 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant le surpoids et l'obésité chez les adolescents.</p> <p>-Aucune donnée n'est encore disponible qui permettrait de calculer le changement dans le surpoids et l'obésité chez les adolescents entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.</p>

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		3.3.4* Nombre de pays qui à partir de la référence nationale atteignent en 2019 le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'au moins 50 % de personnes ayant droit à recevoir une thérapie médicamenteuse et des conseils (y compris le contrôle de la glycémie) pour prévenir les crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux; personnes définies comme étant âgées de 40 ans et plus avec un risque cardiovasculaire sur 10 ans de 30 % ou plus, y compris les personnes avec des MCV existantes.	(4) BRA, CAN, CHL, CUB	En cours	-L'enquête STEPS comprend des questions en rapport avec cet indicateur mais aucun résultat n'est encore disponible qui permettrait de réaliser des calculs sur cet indicateur. Lorsque ces données seront effectivement disponibles, cet indicateur sera calculé et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		3.3.5* Nombre de pays qui en 2019 réduisent le niveau de prévalence de la tension artérielle élevée de la référence nationale au niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS et contribuent à la cible mondiale de 2025 d'au moins 25 % de réduction relative dans la prévalence de la tension artérielle élevée ou contiennent la prévalence de tension artérielle élevée exprimée par prévalence ajustée à l'âge de tension artérielle élevée parmi les adultes âgés de 18 ans et plus (définie comme tension artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou tension artérielle	0	En cours	-Les données sur la prévalence de la tension artérielle élevée ajustée selon l'âge (tension artérielle systolique ≥ 140 ou tension artérielle diastolique ≥ 90) chez les adultes âgés de 18 ans et plus (2014) sont disponibles pour 35 États Membres auprès de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (disponible sur : http://bit.ly/29djA9W). -Selon l'étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, 24 pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque incluant la tension artérielle. -Aucune donnée n'est encore

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		diastolique ≥ 90 mmHg).			disponible qui permettrait de calculer le changement dans la prévalence de la tension artérielle élevée entre le niveau de référence et le niveau établi pour le rapport intérimaire au Cadre mondial de suivi de l'OMS. Lorsque ces données seront disponibles, cet indicateur sera évalué et les informations y relatives incluses dans le rapport final.
		3.3.6* Nombre de pays qui en 2019 atteignent une couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus de 70 % parmi les femmes âgées de 30 à 49 ans, au moins une fois, ou plus souvent, et pour les tranches d'âge inférieures ou supérieures, conformément aux politiques nationales.	(5) BRA, CAN, CHL, KNA, USA	(7) BRA, CAN, CHL, CUB, ECU, GRD, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.
		3.3.7 Nombre de pays avec au moins 50 % de couverture du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans (et dans d'autres groupes d'âge conformément aux programmes et aux politiques nationaux) sur une période de trois ans avec tous les cas positifs découverts pendant le dépistage ayant reçu un traitement efficace et ponctuel.	(4) ARG, BRA, CAN, USA	(7) BRA, CAN, CUB, DOM, ECU, JAM, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
		3.3.8* Nombre de pays qui fournissent selon le cas des vaccins efficaces par rapport au coût et abordables contre le virus du papillome humain (VPH) conformément aux programmes et aux politiques nationaux.	(8) ARG, CAN, COL, MEX, PAN, PER, URY, USA	(21) ARG, BHS, BLZ, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CYM, ECU, GUY, HND, MEX, PAN, PER, PRI, PRY, SUR, TTO, URY, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales, menée entre juillet et novembre 2015.
4. Surveillance et recherche en matière des MNT	4.1 Améliorer la qualité et l'envergure des systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque pour y inclure l'information sur la situation socioéconomique et professionnelle et/ou l'emploi.	4.1.1 Une réduction de 15 % de la mortalité prématurée due aux quatre principales MNT en 2019 et de 25 % en 2025.	0	(14) ABW, ARG, CAN, CHL, COL, CRI, GLP, GUF, LCA, MTQ, TTO, URY, USA, VIR	-Source : analyse de données figurant dans la base de données de l'OPS sur la mortalité, 2016.
		4.1.2 Nombre de pays avec des données de mortalité de qualité élevée (fondées sur des critères internationaux pour l'exhaustivité, la couverture et le pourcentage de causes mal définies ou inconnues de décès) pour les quatre principales MNT et d'autres MNT de priorité nationale, par ex., insuffisance rénale chronique.	(10) CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, SUR, PAN, URY, USA, VEN	(23) ARG, ATG, BHS, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DMA, GRD, GUY, KNA, LCA, MEX, MSR, MTQ, PRI, URY, USA, VCT, VEN, VIR	-Source : Indicateurs de base de l'OPS. Situation de la santé dans les Amériques, 2016. Comprend les pays ayant une couverture supérieure à 90 % et un pourcentage de causes de décès mal définies inférieur à 10 % selon la définition de l'OMS dans Mathers et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ. 2005;83(3):161-240.
		4.1.3* Nombre de pays ayant des données de qualité d'incidence du cancer, par type de cancer pour 100 000 personnes.	(11) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, ECU, MEX, PER, URY, USA	(18) ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, ECU, GTM, GUY, JAM,	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
				PAN, PER, PRI, URY, USA	
		<p>4.1.4* Nombre de pays disposant d'au moins deux enquêtes de population représentative au niveau national en 2019 sur les facteurs de risque et les facteurs de protection des MNT chez les adultes et les adolescents, sur les 10 dernières années, qui comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - usage de tabac - consommation d'alcool - anthropométrie - albumine - tension artérielle - glycémie et cholestérol - consommation de fruits et légumes - créatinine - d'activité physique - consommation de sodium - prévalence de maladie - consommation de sucre - usage de médicaments 	(7) ARG, BRA, CAN, CHL, MEX, JAM, USA	En cours	-Selon l'Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT et la définition établie dans l'indicateur d'avancement n°3 de l'OMS, neuf pays rapportent avoir mené récemment (≤ 5 ans) et périodiquement (au moins tous les 5 ans) des études sur leurs facteurs de risque concernant les adultes qui couvrent l'usage nocif de l'alcool, le manque d'activité physique, l'usage de tabac, le taux de glycémie élevé/diabète, la tension artérielle élevée/hypertension, le surpoids/obésité et la consommation de sel ; 19 pays ont mené des études sur les facteurs de risque des MNT qui couvrent au moins trois facteurs de risque, études qui datent de plus de 5 ans mais de moins de 10 ans. Les informations sur cet indicateur seront comprises dans le rapport final.

Axe stratégique d'intervention	Objectif spécifique	Indicateur	Référence (2010)	Situation (2016)	Remarques sur la situation (2016)
	4.2 Améliorer l'utilisation des systèmes de surveillance des MNT et des facteurs de risque et renforcer la recherche opérationnelle dans le but d'améliorer les données probantes pour la planification, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes liés aux MNT.	4.2.1 Nombre de pays qui produisent et disséminent des rapports réguliers analysant les MNT et les facteurs de risque, y compris les déterminants démographiques, socioéconomiques et environnementaux et leur distribution sociale afin de contribuer au processus mondial de suivi des MNT.	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, MEX, JAM, USA	(22) ARG, BHS, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DOM, ECU, GRD, GTM, LCA, MEX, PAN, PRI, PRI SUR, TTO, URY, USA, VCT	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015, et Rapport intérimaire de suivi de l'OMS sur les MNT. -Concerne les pays qui ont effectivement produit un rapport ou une fiche technique qui diffuse des informations sur l'usage de tabac, l'usage nocif de l'alcool, la consommation de fruits et légumes, le manque d'activité physique, la tension artérielle élevée/hypertension et l'hyperglycémie/diabète au cours des 5 dernières années à partir d'enquêtes STEPS ou d'enquêtes similaires parmi les adultes.
		4.2.2 Nombre de pays dotés de programmes de recherche qui incluent des études de recherche opérationnelle sur les MNT et leurs facteurs de risque visant à renforcer les politiques, programmes de développement et l'application des données scientifiques.	(9) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, JAM, MEX, USA	(11) ARG, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, JAM, MEX, PRI, PRY, USA	-Source : Étude OPS/OMS sur les capacités nationales en matière de MNT, menée entre juillet et novembre 2015, et Rapport intérimaire de suivi de l'OMS sur les MNT. -Concerne les pays dotés d'une politique opérationnelle ou d'un plan sur la recherche concernant les MNT.

D. PLAN D'ACTION POUR RÉDUIRE L'USAGE NOCIF DE L'ALCOOL : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. En 2010, la soixante troisième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (résolution WHA63.13) (1). Dans le but de faciliter la mise en œuvre de la Stratégie mondiale, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté en 2011 le Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool (résolution CD51.R14) (2). Le présent document a pour objet de faire état des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action, cinq ans après son adoption.

Mise à jour sur les progrès accomplis

2. Des progrès ont été accomplis pour de nombreux objectifs, comme l'indique le tableau suivant. Un réseau d'homologues nationaux et d'autres parties concernées, le Réseau panaméricain en matière d'alcool et de santé publique (PANNAPH, d'après son sigle en anglais), a été créé ; des réunions en face-à-face et une liste d'envoi lui permettent de partager régulièrement des informations sur de nouvelles études, des événements et des activités aux niveaux régional et mondial. La consommation d'alcool a été incluse dans plusieurs initiatives régionales, y compris dans celles sur les maladies non transmissibles, la prévention des traumatismes, la sécurité routière et les objectifs de développement durable des Nations Unies, témoignant de son importance comme priorité sanitaire, sociale et politique. De nombreux événements ont eu lieu et des outils techniques ont été partagés dans l'ensemble de la Région. Des informations sont régulièrement transmises par les États Membres par le biais de l'Enquête mondiale sur l'alcool et la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et sont saisies dans le Système d'information régional sur l'alcool et la santé dans les Amériques¹ Le Bureau sanitaire panaméricain a élaboré quatre cours virtuels d'auto-apprentissage, dont trois d'entre eux sont disponibles en anglais et en espagnol, auxquels environ 6800 personnes issues de près d'une soixantaine de pays ont participé (3).² Ces cours sont reconnus comme étant très utiles et ils ont été adaptés par les pays individuels (par ex., l'Uruguay et le Mexique), et servent maintenant de modèles à d'autres régions (par ex., Siège de l'OMS et Région européenne). L'OPS a publié et diffusé plusieurs documents, dont le Rapport de situation régional sur l'alcool et la santé dans les Amériques [en anglais] (2015) (4) et la Réunion de l'OPS sur la réglementation en matière de marketing de l'alcool (5). Les activités comprennent le renforcement des capacités des services de santé pour dépister et intervenir auprès des patients faisant un usage nocif d'alcool et

¹ Ce système est une interface du Système mondial d'information sur l'alcool et la santé.

² Les quatre cours sont intitulés *Alcohol Policy in Public Health* (politique relative à l'alcool et à la santé publique), *AUDIT-SBI in Primary Health Care* (AUDIT-SBI des soins de santé primaires), *Drug Policy and Public Health* (politique relative aux drogues et à la santé publique) et *Capacitación ASSIST-DIT* (formation ASSIST-DIT).

présentant des troubles liés à la consommation d'alcool, souvent en coordination avec d'autres efforts d'intervention en santé mentale (6). La coopération technique a été établie avec 25 pays.³ Des progrès limités ont toutefois été observés pour l'objectif 3, qui était destiné à soutenir des politiques de santé publique rentables visant à réduire la consommation nocive de l'alcool.

3. Ni la Stratégie mondiale de l'OMS ni le Plan d'action régional n'ont établi des indicateurs servant à mesurer des réductions de la consommation et la consommation nocive d'alcool. Depuis l'adoption de ces deux résolutions, une réduction relative de 10 % de la consommation nocive d'alcool a toutefois été incluse comme l'un des indicateurs de résultats de la catégorie 2 du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS (7). De plus, la Stratégie et le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles de l'OPS fixent un objectif quant au nombre de pays atteignant une réduction de la consommation nocive d'alcool (8), et les objectifs de développement durable préconisent une prévention et un traitement plus vigoureux des troubles liés à la consommation d'alcool (9).

4. Les pays ont multiplié les efforts pour élaborer et mettre à jour des politiques, des plans et des programmes nationaux, bien que les politiques les plus rentables n'aient pas été utilisées pleinement pour réduire la consommation nocive de l'alcool. Au nombre de celles-ci, on compte les hausses de prix par des politiques fiscales, la limitation de l'accessibilité matérielle de l'alcool, ou l'interdiction ou la réglementation efficace du marketing, du parrainage et de la promotion de l'alcool. Plusieurs collaborations sont en cours, y compris dans le domaine de la recherche et de la mise en œuvre de programmes. Par exemple, l'étude internationale d'évaluation de la politique de lutte contre l'abus d'alcool (*International Alcohol Control Policy Evaluation Study*) est actuellement mise en œuvre à Saint-Kitts (avec la collaboration de l'OPS) et au Pérou, et des études effectuées sur les salles d'urgence de plusieurs pays de la Région ont mené à la rédaction d'une publication de l'OPS portant sur les traumatismes liés à l'alcool (10).

5. Malgré ces efforts, la consommation d'alcool par habitant est encore élevée dans la Région, et il est prévu qu'elle augmente si aucune mesure additionnelle n'est prise. La consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool et les troubles liés à la consommation d'alcool prévalent chez les adultes et les adolescents, et les taux de mortalité liés spécifiquement à l'alcool sont élevés (11). Il est particulièrement inquiétant de constater qu'un pourcentage estimé à 3,2 % des femmes adultes des Amériques est aux prises avec un trouble lié à la consommation d'alcool, ce qui est plus élevé que dans toute autre région du monde. De 51 % à 94 % des enfants âgés de 13 à 15 ans déclarent avoir commencé leur consommation d'alcool avant l'âge de 14 ans (4).

³ Argentine, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, États-Unis, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago et Venezuela.

Tableau : progrès vers l'atteinte de chacun des objectifs du Plan d'action

Objectif	Indicateur	Référence et cible	Situation actuelle
<p>1. Une plus grande conscience et un engagement politique renforcé.</p>	<p>Nombre d'activités régionales de plaidoyer intégrant un lien aux problèmes liés à l'alcool.</p>	<p>Référence: 0 Cible : au moins 2 événements par année jusqu'en 2021 (sécurité routière, violence, promotion de la santé, santé des travailleurs, santé mentale, droits de l'homme, violence contre les femmes, journée internationale contre l'abus et le trafic des drogues, journée mondiale de la santé, cancer, maladies cardiovasculaires, diabète).</p>	<p>2012 : Réunion du PANNAPH, célébration de la Journée internationale de l'homme, séminaire e-SBI (12-14).</p> <p>2013 : Réunion sur la politique caribéenne relative à l'alcool, webinaire sur la politique relative à l'alcool, la prévention de la consommation d'alcool en dessous de l'âge autorisé et le changement social, webinaire sur la lutte contre l'abus d'alcool, les systèmes des États et la santé publique, mois national de sensibilisation à la consommation d'alcool : webinaire sur l'alcool et la santé, webinaire sur la célébration de la Journée internationale de l'homme, événement sur les systèmes de santé et la désintoxication, événement sur la Journée internationale contre la toxicomanie et le trafic illicite de stupéfiants (15, 16).</p> <p>2014 : Réunion du PANNAPH, réunion sur l'alcool et le cancer, webinaire sur le changement des pratiques des industries du tabac, de l'alcool, automobile et alimentaire pour prévenir les maladies non transmissibles, webinaire sur les conflits d'intérêt, webinaire sur l'épidémiologie de l'alcool dans les Amériques (17, 18).</p> <p>2015 : Conférence régionale sur la santé mentale, forum des principaux intervenants sur les maladies non transmissibles (19, 20).</p> <p>2016: Journée mondiale contre le</p>

Objectif	Indicateur	Référence et cible	Situation actuelle
			cancer, 4 webinaires du PANNAPH (sur le contrôle du marketing, l'accessibilité, les taxes, les indicateurs de suivi).
2. Une base de connaissances plus solide sur l'ampleur des méfaits de l'alcool et sur l'efficacité des interventions, désagrégées par sexe et par groupe ethnique.	Nombre de nouvelles études de recherche réalisées se concentrant sur l'alcool et son impact sur la santé.	Référence: non disponible Cible : au moins 10 nouvelles études achevées entre 2012 et 2021.	Plus de 10 études entreprises (<i>par ex.</i> , 21-34).
3. Un appui technique plus important aux États Membres.	Nombre de pays dotés de plans nationaux et/ou sous-nationaux de lutte contre l'alcoolisme mis au point avec la coopération technique de l'OPS.	Référence: 5 Cible : 15 d'ici 2021.	8 (la Colombie, le Mexique et le Paraguay ont atteint l'objectif après l'adoption du Plan d'action et ont été ajoutés aux 5 pays de référence après l'adoption du Plan d'action). L'annexe comporte davantage de détails sur les politiques nationales spécifiques précisées dans l'objectif 3. À remarquer que cette cible ne comprend que les pays qui ont bénéficié de la coopération technique du BSP.
4. Partenariats renforcés.	Création et fonctionnement d'un réseau régional d'homologues nationaux, avec divers pays et autres parties concernées.	Référence: 0 Cible : un réseau a été formé en 2012 et est en fonction régulièrement pendant toute la période jusqu'en 2021.	2012 : création du PANNAPH, création de la liste d'envoi (avec actuellement 171 abonnés, dont les points focaux de l'OPS, des homologues des ministères de la Santé, des centres de collaboration, des chercheurs sélectionnés et des ONG), environ 700 courriels ont été envoyés en février 2016 (12).
5. Systèmes perfectionnés de suivi et de surveillance à des fins de sensibilisation, d'élaboration de politiques et d'évaluation	Nombre de pays qui fournissent des données nationales au système régional d'informations sur l'alcool.	Référence: 35 Cible : 35	35 pays (dont St-Maarten mais pas Haïti) ont répondu à l'Enquête mondiale sur l'alcool et la santé de 2012 ; 30 (tous les États Membres sauf l'Argentine, la Dominique, le Guyana, Haïti et le Paraguay) ont répondu à l'enquête mondiale sur la politique relative à l'alcool de 2015 intitulée 2015

Objectif	Indicateur	Référence et cible	Situation actuelle
			<i>Global Alcohol Policy Survey</i> . Les 35 États Membres plus Porto Rico ont tous des profils de pays présentant au moins des données partielles dans les éditions de 2011 et de 2014 du rapport d'étape mondial sur l'alcool et la santé intitulé <i>Global Status Report on Alcohol and Health (35, 11)</i> .

Défis et enseignements tirés

6. L'alcool est un facteur de risque pour plus de 200 codes de la Classification internationale des maladies (CIM), dont ceux liés aux traumatismes, à la violence, à la santé mentale, aux maladies non transmissibles et aux maladies transmissibles. Les approches verticales de réduction des problèmes liés à l'alcool ont eu un impact limité sur la santé publique. La promotion de la nécessité et de la valeur des politiques s'appliquant à la population dans son ensemble représente donc un défi, même pour celles qui sont reconnues comme étant rentables, en l'absence d'un consensus au sujet de la consommation d'alcool comme étant une menace pour la santé publique.

7. Les boissons alcoolisées sont largement acceptées sur le plan culturel, et la société n'offre qu'un soutien limité concernant la réduction de la consommation globale par habitant. D'après une idée très répandue, la consommation d'alcool présenterait des bienfaits indéniables pour la santé, alors qu'en fait les données montrent plutôt que les effets positifs de l'alcool sont limités et qu'ils sont surpassés par ses méfaits dans tous les pays du monde.

8. Pour changer de telles perceptions en vue d'obtenir le soutien politique à l'égard de politiques visant l'ensemble de la population, il faudrait que les États Membres investissent des ressources financières et humaines excessivement élevées dans des programmes pour rivaliser avec les stratégies de marketing de l'alcool déployées par le secteur privé.

9. La défense et l'organisation limitées de la cause effectuées par le secteur non gouvernemental et la société civile aux niveaux régional et national entrent en concurrence en matière d'espace et d'influence politiques avec une industrie des boissons alcoolisées forte, bien organisée et influente qui n'est que faiblement réglementée.

10. Il est essentiel de renforcer la capacité institutionnelle de l'autorité sanitaire pour réglementer avec efficacité la consommation d'alcool par le biais d'une gouvernance améliorée, de processus de transparence, de la responsabilisation et de la gestion appropriée des conflits d'intérêt (36).

11. Il existe plusieurs obstacles à une utilisation plus étendue des politiques publiques relatives à l'alcool fondées sur des données probantes, notamment la rareté des études sur

la politique relative à l'alcool dans les pays de la Région, ainsi qu'un manque de normes permettant à un pays d'évaluer l'efficacité de ses politiques pour réduire l'usage nocif de l'alcool.

12. Les revenus provenant d'une augmentation des taxes sur les boissons alcoolisées peuvent contribuer à dégager des ressources à consacrer à des réformes du système de santé destinées à atteindre un accès universel à la santé et une couverture sanitaire universelle. En même temps, une diminution résultante de la consommation d'alcool peut prévenir un pourcentage considérable de problèmes aigus et chroniques qui menacent souvent d'accabler les services de soins de santé.

13. Des mesures plus strictes de lutte contre l'ivresse au volant ont été adoptées dans plusieurs pays avec un succès relatif, mais l'expérience jusqu'à présent indique aussi la nécessité de renforcer l'application des lois et des règlements pour les rendre plus efficaces.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

- a) Accorder une priorité plus élevée à l'alcool à titre de problème de santé publique et accroître sa visibilité dans la Région dans l'ensemble des domaines et secteurs techniques.
- b) Réunir un groupe de travail pour examiner le progrès accompli en date concernant le plan régional, examiner les politiques rentables pouvant être appliquées dans la Région, fixer les indicateurs appropriés, identifier les obstacles à la mise en œuvre des politiques nationales et recommander des actions supplémentaires en vue de renforcer la coopération technique et favoriser l'obtention de progrès significatifs en faveur de la réduction des effets nocifs de l'alcool.
- c) Élaborer et réviser les politiques et les plans nationaux relatifs à l'alcool qui peuvent mener à une réduction relative de la consommation nocive d'alcool d'au moins 10 %, qui peut être plus facile à atteindre en adoptant ou en mettant à jour des lois et règlements sur les taxes sur l'alcool, son accessibilité matérielle et le contrôle du marketing de l'alcool.
- d) Promouvoir le contrôle du marketing de l'alcool pour protéger les jeunes des pressions qui s'exercent sur eux pour boire et changer les normes culturelles concernant la consommation d'alcool.
- e) Promouvoir des politiques fiscales comme moyen efficace de réduire la consommation nocive de l'alcool ainsi que d'augmenter les revenus des gouvernements.
- f) Soutenir l'action au niveau local ou municipal pour restreindre l'accessibilité de l'alcool comme moyen d'améliorer la sécurité publique et de promouvoir les milieux sains.
- g) Soutenir les efforts de plaidoyer dans la Région qui sont particulièrement axés sur les jeunes, les déterminants sociaux et le genre. Établir une journée de

- sensibilisation à la nécessité de réduire les problèmes liés à l'alcool et de protéger les jeunes enfants des pressions qui s'exercent sur eux pour boire, notamment l'exposition au marketing de l'alcool. À cet égard, la *Healthy Caribbean Coalition* (une organisation non gouvernementale en relation officielle avec l'OPS) établira à compter de 2016 une journée de sensibilisation infrarégionale sur l'alcool.
- h) Promouvoir le renforcement des services de soins de santé primaires pour qu'ils incluent le dépistage, de brèves interventions et la gestion des troubles de consommation de l'alcool dans le cadre d'un éventail de services de soins de santé primaires essentiels à l'atteinte d'une couverture sanitaire universelle.
 - i) Améliorer les outils et les processus servant à collecter et à utiliser les données afin d'éclairer les politiques et les programmes aux niveaux régional et national.
 - j) Élaborer des normes relatives aux politiques sur l'alcool pouvant être adoptées par les États Membres pour permettre de suivre les progrès accomplis concernant la réduction de l'usage nocif de l'alcool.
 - k) Renforcer la recherche sur les répercussions de l'alcool sur la santé, sur les politiques et les programmes visant à réduire les méfaits liés à l'alcool et sur l'incidence nette de l'alcool sur l'économie, afin de fournir une justification aux politiques publiques et d'obtenir l'appui de secteurs autres que celui de la santé.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

14. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport d'avancement et de faire les recommandations qu'il jugera appropriées.

Annexe

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool [Internet]. Genève : OMS ; 2010 [consulté le 7 avril 2011]. Disponible sur : http://www.who.int/entity/substance_abuse/activities/msbalcstrategyfr.pdf?ua=1
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS ; 63^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2011 (Résolution CD51.R14) [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15066&Itemid=&lang=fr

3. Pan American Health Organization. Virtual Campus for Public Health. Drugs and alcohol self-learning courses [Internet]. Washington, DC : PAHO; 2016. [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur [en anglais]: <https://cursos.campusvirtualsp.org/course/index.php?categoryid=66>
4. Pan American Health Organization. Regional status report on alcohol and health in the Americas [Internet]. Washington, DC : PAHO; 2015 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : www.paho.org/alcoholreport2015
5. Pan American Health Organization. PAHO Meeting on Alcohol Marketing Regulation: Final Report [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2016 [consulté le 5 juillet 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12039&Itemid=40637&lang=en
6. Organisation mondiale de la Santé. Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale (mhGAP). [Internet]. Genève: OMS; 2016 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS ; 66^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (Document officiel No. 345) [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=fr
8. Pan American Health Organization. Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Americas, 2013-2019 [Internet]. Washington, DC : PAHO; 2015 [consulté le 8 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27517
9. Nations Unies. Objectifs de développement durable. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge [Internet]. [consulté le 3 février 2016] Disponible sur : <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
10. Pan American Health Organization. Prevention of alcohol-related injuries in the Americas: from evidence to policy action [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2013 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1582&Itemid=3795

11. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en
12. Pan American Health Organization, Pan American Network on Alcohol and Public Health (PANNAPH). Summary report and recommendations [Internet]. PAHHAPH First Regional Meeting; 2012 Aug 21-23; Mexico City, Mexico. Washington, DC : PAHO; 2012 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20383&Itemid=
13. Pan American Health Organization. Communiqué de presse : Effectiveness of electronic screening and brief interventions for reducing excessive alcohol consumption [Internet]. Washington, DC : PAHO; 2012 [consulté le 8 février 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=article&id=7088%3A2012-effectiveness-electronic-screening-reducing-excessive-alcohol-consumption&catid=1443%3Aweb-
14. Pan American Health Organization. Communiqué de presse : International men's day: men in the Americas live 5 to 7 years less than women [Internet]. Washington, DC : PAHO; 2012 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7485&Itemid=1926&lang=en
15. Pan American Health Organization. Communiqué de presse : The Pan American Health Organization spearheads thrust to develop policy to reduce the harmful use of alcohol within Caribbean countries [Internet]. Belize City, Belize: PAHO; 2013 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur :
<http://www.healthycaribbean.org/newsletters/july-2013/Press-release-Sub%20regional-alcohol.pdf>
16. Pan American Health Organization. Webinars on alcohol policy and related topics [Internet]. 2013 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=1441%3Awebinars-on-alcohol-policy-and-related-topics&catid=887%3Aapril-march-2013&lang=es
17. Pan American Health Organization. Annonce d'événement : Changing the practices of the tobacco, alcohol, automotive, and food industries to prevent NCDs [Internet]. Washington, DC : PAHO; 2014 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://www.paho.org/Hq/index.php?view=details&id=40%3A%22Changing+the+Practices+of+the+Tobacco%2C+Alcohol%2C+Automotive%2C+and+Food+Industries+to+Prevent+NCDs%22&option=com_eventlist&Itemid=1926&lang=en

18. Pan American Health Organization, Pan American Network on Alcohol and Public Health (PANNAPH). Summary report and recommendations [Internet]. PANNAPH Second Regional Meeting; 2014 Apr 9-11; Cartagena, Colombia. Washington, DC : PAHO; 2014 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=29700&lang=en
19. Pan American Health Organization. Regional Conference on Mental Health: Achievements and Challenges 25 Years after the Caracas Declaration. Santiago, Chile; 13 au 15 octobre 2016. Matériel disponible sur demande.
20. Pan American Health Organization. Forum of key stakeholders on NCDs: advancing the NCD agenda in the Caribbean [Internet]. 2015 Jun; Washington, DC : PAHO, 2015 [mis à jour le 19 février 2016 ; consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : <http://www.paho.org/ncds/caribbeanmeeting>
21. Andreuccetti G, Carvalho HB, Ye Y, Bond J, Monteiro M, Borges G, et al. Does beverage type and drinking context matter in an alcohol-related injury? Evidence from emergency department patients in Latin America. *Drug Alcohol Depend* 2014 Apr 1;137:90–7.
22. Babor T, Rehm J, Jernigan D, Vaeth P, Monteiro M, et al. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2012 Aug;32(2):151-155.
23. Bond J, Witbrodt J, Ye Y, Cherpitel CJ, Room R, et al. Exploring structural relationships between blood alcohol concentration and signs and clinical assessment of intoxication in alcohol-involved injury cases. *Alcohol Alcohol* 2014 Jul-Aug;49(4):417-422.
24. Borges G, Orozco R, Monteiro M, Cherpitel C, Then EP, et al. Risk of injury after alcohol consumption from case-crossover studies in five countries from the Americas. *Addict J* 2013 Jan;108(1):97-103.
25. Canay R. Abuso de alcohol en estudiantes de educación media de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2015;61(3):179–183.
26. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ* 2015 Aug;351:h4238.
27. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M, et al. Alcohol attributable fraction for injury morbidity from the dose-response relationship of acute alcohol consumption: emergency department data from 18 countries. *Addict J* 2015 Nov;110(11):1724-1732.

28. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M. Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addict J* 2015 Feb;110(2):279-288.
29. Gawryszewski VP, Monteiro MG. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas. 2007-09. *Addict J* 2014 Apr;109(4):570-577.
30. Méndez-Muñoz JA, Bejarano-Orozco JA. Consumo de alcohol y lesiones: estudio de casos-cruzados en dos hospitales nacionales de Costa Rica. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat* 2015;61(4):294-304.
31. Monteiro MG, Rehm J, Taylor B, Stockwell T. Alcohol consumption: an overview of international trends. Reference Module in Biomedical Sciences. Elsevier; 2015 Dec.
32. Monteiro M. The public health responsibility deal: has a public-private partnership brought about action on alcohol reduction? *Addict J* 2015 Aug;110(8):1217-1225.
33. O'Neill S, Posada-Villa J, Medina-Mora ME, Al-Hamzawi AO, Piazza M, et al. Associations between DSM-IV mental disorders and subsequent self-reported diagnosis of cancer. *J Psychosom Res* 2014 Mar;76(3):207-212.
34. Shield KD, Monteiro M, Roerecke M, Smith B, Rehm J. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas in 2012: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica* 2015;38(6):442-449.
35. World Health Organization. Global status report on alcohol and health [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprfiles.pdf
36. Pan American Health Organization. Noncommunicable disease risk factors in the Americas: considerations on the strengthening of regulatory capacity. REGULA Technical Reference Document [Internet]. Washington, DC : PAHO; 2015 [consulté le 3 février 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10024/9789275118665rev_eng.pdf

Annexe

Situation des activités nationales entreprises entre 2011 et 2014 par les États Membres¹

Adoption d'une politique nationale écrite relative à l'alcool	<u>2011 et après</u> : Colombie, États-Unis d'Amérique, Mexique, Paraguay, <u>Avant 2011</u> : Argentine, Bahamas, Brésil, Chili, Colombie, Cuba, Venezuela
En cours d'élaboration/pas encore approuvée	Belize, Bolivie, Colombie,* Costa Rica, Équateur, Grenade, Guyana, Honduras, Jamaïque, Panama, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago

*La Colombie est en train de mettre à jour son plan national.

PAYS	ANNÉE	JALON
Bahamas	2014	Introduction d'une taxe sur la valeur ajoutée (1).
Bolivie	2011	Mise en application d'une loi sur l'alcool.
Canada	2011	Le Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool a poursuivi la mise en œuvre des recommandations faites pour les domaines prioritaires de la consommation d'alcool à risque par les jeunes. Le projet coopératif de l'éducation post-secondaire canadien sur la réduction des méfaits de l'alcool (<i>Canadian Post-Secondary Education Collaborative on Reducing Alcohol-related Harms</i>) a été élaboré par environ 30 institutions afin de s'attaquer à la consommation massive d'alcool et aux méfaits qui lui sont liés sur les campus postsecondaires de l'ensemble du pays. Une charte a été élaborée (sous réserve d'une approbation définitive), ainsi qu'un cadre de travail et un cadre de mesure des données fondés sur les domaines stratégiques de la Stratégie nationale sur l'alcool du Canada. De plus, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) a produit du matériel conçu pour sensibiliser aux risques de combiner l'alcool et la caféine, une pratique courante chez les jeunes. Les documents produits en collaboration font l'objet d'une révision finale et seront disponibles en 2016 (2). Pour mieux comprendre l'impact de la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, le CCLT a rédigé un rapport comparant les décès de conducteurs de véhicule motorisé liés aux drogues et à l'alcool, d'après les données nationales. Cela a mené à d'autres travaux sur la conduite avec les facultés affaiblies par les drogues et à un engagement accru avec les ministères des Transports provinciaux, contribuant à

¹ Les politiques exposées dans la présente annexe relèvent des 10 domaines d'activités nationales décrits à l'objectif 3 : a) leadership, conscience et engagement, b) intervention des services de santé, c) action communautaire, d) politique relatives à l'alcool au volant et contremesures, e) accessibilité de l'alcool, f) marketing des boissons alcoolisées, g) établissement des prix et/ou politiques fiscales, h) réduction des conséquences négatives de la consommation d'alcool et de l'intoxication alcoolique, i) réduction des répercussions en santé publique de l'alcool illicite et de l'alcool produit de façon informelle, j) contrôle et surveillance.

PAYS	ANNÉE	JALON
		maintenir la conduite avec les facultés affaiblies dans le programme provincial (3).
Chili	2011	Incorporation à grande échelle de la Stratégie sanitaire nationale (4).
		De brèves interventions sur l'alcool ont été initiées dans le programme des soins de santé primaires (5).
	2012	Adoption de mesures et de changements juridiques afférents à l'alcool au volant (Loi de la tolérance zéro et Loi d'Emilia) (6).
	2014	Adoption de la réforme fiscale augmentant les taxes sur l'alcool.
Colombie	2011	Loi nationale sur l'éducation sur la sécurité routière (Loi 1503) (7).
	2012	Adoption du Plan national sur la sécurité routière de 2011-2016 (Résolution 1282) (8).
		Établissement de règles visant à assurer des soins complets pour les consommateurs de substances psychoactives, création d'un prix national pour une « entité vouée à la prévention de la consommation et de l'abus des substances psychoactives et à leur dépendance » (Loi 1566) (9).
		Établissement de règlements techniques sur les exigences sanitaires relatives à la fabrication, à la transformation, à l'hydratation, à l'emballage, à l'entreposage, à la distribution, au transport, au marketing, à la vente, à l'exportation et à l'importation des boissons alcoolisées destinées à la consommation humaine (Décret 1686) (10).
	2013	Guide à l'élaboration de plans stratégiques visant à promouvoir la consommation responsable de l'alcool (11).
		Lignes directrices de pratique clinique à l'intention des professionnels de la santé sur la détection précoce, le diagnostic et le traitement de l'intoxication aiguë de patients abusant de l'alcool ou ayant une dépendance à l'alcool (12).
		Lignes directrices de pratique clinique à l'intention des patients et des familles sur la détection précoce, le diagnostic et le traitement de l'intoxication aiguë de patients abusant de l'alcool ou ayant une dépendance à l'alcool (13).
Définition, éclaircissement et mise à jour du Plan de santé obligatoire (Résolution 5521) (14).		
		Sanctions pénales et administratives pour conduite en état d'ivresse ou sous l'influence d'autres substances psychoactives (Loi 1696) (15).
Costa Rica	2012	Nouvelles pénalités pour les automobilistes en vertu de la Loi sur le transport (Loi 9078), comportant des spécifications pour les conducteurs débutants, généraux et professionnels, y compris une diminution du taux d'alcoolémie permis (16).
		Unification des lois régissant la délivrance de permis de vente d'alcool, les heures d'exploitation et la publicité, comportant des pénalités pour infraction (Loi 9047) (17).
		Politique du secteur de la santé pour le traitement des personnes ayant des problèmes dus à la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues (18).
		Enquête nationale sur la consommation de drogues dans la population des établissements d'éducation secondaire (19).
	2013	Modification du règlement et du contrôle des annonces commerciales afférentes à la vente de boissons alcoolisées (20).

PAYS	ANNÉE	JALON
		Atelier sur l'utilisation de l'information pour élaborer des politiques et des programmes relatifs à l'alcool, en collaboration avec l'OPS/OMS.
Cuba	2011	Mise en œuvre du Plan global d'action de la décennie 2011-2020 en matière de sécurité routière (Ministère de la Santé publique (Résolutions 28, 29 et 30 complétant la Loi 109).
	2012	Ateliers nationaux sur la mise en œuvre du Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT).
	2013	Maîtrise en prévention de l'abus des drogues, offerte par l'Université de la Havane.
		Plan national de la sécurité routière
2014	Contrôle aléatoire d'alcoolémie par analyse d'haleine des automobilistes.	
El Salvador	2013-2014	Campagne de sensibilisation du Fonds de solidarité pour la santé (FOSALUD) portant sur les effets sur la santé de la consommation nocive d'alcool visant les enfants et les adolescents, les professionnels de la santé et les buveurs à risque (« <i>El alcohol te está ganando la batalla</i> »).
		FOSALUD augmente la couverture de service pour la prévention et l'abandon des dépendances.
	2013-2014	Rapport d'activité et de reddition de comptes (Rapport annuel du FOSALUD) (22).
	2013	Certification de prestataires de soins de santé comme partenaires thérapeutiques (23).
		Réforme du Code pénal (art. 147e) pour modifier la classification criminelle de conduite imprudente à conduite dangereuse (sous l'influence d'alcool) et augmentation de la peine de 3 à 5 ans d'emprisonnement (24).
	Nouvelles lignes directrices techniques pour les services de prévention de l'abus de substances psychoactives (25).	
Grenade	2011	Augmentation des taxes sur l'alcool.
	2013	Réunion régionale organisée par l'OPS sur la formulation de politiques.
	2014	Projet de politique nationale sur l'alcool.
Augmentation des taxes sur l'alcool.		
Jamaïque	2013	Approbation par le Cabinet de la Stratégie nationale et d'un Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, dont une stratégie pour s'attaquer à la consommation nocive d'alcool (26).
Mexique	2011	Enquête nationale sur la dépendance de 2011 : rapport sur l'alcool (27).
	2011-2012	Programme contre l'alcool et l'abus d'alcool : mise à jour de 2011-2012 (28).
	2013	Modification de l'art. 220 de la loi générale sur la santé, assimilant la fourniture d'alcool à des mineurs au délit de corruption (29).
Nicaragua	2014	Incorporation de réformes de la Loi 431, régissant les règles de circulation des véhicules et les infractions au code de la route (30).
		Stratégie pour la sécurité des êtres humains et des citoyens (31).
Panama	2013	Établissement d'une nouvelle taxe d'accise sur les boissons alcoolisées.
	2014	Approbation d'une loi sur la taxation des boissons très alcoolisées par l'Assemblée nationale et approbation par l'industrie des boissons alcoolisées, avec le soutien technique du Ministère de l'Économie et des Finances. La loi stipule qu'une taxe de 20 % sera consacrée au Programme sur l'invalidité, la vieillesse et la mort du Fonds de la sécurité

PAYS	ANNÉE	JALON
		sociale.
Pérou	2014	Contrôle et prévention de la santé mentale (PP 131).
République dominicaine	2011	Publication des résultats de l'enquête sur l'alcool selon la sexospécificité.
		Guide et protocole sur l'alcool et les drogues.
		Ouverture à Santo Domingo d'un centre de soins complets de la dépendance aux substances (21).
		Ouverture à Barahona d'un centre pour les patients abusant de substances.
	2013	Ressources humaines pour la formation en santé sur le test AUDIT à l'hôpital Cabral y Baez à Santiago.
		Ouverture à l'hôpital de San Juan d'un centre pour les patients abusant de substances.
	2014	Publication d'un guide à l'intention des parents sur la réduction de la consommation d'alcool.
Renforcement du Groupe de responsabilité sectorielle sur l'alcool.		
Sainte- Lucie	2012	Élaboration d'un projet de loi régissant les heures de vente des boissons alcoolisées.
		Enquête sur divers indicateurs de la santé, dont la prévalence de la consommation d'alcool chez les femmes (Enquête multi-indicateurs par grappe) (32).
	2014	Augmentation des taxes sur l'alcool (révision de la taxe gouvernementale et mise en œuvre de la TVA) (33).
Suriname	2011	Enquête normalisée sur la population des écoles secondaires (<i>Secondary School Standardised Survey</i>).
		Augmentation des taxes d'accise sur la plupart des produits alcoolisés importés et produits au pays (SB 129) (34).
	2014	Formalisation du Plan d'action sur les maladies non transmissibles de 2012-2016. Définition de l'Objectif 2.1 : « Promouvoir et soutenir la réduction des facteurs de risque liés à la consommation de tabac et d'alcool » (Ministère de la Santé du Suriname, Plan d'action national pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, 2012-2016).
Uruguay	2011	<i>Ya no mi basi!</i> Lancement de la campagne d'information sur les dangers de l'alcool par le Ministère de la Santé.
		Mise en œuvre de la campagne (« <i>La sed sácatela con agua</i> ») pour la réduction des risques et des méfaits à l'intention d'un public composé de jeunes et d'adultes (35).
		Mise en œuvre du Programme pour le service responsable d'alcool comme intervention pour la réduction des risques et des méfaits à l'intention du personnel et des gestionnaires des boîtes de nuit et des pubs de deux États de l'intérieur (35).
	2012	Cinquième enquête nationale auprès des ménages portant sur la consommation de drogues (36).
		Enquête mondiale de l'OMS sur la santé des étudiants à l'école (<i>WHO Global School-based Student Health Survey</i>) (37).
		Mise en œuvre du programme de gestion des risques et des méfaits liés à l'alcool (« <i>Cuidándote vos, disfrutamos todos</i> ») dans les festivités à l'échelle du pays, conçu et géré en coordination avec El Abrojo, le Musée Carnival, l'Unité nationale de la sécurité routière (UNASEV), le

PAYS	ANNÉE	JALON
		Ministère de l'Intérieur, ANTEL et <i>Banco de Seguros del Estado</i> (38).
		Examen, mise à jour et impression du guide de prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail (38).
		Programme audiovisuel « <i>Consumo cuidado</i> » à utiliser dans les ateliers sur la gestion des risques pour les problèmes d'alcool (38).
		Formation et diffusion de la méthodologie sur de brèves interventions à l'intention des agents de santé des secteurs public et privé (38).
		Formation des agents de santé des forces armées et des fonctionnaires travaillant avec des prisonniers sur de nouvelles méthodologies de gestion des drogues (« <i>Intervenciones breves y prosociabilidad</i> ») (38).
		Élaboration d'une Stratégie nationale de réduction de la consommation problématique d'alcool, visant à renforcer la politique sur l'alcool afférente à la réglementation, aux contrôles de la transformation, à la distribution et aux ventes, à la sensibilisation et à la prévention, à la création d'un système national de services destinés aux alcooliques et à la réglementation claire de la publicité ; cela comprend une période de consultation avec la société civile pendant sa rédaction (38).
	2013	Huit diagnostics locaux sur la consommation de drogues dans la région métropolitaine de Montevideo (39).
		Campagne de prévention de la consommation d'alcool et d'autres drogues au volant (« <i>Si tomó no debes que maneje</i> ») conjointement avec l'Unité nationale de la sécurité routière (UNASEV), la Police nationale de la route (DNPC), le <i>Congreso Nacional de Intendentes</i> et le Conseil national des drogues (JND), ainsi que la campagne « <i>Disfrutá de principio a fin, si tomó no debes que maneje</i> » lors de la Nuit de la nostalgie (39).
		Lancement de la Campagne d'été « <i>Estás aquí, cuidate y disfrutá</i> » pour sensibiliser à la consommation problématique d'alcool pendant la saison touristique (39).
		Cours virtuel à l'intention des professionnels des soins de santé primaires sur l'ASSIST-SBI (brèves interventions sur l'abus d'alcool et d'autres substances psychoactives), dans le cadre des actions de renforcement institutionnel visant la construction d'un système national de services destinés aux clients ayant des problèmes liés à la consommation d'alcool, présenté en conjonction avec le Ministère de la Santé publique, l'OPS et l'OMS (39).
		Lancement en deux parties de la Campagne « <i>Todo consumo de drogas tiene riesgos</i> », l'une traitant de l'alcool et l'autre de la marijuana (39).
		Études financées par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) : « <i>Monitoring, Analysis, and Comparison of Corporate Social Responsibility Practices by the Alcohol Industry in Uruguay</i> » et « Répercussions sur la santé publique des programmes de responsabilité sociale de l'entreprise de l'industrie des boissons alcoolisées (Amérique latine) » (39).
		2014

PAYS	ANNÉE	JALON
		Inauguration de l'Unité des troubles d'alcoolisme de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine, Clinique médicale « C », et le Réseau national de traitement des dépendances ASSE, sous l'égide du JND (40).
		Cours d'enseignement et ateliers régionaux mixtes sur les « brèves interventions et outils AUDIT et ASSIST » organisés par le Ministère de la Santé publique, avec le soutien de l'OPS et de l'OMS (40).
		Sixième enquête nationale sur la consommation de drogues menée auprès des étudiants de niveau scolaire intermédiaire.

Références

1. The Bahamas, Department of Inland Revenue, Central Revenue Administration. About – VAT. 2015 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : <http://www.inlandrevenue.finance.gov.bs/value-added-tax/about-vat/>
2. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Publications : Alcool et caféine : un buzz nocif (Fiche de renseignements pour les jeunes) ; Alcool et caféine : risques accrus pour les jeunes et les jeunes adultes ; La consommation de boissons alcoolisées caféinées au Canada : prévalence, risques et recommandations en matière de politiques. Ottawa : CCLAT ; 2011 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : <http://www.ccsa.ca/fra/resources/pages/default.aspx>
3. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Étude visant à comparer les décès sur les routes impliquant l'alcool et la drogue. Ottawa : CCLAT ; 2011 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011_CCSA_Drug-and_Alcohol-Involved_Motor_Vehicle_Driver_Fatalities_fr.pdf
4. Chile, Ministerio de Salud. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: Ministerio de Salud [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
5. Chile, Ministerio de Salud. Guía IB e instrumentos [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : <https://intervencionesbrevesenalcohol.wordpress.com/guia-e-instrumentos>
6. Chile, Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Alcohol y conducción [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : <http://www.conaset.cl/alcohol-y-conduccion.html>

7. Congreso de Colombia. Ley No. 1503 (29 diciembre 2011). Por la cual se promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguros en la vía y se dictan otras disposiciones [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://www2.igac.gov.co/igac_web/normograma_files/ley%201503%20de%202011.pdf
8. Colombia, Ministerio de Transporte. Resolución No. 1282 (30 marzo 2012). Por la cual se adopta el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2016 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : <http://www.asotrans.org/asesoramiento/RESOLUCIONES/7.%20%20RESOLUCION%201282%20DE%202012.pdf>
9. Congreso de Colombia. Ley No. 1566 (31 julio 2012). Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias psicoactivas” [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf
10. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 1686 (6 agosto 2012). Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que se deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : https://www.invima.gov.co/images/pdf/normatividad/bebidas-alcoholicas/decretos-bebidas/decreto_1686_2012.pdf
11. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la elaboración de planes estratégicos para la promoción del consumo responsable de alcohol. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/GuiaPlanesAlcohol30%2001%2014.pdf>
12. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía para profesionales de la salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Prof_Salud_OH.pdf
13. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Guía para pacientes y familiares.

- Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Ptes_OH.pdf
14. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 005521 (27 diciembre 2013). “Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)” [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
 15. Congreso de Colombia. Ley No. 1696 (19 diciembre 2013). Por medio de la cual se dictan disposiciones penales y administrativas para sancionar la conducción bajo el influjo del alcohol u otras sustancias psicoactivas [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201696%20DEL%2019%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202013.pdf>
 16. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 9078. Ley de tránsito por vías públicas terrestres y seguridad vial [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73504&nValor3=101469¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=6&strSim=simp
 17. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley No. 9047. Ley de regulación y comercialización de bebidas con contenido alcohólico [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73058&nValor3=95858¶m2=3&strTipM=TC&lResultado=24&strSim=simp
 18. Costa Rica, La Presidenta de la República y la Ministra de Salud de la República. Decreto Ejecutivo No. 37110-S. Políticas del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=72790&nValor3=89009&strTipM=TC
 19. Costa Rica, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria: Costa Rica 2012. San José: IAFA; 2013 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<http://www.iafa.go.cr/images/descargables/conocimiento/encuesta-nacional-sobre-consumodrogas-en-la-juventud-escolarizada-2012-costa-rica-iafa.pdf>

20. Costa Rica, La Presidenta de la República y la Ministra de Salud de la República. Decreto Ejecutivo No. 37739-S. Reglamento sobre regulación y control de la publicidad comercial relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=75269&nValor3=93268&strTipM=TC
21. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro de Atención Integral a las Dependencias (CAID), arriba a su 2do aniversario con más de 3 mil usuarios consultados. 2015 Mar 13 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
[http://www.sespas.gov.do/Centro-de-Atencion-Integral-a-las-Dependencias-\(CAID\)-arriba-a-su-2do-aniversario-con-mas-de-3-mil-usuarios-consultados](http://www.sespas.gov.do/Centro-de-Atencion-Integral-a-las-Dependencias-(CAID)-arriba-a-su-2do-aniversario-con-mas-de-3-mil-usuarios-consultados)
22. El Salvador, Fondo Solidario para la Salud. Informe de labores y rendición de cuentas 2013-2014. 3 Oct. 2014 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.fosalud.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=1269&Itemid=510
23. Observatorio Salvadoreño sobre Drogas. Proyecto Certificación de Recursos Humanos. [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/tratamiento/Certificacion%20RRHH.htm>
24. Asamblea Legislativa de El Salvador. Decreto No. 1030. Código penal [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/codigo-penal>
25. El Salvador, Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. San Salvador: Ministerio de Salud; 2014 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_consumo_sustancias psicoactivas_07022014.pdf
26. Jamaica, Ministry of Health. National strategic and action plan for the prevention and control non-communicable diseases (NCDS) in Jamaica. 12 May 2015 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<http://moh.gov.jm/data/national-strategic-and-action-plan-for-the-prevention-and-control-non-communicable-diseases-ncds-in-jamaica/>
27. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol. México DF: INPRFM; 2012 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf

28. Comisión Nacional contra las Adicciones. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: actualización 2011-2012. México DF: CONADIC; 2011 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf
29. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Decreto por el que se adiciona un segundo párrafo al Artículo 220 y un Artículo 467 Bis a la Ley General de Salud. DOF 04-12-2013. 4 diciembre 2013 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/prog_leg/099_DOF_04dic13.pdf
30. Asamblea Nacional de Nicaragua. Ley No. 431 (27 mayo 2014). Ley para el régimen de circulación vehicular e infracciones de tránsito, con sus reformas incorporadas [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<http://www.policia.gob.ni/cedoc/sector/leyes/Ley%20431%20y%20sus%20reformas.pdf>
31. Consejo de Comunicación y Ciudadanía de Nicaragua. Estrategia de seguridad ciudadana y humana. 10 marzo 2014 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:16978-estrategia-de-seguridad-ciudadana-y-humana>
32. Saint Lucia, Ministry of Social Transformation, Local Government and Community Empowerment. Saint Lucia Multiple Indicator Cluster Survey 2012. Castries: 2014 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Latin%20America%20and%20Caribbean/Saint%20Lucia/2012/Final/Saint%20Lucia%202012%20MICS_English.pdf
33. Saint Lucia Inland Revenue Department. Value Added Tax (VAT) Act [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.vat.gov.lc/resources/legislation/vat_act.php
34. Suriname National Assembly. 2011 Staatsblad No. 129 Van De Republiek Suriname [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
<http://www.dna.sr/wetgeving/>
35. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2011 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/jnd_2011.pdf
36. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. 5ta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: informe de investigación. Montevideo: Secretaría Nacional de Drogas; 2012 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur :
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf

37. Uruguay, Ministerio de Salud Pública/Pan American Health Organization. Adolescencias : un mundo de preguntas : II Encuesta Mundial de Salud Adolescente –GSHS 2012. Montevideo : Ministerio de Salud Pública; 2012 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/ii_encuestaq_doles.pdf
38. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2012. Montevideo : Secretaría Nacional de Drogas ; 2012 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/mem_2012.pdf
39. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana. Montevideo : Secretaría Nacional de Drogas; 2013. Disponible sur : http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=1646&catid=31&Itemid=65
40. Uruguay, Junta Nacional de Drogas. Memoria anual 2014 [consulté le 3 février 2016]. Disponible sur : http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Memoria_JND_2014.pdf

E. PLAN D'ACTION SUR L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LA SANTÉ PUBLIQUE : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. La *Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et à la santé publique*, (1, 2) et son Plan d'action (3, 4) approuvés par le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 2010 et 2011 respectivement, constituent le fondement de la coopération technique dans la Région pour traiter des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives en termes de santé publique. Ces deux initiatives sont complétées par la *Stratégie et le plan d'action sur la santé mentale* également mise en œuvre par l'OPS en 2009 (5, 6) et la *Stratégie continentale sur les drogues* et le *Plan d'action continental sur les drogues*, approuvés respectivement en 2010 et 2011 par la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues (CICAD) de l'Organisation des États Américains (OEA) (7, 8).

2. Le rôle de la santé publique dans l'approche intégrée du problème mondial des drogues a été mis en exergue par les États Membres dans la Déclaration d'Antigua Guatemala (9), adoptée lors de la 43^e Assemblée générale de l'OEA en juin 2013. Cette même année, un premier rapport a été remis aux États Membres, au cours du 52^e Conseil directeur de l'OPS, sur l'état d'avancement du plan d'action sur l'usage de substances psychoactives (10). Ce rapport salue les progrès réalisés par les États Membres, ainsi que l'action de l'OPS, et il recommande d'intensifier le soutien aux pays afin de renforcer l'approche de santé publique et de promouvoir le respect des droits de l'homme dans leurs politiques et plans sur les drogues.

Mise à jour sur les progrès réalisés

3. Le tableau suivant sur les progrès réalisés a été élaboré en utilisant comme références principales le *Rapport sur les ressources de santé publique pour traiter de l'usage des substances psychoactives dans la Région des Amériques*, de 2015 (11), basé sur la réponse des pays au questionnaire ATLAS,¹ et le *Rapport continental* du sixième cycle d'évaluation sur la lutte contre les drogues (12), du Mécanisme d'évaluation multilatéral (MEM) de l'OEA-CICAD.²

¹ En 2014, en collaboration avec l'OMS, les informations sur les ressources et les programmes pour la prévention et le traitement des troubles liés à l'usage d'alcool et d'autres substances psychoactives ont été mises à jour, conformément à la méthodologie ATLAS-SU (*Atlas on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*), version de 2014, élaborée par le Département de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives de l'OMS (http://www.who.int/substance_abuse/activities/atlas/en).

² Ce *Rapport continental* couvre la période allant de 2013 jusqu'au milieu de 2014 et offre un aperçu général de la performance des États Membres sur le plan de leurs politiques de lutte contre les drogues. Ce rapport a été présenté et approuvé à la 56^e session ordinaire de l'OEA-CICAD, au Guatemala, en novembre 2014.

Progrès réalisés par rapport aux cibles du plan d'action

Objectif	Indicateur et cible	Progrès
1.1	En 2021, 16 pays auront intégré des politiques relatives à l'usage de substances psychoactives dans leur plan national de santé.	18 pays identifient le secteur de la santé (ministère de la Santé) comme étant responsable des politiques sur l'usage de substances psychoactives (11). L'intégration de cette question à la politique de santé est précaire et incomplète. Toutefois, 27 pays ont inclus des contenus relatifs à la santé publique dans leurs politiques sur les drogues (13).
1.2	En 2021, 10 pays auront exécuté de vastes programmes reposant sur des preuves scientifiques.	23 pays ont des plans et des programmes intégrés en vue de réduire la demande. On ne dispose pas d'informations sur la mise en œuvre et les résultats de ces programmes (12).
1.3	En 2015, 15 pays disposeront d'un budget documenté pour les services sociaux et de la santé destiné aux troubles occasionnés par l'usage de substances psychoactives.	19 pays disposent de postes budgétaires spécifiques pour la prévention et 17 disposent de postes budgétaires pour le traitement (11).
2.1	En 2021, 15 pays mettront en œuvre des programmes de prévention universelle de l'usage de substances psychoactives fondés sur des données probantes et 8 pays auront évalué ces programmes.	24 pays proposent des programmes de prévention de l'usage de substances psychoactives dans les médias, les écoles et les lieux de travail ; 11 pays disposent de programmes de prévention différenciés en fonction des facteurs de risque ; 3 pays ont effectué le suivi et l'évaluation des programmes. Par ailleurs, 8 pays ont évalué leurs programmes (12).
2.2	En 2021, 20 pays auront au moins une activité nationale de sensibilisation sur le thème de l'année.	Dans le but de promouvoir les activités de ce type dans les pays, l'OPS organise chaque année un Webinaire à l'occasion de la journée internationale de la lutte contre l'abus et le trafic de drogues, qui est diffusé dans les pays. Il n'y a aucun rapport d'activités de ce type au niveau des pays, ce qui constitue un aspect qui devrait être renforcé dans les années à venir.
3.1	En 2021, 10 pays mettront en œuvre des interventions essentielles fondées sur des données probantes en utilisant les outils et les supports de l'OPS/OMS.	14 pays effectuent des dépistages et des interventions courtes dans le cadre des soins de santé primaires, à l'aide des supports d'ASSIST et de mhGAP, ³ élaborés par l'OPS/OMS (11).

³ *Alcohol, smoking, and substance involvement screening test (ASSIST)* ; amélioration et élargissement de la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (appelé mhGAP, sigle correspondant à son appellation en anglais).

Objectif	Indicateur et cible	Progrès
3.2	En 2021, on disposera de 5 outils élaborés pour aider les pays en matière de formation et de certification des professionnels, d'accréditation des services et de formulation de normes et standards pour la prise en charge et la prescription appropriée des médicaments psychotropes.	Les outils <i>Quality Rights QR-Tool Kit</i> , ASSIST et mhGAP, de l'OMS, ont été traduits en espagnol et en portugais et sont disponibles pour être adaptés et mis en œuvre dans les pays. On travaille actuellement sur la validation de normes d'accréditation pour la prévention et le traitement (11).
3.3	En 2021, 5 pays utiliseront le soutien technique ou les outils de l'OPS/OMS pour former les prestataires de soins de santé non rémunérés.	L'OPS a mis au point des outils de formation sur ASSIST-DIT et les politiques en matière de drogues, au moyen de cours proposés pour appuyer les pays à travers le Campus virtuel de la santé publique : 3 235 participants de 26 pays et territoires se sont inscrits, avec un pourcentage de réussite de 70,48 %. ⁴
3.4	En 2021, 5 pays auront des programmes d'études actualisés pour les professions de la santé.	Quelques progrès commencent à être réalisés pour ce qui est d'incorporer le contenu de mhGAP dans les programmes universitaires, mais c'est une question qui nécessite encore plus de travail.
3.5	En 2021, 20 pays disposeront de systèmes de réglementation des médicaments psychotropes en place, contrôlés au niveau international, afin d'assurer une fourniture adéquate de ces médicaments et de réduire leur usage non-thérapeutique.	Bien que ces systèmes existent dans les pays, leur fonctionnement présente des lacunes, en particulier pour les médicaments utilisés dans le cas de troubles liés à l'usage d'opiacés ; 10 pays ont un registre approuvé pour la méthadone et 7 pour la naloxone ; 6 pays disposent de méthadone et 3 pays de naloxone (11).
4.1	En 2021, 25 pays utiliseront des outils normalisés pour assurer l'évaluation et le suivi de leurs réponses aux problèmes liés à l'usage de substances psychoactives.	21 pays ont approuvé des normes nationales pour le traitement des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives dans leurs systèmes de santé publique ; 3 pays ont effectué un suivi et une évaluation de ces programmes (12).
4.2	En 2021, 5 pays disposeront d'un système d'information de la santé qui comprendra des indicateurs de l'usage de substances psychoactives et de leur impact sur la santé, ventilés par sexe et par âge.	20 pays ont déclaré qu'ils disposent de systèmes nationaux d'information sur l'usage de substances psychoactives et 11 pays ont des systèmes d'information sur la prestation de services ; 29 pays ont des observatoires des drogues ; 14 pays disposent de données pertinentes sur l'ampleur de l'utilisation de substances psychoactives au sein de la population (12).

⁴ Information émanant de la coordination du Campus virtuel de la santé publique de l'OPS.

Objectif	Indicateur et cible	Progrès
4.3	En 2021, 10 nouvelles études auront été entreprises dans le domaine de la recherche afin d'évaluer la nature, l'ampleur et l'impact de l'usage de substances psychoactives, ventilées par sexe et par âge, ou des études sur l'efficacité des interventions.	Les préparatifs ont débuté pour la réalisation d'études sur différents aspects pertinents : psychose aiguë et consommation de cannabis, réduction de la stigmatisation dans les services de santé pour les utilisateurs de substances psychoactives, survenue concomitante de troubles liés à l'usage de substances psychoactives et d'autres troubles mentaux.
4.4	Au moins une publication à l'échelon régional sera disséminée tous les deux ans, contenant des informations fondées sur des données probantes concernant l'usage de substances psychoactives, les problèmes connexes ou l'efficacité des interventions.	Il est nécessaire de promouvoir le travail à cet égard avec les États Membres au cours de la période restante couverte par le plan d'action.
5.1	En 2021, 8 activités conjointes auront été entreprises avec d'autres organisations et des partenaires internationaux.	L'OPS a un programme régulier d'activités conjointes avec l'OEA-CICAD, le Programme de coopération entre l'Amérique latine et l'Union européenne dans le domaine des politiques de lutte contre les drogues (COPOLAD), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) et la Délégation gouvernementale du Plan national contre la drogue de l'Espagne, ainsi qu'avec des organisations de la société civile (RIOD, CIJ, Intercambios), qui comprend des séminaires et des conférences internationales, les travaux de groupes d'experts, des formations et des ateliers et la production de documents.

4. L'OPS, dans le cadre de la préparation de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue (UNGASS 2016), a organisé avec le gouvernement du Mexique une réunion de consultation sur les politiques relatives à la drogue et à la santé publique, les 26 et 27 octobre 2015 à Mexico D.F., au cours de laquelle sont intervenus des experts techniques de 17 pays et d'organisations internationales (OMS, OEA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [ONUDD]). Elle a également participé au séminaire « Convergences pour une politique régionale sur la drogue intégrée et durable », coordonné par l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR) et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), qui s'est tenu à Quito (Équateur) les 4 et 5 février 2016.

Défis et enseignements tirés

5. Le fait de disposer d'une stratégie et d'un plan d'action appuyés par le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) a facilité l'adoption par les États Membres d'une approche intégrée, équilibrée et axée sur la santé publique, dans les forums de discussions sur les politiques en matière de drogues et pour la préparation de l'UNGASS 2016.

6. Il est important de continuer à renforcer les liens entre l'OPS et d'autres organisations et partenaires internationaux en vue de renforcer l'action intersectorielle pour l'assistance technique aux États Membres dans le domaine de la drogue et de la santé publique, en particulier sur les déterminants sociaux et la réalisation des objectifs de développement durable (ODD).⁵

7. Sur le plan politique et technique, l'OPS contribue aux avancées régionales, telles que la Déclaration d'Antigua Guatemala et le rapport de l'OEA sur le problème des drogues dans les Amériques, mais le secteur de la santé n'est pas encore prêt à prendre pleinement part aux activités de réduction de l'impact social et sanitaire de ce problème.

8. La garantie du droit à la santé pour les utilisateurs de substances psychoactives, en particulier pour les groupes les plus vulnérables et à risque élevé, constitue encore un défi qui se reflète dans la stigmatisation et l'exclusion dans les services de santé, ainsi que dans le manque d'accès aux substances contrôlées à des fins médicales et de recherche.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

9. Poursuivre le soutien apporté par le Bureau aux États Membres en vue de renforcer l'approche de santé publique dans leurs politiques, leurs plans et leurs législations sur les drogues, en facilitant l'utilisation d'outils techniques adaptés à leurs situations et à leurs besoins spécifiques.

10. Soutenir le travail conjoint du Bureau et des États Membres dans le développement des systèmes de santé, l'organisation des services et le développement des ressources humaines en vue de réduire les lacunes sur le plan du traitement et d'améliorer la qualité de la prise en charge.

11. Promouvoir l'affectation de ressources en fonction des besoins identifiés et des objectifs fixés dans les plans et programmes sur la santé publique et l'usage de substances psychoactives, en accordant une attention particulière aux groupes à risque élevé.

12. Renforcer les systèmes d'information et de surveillance, améliorer l'information épidémiologique, augmenter la couverture des enquêtes pour les populations marginalisées et les autres groupes vulnérables et utiliser l'approche des déterminants sociaux pour l'analyse des données et les programmes.

⁵ En particulier, l'ODD 3.5, visant à renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

13. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport d'activité et de formuler les recommandations qu'il jugera pertinentes.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et à la santé publique [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 (document CD50/18, Rev. 1) [consulté le 11 janvier 2016]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 (Résolution CD50.R2) [consultée le 11 janvier 2016]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R2-f.pdf>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2011 (Document CD51/9) [consulté le 11 janvier 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=fr
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2011 (Résolution CD51.R7) [consultée le 11 janvier 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=fr
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/11) [consulté le 11 janvier 2016]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-f.pdf>

6. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (Résolution CD49.R17) [consultée le 11 janvier 2016]. Disponible sur : [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20\(Fr.\).pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Fr.).pdf)
7. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. Estrategia Hemisférica sobre Drogas [Internet]. 47^e session ordinaire de la CICAD ; 3 mai 2010 ; Washington, DC. Washington, DC : CICAD ; 2010 [consulté le 11 janvier 2016]. Disponible [en espagnol] sur : <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>
8. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos. Estrategia Hemisférica sobre Drogas [Internet]. 49^e session ordinaire de la CICAD ; du 4 au 6 mai 2011 ; Paramaribo (Suriname). Washington, DC : CICAD ; 2011 [consulté le 8 avril 2016]. Disponible [en espagnol] sur : <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=954>
9. Organisation des États Américains. Déclaration d'Antigua Guatemala « Pour une politique intégrale face au problème mondial des drogues dans les Amériques » [Internet]. Dans : *Actas y documentos: volumen I. 43.^{er} período ordinario de sesiones de la OEA* ; du 4 au 6 juin 2013 ; Antigua, Guatemala. Washington, DC : OEA ; 2013 (document AG/DEC.73 [XLIII-O/13] corr. 1) [consulté le 14 avril 2016]. p. 5-12. Disponible sur : http://www.oas.org/fr/centre_medias/communique_presse.asp?sCodigo=FR-010
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2013 (document CD52/INF/4) [consulté le 11 janvier 2016]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport sur les ressources de la santé publique pour traiter des problèmes liés à l'usage de substances psychoactives dans la Région des Amériques. 2015. En attente de publication.
12. Organización de los Estados Americanos. Informe Hemisférico. Informe de Evaluación sobre el Control de las Drogas 2015 [Internet]. Washington, DC : CICAD ; 2015 [consulté le 11 janvier 2016]. Disponible [en espagnol] sur : http://www.cicad.oas.org/mem/reports/6/Full_Eval/Informe_Hemisferico_MEM_-_6ta_Ronda_-_ESP.pdf

13. Organización de los Estados Americanos. Políticas Públicas de Drogas: Fichas País. CICAD [Internet]. Washington, DC : CICAD; 2014 [consulté le 4 mai 2016]. Disponible [en espagnol] sur :
http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/default_spa.asp

F. SITUATION DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

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

Antécédents

2. Les Centres panaméricains constituent depuis près de 60 ans une modalité importante de la coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Durant cette période, l'OPS a créé ou géré 13 centres¹ en a supprimé neuf et a transféré l'administration de l'un d'entre eux à ses propres Organes directeurs. Ce document présente des informations stratégiques mises à jour sur le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME) et le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA).²

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

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

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

Cadre institutionnel du BIREME

5. Le cadre institutionnel du BIREME a été établi par l'Accord d'entretien et de développement du Centre (« Accord d'entretien »), signé entre l'OPS/OMS et les

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

² Ici, il n'a pas été considéré nécessaire d'inclure des informations sur le Centre latinoaméricain de périnatalogie et de développement humain/Santé de la femme et santé génésique (CLAP/SMR) dans la mesure où aucun changement d'importance stratégique ne s'est produit depuis le dernier rapport.

ministères de la Santé et de l'Éducation du Brésil, le ministère de la santé de l'État de São Paulo et l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP) en 2004.³

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

7. L'accord d'entretien mentionné ci-dessus est arrivé à expiration le 1^{er} mars 2015.

Situation actuelle des cadres institutionnels

Accord d'installation et de fonctionnement

8. Le BSP continue de poursuivre ses négociations avec le gouvernement du Brésil en ce qui concerne le document de base cité en référence par le 49^e Conseil directeur dans sa résolution CD49.R5. Dans le même temps, afin de doter le BIREME d'un fondement juridique lui permettant de poursuivre ses opérations sur le territoire brésilien, le BSP a proposé un nouvel accord (*Termo de Cooperação*) directement avec le ministère de la Santé du Brésil et spécifiquement pour le BIREME. Le *Termo de Cooperação* reconnaît explicitement le statut juridique du BIREME comme partie intégrante de l'OPS, fonctionnant dans le cadre des accords de base de l'Organisation avec le gouvernement du Brésil. Le *Termo de Cooperação* garantit également les contributions financières nécessaires de la part du gouvernement du Brésil pour maintenir les activités du BIREME. Le *Termo de Cooperação* est actuellement en cours d'examen par le Gouvernement du Brésil.

9. Un plan de contingence pour le BIREME est en place durant cette période de transition afin de garantir la continuité de son fonctionnement optimal.

10. Après avoir été logé pendant près de 40 ans sur le campus de l'UNIFESP, selon les termes de l'Accord d'entretien, l'Université a notifié l'OPS qu'elle allait rénover ses installations et que le BIREME ne pouvait plus maintenir son siège sur le campus. Par conséquent et après une recherche et une analyse approfondies des options disponibles pour son siège, le BIREME a déménagé dans des locaux loués dans la ville de São Paulo. Des travaux de rénovation des nouvelles installations ont été nécessaires, avant le déménagement qui s'est déroulé le 1^{er} avril 2016.

Dotation en personnel

11. À la fin de 2015, 17 employés qui avaient été désignés pour travailler au BIREME par l'UNIFESP sont retournés à l'Université.

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

12. Au cours du premier trimestre de 2016, 19 employés locaux ont pris leur retraite ou leur retraite anticipée conformément à la loi brésilienne. Ces personnes n'ont pas été remplacées.

13. Le processus de sélection pour le poste de Directeur du BIREME a été finalisé et le nouveau Directeur a assumé ses fonctions le 1^{er} août 2016.

Défis à court terme pour BIREME

14. Parmi les défis à relever prochainement par BIREME ont trouve les suivants :

- a) parachever et rendre opérationnel le *Termo de Cooperação* avec le ministère de la Santé du Brésil ;
- b) réorganiser le BIREME d'un point de vue structurel et fonctionnel pour correspondre aux besoins du programme de travail biennal 2016-2017 du BIREME ;
- c) programmer les réunions du Comité scientifique et consultatif pour 2016 du Centre.

Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

15. PANAFTOSA est le centre de l'OPS situé dans l'État brésilien de Rio de Janeiro. Il a été créé en 1951 conformément à un accord souscrit entre le gouvernement du Brésil et l'OPS. Son objectif initial était d'exécuter le programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse. En 1998, la référence zoonotique et les activités de recherche et de coopération technique ont été transférées de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ) au PANAFTOSA. Avec la fermeture de l'INPPAZ en 2005, les activités de coopération technique en matière de sécurité alimentaire ont été transférées au PANAFTOSA.

Progrès récents au PANAFTOSA

16. La 17^e réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA 17, selon son sigle en espagnol) a été accueillie par le gouvernement du Paraguay à Asunción les 21 et 22 juillet 2016. Elle avait pour thème « Une seule santé et les objectifs de développement durable. » Le thème mettait en avant le lien entre la santé animale et la santé publique et sa contribution au développement durable, ainsi que le besoin d'une bonne gouvernance et d'un engagement à long terme entre tous les secteurs et les acteurs afin de promouvoir et d'améliorer la santé des peuples des Amériques, aujourd'hui et pour les générations futures.

17. RIMSA est une importante réunion régionale des ministères de l'Agriculture et de la Santé de tous les États Membres de l'OPS où les participants abordent des problèmes, proposent des actions et coordonnent une approche unifiée pour aborder les problèmes de

santé animale/santé humaine. Par le biais de RIMSA, l'OPS reçoit un soutien politique pour sa coopération technique en matière de santé publique vétérinaire dans les domaines de la sûreté alimentaire, de l'éradication de la fièvre aphteuse dans les Amériques et de la prévention et du contrôle des maladies zoonotiques. En outre, RIMSA appuie et énonce les questions liées à l'interface santé animale/santé humaine, ce qui est crucial pour la prévention des maladies infectieuses émergentes et négligées, ainsi que le confinement et la réduction de l'impact de la résistance antimicrobienne. Cette réunion multisectorielle a pour but de générer un soutien de haut niveau à l'exécution des plans et des projets de l'OPS liés aux domaines thématiques apparentés à la santé, tel qu'approuvés par les Organes directeurs de l'OPS.

18. Ont participé à RIMSA 17, des délégués des ministères de la Santé et de l'Agriculture de 30 pays, ainsi que de nombreux représentants d'organisations internationales et régionales, d'université, d'organisations non gouvernementales et du secteur privé. Leur présence a envoyé un message clair sur l'importance de l'action intersectorielle pour aborder les défis de la santé et de ses déterminants, conformément au concept d'Une seule santé.

19. RIMSA 17 a mis en relief les défis auxquels se heurtent les pays pour atteindre la couverture sanitaire universelle et assurer la sûreté alimentaire en tant que priorité pour la santé publique et la sécurité alimentaire, en prenant également en considération le rôle crucial de la Région des Amériques pour assurer la sécurité alimentaire de la population mondiale. Les autorités de la santé et de l'agriculture ont convenu d'établir et/ou de renforcer les mécanismes de gouvernance intersectorielle et les plateformes pour coordonner les actions régulières pour la gestion des zoonoses et pour le développement et/ou le renforcement des mécanismes d'alerte précoce et de réponse rapide aux menaces de zoonoses émergentes et réémergentes. À cet égard, RIMSA 17 a demandé à l'OPS de fournir la coopération technique pour le renforcement de systèmes intégrés destinés à la surveillance, la prévention, la lutte et l'élimination de maladies zoonotiques endémiques et émergentes et réémergentes, conformément à l'approche Une seule santé.

20. En ce qui concerne la sûreté alimentaire, RIMSA 17 a exhorté les gouvernements à : *a)* renforcer et développer des programmes de sûreté alimentaire fondés sur l'approche « de la ferme à la table » en santé et en agriculture et *b)* incorporer d'autres secteurs tels que l'environnement, le tourisme et l'industrie, avec la participation active des organisations non gouvernementales, du secteur privé et des consommateurs.

21. En outre, RIMSA 17 a demandé à l'OPS de mettre à jour et de présenter au Conseil directeur une stratégie et un plan d'action pour la sûreté alimentaire afin d'aider les pays dans la modernisation des systèmes de contrôle alimentaire en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

22. Concernant la résistance antimicrobienne, RIMSA 17 a souligné qu'elle constitue une menace pour la santé publique et la santé animale et que son confinement nécessite la coopération des secteurs de la santé et de l'agriculture, y compris le secteur privé. De

plus RIMS A 17 a exhorté les gouvernements à formuler des plans d'action nationaux pour lutter contre la résistance antimicrobienne, harmonisés sur le Plan d'action mondial de l'OMS. Ces plans devraient être fondés sur des interventions multisectorielles, s'appuyant sur les secteurs public et privé ainsi que des mécanismes intégrés de surveillance, et devraient encourager l'usage rationnel et approprié des antimicrobiens dans les domaines de la santé et de l'agriculture par le biais de l'approche Une seule santé.

23. Les ministères de la Santé et de l'Agriculture étaient d'accord sur le fait que la coopération technique et l'action intersectorielle étaient essentielles à cette fin, et ont demandé à l'OPS de diriger et d'apporter un soutien prioritaire aux initiatives nationales qui bénéficient de l'approche Une seule santé, liées aux objectifs et aux cibles du programme de développement durable 2030. RIMS A 17 a également demandé aux organismes de coopération internationale dans les domaines de la santé publique, de la santé animale et de l'environnement de consolider et renforcer la coordination de leur coopération technique aux pays dans le cadre d'Une seule santé, et de formaliser une initiative menant à une stratégie et un plan d'action intégré approuvés par les pays de la Région.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

24. Le Conseil directeur est invité à prendre note du présent rapport de situation et à formuler les recommandations qu'il jugera appropriées.
