



53^e CONSEIL DIRECTEUR

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

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

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CD53/3
18 août 2014
Original: anglais

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

L'innovation au bénéfice de la santé

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Avant-propos	4
Introduction	5
Chapitre I. Maladies transmissibles	6
Chapitre II. Maladies non transmissibles et facteurs de risque	13
Chapitre III. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie	21
Chapitre IV. Systèmes de santé	25
Chapitre V. Préparation, surveillance et intervention	30
Chapitre VI. Services institutionnels/fonctions essentielles	33
Conclusion	38
Acronymes et abréviations	39

Aux États Membres :

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel 2013-2014 sur les accomplissements du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé. Ce rapport présente les principaux accomplissements de la coopération technique dans le cadre des Plans stratégiques de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2008-2013 et 2014-2019, définis par ses Organes directeurs.

Dr Carissa F. Etienne
Directrice

Avant-propos

Le présent rapport annuel porte sur l'année qui s'est écoulée depuis que les États Membres m'ont confié la direction de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et de son secrétariat, le Bureau sanitaire panaméricain (BSP ou Bureau). Il présente les principaux accomplissements de l'Organisation au cours de cette période, pendant laquelle nous avons cherché à mettre à profit la solide histoire de l'OPS en apportant des solutions pratiques mais innovantes aux défis de santé publique auxquels est confrontée la Région. C'est dans cette optique que nous avons choisi le thème du rapport, *L'innovation au bénéfice de la santé*, reflétant l'action de l'OPS en tant que courtier du savoir et de catalyseur pour le changement.

J'ai passé une grande partie de cette première année à vous écouter, États Membres de l'OMS, partenaires et parties prenantes. La richesse de cet échange m'a permis de savoir plus précisément comment positionner cette formidable Organisation à l'avenir.

Conformément à l'engagement que j'ai pris lors de mon discours d'inauguration de défendre l'objectif d'accès universel à la santé, j'ai saisi chaque occasion, y compris lors de visites officielles dans onze États Membres, pour plaider vivement, aux plus hauts niveaux des gouvernements, pour que cet important thème de santé publique fasse l'objet d'une attention particulière et d'une volonté politique. J'ai également défendu avec force le changement et les améliorations dans les domaines suivants : santé maternelle et infantile, maladies chronique, objectifs de développement durables et de l'après 2015 et ressources humaines en santé.

En matière de gestion, l'année qui s'est écoulée a été à la fois prenante et gratifiante. Nous avons restructuré le Bureau pour améliorer la prestation des services à nos États Membres. Nous avons élaboré le nouveau Plan stratégique 2014-2019 et commencé sa mise en œuvre et nous avons accueilli au sein de notre équipe de direction deux nouveaux membres du personnel, le Sous-directeur et le Directeur de l'Administration.

Ce document est intitulé « Rapport annuel du Directeur », mais il s'agit en fait d'un rapport sur notre action commune pour améliorer la santé dans les Amériques. Les accomplissements mentionnés ici sont le résultat d'efforts conjoints avec les autorités sanitaires nationales et de nombreux autres partenaires. Je saisis donc cette occasion pour remercier sincèrement nos États Membres et tous nos partenaires pour leur engagement à l'égard de l'Organisation ainsi que notre personnel pour son dévouement indéfectible et son travail ardu. Je me réjouis à l'idée de travailler avec chacun d'entre vous au cours de l'année à venir pour promouvoir la santé, le développement durable et l'équité dans l'ensemble de notre Région.

Carissa F. Etienne
Directrice du Bureau sanitaire panaméricain

Introduction

Les pages qui suivent présentent les points essentiels des principales innovations stratégiques du BSP en matière d'initiatives de coopération technique et de gestion, mises en œuvre entre la mi-2013 et la mi-2014, afin de renforcer l'efficacité de l'Organisation et améliorer la santé publique dans les États Membres de l'OPS. Ces points essentiels sont présentés pour chacune des six catégories du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 : 1) maladies transmissibles, 2) maladies non transmissibles et facteurs de risque, 3) déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie, 4) systèmes de santé, 5) préparation, surveillance et intervention et 6) services institutionnels/fonctions essentielles. Le rapport porte également sur certains défis importants que doivent relever le BSP et les États Membres pour veiller à la poursuite des progrès en matière de santé dans la Région ainsi qu'à la pérennité et aux succès futurs de l'OPS en tant qu'organisation.

Des détails supplémentaires sur les vastes programmes de coopération technique de l'Organisation et leurs résultats se trouvent dans le Rapport final sur le plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et évaluation en fin de période biennale du programme et budget 2012-2013, document officiel 348.

Chapitre I. Maladies transmissibles

Lancement du Traitement 2.0 contre le VIH

1. Le BSP a progressé dans le lancement du Traitement 2.0 contre le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes pendant la période 2013-2014, grâce à une étroite collaboration avec les gouvernements, les bailleurs des fonds, la société civile et d'autres partenaires pour définir la nouvelle génération de programmes de traitement du VIH du point de vue de la santé publique.
2. Ce nouveau cadre de Traitement 2.0 vise à optimiser l'utilisation de médicaments antirétroviraux, améliorer l'accès aux diagnostics sur les lieux de soins, adapter les modèles de prestations de services et mobiliser la communauté pour qu'elle participe à l'amélioration de l'efficacité du traitement et des soins du VIH. Afin de favoriser le lancement du cadre, le BSP a organisé une série de missions Traitement 2.0, en utilisant un dialogue structuré pour regrouper les perspectives techniques, programmatiques et financières dans le but d'identifier et de combattre les obstacles à l'expansion et à la durabilité des programmes de traitements antirétroviraux (TAR).
3. Durant la période couverte par le rapport, six pays (Argentine, Guatemala, Nicaragua, Panama, Paraguay et Uruguay) ont mené des missions de Traitement 2.0, portant le nombre total de missions à 12 à ce jour, trois autres étant prévues en 2014. Supervisées par les programmes de lutte contre le sida, ces missions regroupaient des représentants de programmes de lutte contre la tuberculose, de services financement et planification, d'organismes de réglementation, de la société civile et de la communauté scientifique. Des experts du BSP sur le VIH, la tuberculose, les médicaments et technologies et le Fonds stratégique de l'OPS ont également participé, ainsi que des partenaires multilatéraux, dont l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
4. Ces missions ont obtenu des résultats tangibles, notamment la mise à jour de directives thérapeutiques conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une utilisation optimisée du TAR, des plans pour réduire le nombre de schémas thérapeutiques, l'achat de médicaments antirétroviraux et autres produits par le biais du Fonds stratégique de l'OPS et un engagement accru auprès de la société civile et des organisations de patients. Cette approche innovante de la collaboration et de l'engagement avec un plus large groupe de parties prenantes multisectorielles a renforcé le leadership et la visibilité de l'OPS ; ainsi, l'Organisation est aujourd'hui reconnue comme un partenaire de coopération technique essentiel dont les missions de Traitement 2.0 permettent aux pays d'être à jour dans leur approche en matière de VIH lorsqu'ils élaborent les nouvelles propositions pour le Fonds mondial.
5. Les données disponibles indiquent qu'en 2013 dix-sept des 25 pays avaient adopté le traitement de première intention préférentiel recommandé par l'OMS. Les premiers chiffres indiquent une augmentation régulière du nombre de personnes sous le

schéma à privilégier. Selon les estimations, 48 % des personnes vivant avec le VIH et répondant aux critères recevaient le TAR (selon les nouvelles directives 2013 de l'OMS).

Lutte contre la tuberculose dans les grandes villes

6. La tuberculose reste l'un des plus importants problèmes de santé publique en Amérique latine et dans les Caraïbes et touche principalement les populations les plus défavorisées. Les données nationales de plusieurs pays indiquent une concentration de tuberculose dans les grandes villes, où l'urbanisation accélérée a donné naissance à des bidonvilles dont les habitants sont très vulnérables à la maladie.

7. Pour répondre à ce défi, l'Organisation a élaboré un cadre novateur pour la maîtrise de la tuberculose dans les grandes villes qui vise à impliquer les autorités nationales et locales dans la lutte contre la maladie et prévoit des approches intersectorielles, une attention aux déterminants sociaux de la santé et une protection sociale pour les patients atteints de tuberculose et leurs familles. L'initiative est expérimentée dans trois villes : Bogotá (Colombie), Guarulhos (Brésil) et Lima (Pérou). Les interventions en cours comprennent notamment :

- la participation de multiples prestataires de services de santé aux activités de lutte contre la tuberculose, y compris les prestataires privés et publics, les pharmacies, les praticiens de médecine traditionnelle et le système pénal,
- l'intégration d'autres acteurs sociaux dans les activités de lutte, avec notamment une formation pour les agents de santé communautaires, des tables rondes et un soutien social aux familles et
- des approches intégrées au niveau des soins primaires avec les programmes tels que ceux sur le diabète, la santé mentale, le VIH/sida, la problématique hommes-femmes, la diversité culturelle.

8. La mise en œuvre du Cadre a suscité un solide engagement politique et une participation active de la part des autorités des différents secteurs, y compris les décideurs locaux et nationaux, les maires des villes, la société civile et le secteur privé. La tuberculose est une priorité dans la planification des municipalités de Guarulhos dans l'État de São Paulo, Agostino et San Juan de Lurigancho à Lima et Uribe à Bogotá. Cet engagement s'est traduit pour la première fois en allocations de fonds municipaux pour la lutte contre la tuberculose, ce qui constitue un élément encourageant. De nouvelles données sont attendues dans les prochains mois sur le nombre de cas supplémentaires détectés et guéris, ainsi que sur l'impact sur la mortalité et les déterminants de la santé. Il est prévu d'étendre à d'autres villes de la Région la mise en œuvre de cette nouvelle approche de notre coopération technique en matière de prévention et de maîtrise de la tuberculose.

Intervention intégrée pour les géohelminthiases

9. Le BSP a combiné son expertise technique en maladies tropicales négligées et maladies évitables par la vaccination pour soutenir les efforts visant à intégrer l'administration de vermifuges pour la géohelminthiase dans les activités de vaccination menées lors de la Semaine de la vaccination aux Amériques. Il a apporté un financement initial et des conseils techniques pour aider les pays à lancer des campagnes intégrées, incluant la surveillance et l'évaluation. Suite à ces efforts, le Honduras a mis en œuvre sa première campagne nationale pour vermifuger et vacciner les enfants, atteignant près de 800 000 enfants de moins de 5 ans, tandis que le Nicaragua a intégré un nouveau composant pour un suivi rapide de la couverture dans sa campagne nationale pour l'administration de vermifuges et la vaccination, ciblant 345 000 enfants de moins de 5 ans.

10. Le nombre de pays ayant intégré le vermifuge dans les activités de la Semaine de la vaccination a augmenté, passant de trois pays (Haïti, Mexique et Nicaragua) ayant vermifugé 4,6 millions d'enfants d'âge pré-scolaire en 2010 à six pays (Belize, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua et République dominicaine,) qui ont vermifugé 6,3 millions d'enfants en 2013. Il est prévu d'élargir encore cette intervention innovante.

Innovations pour l'onchocercose, le trachome et la maladie de Chagas

11. Avec la coopération technique du BSP, la Colombie est devenue en 2013 le premier pays au monde à être déclaré exempt d'onchocercose par l'OMS. La Colombie a lancé une nouvelle campagne pour une chirurgie visant à corriger le trichiasis trachomateux (retournement des cils vers l'intérieur de la paupière dû au trachome) afin de prévenir la cécité et d'accélérer l'élimination du trachome. En outre, pendant la période couverte par le rapport, l'Équateur a demandé à l'OMS et à l'OPS de commencer le processus de vérification en vue d'être certifié exempt d'onchocercose. À cet égard, une équipe de vérification internationale s'est rendue dans le pays et a recommandé au Directeur général de l'OMS de certifier l'Équateur exempt d'onchocercose.

12. Dans la lutte contre la maladie de Chagas, le BSP a dirigé des initiatives de coopération Sud-Sud infrarégionales ¹ pour promouvoir les mesures de lutte antivectorielle, le dépistage universel des donneurs dans les banques de sang et l'amélioration de la qualité et de la couverture des soins médicaux. Ces efforts ont permis à 17 pays de certifier l'interruption de la transmission du principal vecteur de la maladie dans l'ensemble du territoire ou dans des zones géographiques spécifiques en 2013, atteignant ainsi un objectif fixé au niveau régional.

¹ Initiative infrarégionale du Cône australe pour l'élimination de *Triatoma infestans* et l'interruption de la transmission transfusionnelle de la trypanosomiase américaine (INCOSUR/Chagas), Initiative des pays d'Amérique centrale et du Mexique pour le contrôle de la transmission vectorielle et transfusionnelle et les soins médicaux de la maladie de Chagas (IPCAM), Initiative des pays andins pour le contrôle de la transmission vectorielle et transfusionnelle et les soins médicaux de la maladie de Chagas (IPA) et Initiative des pays amazoniens pour la prévention et le contrôle de la maladie de Chagas (AMCHA).

Défendre les progrès contre le paludisme

13. Selon les données préliminaires recueillies auprès des 21 pays d'endémie dans la Région, 427 035 cas de paludisme ont été signalés en 2013, ce qui représente une baisse de 64 % par rapport à 2000. Treize de ces pays ont indiqué une baisse de plus de 75 %, ce qui signifie que l'objectif du Millénaire pour le développement lié au paludisme pour 2015 a été atteint. Une augmentation du nombre de cas a toutefois été notifiée au Guyana, au Venezuela et en Haïti. Sept pays de la Région (Argentine, Belize, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Mexique et Paraguay) sont entrés dans la phase de pré-élimination. En outre, en 2013, tous les pays d'Amérique centrale ainsi que l'île d'Hispaniola se sont engagés à éliminer le paludisme de leur territoire d'ici 2020. Le BSP a soutenu le développement d'un concept pour l'élimination du paludisme en Més-Amérique et dans l'île d'Hispaniola, dans le cadre duquel neuf pays (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua, Panama et République dominicaine) bénéficieront d'un financement initial pour accélérer l'élimination de la maladie. Le BSP a joué un rôle essentiel en matière de coordination entre les différentes parties prenantes et en garantissant la qualité technique de la proposition finale.

14. Le Brésil, le Guyana, la Guyane française, le Suriname et le Venezuela ont en commun la zone géologique du Plateau des Guyanes sur la côte nord de l'Amérique du Sud. Dans cette région, connue pour ses réserves d'or, l'exploitation minière est une source d'emplois importante qui génère des mouvements transfrontaliers favorisant la transmission du paludisme, avec un accès limité aux services de santé. Suite à l'incidence accrue de paludisme au Guyana et au Venezuela, l'OPS a renforcé sa coopération technique dans le plateau et travaille en étroite coopération avec l'Institut Pasteur en Guyane française, qui a été nommé Centre collaborateur de l'OMS pour le paludisme. Suite aux suspicions de baisse d'efficacité du médicament antipaludique artémisinine signalées au Guyana et au Suriname, des essais sur l'efficacité sont en cours et une stratégie et un plan pour la prévention, le confinement et l'élimination de l'émergence potentielle de la résistance sont en phase d'élaboration.

15. Lors de la Journée contre le paludisme dans les Amériques le 6 novembre 2013, l'Organisation a mis à l'honneur trois Champions des Amériques de la lutte contre le paludisme pour les efforts innovants qui ont largement contribué à surmonter les problèmes de la maladie au niveau national. Tout d'abord, le projet contre le paludisme de la Colombie pour avoir amélioré la santé dans une région très indigène et avoir créé des capacités locales durables en matière de prévention et lutte contre la maladie en formant des agents de santé locaux. Ensuite, le centre national de lutte contre les maladies tropicales de la République dominicaine pour, notamment, son utilisation innovante de la technologie dans la prise en charge des cas individuels de paludisme, son étroite collaboration avec les parties prenantes à la fois dans le secteur de la santé et les autres secteurs (tourisme, agriculture, construction) et la gestion intégrée des vecteurs qui contribue également à la maîtrise de la dengue et l'élimination de la filariose lymphatique. Et enfin, le Secrétariat de la Santé de l'État d'Acre, au Brésil, pour son leadership en matière de diminution du paludisme et ses efforts innovants pour résoudre d'autres

problèmes de santé, notamment la filariose lymphatique et la maladie de Chagas. Le concours des Champions des Amériques de la lutte contre le paludisme est une initiative du BSP en coordination avec la Fondation de l'OPS, l'Université George Washington et la Hopkins University Bloomberg School of Public Health.

Promouvoir l'élimination du choléra sur l'île d'Hispaniola

16. Le BSP soutient la maîtrise et l'élimination du choléra en Haïti et en République dominicaine depuis le début de l'épidémie en 2010. Au cours de la période couverte par le rapport, ce soutien s'est traduit notamment par une coopération technique directe par le biais des Bureaux des Représentants de l'OPS/OMS dans les deux pays ainsi que la mobilisation de ressources et une assistance technique supplémentaire par le biais de la coalition régionale pour l'eau et l'assainissement en vue d'éliminer le choléra dans l'île d'Hispaniola, dont le BSP assume le rôle de secrétariat.

17. Les efforts visant à l'élimination de l'épidémie de choléra en Haïti et en République dominicaine donnent de bons résultats. Le nombre de cas de cholera signalés en Haïti est passé de 352 033 en 2011 à 58 809 en 2013, ce qui représente une baisse de 83 %. Les tendances en matière de morbidité indiquent que la baisse se poursuit en 2014, avec seulement 6 513 cas signalés au cours des six premiers mois de l'année. Grâce à un meilleur dépistage et un traitement rapide, le nombre de décès dus au choléra est passé de 16,7 % en 2011 à moins d'1 % en 2013. De même, en République dominicaine, l'épidémie de choléra a nettement baissé, passant de 20 840 cas signalés en 2013 à seulement 178 cas au cours du premier semestre 2014.

18. En 2014, l'Organisation a poursuivi son engagement pour apporter le meilleur soutien technique à Haïti et à la République dominicaine. Elle a fourni des services de coopération technique pour une campagne de vaccination contre le choléra dans six communes d'Haïti considérées à haut risque et pour une campagne d'assainissement total lancée par le gouvernement haïtien et le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki Moon, dans plusieurs communes. Selon les estimations, environ 200 000 personnes seront vaccinées contre le choléra, tandis que la campagne pour l'assainissement touchera au moins 700 000 foyers. En avril, l'Organisation s'est associée à l'UNICEF pour organiser une réunion de spécialistes mondiaux du choléra et de responsables du Ministère de la Santé publique et la population d'Haïti (MSPP) et de la Direction nationale de l'eau et de l'assainissement (DINEPA). Les discussions techniques ont permis de conclure que l'élimination du choléra serait probablement une réalité dans 10 ans et qu'il était essentiel d'augmenter les investissements pour étendre le taux de couverture d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les zones urbaines et rurales.

Technologie mobile pour surveiller la qualité de l'eau

19. L'Organisation a facilité le transfert de technologie d'un système innovant de surveillance de la qualité de l'eau appelé SIS-KLOR (Système de surveillance de chlore résiduel) entre Haïti et la République dominicaine. Le système utilise les SMS (*Short*

Message Service) pour transmettre en temps réel les informations collectées par les équipes chargées de prélever et d'évaluer les échantillons d'eau. Le Bureau du Représentant de l'OPS/OMS en République dominicaine a collaboré avec le Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale et l'Institut national de l'eau potable et du système d'évacuation des eaux usées pour adapter le système aux besoins du pays en informations rapides sur l'état d'avancement de la désinfection de l'eau dans les zones urbaines et rurales. Le système SIS-KLOR est une technologie mobile peu coûteuse qui peut être utilisé dans des régions éloignées et difficiles d'accès ; c'est l'une des innovations nées de la riposte au séisme d'Haïti de 2010, grâce à des partenariats entre le BSP et la DINEPA, le ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle, l'UNICEF et les organisations non gouvernementales.

Surveillance basée sur les risques pour la fièvre aphteuse

20. L'absence de cas cliniques au cours des deux dernières années témoigne du succès du programme continental pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA) dans les Amériques. Toutefois, la survenue d'une forte flambée au Paraguay en 2011 a montré que le risque de circulation du virus persistait dans Région et qu'il était essentiel de renforcer les programmes nationaux pour garantir une détection rapide de tout virus circulant.

21. Le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) à Rio de Janeiro (Brésil) relève ce défi par l'élaboration, le test sur le terrain et la promotion de stratégies de surveillance basées sur les risques visant à accroître le seuil de détection pour la fièvre aphteuse tout en garantissant une utilisation rationnelle des ressources. Les stratégies innovantes basées sur les risques, qui ciblent également la grippe, sont devenus des outils importants qui aident les pays à prendre des décisions en matière de gestion des risques pour la santé publique à l'interface entre la santé humaine, la santé animale et la salubrité de l'environnement. En renforçant les capacités des pays à détecter et notifier rapidement les risques de santé publique, ces nouveaux outils contribuent également à renforcer les principales capacités pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).

22. Afin de garantir un soutien continu aux efforts d'éradication de la fièvre aphteuse, y compris la coordination du Plan d'action du PHEFA, 2011-2020, l'Organisation a créé un fonds d'affectation spéciale comme mécanisme de financement supplémentaire.

Nouveaux outils de calcul des coûts pour la vaccination

23. Le Programme élargi de vaccination (PEV) est l'un des plus grands succès panaméricains de santé publique de la Région. Ce programme, qui fournissait dans les premières années des vaccins contre six maladies infantiles en compte désormais 14. Toutefois, face à l'augmentation des populations cibles ainsi que des coûts associés à l'introduction de nouveaux vaccins plus onéreux, il convient d'être plus attentif au rapport coût-efficacité lors de l'élaboration des plans d'action annuels. Pour répondre à ce besoin, l'Organisation a supervisé en 2013 une initiative pour réviser le Modèle de plan d'action

du PEV mis en place dans les années 1970, dans le but de garantir l'uniformité en matière de notification et d'élaborer une méthode plus rigoureuse pour définir des budgets par une évaluation régulière des coûts des programmes de vaccination systématique. Les États Membres en avait fait une priorité en raison des préoccupations liées à la viabilité des programmes, et de la nécessité de prouver une utilisation rationnelle des ressources afin de renforcer la mobilisation des ressources. L'Organisation a donc lancé un outil complémentaire au Modèle de plan d'action du PEV appelé COSTVAC, qui aide les équipes du PEV à collecter des données sur les coûts de la vaccination à tous les niveaux des programmes et permet d'estimer le coût global de la vaccination pour une année afin d'établir des budgets plus précis.

24. COSTVAC et le modèle de plan d'action du PEV révisé ont tous deux été testés et utilisés au niveau national, avec des retours positifs. Tous les pays ont reçu le modèle actualisé pour faciliter la planification en 2014. Le Honduras est l'un des premiers pays au monde à avoir réalisé une analyse complète des coûts de la vaccination systématique à l'aide de COSTVAC, et les résultats obtenus ont été essentiels pour élaborer des plans de viabilité avant le retrait du pays du financement de l'Alliance GAVI. Le Brésil met actuellement en œuvre COSTVAC et d'autres pays, dont le Guyana et le Pérou, ont demandé un soutien pour introduire ces nouveaux outils actualisés.

Utilisation des TIC pour la vaccination

25. Afin de garantir un bon rapport coût-efficacité des programmes de vaccination, des informations rapides et de qualité ainsi qu'une analyse systématique des données pour éclairer la prise de décision fondée sur des données probantes sont nécessaires. La coopération technique du BSP avec les États Membres dans ce domaine se traduit notamment par des conseils sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC). Les États Membres commencent à mettre en œuvre des innovations telles que des tableaux de bord de gestion et des registres électroniques de vaccination, qui permettent d'améliorer la surveillance de la couverture vaccinale. Pour faciliter et améliorer l'utilisation de ces registres, il est important de veiller à ce que les registres électroniques de vaccination soient élaborés dans le contexte des stratégies nationales de cybersanté, soient interopérables avec d'autres systèmes d'informations sanitaires, y compris les registres des naissances, et soient correctement mis en œuvre, évalués et financés.

Chapitre II. Maladies non transmissibles et facteurs de risque

Approches intégrées concernant les MNT et les facteurs de risque

26. Les maladies non transmissibles (MNT) constituent la principale cause de morbidité et de décès dans les Amériques ; elles sont responsables de trois décès sur quatre, plus d'un tiers de ces décès touchant les personnes âgées de 30 à 69 ans. Avec la coopération technique du BSP, les pays de la Région élaborent et mettent en œuvre des politiques et programmes qui utilisent des approches intégrées et complètes pour prévenir et combattre les MNT et leurs facteurs de risque. Suite à l'adoption en 2013 du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, l'OPS a lancé son Plan d'action régional pour la lutte contre les maladies non transmissibles, 2013-2019, qui est adapté aux besoins de la Région et donne une orientation pour la coopération technique sur les MNT à moyen terme.

27. Sur la base des cadres mondiaux et régionaux, plusieurs pays ont récemment révisé leurs plans nationaux pour les MNT avec le soutien du BSP. En 2013, le Belize, le Costa Rica, l'Équateur et le Paraguay ont révisé leurs plans nationaux et organisé des discussions avec les ONG et le secteur privé afin de fixer des objectifs nationaux. Au Costa Rica, où en 2011 50 % de la population était déclarée comme physiquement inactive, 36 % en surpoids et 26 % obèses, le ministère de la Santé a élaboré une stratégie nationale pour la lutte contre les maladies non transmissibles et les facteurs de risque, 2013-2021 et un plan d'action national correspondant. Le Bureau fournit également des conseils techniques et juridiques pour aider le pays à définir son cadre réglementaire et créer des conditions favorables pour la mise en œuvre du plan. Cela consiste notamment à susciter l'engagement auprès des institutions et secteurs divers, en particulier l'éducation et le secteur privé, et les impliquer dans les initiatives pour promouvoir un mode de vie sain, améliorer les soins pour les MNT et réglementer la commercialisation des aliments.

28. Afin de réduire l'épidémie d'obésité chez l'enfant et l'adulte, les pays ont également élargi leurs efforts en introduisant des lois ou réglementations relatives à l'alimentation saine. À cet égard, une loi visant à réduire la consommation chez les enfants d'aliments transformés a été introduite au Brésil, au Chili, en Colombie, au Costa Rica et au Pérou.

Projet mondial de traitement normalisé de l'hypertension

29. Le BSP et les Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) américains, en collaboration avec d'autres parties prenantes, ont supervisé le projet mondial de traitement normalisé de l'hypertension (*Global Standardized Hypertension Treatment Project*), initiative innovante visant à élaborer et mettre en œuvre un cadre pour le traitement normalisé de l'hypertension. L'initiative comprend trois grands piliers : a) l'identification d'un groupe restreint de médicaments essentiels pour lutter contre l'hypertension, b) la disponibilité accrue de ces médicaments

et c) l'amélioration des soins de l'hypertension. Le Bureau a participé à la conception du projet et a établi des alliances avec les parties prenantes et les ministères de la Santé pour promouvoir sa mise en œuvre. En outre, certains médicaments ont été ajoutés à la liste des produits pouvant être achetés par le biais du Fonds stratégique de l'OPS. Les enseignements tirés de la mise en œuvre du cadre dans les Amériques permettront de faciliter son application dans le monde entier.

Vieillesse et maladies chroniques

30. Le nombre d'adultes de plus de 60 ans dans les Amériques devrait doubler entre 2006 et 2020, passant de 100 à 200 millions. L'augmentation correspondante des maladies non transmissibles chroniques et des besoins en soins mettra à rude épreuve à la fois les systèmes et les familles. Afin de faire face à ce défi, l'OPS travaille avec ses partenaires pour mettre en œuvre le programme d'auto-prise en charge des maladies chroniques dans ses États Membres. Le programme consiste en ateliers communautaires dirigés par les pairs qui donnent aux plus âgés les moyens de prendre en charge leur maladie chronique, en coordination avec les équipes de soins et de rester des membres actifs de la société. Les données des pays pilotes indiquent que les participants à ces programmes améliorent leur état de santé, leur comportement sanitaire et les soins autoadministrés, et se rendent moins souvent aux urgences. L'Argentine, le Chili, le Paraguay et la République dominicaine utilisent actuellement le modèle de soins des maladies chroniques au niveau national pour améliorer la qualité des soins de ces maladies, tandis qu'une formation nationale des professionnels de santé sur la prise en charge des maladies chroniques a été dispensée en Argentine, au Brésil, au Chili et en Colombie. L'Organisation prévoit d'étendre peu à peu la mise en œuvre du programme en commençant par 600 ateliers communautaires dans sept pays, sur une période de 18 mois.

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

31. Bien qu'il soit facilement évitable, le cancer du col de l'utérus reste l'un des principaux cancers des femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le BSP soutient l'application d'une nouvelle technologie, le test ADN du virus du papillome humain (VPH) pour améliorer l'efficacité des programmes de dépistage.

32. Fin 2013, l'OPS et l'OMS ont publié de nouvelles lignes directrices fondées sur des données factuelles concernant le dépistage du cancer de l'utérus, qui prévoyaient l'utilisation des tests ADN du VPH comme principal outil de dépistage. Le Bureau a ensuite organisé une série de dialogues politiques entre différentes parties prenantes au Costa Rica, en Équateur, au Guatemala, au Nicaragua et au Salvador pour communiquer les nouvelles données et discuter des changements politiques. Cela a débouché sur l'élaboration et le lancement, avec l'aide du BSP, de politiques et plans nationaux soutenant les programmes de dépistages fondés sur le test ADN du VPH. Le Bureau supervise également un projet de démonstration sur le test ADN du VPH à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Saint-Kitts-et-Nevis et prépare un guide sur la planification, la mise

en œuvre et l'évaluation des programmes fondés sur les nouvelles technologies, avec un accent sur les expériences dans les cadres à revenus faibles et intermédiaires.

33. Le BSP a également contribué à une série d'événements pour échanger les informations scientifiques et les expériences des pays, y compris une réunion régionale avec les parties prenantes de 20 pays et six organisations internationales, et un dialogue secteurs privé-public avec les fabricants de tests ADN du VPH sur la façon de rendre les tests plus abordables et plus accessibles. Suite à ce dialogue, le Bureau travaille à établir des critères et des normes pour inclure les tests du VPH dans le Fonds stratégique de l'OPS, afin de permettre aux États Membres d'acheter ces tests à des prix abordables.

34. Le passage à de nouvelles technologies présentera certaines difficultés, telles la modification des pratiques des prestataires de santé, qui devront passer d'un mode de dépistage bien établi à un schéma différent dans lequel les femmes sont dépistées à un âge plus avancé, moins souvent et selon une méthode différente. Le processus impliquera également une modification des rôles et fonctions des cytologistes et cytotechniciens, dont les carrières et formations reposent sur les modes de dépistage traditionnels, à l'aide du test Pap. L'intégration de nouvelles technologies entraînera de nouveaux coûts, mais une fois en place, les tests du VPH seront plus rentables que le dépistage traditionnel. Au fur et à mesure que les pays progresseront avec le test du VPH, le Bureau devra promouvoir l'utilisation des données dans la prise de décision, contribuer à l'adaptation des pratiques des prestataires et identifier des moyens de réduire les coûts.

Vers la réduction des facteurs de risque pour les MNT

35. Le BSP a soutenu les actions des États Membres pour réduire le nombre de décès liés aux MNT dans le cadre de la Stratégie régionale pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, 2012-2015, qui établit quatre objectifs stratégiques, à savoir politiques et partenariats, facteurs de risques et facteurs de protection, réponse du système de santé et surveillance et recherche. La majeure partie de ce travail a été axée sur la réduction des quatre principaux facteurs de risques pour les MNT : tabagisme, mauvaise alimentation, inactivité physique et consommation nocive d'alcool. Durant la période couverte par le rapport, l'Organisation a soutenu des projets tels que ceux détaillés ci-dessous.

36. En 2013, le Mexique, qui a le niveau le plus élevé au monde de consommation de sodas par habitants et l'un des plus hauts taux de mortalités liés au diabète, a adopté une nouvelle loi établissant des taxes sur les boissons sucrées comme mesure de santé publique pour réduire la demande. La loi impose une taxe de 1 peso par litre sur les boissons sucrées, sous forme liquide et en poudre, ainsi qu'une taxe de 8 % sur les aliments énergétiques hyper transformés (aliments malsains). La loi prévoit également de nouvelles restrictions sur la publicité des produits alimentaires malsains auprès des enfants et de nouvelles obligations pour l'étiquetage des aliments. Les revenus tirés des nouvelles taxes seront utilisés pour fournir de l'eau potable aux écoles dans tout le pays.

37. Cette réalisation d'avant-garde est le résultat d'efforts conjoints de groupes de la société civile, dont la Nutrition Alliance and Consumer Power, de l'institut national de santé publique du Mexique, des autorités sanitaires et des législateurs. Le BSP a soutenu les efforts de sensibilisation pour la législation en organisant trois forums spéciaux : un « forum économique », un « forum législatif » et un « forum médiatique », avec la participation d'experts internationaux et de responsables politiques. En outre, le Bureau a rassemblé des données scientifiques, élaboré des fiches d'information sur l'utilisation des politiques fiscales pour modifier les modes de consommation en faveur de choix plus sains et facilité le dialogue entre le gouvernement et la société civile. Le Mexique doit veiller à ce que ses nouvelles exigences en matière d'étiquetage soient conformes aux nouvelles directives de l'OMS sur la consommation de sucre, qui sont actuellement en phase d'élaboration.

38. Au Panama, le BSP a commencé à travailler avec le ministère de la Santé en 2012 pour renforcer les mécanismes nationaux et régionaux visant à contrôler le commerce illicite des produits du tabac. Mi-2013, ces efforts ont été étendus pour inclure la collaboration dans l'élaboration d'interventions visant à lutter contre les effets néfastes du tabagisme sur la santé. Le pays utilise les taxes sur le tabac pour financer un nouveau plan de travail qui sera mis en œuvre par le ministère de la Santé avec l'assistance technique et logistique ainsi que l'aide à l'approvisionnement du BSP. Le Panama utilise également ces taxes pour financer les activités nationales et régionales sur la réglementation, la surveillance et la lutte contre le tabagisme, ainsi que sur les maladies chroniques associées au tabagisme et au tabagisme passif.

39. Les activités du Panama sont conformes aux principales dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) et contribuent à la réalisation des mandats du Conseil directeur de l'OPS concernant la mise en œuvre de la CCLAT dans les Amériques. Le Panama a été mis à l'honneur pour son solide leadership dans la lutte antitabac en mai 2014, lorsque le Directeur général de l'OMS, Margaret Chan, a désigné le ministère de la Santé du Panama pour le prix spécial de la Journée mondiale sans tabac du Directeur général.

40. Au Pérou, un partenariat gouvernement-société civile supervisé par le Ministère de la Santé et la Commission nationale permanente sur la lutte antitabac (COLAT Pérou) a œuvré pour l'adoption d'amendements à la loi générale péruvienne pour la prévention et la lutte contre les risques liés au tabagisme, faisant en sorte qu'elle soit conforme à la CCLAT. La nouvelle loi instaure l'interdiction totale de fumer au Pérou dans les lieux publics, augmente la taille requise pour les mises en garde sanitaires sur les produits du tabac et interdit la vente de paquets de moins de dix cigarettes. Le partenariat a bénéficié du soutien de la Campaign for Tobacco-free Kids, de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, ainsi que de l'OPS/OMS.

41. Dix-sept pays ont maintenant adopté une loi antitabac pour l'ensemble des lieux publics et lieux de travail (privés et publics), conformément à la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS. Neuf pays ont mis en œuvre des politiques nationales pour

promouvoir une alimentation saine et une activité physique conformément aux lignes directrices de l'OPS/OMS. Il s'agit du Brésil, du Canada, du Chili, de la Colombie, du Costa Rica, de l'Équateur, du Mexique, du Pérou et de l'Uruguay.

Innovations dans les services de soutien de santé mentale

42. La coopération technique du BSP pour améliorer l'accès au traitement en santé mentale et renforcer la qualité des services implique la participation active des utilisateurs des services de santé mentale et de leurs familles dans le processus de soins. En collaboration avec le ministère de la Santé du Brésil, le BSP a organisé une réunion régionale avec des représentants des organisations d'utilisateurs et des familles pour échanger les expériences personnelles et institutionnelles sur les droits de l'homme, l'autonomie et l'autonomisation des utilisateurs et leurs familles, et pour promouvoir leur participation aux décisions relatives aux soins de santé mentale. Une centaine de représentants de 18 pays² a participé à cette réunion, première du genre, en octobre 2013.

43. Le Consensus de Brasilia découlant de cette réunion appelle à une action concrète des pays pour appliquer des principes internationaux sur la santé mentale et les droits de l'homme, établir et renforcer des associations d'utilisateurs et leurs familles et regrouper ces associations en un réseau régional. Suite à cette expérience, le BSP et l'OMS examinent la possibilité d'organiser une réunion similaire au niveau mondial.

Prévention des dommages liés à l'alcool dans les Amériques

44. L'Organisation a coordonné une recherche collaborative sur le rôle de la consommation d'alcool dans les blessures non mortelles traitées dans les services des urgences. Dix pays³ ont utilisé le même protocole pour étudier le risque relatif de traumatisme lié à l'alcool chez les hommes et les femmes de plus de 18 ans. Les données ont été analysées par un partenariat avec deux centres collaborateurs de l'OPS/OMS au Mexique et aux États-Unis d'Amérique. Les résultats ont été résumés et publiés avec des recommandations fondées sur les données dans l'ouvrage *Prevention of Alcohol-related Injuries in the Americas: From Evidence to Policy Action*, en décembre 2013. L'ouvrage met en évidence la lourde charge que fait peser la consommation d'alcool sur les systèmes de santé et les sociétés dans leur ensemble, et décrit de moyens de réduire les traumatismes liés à l'alcool, y compris l'utilisation de politiques d'un bon rapport coût-efficacité pour réduire la consommation nocive d'alcool au niveau de la population et de l'individu.

45. Le BSP a également créé une série de six cours en ligne qui guident l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique sur l'alcool permettant de renforcer les capacités des professionnels de santé à dépister et gérer la consommation excessive d'alcool, en

² Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, Équateur, États-Unis, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Suriname et République dominicaine.

³ Argentine, Brésil, Canada, États-Unis, Guatemala, Guyana, Mexique, Nicaragua, Panama et République dominicaine.

particulier dans les centres de soins de santé primaires. Les cours gratuits portent sur les politiques en matière de drogue et d'alcool, le dépistage de la consommation d'alcool et de drogue et l'utilisation « d'interventions brèves ». Le Mexique, le Guatemala et l'Uruguay ont adopté ces cours et les complètent avec des sessions de formation en face à face et des webinaires en partenariat avec les grandes universités, les experts locaux, les Conseils nationaux des drogues et les centres collaborateurs de l'OPS/OMS.

Observatoire des suicides pour l'Amérique centrale et la République dominicaine

46. Chaque année, plus de 800 000 personnes se suicident dans le monde et 76 % de ces décès surviennent dans les pays à revenus faible et intermédiaire. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 29 ans, et une cause de décès importante tout au long de la vie qui touche tous les âges. La prévalence, les caractéristiques et les méthodes des suicides varient considérablement selon les communautés et les groupes démographiques. C'est pourquoi il est essentiel de disposer d'informations actualisées sur le suicide pour élaborer des mesures de prévention efficaces.

47. En Amérique centrale, les cas de suicide ne sont pas suffisamment déclarés et les modes de collecte de données ne sont pas harmonisés, ce qui empêche d'évaluer le problème avec fiabilité. Pour remédier à cela, le BSP s'est associé au Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique Centrale et de la République dominicaine (COMISCA) pour créer un observatoire des suicides. Lancé en décembre 2013, ce nouvel observatoire offre une plateforme virtuelle pour regrouper des informations en temps réel sur le comportement suicidaire afin de favoriser la planification fondée sur des données factuelles et permettre aux pays de lutter plus efficacement contre les facteurs de risque.

48. À ce jour, six pays⁴ ont commencé à saisir des données dès 2010 sur la plateforme, en utilisant un ensemble de variables commun. Le BSP apporte un soutien technique et contribue au renforcement des capacités pour ce processus et poursuivra avec la surveillance et l'évaluation. Le Bureau prévoit d'étendre ce premier réseau de ce type dans la Région à d'autres pays afin d'améliorer la qualité des données d'enregistrement d'état civil sur le suicide.

Évaluation de la fonctionnalité des personnes handicapées

49. Afin d'améliorer la collecte de données sur les handicaps, le ministère de la Santé du Chili, avec l'assistance technique du BSP, a élaboré un outil pour évaluer l'exécution des activités de la vie quotidienne par les personnes handicapées. L'outil, appelé IVADEC-CIF, est fondé sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et peut être utilisé pour évaluer les degrés de handicap ainsi que les effets des interventions.

⁴ Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras et République dominicaine.

50. L'IVADEC-CIF est prévu pour être appliqué dans les cadres communautaires et peut être utilisé pour l'auto-évaluation par les personnes handicapées ou par des informateurs. Les informations qualitatives fournies par les personnes sont analysées et converties en indicateurs quantitatifs, avec notamment des indices d'incapacité et de performance et des taux de dépendance et de mobilité.

51. L'IVADEC-CIF contribue à améliorer les soins pour les personnes handicapées de diverses manières. Au niveau clinique, il favorise la transition vers une approche bio-psycho-sociale en permettant une analyse des performances dans le contexte communautaire. Il fournit également un moyen de mesurer les effets des techniques d'assistance et des médicaments. Au niveau des systèmes de gestion et d'information, il facilite l'harmonisation des systèmes nationaux pour la qualification et la certification des incapacités avec l'évaluation de l'impact des politiques sur les incapacités et la rééducation. En outre, l'évaluation peut faciliter l'inclusion ou la reformulation de questions sur les incapacités dans les enquêtes de population. Finalement, il contribue au diagnostic et aux analyses de situation pour élaborer des profils locaux sur les incapacités. L'adaptation, l'utilisation et l'application de cet outil dans d'autres États Membres seront traitées par le BSP.

Action inter-programmatique sur l'IRC dans les communautés agricoles d'Amérique centrale

52. L'insuffisance rénale chronique (IRC) non liée à des risques traditionnels comme le diabète et l'hypertension est apparue ces dernières années comme une cause majeure d'incapacité et de décès prématuré au sein des communautés agricoles en Amérique centrale. Cette IRC de cause inconnue touche principalement les jeunes hommes adultes dans les fermes qui sont déjà durement touchés par les désavantages socio-économiques. Afin de soutenir les interventions fondées sur des données factuelles visant à lutter contre l'épidémie, le BSP a dirigé un effort de coopération technique inter-programmatique qui a mobilisé des ressources et lancé un dialogue entre les équipes de recherche, les responsables politiques et les groupes d'intérêt.

53. Répondant à une proposition du Salvador, le Bureau a élaboré un document conceptuel soulignant l'impact et les défis de l'insuffisance rénale chronique en Amérique centrale et appelant à une action internationale d'urgence. La déclaration, qui réaffirmait la Déclaration de Salvador signée par les pays d'Amérique centrale en avril 2013, a été officiellement adoptée par le 52^e Conseil directeur de l'OPS en octobre 2013. De nombreux groupes de recherche, dont les centres collaborateurs de l'OPS/OMS, ont commencé les investigations dans le domaine. Le Bureau soutient l'élaboration d'un programme de recherche complet pour approfondir les connaissances sur l'histoire naturelle de la maladie et sa ou ses cause(s), à soumettre à l'approbation des pays touchés.

54. Outre l'approfondissement des connaissances sur l'épidémie par la recherche, il est essentiel de renforcer les systèmes de surveillance sur les risques environnementaux et professionnels, de réviser les cadres juridiques sur les maladies professionnelles et

l'hygiène et de mettre en œuvre de solides politiques et mesures de santé publique qui profiteront à l'ensemble de la population dans les pays touchés. Cela inclut des politiques pour arrêter l'exposition inutile aux agents potentiellement néphrotoxiques et des mesures pour améliorer les mauvaises conditions de travail et de vie qui pourraient entraîner une insuffisance rénale ou aggraver les lésions à des reins déjà vulnérables. Un autre défi tout aussi important, est celui de fournir un accès universel aux soins de santé, notamment un diagnostic et un traitement précoces et des traitements de substitution suffisants en phase finale d'insuffisance rénale.

Chapitre III. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie

Répertorier les « quasi-accidents » pour prévenir les décès maternels

55. Chaque année, près de 10 millions de femmes dans le monde souffrent de séquelles ou d'incapacités graves suite à des complications de la grossesse. Ces cas de morbidité maternelle grave sont souvent appelés « quasi accidents » ou « morts imminentes », car ils mettent en danger la vie des patientes en l'absence de traitement rapide et adapté. Bien que l'on ne connaisse pas précisément le nombre de cas dans les Amériques, l'OPS estime que pour un décès maternel, 20 femmes, soit environ 1,2 million par an, souffrent de complications graves, quasi-fatales.

56. Le Centre latino-américain de l'OPS de périnatalogie, de santé de la femme et de santé génésique (CLAP/WR) a conçu un nouveau modèle de registre basé sur des variables définies par l'OMS pour aider les professionnels de santé à anticiper et éviter des complications graves dans les soins des femmes enceintes. Cet outil donne des instructions sur la façon de mesurer l'ampleur et la gravité des complications dans chaque cas et d'informer sur ces cas le personnel de santé, la communauté scientifique et les universités ainsi que les femmes enceintes et leurs familles. L'outil a été testé dans 23 établissements de santé de 12 pays d'Amérique latine et des Caraïbes,⁵ avec des résultats positifs.

57. Ces données cliniques ont été intégrées dans le système d'information périnatal (SIP) et les variables incluses dans le registre seront révisées et testées dans une investigation multi-pays en 2014. En outre, des versions Internet et mobiles du logiciel SIP sont actuellement en cours d'élaboration et permettront aux utilisateurs d'utiliser toutes les fonctions du SIP à partir de divers appareils, notamment les ordinateurs de bureau, tablettes et téléphones mobiles.

Utilisation des TIC pour améliorer la santé maternelle

58. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) offrent de nouvelles possibilités d'améliorer les soins de santé, y compris les soins des femmes enceintes pour améliorer la santé maternelle. Suite à une réunion parallèle sur les TIC et la santé des femmes organisée par le BSP et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) lors de la 12^e Conférence régionale sur les femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes qui a été organisée en octobre 2013, l'Organisation soutient un projet en République dominicaine qui utilise les TIC pour augmenter la fréquence des visites prénatales, en mettant l'accent sur les femmes vivant en zone urbaine dans des conditions socio-économiques difficiles.

⁵ Argentine, Colombie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Uruguay.

59. Le Bureau, avec le financement de l'OMS, travaille avec les ministères nationaux chargés de la santé, des femmes et de la technologie pour fournir des dispositifs mobiles portatifs, élaborer des messages de promotion de la santé, former des agents de santé, créer des groupes de soutien des femmes et surveiller la fréquentation accrue des cliniques et les résultats maternels. Le projet a plusieurs avantages, dont l'approfondissement des connaissances des prestataires de santé sur l'utilisation des TIC, l'égalité des sexes et les droits de l'homme et l'autonomisation des femmes pour qu'elles participent activement aux décisions relatives à leur propre santé.

60. Dans le cadre de ce projet inter-sectoriel, qui a bénéficié du soutien d'une société de technologie privée, les organisations non gouvernementales dispenseront des services de proximité aux mères. Le ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale de la République dominicaine prévoit de reproduire le modèle dans d'autres régions sanitaires du pays. Une surveillance active et une évaluation sont en place, en vue de soutenir l'introduction de projets similaires dans d'autres États Membres.

Difficultés rencontrées pour réduire la mortalité maternelle

61. Les données du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle indiquent une baisse de 40 % de la mortalité maternelle entre 1990 et 2013. Si ce chiffre mérite d'être souligné, car il reflète plus de 2000 vies de femmes sauvées chaque année, il reste bien en deçà de la baisse de 75 % de la mortalité maternelle prévue par l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) numéro 5.

62. Bien que l'accès aux soins de santé s'améliore peu à peu dans la Région, la prévalence des accouchements à domicile sans assistance reste un obstacle majeur à la réduction de la mortalité maternelle. L'absence de personnel qualifié expose les femmes et leurs enfants à un risque grave et contribue à un nombre important de décès maternels.

63. La récente étude, *Global Causes of Maternal Death : a WHO systematic analysis*, indique qu'un décès maternel sur quatre est dû à des affections médicales préexistantes comme le diabète, le VIH, le paludisme et l'obésité, dont l'impact sur la santé est aggravé par la grossesse.

64. Malgré les progrès réalisés ces 20 dernières années, il reste encore beaucoup à faire pour prévenir les grossesses des adolescentes, les avortements, les décès maternels, les infections sexuellement transmises et le VIH, et pour réduire l'écart important en matière de disponibilité, de qualité et d'accès à des services et à une éducation sexuelle complète pour les jeunes, en particulier dans les pays à revenu faible.

Difficultés rencontrées pour réduire la mortalité néonatale

65. Dans les Amériques, le taux de mortalité néonatale estimé a baissé de 56 %, passant de 18 à 8 pour 1000 naissances vivantes, entre 1990 et 2010. Toutefois, sa contribution relative à la mortalité infantile a augmenté, et elle représente actuellement

57 % des décès des moins de un an et 44 % des décès des moins de 5 ans. En outre, les causes de la mortalité néonatale n'ont pas changé, car plus de 85 % des décès de nouveau-nés sont dus à la prématurité, aux malformations congénitales, à l'asphyxie et aux maladies infectieuses comme la septicémie, la méningite et le tétanos. Bien qu'il existe des interventions efficaces et peu onéreuses pour la plupart de ces causes, les soins périnataux sont encore à la traîne dans de nombreux cas. Pour aider les pays à améliorer les soins, le Bureau a rassemblé, actualisé et diffusé des données sur les interventions périnatales dans la continuité des soins (préconception, soins prénatals, accouchement, soins postnatals). Pour évaluer la mise en œuvre de ces interventions, le CLAP/WR a conçu un outil qui est actuellement testé en Colombie et au Honduras, avant d'être mis en œuvre à plus grande échelle. Les évaluations obtenues éclaireront la prise de décision pour améliorer la qualité des soins, en particulier dans les zones et les groupes de populations les plus vulnérables.

Convention de Minamata sur le mercure

66. La Convention de Minamata sur le mercure, traité international ouvert à la signature en octobre 2013, vise à protéger la santé humaine et l'environnement des émissions anthropiques ainsi que des rejets de mercure et de composés de mercure. Le BSP et l'OMS ont soutenu les efforts pour renforcer la protection de la santé dans la convention en fournissant une analyse et en participant au Comité intergouvernemental de négociation et aux réunions du Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes (GRULAC).

67. La Convention de Minamata assigne des rôles importants à l'OMS (et donc l'OPS) et aux ministères de la Santé. Elle appelle l'OMS et l'OPS à élaborer et mettre en œuvre des stratégies et programmes pour identifier les populations à risque et les protéger de l'exposition au mercure, et à promouvoir la suppression du mercure dans les dispositifs et produits médicaux, comme les antiseptiques et les cosmétiques pour éclaircir la peau.

68. Le BSP fait déjà campagne pour le remplacement des thermomètres et sphygmomanomètres à mercure dans les hôpitaux publics dans le cadre de sa coopération technique pour protéger les agents de santé, en conjonction avec les initiatives collaboratives dont la coalition *Health Care without Harm* et le Réseau de centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine du travail. Conformément à la convention, le BSP et l'OMS soutiennent l'élaboration d'une stratégie sanitaire pour les plans d'action nationaux visant à éliminer ou réduire l'utilisation de mercure dans les activités d'orpillage à petite échelle. Le BSP contribuera également à diffuser les directives de l'OMS sur les taux d'exposition au mercure et promouvoir l'échange d'informations dans la Région, comme indiqué dans la Convention.

69. En mai 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une résolution intitulée « Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la

mise en œuvre de la Convention de Minamata » (résolution WHA67.11). Cette résolution orientera et facilitera l'action de l'OMS et du BSP avec les États Membres, le Comité intergouvernemental de négociation de la Convention de Minamata, la Conférence des Parties, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds pour l'environnement mondial (FEM) et d'autres organisations internationales pour faire avancer les dispositions de la convention dans les États Membres.

Suivre l'exposition aux carcinogènes par CAREX

70. L'Organisation travaille avec ses États Membres pour élaborer et étoffer la base de données régionale CAREX (*CARcinogen EXposure*), qui identifie qui est exposé aux carcinogènes sur le lieu de travail, où et comment. CAREX fournit des informations importantes pour l'élaboration de politiques et recommandations de santé publique sur la prévention des cancers professionnels et des outils pour lutter contre l'exposition. Élaborée à l'origine par l'Institut finlandais de la santé au travail et le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), la base de données CAREX a été adaptée pour l'Amérique latine et les Caraïbes par l'Institut régional des études toxicologiques (IRET), un centre collaborateur de l'OPS/OMS à l'Université nationale du Costa Rica.

71. Le Bureau a supervisé plusieurs activités pour aider les États Membres à constituer leur propre base de données CAREX, avec notamment des cours en ligne, des webinaires et des campagnes promotionnelles. En mai 2014, le BSP a organisé en Colombie un atelier régional sur CAREX pour des participants de 13 pays, en collaboration avec CAREX Canada, l'Institut national de lutte contre le cancer de Colombie et les centres collaborateurs de l'OPS/OMS au Brésil, au Chili, en Colombie et au Costa Rica.

72. À ce jour, CAREX a été mise en œuvre au Canada, en Colombie, au Costa Rica, au Guatemala, au Nicaragua et au Panama. Dix autres pays et territoires⁶ de la Région devraient mettre en œuvre la base de données CAREX d'ici 2015. Outre le fait de soutenir ces efforts, le Bureau continuera à travailler avec les États Membres, d'autres organismes des Nations Unies et l'Organisation des États Américains (OEA), des parties prenantes et des réseaux pour renforcer les capacités à surveiller, documenter et lutter contre les cancers professionnels et autres maladies et tendances qui touchent la santé des travailleurs.

⁶ Bahamas, Bonaire, Chili, Curaçao, El Salvador, Mexique, Pérou, Sint-Eustatius, Trinité-et-Tobago et Venezuela.

Chapitre IV. Systèmes de santé

Feuille de route régionale des progrès vers la couverture sanitaire universelle

73. Les pays des Amériques ont une longue tradition d'objectifs de santé publique communs, reflétant un engagement collectif panaméricain pour améliorer la santé pour tous dans la Région. Le plus récent et toutefois l'un des plus ambitieux adoptés par les États Membres de l'OPS est celui de la couverture sanitaire universelle.

74. La couverture sanitaire universelle signifie que toutes les personnes et les collectivités ont un accès équitable aux services de qualité complets,⁷ axés sur l'individu, et garantis dont ils ont besoin et ce tout au long de la vie, sans effets défavorables sur le plan financier. Les pays des Amériques ont réaffirmé leur engagement à cet objectif lors du 52^e Conseil directeur de l'OPS en 2013 et ont appelé à une stratégie régionale dans ce sens à soumettre à approbation lors du 53^e Conseil directeur en 2014.

75. Le processus d'élaboration de cette stratégie a été intersectoriel et participatif, impliquant des experts internationaux et régionaux, des membres de la société civile et d'autres parties prenantes importantes par des consultations nationales et des discussions dans les forums infrarégionaux et régionaux. Ce processus consultatif a mobilisé la volonté et l'engagement politiques des États Membres et a renforcé le travail du Bureau pour définir des politiques et lignes directrices pour l'action nationale.

76. La Stratégie pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle définit les conditions qui permettront aux pays des Amériques d'orienter leurs politiques et mesurer les progrès réalisés vers l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle. La stratégie définit quatre grandes lignes d'action, à savoir : *a*) élargir l'accès équitable à des services de santé complets et de qualité et qui reposent sur l'être humain et la collectivité, *b*) renforcer les fonctions de direction et de gouvernance, *c*) accroître et améliorer le financement, tout en favorisant l'équité et l'efficacité, et éliminer le paiement direct au point de service qui devient un obstacle à l'accès et *d*) renforcer les interventions intersectorielles pour aborder les déterminants sociaux de la santé.

77. La stratégie guide également les pays pour surveiller et évaluer leur progrès vers la couverture universelle, conformément au dialogue en pleine évolution sur les objectifs de santé dans le programme de développement pour l'après 2015.

⁷ Y compris des services et activités qui visent à promouvoir la santé, prévenir les maladies, administrer des soins en cas de maladie (diagnostic, traitement et rééducation) et à fournir les soins nécessaires à court, moyen et long terme.

Profil réglementaire de base de la PRAIS

78. Si l'intérêt de l'échange d'informations en santé publique est bien connu, la complexité des nouvelles technologies de l'information et de la communication ainsi que les technologies de santé émergentes constituent de nouveaux défis pour un échange efficace des connaissances entre les parties prenantes. Le nouveau profil de réglementation de base figurant sur la plateforme régionale de l'OPS sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé (PRAIS), facilite la systématisation et l'analyse des principales données réglementaires pour définir les priorités de coopération technique et identifier les lacunes de connaissances, tout en renforçant la transparence entre les parties prenantes. Tous les États Membres de l'OPS participent actuellement à la PRAIS, qui compte 1038 membres et 268 institutions sur son registre.

79. Le profil réglementaire de base pour les Amériques a été élaboré à l'aide des métadonnées de 25 pays et d'un ensemble d'indicateurs de base pour diverses capacités, de la réglementation à l'évaluation de données sur l'efficacité et la sécurité des médicaments qui faciliteront la comparaison et la surveillance des initiatives pour renforcer ces capacités. La première publication des profils réglementaires de base pour les pays en avril 2014 dans le Bulletin de l'Observatoire – PRAIS visait à tirer parti des processus réglementaires pour garantir la disponibilité de technologies de la santé de qualité garantie, sûres et efficaces, et l'accès à ces technologies. Vingt sept États Membres participent actuellement à l'Observatoire et fournissent des informations sur leurs capacités réglementaires.

80. Tandis que les États Membres améliorent leurs capacités réglementaires, le Bureau tire également avantage d'autorités nationales de réglementation plus fortes et de l'utilisation d'informations sur les autorisations de mise sur le marché pour élargir les critères d'éligibilité pour les soumissions au Fonds stratégique de l'OPS et étoffer sa base de fournisseurs qualifiés. La systématisation des capacités réglementaires a également permis d'identifier et de résoudre les lacunes en matière de connaissances qui nécessitent la collaboration entre les secteurs, par exemple, en ce qui concerne les médicaments pour traiter les maladies non transmissibles et l'utilisation d'immunosuppresseurs dans la transplantation. En outre, le BSP a rassemblé des autorités réglementaires et des membres du Réseau d'évaluation des technologies de santé des Amériques (RedETSA) afin de faciliter l'élaboration d'une base de connaissances plus solide pour gérer les technologies sanitaires.

81. Les grandes différences entre les capacités existantes dans les États Membres et les exigences spécifiques des différents systèmes de santé nationaux constituent un défi majeur pour le renforcement des capacités réglementaires. Dans les Amériques, certains pays sont reconnus comme des leaders en matière de réglementation sanitaire, tandis que d'autres œuvrent pour améliorer leurs politiques et ressources de base pour protéger efficacement leurs populations. Compte tenu des ressources limitées de ces pays, il est important pour le Bureau de travailler en étroite collaboration avec eux pour identifier les fonctions réglementaires essentielles et les renforcer. Pour relever ces défis, le BSP

collabore avec des partenaires pour élaborer d'autres modèles de réglementation basés sur les meilleures pratiques et les mandats au niveau international et facilite la coopération bilatérale et multilatérale entre les pays.

Systématisation de l'action des comités d'éthique de la recherche

82. La plateforme ProEthos est une initiative commune du BSP, de l'Université pontificale catholique du Chili et du Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME). Elle permet de systématiser les procédures des comités d'éthique de la recherche chargés d'évaluer la recherche sur des sujets humains, afin d'améliorer la qualité, la transparence et l'efficacité de leur travail. Cette initiative est expérimentée depuis mars 2013 avec plusieurs comités de recherche dans quatre États Membres de l'OPS. Durant la période couverte par le présent rapport, la plateforme a été améliorée afin qu'elle puisse être utilisée de façon durable, gratuite et en open source par les comités d'éthique de la recherche. La plateforme représente un modèle durable pour la coopération technique sur la bioéthique et sera mise à jour et enrichie grâce à l'interaction avec les États Membres et la collaboration d'un réseau d'instituts de recherche.

Mais Médicos : coopération technique pour élargir l'accès aux soins de santé

83. Le BSP a joué un rôle important dans les efforts du Brésil pour élargir l'accès aux soins de santé par le biais du programme Mais Médicos (« Plus de médecins »). Ce programme innovant a été créé suite à une étude par l'Institut brésilien de la recherche économique appliquée (IPEA, 2011) révélant que 58 % des Brésiliens considéraient que le principal problème du système de santé unifié (SUS) était la pénurie de médecins. Au moment de l'étude, le Brésil indiquait que le pays comptait 1,8 médecin pour 1000 habitants, ce qui représente un manque estimé à environ 168 424 médecins au niveau national. Cette pénurie est particulièrement importante en Amazonie et dans les zones rurales.

84. Le Programme Mais Médicos vise à remédier à cette insuffisance de médecins et à leur répartition inégale par trois grandes lignes d'action :

- fournir des médecins en urgence aux régions SUS prioritaires par des « appels à manifestation d'intérêt » nationaux et internationaux et une coopération internationale,
- restructurer les services de santé de base du pays et
- augmenter le nombre de diplômés et d'internes en médecine, en mettant l'accent sur la formation en soins de santé primaires.

85. Dans le cadre de divers accords, le BSP, le Ministère de la Santé du Brésil et le gouvernement de Cuba ont collaboré pour mettre en œuvre les dispositions d'urgence à

court terme du programme visant à accroître la couverture des services de santé et l'accès au SUS. Mi-2014, les médecins cubains représentaient plus de 80 % des médecins participant au programme.

86. Le Bureau soutient activement la surveillance et l'évaluation des éléments de coopération technique dont il est responsable concernant le programme Mais Médicos. Il prévoit également de publier un répertoire des meilleures pratiques et des enseignements tirés des expériences d'application de ce mode de coopération technique.

Renforcement des ressources humaines en santé par un centre d'éducation virtuelle

87. Dans le cadre de leurs efforts pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, les pays des Amériques doivent surmonter à la fois la pénurie et la répartition inégale des ressources humaines en santé. Une partie de ces problèmes peut être résolue par les technologies d'apprentissage en ligne et la télémédecine pour réduire l'isolement professionnel, fournir des occasions peu coûteuses d'entretenir et de perfectionner les compétences cliniques et garantir une meilleure qualité des soins dans les zones rurales et difficile d'accès.

88. Grâce au centre d'éducation virtuelle, qui fait partie du campus virtuel de santé publique de l'OPS, les professionnels et techniciens de santé peuvent désormais bénéficier d'une formation sur leur lieu de travail par des modules d'auto-apprentissage composés de sessions de questions-réponses avec des spécialistes, de discussions cliniques, de galeries photos, d'études de cas, de séminaires et conférences, ainsi que d'informations cliniques mise à jour.

89. En 2013, le centre d'éducation virtuel a été lancé à titre de projet pilote en Argentine, en Colombie et au Panama puis en Bolivie et au Paraguay. Au Panama, plus de 220 professionnels de santé dans des zones reculées ont accédé au centre de formation virtuel en utilisant des ordinateurs de bureau et portables, des tablettes ou des smartphones. Au total, plus de 400 professionnels de santé ont participé à cette nouvelle initiative.

90. Les cas cliniques tout comme de nombreuses questions découlant de la phase d'essai ont été publiés en ligne et ont attiré plus de 4200 visiteurs à la mi-2014. Au total, 5952 professionnels de santé et techniciens ont suivi les cours d'auto-apprentissage et les tutoriels par le biais du campus virtuel de santé publique en 2013. À l'avenir, nous devrions pouvoir mettre en corrélation les améliorations en matière de ressources humaines en santé et l'utilisation plus large des technologies d'apprentissage en ligne et de cybersanté avec les améliorations de la qualité des soins dans nos États Membres.

91. Les pays disposant actuellement d'un nœud de traitement des données dans le campus virtuel de santé publique de l'OPS ont un portail web avec des fonctions administratives et de gestion des connaissances et peuvent partager les ressources éducatives par la bibliothèque virtuelle de la santé. En intégrant le nouveau centre de

formation virtuel dans ces portails, ils pourront utiliser ce modèle de formation et de consultation pour renforcer les compétences cliniques des équipes de santé, en utilisant les technologies web et mobiles. Le centre de formation virtuel permettra également de créer une communauté d'experts et de spécialistes qui peuvent échanger avec les professionnels dans les zones rurales et difficiles d'accès et les aider. Toutefois, pour garantir le plein usage de ces nouvelles TIC, ainsi que d'autres, pour la santé publique, il est important de continuer à améliorer l'infrastructure technologique dans les établissements de santé. L'accès à Internet est essentiel pour que le personnel de santé des zones reculées puisse avoir accès au campus virtuel de santé publique et à des services similaires afin de réduire les écarts dans l'accès aux connaissances, renforcer la qualité des soins et aider les pays à progresser vers la couverture sanitaire universelle.

Chapitre V. Préparation, surveillance et intervention

Établissements de soins de santé intelligents dans les Caraïbes

92. Les changements climatiques ont pour effets négatifs sur la santé, entre autres, la perturbation des services de santé dus aux phénomènes climatiques extrêmes et aux catastrophes naturelles. Dans les Caraïbes, zone à risque, le secteur de la santé est exposé à la fois aux impacts directs et indirects de ces événements. Par exemple, une violente tempête à Saint-Vincent-et-les-Grenadines en décembre 2013 a coûté US\$ 2,1 millions au secteur de la santé selon les estimations, endommageant gravement le seul hôpital de référence et inondant nombre des 39 dispensaires de santé locaux.

93. Le BSP a travaillé avec les parties prenantes nationales dans les Caraïbes pour innover en mettant en œuvre la nouvelle Initiative des hôpitaux intelligents. S'inspirant de l'Initiative visant à garantir la sécurité dans les hôpitaux, elle préconise d'abandonner le modèle traditionnel de riposte aux catastrophes pour chercher à minimiser en amont l'impact des catastrophes sur la santé par l'adaptation aux changements climatiques ainsi que des mesures d'atténuation et de préparation. Elle vise également à réduire l'impact sur l'environnement du secteur de la santé, l'un des plus grands consommateurs d'énergie.

94. Les principales réalisations de l'initiative à ce jour sont, entre autres :

- un guide pour la mise en œuvre des mesures d'atténuation des changements climatiques dans les établissements de santé existants,
- une analyse du rapport coût/avantage de l'adaptation d'un hôpital au climat par des mesures respectueuses de l'environnement et résistantes aux catastrophes et
- une mise en œuvre de deux sites de démonstration des établissements de santé intelligents, au Georgetown Hospital, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines, et au Pogson Hospital, à Saint-Kitts-et-Nevis.

95. L'initiative a déjà permis de réduire la consommation d'énergie et les coûts dans ces établissements de santé. Par exemple, le Georgetown Hospital à Saint-Vincent-et-les-Grenadines a déclaré une baisse de 60 % de sa consommation d'énergie. L'initiative contribue également à réduire les émissions de gaz à effet de serre et l'impact global sur l'environnement et à améliorer la sécurité et l'accessibilité, la qualité de l'air intérieur ainsi que le taux de satisfaction chez le personnel hospitalier, les patients et les visiteurs. L'OPS encourage vivement l'application des principes et éléments clés de l'Initiative des hôpitaux intelligents à la conception des nouveaux établissements de santé comme ce fut le cas, par exemple, avec le nouvel hôpital de référence construit en Dominique.

96. L'Initiative des hôpitaux intelligents contribue également à sensibiliser davantage l'opinion publique aux questions de changement climatique, d'adaptation et d'atténuation ainsi que d'environnement et a catalysé l'intérêt et l'implication au-delà du secteur de la

santé. Plusieurs pays soutiennent le concept du « rendre intelligent » pour les projets d'infrastructure avec les partenaires de développement et de son adaptation aux « collectivités intelligentes », aux « écoles intelligentes » et aux « hôtels intelligents ».

Défis pour les hôpitaux résistants aux catastrophes

97. L'Initiative visant à garantir la sécurité dans les hôpitaux a incité les pays, notamment la Colombie, le Mexique et le Pérou, à investir des milliards de dollars pour améliorer la sécurité des établissements de santé neufs et existants. Toutefois, pour de nombreux pays, faire en sorte que tous les nouveaux établissements de santé soient résistants aux catastrophes et améliorer les établissements existants reste difficile, principalement en raison de contraintes financières et de priorités concurrentes. Afin d'encourager d'autres efforts dans ce domaine, le BSP élabore un tableau de bord en ligne pour suivre les nouveaux établissements de santé prévus et cherche des accords avec les institutions financières internationales et les agences de développement pour inclure des critères de sécurité des hôpitaux dans les instruments de financement.

Salle de situation de santé virtuelle à Chocó, en Colombie

98. La Colombie est le troisième pays au monde le plus vulnérable aux catastrophes naturelles, la plupart de ses habitants vivant dans des zones à haut risque de séisme, glissement de terrain, tsunami ou éruption volcanique. Le pays compte également le plus grand nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, entre 4,9 et 5,5 millions selon les estimations, dont beaucoup vivent dans des zones sujettes aux inondations et glissements de terrain, qui constituent 65 % du territoire national.

99. Ce profil de risque a un impact majeur sur l'état de santé, en particulier celui des personnes déplacées, qui ont énormément de difficultés à accéder aux services sauveteurs. Le département de Chocó est l'un des plus défavorisés en la matière, avec des taux de mortalité néonatale et infantile qui sont deux fois plus élevés que les taux nationaux. En outre, le personnel de santé et les équipes d'intervention en cas de catastrophe ont un accès limité aux communautés touchées et aux informations sur les urgences sanitaires pour la prise de décision.

100. Pour remédier à cela, le BSP et le Bureau des Nations Unies de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) se sont joints aux autorités colombiennes pour perfectionner la salle de situation de santé virtuelle. L'initiative sur le web facilite le suivi en temps réel des situations d'urgence et catastrophes avec un impact de santé publique potentiel dans le département de Chocó. Les dirigeants communautaires et le grand public peuvent se connecter à la salle virtuelle comme bénévoles, faciliter le dialogue avec les communautés reculées et compléter les informations et les connaissances disponibles pour favoriser une prise de décision et une intervention efficaces.

Nouvelles initiatives en faveur de la réponse aux catastrophes et de la réduction des risques

101. Conscient du fait que la réponse nationale et la coopération internationale en matière de santé en cas de catastrophe pouvaient être sensiblement améliorées par la création d'un mécanisme d'enregistrement régional avec des critères communs sur la composition, les compétences essentielles et l'équipement pour les équipes d'intervention, ainsi que des processus clairement définis pour leur mobilisation, le BSP a élaboré une nouvelle plateforme, HOPE (*Health Operations in Emergencies* ou opérations sanitaires en situations d'urgence), pour faciliter l'enregistrement des équipes d'intervention internationales et la teste actuellement. En outre, un guide pour une équipe d'assistance médicale caribéenne a également été créé, il est actuellement soumis à un examen collégial. Des normes pour les équipes d'intervention médicale étrangères ont également été élaborées en collaboration avec l'OMS. Ces initiatives seront renforcées car cet axe de travail est inclus dans le Plan de travail biennal de l'OPS, 2014-2015.

Préparation aux rassemblements de masse

102. En tant que pays hôte de la Coupe du monde de football de la FIFA 2014, le Brésil a dû relever le défi de préparer son système et ses services de santé publique pour l'un des plus grands rassemblements de masse au monde, attirant des millions de spectateurs, joueurs et officiels. Le pays a entrepris une série de mesures pour prévenir et minimiser les urgences de santé publique, et y faire face le cas échéant. Le Secrétariat de la surveillance de la santé (SVS), avec le soutien du Bureau et de la Florida International University, a élaboré un Plan pour la préparation et la réponse aux urgences de santé publique qui utilisait le système de commandement des interventions comme mécanisme pour activer et coordonner le Centre des opérations d'urgence sanitaire du SVS. Les autorités ont également élaboré des plans d'urgences de santé publique et des protocoles et procédures liés aux inondations, à la sécheresse, à la dengue et à la leptospirose.

103. Pour renforcer les capacités humaines, le SVS, le Secrétariat d'aide à la santé (SAS) et l'Agence nationale de surveillance sanitaire (ANVISA), avec le soutien du BSP et de l'Agence pour la protection de l'environnement de l'État de São Paulo (CETESB, un centre collaborateur de l'OPS/OMS sur les urgences chimiques) ont élaboré une formation sur la riposte aux événements chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires. Le cours a été mis en place dans 12 États accueillant des matchs de la Coupe du monde pour renforcer l'action sanitaire, y compris la surveillance épidémiologique, la surveillance de l'environnement, la promotion de la santé, les soins de santé et les procédures de laboratoires.

104. S'inspirant de ces initiatives, le BSP et le Brésil élaborent une plateforme d'apprentissage à distance pour mettre à disposition des cours sur les situations d'urgence et les catastrophes dans les lieux reculés, en particulier en Amazonie.

Chapitre VI. Services institutionnels/fonctions essentielles

Renforcement de la coopération axée sur les pays

105. Une évaluation de la mise en œuvre de la Politique de l’OMS axée sur les pays dans les Amériques a été réalisée sur la période juin-décembre 2013, et des recommandations ont été formulées pour renforcer l’action de l’Organisation dans ce domaine. Cette évaluation était la deuxième du genre pour le BSP. En effet, la politique avait été évaluée une première fois en 2003 lors de la création de l’unité de soutien ciblé aux pays. Cette récente évaluation a débouché sur d’importantes actions de suivi.

106. En janvier 2014, suite aux recommandations dans le rapport d’évaluation, l’unité de soutien ciblé aux pays a été rebaptisée Bureau de la coordination nationale et infrarégionale (CSC) et restructurée pour refléter ses fonctions plus stratégiques et analytiques et pour être plus conforme au plan de mise en œuvre de haut niveau de la réforme de l’OMS.

107. L’Organisation est fière de contribuer depuis longtemps à la coopération technique entre les pays, en particulier par sa branche de coopération triangulaire. Elle a également favorisé et soutenu la coopération Sud-Sud. Conscients du fait que la coopération internationale en matière de santé et le concept de coopération technique entre les pays en développement ont évolué au fil du temps vers un concept plus large de coopération entre les pays et de partenariats horizontaux, les États Membres de l’OPS ont approuvé en octobre 2013 une nouvelle politique et résolution sur la Coopération pour le développement de la santé dans les Amériques. Le BSP a commencé la mise en œuvre de cette politique avec la création d’un groupe spécial sur la coopération entre les pays pour le développement de la santé et a également procédé à une évaluation de sa coopération technique entre les pays sur la période 2008-2013. Des recommandations ont été formulées pour faire en sorte que ce mode de coopération technique soit plus stratégique, en favorisant des mécanismes complémentaires de développement de la santé et de coopération, afin de poursuivre l’avancement du programme d’action sanitaire mondiale et régional.

108. Ce mode plus large permettra de mieux exploiter l’expertise en matière de développement de la santé et de créer de nouveaux modèles pour de futurs efforts de collaboration, en particulier pour relever les défis associés au programme de développement pour l’après-2015. Le BSP est très bien placé pour diriger ce nouveau mode de coopération technique, compte tenu du rôle d’organisateur des principales parties prenantes de la Région dans la santé publique qu’il assume depuis longtemps.

Défis pour la coopération technique infrarégionale

109. L’existence de processus et entités d’intégration au niveau infrarégional dans les Amériques remonte à la moitié du XX^e siècle. Ces processus et entités représentent des formations politiques de pays par le biais desquelles les États Membres de l’OPS

résolvent ensemble des problèmes, échangent des expériences et collaborent. Compte tenu de l'importance de leurs pouvoirs politique et décisionnel, et du fait qu'ils représentent une excellente occasion de renforcer la coopération technique, le BSP a, au fil des ans, étudié et mis en œuvre différents mécanismes pour interagir et coopérer avec ces processus.

110. L'un des défis majeurs réside dans la réorganisation de la coopération technique infrarégionale du Bureau afin de maximiser son impact et contribuer à des processus d'intégration plus efficaces, tandis que les États Membres s'organisent en groupes qui vont au-delà des sous-régions géographiques traditionnelles. La stratégie de coopération technique infrarégionale de l'OPS doit donc saisir les occasions pour travailler de façon stratégique avec ces processus d'intégration, tout en évitant les activités redondantes et en garantissant l'utilisation rationnelle des ressources limitées.

Coopération technique en matière de législation sur la santé

111. La législation sur la santé est un outil de plus en plus important pour promouvoir l'équité en santé et l'accès aux biens et services de santé ainsi que pour protéger et promouvoir le droit à la santé. Les domaines prioritaires de l'action du BSP sont notamment la lutte antitabac, les aliments sains, les environnements sûrs et sains, la santé des travailleurs et le droit des personnes vulnérables.

112. Durant la période couverte par le présent rapport, le BSP a organisé des réunions techniques régionales et infrarégionales sur la législation sur la santé en Amérique centrale, en Amérique du Sud et dans les Caraïbes. Plus de 150 participants des ministères de la santé, organes législatifs et judiciaires, bureaux des droits de l'homme, universités, agences internationales et organisations de la société civile ont discuté de l'élaboration et de la révision de lois et réglementations relatives à la santé et ont formulé plusieurs recommandations pour ce domaine d'action. Le BSP collaborera avec des partenaires, dans une coopération Sud-Sud, afin d'apporter un soutien aux pays pour les actions suivantes :

- élaborer ou réviser les lois et réglementations nationales sur la commercialisation et la consommation de produits dangereux ou potentiellement dangereux, la création d'environnements sains et la promotion d'une nutrition saine,
- éliminer les obstacles juridiques à l'accès à la santé liés à l'identité sexuelle, à l'origine ethnique et aux déterminants sociaux et économiques de la santé,
- appliquer et réformer la législation existante, le cas échéant, conformément aux instruments nationaux applicables aux États Membres de l'OPS, pour protéger le droit à la santé et les droits de l'homme connexes, et promouvoir la collaboration entre les autorités sanitaires et fiscales, les législateurs et d'autres secteurs,

- dispenser une formation et des conseils au personnel de santé ainsi qu'aux juges et législateurs sur les aspects de santé et droits de l'homme de la législation et
- renforcer les initiatives législatives en collaboration avec les organisations régionales et internationales, les universités, la société civile et le secteur privé.

113. À la demande des États Membres, et pour renforcer sa coopération technique dans ce domaine, le BSP a élaboré une Stratégie régionale en matière de législation sur la santé qui sera présentée pour approbation au 53^e Conseil directeur de l'OPS. Elle propose, entre autres, la collecte de données et la création de nouvelles bases de données, de programmes de formation, de manuels et d'autres outils pour soutenir la réforme législative dans les États Membres.

Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS)

114. Durant la période couverte par le présent rapport, le Bureau a poursuivi son action visant à l'élaboration de son nouveau système d'information pour la gestion (PMIS) afin de garantir une infrastructure administrative plus souple et plus efficace à l'avenir.

115. Fin 2013, le BSP a signé plusieurs contrats avec différents fournisseurs de logiciel dans des domaines tels que les ressources humaines et la gestion financière, la planification et le budget, et avec des services de gestion du changement. Le Bureau a également recruté des responsables de projets externes et internes, constitué et formé une équipe de mise en œuvre du PMIS et élaboré des plans détaillés de travail, de formation et de gestion du changement. La phase de mise en œuvre, qui a débuté en janvier 2014, comprenait une série de sessions de conception dirigées par un consultant externe avec la participation du personnel des ressources humaines et des états de paie, de l'équipe du PMIS ainsi que du personnel technique et des administrateurs des bureaux de pays.

116. Le premier composant du système, pour la gestion des ressources humaines et les états de paie, devrait être entièrement fonctionnel d'ici fin 2014. Le composant de gestion financière devrait être opérationnel d'ici la fin 2015, tandis que le module de planification et de budgétisation sera mis en œuvre en 2014 et 2015.

117. Une fois entièrement mis en œuvre, le PMIS garantira la rationalisation des processus et contribuera à renforcer l'efficacité, la transparence et la responsabilité.

Promouvoir l'éthique à l'OPS

118. La direction met l'accent sur la valeur et l'importance de l'éthique dans la culture organisationnelle de l'OPS ainsi que le rôle critique et les responsabilités du personnel dans ce domaine. Dans l'optique de cette priorité renouvelée, le Bureau d'éthique a lancé deux nouvelles initiatives pour accentuer la prise de conscience des questions éthiques au sein du personnel. Il s'agit notamment d'un nouveau programme de déclaration de conflit

d'intérêt et de la désignation de nouveaux points focaux nationaux pour le Système d'intégrité et de gestion des conflits (ICMS) de l'OPS.

119. Le nouveau programme de déclaration de conflit d'intérêt vise à garantir que les intérêts privés d'un membre du personnel n'interfèrent pas avec ses fonctions officielles ou ne nuisent pas à l'intégrité de l'Organisation. Le Bureau d'éthique a élaboré un questionnaire de déclaration d'intérêt qui offrira à certains membres du personnel ayant des relations et activités en dehors de l'OPS la possibilité de déclarer, chaque année, des informations pertinentes permettant au Bureau d'éthique d'identifier d'éventuels conflits d'intérêt.

120. Pour la première fois dans l'histoire de l'OPS, de nouveaux points focaux ICMS ont été créés dans chaque bureau de pays et centre de l'OPS. Chaque point focal est une source d'aide informelle et confidentielle pour les membres du personnel confrontés à des difficultés sur le lieu de travail ou à des questions éthiques, en les orientant vers la ressource ICMS appropriée au siège pour obtenir un conseil et une intervention selon les besoins.

121. En outre, plusieurs brochures d'information ont été élaborées, portant sur les thèmes spécifiques que sont le conflit d'intérêt, les emplois et activités à l'extérieur ainsi que les cadeaux et l'hospitalité. Les brochures, qui seront rapidement diffusées, permettent de rappeler aux membres du personnel de façon claire et succincte les politiques de l'Organisation dans les domaines où ils sont le plus souvent confrontés à des dilemmes éthiques.

Défis pour la future mobilisation des ressources

122. Les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, pour la plupart à revenu intermédiaire, ayant de plus en plus de mal à mobiliser des ressources pour la coopération au développement, l'OPS doit impérativement étendre son soutien au-delà de ses partenaires traditionnels et élaborer de nouvelles approches pour mobiliser les ressources. Pour ce faire, le BSP devra mieux présenter la remarquable histoire de l'OPS aux nouveaux partenaires potentiels et renforcer les capacités du personnel de l'Organisation à diversifier leurs relations avec les investisseurs non traditionnels dans les domaines du social et de la santé. À cet égard, une nouvelle Stratégie de communication a été établie pour l'Organisation afin de mieux faire connaître l'OPS aux partenaires potentiels et de la rendre plus attirante à leurs yeux.

123. Compte tenu de l'évolution du contexte de financement ainsi que des différents acteurs influents investissant dans la santé et le développement, des méthodes d'engagement différentes et innovantes sont aujourd'hui nécessaires. L'ancienne Fondation panaméricaine pour la Santé et l'Éducation (PAHEF) a été revitalisée et rebaptisée Fondation de l'OPS (PAHO Foundation). Ce changement de nom et cette identité revitalisée reflètent la mission claire de la fondation et une relation plus forte avec l'OPS en tant que partenaire philanthropique de l'Organisation. La priorité du

Bureau est de mobiliser les ressources nécessaires pour combler le déficit de financement et atteindre les objectifs du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, en restructurant et réaménageant les départements spécifiques et en recrutant du personnel doté des talents et des compétences professionnelles dont l'Organisation a aujourd'hui besoin.

Conclusion

124. Les points marquants présentés dans ce rapport illustrent toute une gamme d'idées, d'approches et d'outils innovants utilisés pour la prestation de nos services de coopération technique au cours de l'année passée. Le rapport attire également l'attention sur certains des défis que le Bureau doit relever et sur sa collaboration avec les États Membres à moyen et court terme qui nécessitera de nouvelles approches dans notre coopération technique. Nous pouvons anticiper une évolution de l'environnement de coopération technique, dans la mesure où les États Membres continuent à renforcer leurs propres capacités de leadership en santé publique, de nouveaux acteurs font leur entrée sur la scène de la coopération internationale en santé et les donateurs déplacent leurs priorités ou modifient leurs conditions financières. Nous devons redoubler d'efforts pour atteindre les cibles des OMD aux niveaux infranational, national et régional, tout en veillant à ce que la santé reste au cœur du programme de développement pour l'après 2015. À cela s'ajoutent les transformations sociales, économiques, environnementales, géopolitiques et scientifiques qui auront une incidence critique sur l'action de l'Organisation.

125. Tous ces défis soulignent la nécessité d'appliquer des approches innovantes en matière de financement et gestion des opérations du BSP et d'adapter les programmes aux besoins des États Membres, à la fois au niveau individuel et collectif. Conformément aux approches pansociétale et pangouvernementale qui sont essentielles pour faire face aux défis de santé, le BSP devra également envisager d'autres partenariats dans d'autres secteurs, avec d'autres agences bilatérales et multilatérales, et avec des partenaires potentiels non exploités dans les Amériques et au-delà.

126. Tandis que l'Organisation innove et s'adapte au changement, elle doit également s'appuyer sur ses réalisations passées et la solide tradition de solidarité panaméricaine qui les a rendues possibles. L'OPS a joué un rôle central dans les Amériques pour l'éradication et l'élimination des maladies ainsi que l'interruption de leur transmission. Le nouvel objectif de couverture sanitaire universelle reflète l'engagement continu de la Région à atteindre des résultats en santé publique sans précédents face aux difficultés.

127. En ce qui concerne l'avenir, la direction et le personnel de l'OPS restent fermement déterminés à assurer l'excellence technique, améliorer l'efficacité organisationnelle et mobiliser les ressources nécessaires afin de soutenir les programmes de coopération technique. Le BSP continuera à travailler en étroite collaboration avec les États Membres de l'OPS et sous leur conduite, pour poursuivre des objectifs communs de santé publique visant à protéger et améliorer la vie des populations dans les Amériques.

Acronymes et abréviations

ANVISA	Agence nationale de surveillance sanitaire (Brésil)
BIREME	Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
CAREX	banque de données sur l'exposition aux carcinogènes
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte antitabac
CDC	Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies
CETESB	Agence pour la protection de l'environnement de l'État de São Paulo (Brésil)
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIM	Classification internationale des maladies
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CLAP/WR	Centre latino-américain de périnatalogie/santé génésique des femmes
COMISCA	Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique Centrale et de la République dominicaine
CSC	Bureau de la coordination nationale et infrarégionale
FEM	Fonds pour l'environnement mondial
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GRULAC	Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes
ICMS	Système d'intégrité et de gestion des conflits
INCOSUR/Chagas	Interruption de la transmission transfusionnelle de la trypanosomiase américaine
IPCAM	Initiative des pays d'Amérique centrale et du Mexique pour le contrôle de la transmission vectorielle et transfusionnelle et les soins médicaux de la maladie de Chagas
IPEA	Institut brésilien de la recherche économique appliquée
IRC	insuffisance rénale chronique
IRET	Institut régional des études toxicologiques (Costa Rica)
MNT	maladies non transmissibles
OCHA	Bureau des Nations Unies de la coordination des affaires humanitaires
OEA	Organisation des États Américains
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PAHEF	Fondation panaméricaine pour la Santé et l'Éducation
PANAFTOSA	Centre panaméricain de la fièvre aphteuse
PEV	Programme élargi de vaccination
PHEFA	Programme continental pour l'éradication de la fièvre aphteuse
PMIS	Système d'information pour la gestion du BSP
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
PRAIS	Plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé
RedETSA	Réseau d'évaluation des technologies de santé des Amériques
RSI	Règlement sanitaire international
SAS	Secrétariat d'aide à la santé (Brésil)
SIP	Système d'information périnatal
SIS-KLOR	Système de surveillance de chlore résiduel
SMS	short message service
SUS	Système de santé unifié (Brésil)
SVS	Secrétariat de la surveillance de la santé (Brésil)
TAR	traitement antirétroviral
TIC	technologies de l'information et de la communication
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain

Remerciements

Le Bureau sanitaire panaméricain remercie pour leur généreux soutien ses États Membres ainsi que les organismes et institutions individuels, notamment :

Administration des États-Unis pour l'alimentation et les médicaments
Agence des États-Unis pour le développement international
Agence suédoise de coopération internationale au développement
Alliance GAVI
Banque japonaise pour la coopération internationale
Bureau des Nations Unies de la coordination des affaires humanitaires
Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophes
Centre de recherche pour le développement international
Centres des États-Unis pour le contrôle et la prévention des maladies
Colgate Palmolive Company
Communauté économique européenne
Conselho Nacional Pecuário
Fondation Bill et Melinda Gates
Fondation de l'OPS
Fondation des CDC
Fondation mondiale du diabète
Fondation pour les Nations Unies
Fondation Sanofi Espoir
Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine
Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
Programme des Nations Unies pour le développement
Programme des Nations Unies pour l'environnement
RAD-AID International
Sabin Vaccine Institute

- - -