



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

55^e CONSEIL DIRECTEUR

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

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

Point de l'ordre du jour provisoire 3.2

CD55/3
5 août 2016
Original : anglais

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

**Défense de la santé pour le développement durable et l'équité :
catalyser l'action en faveur de la santé publique**

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Préface	3
Chapitre I. Répondre aux urgences sanitaires	5
Évolution d’une épidémie imputable à la nouvelle émergence du virus Zika dans les Amériques.....	5
Prise en charge, coordination et riposte face au développement d’une urgence morbide.....	6
Enseignements tirés de l’intervention d’urgence contre l’épidémie de virus Zika	11
Gestion des catastrophes et des risques pour la santé	13
Chapitre II. Coopération pour le développement sanitaire	22
Édification de systèmes de santé résilients	22
Appui au progrès en matière de santé universelle.....	23
Législation en matière de santé et réformes pour la santé universelle	24
Ressources humaines dans le domaine de la santé.....	25
Amélioration du cadre de réglementation en soutien à la santé universelle	25
Commission sur l’équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques.....	26
Initiatives relatives à l’élimination des maladies infectieuses.....	27
Phase finale de l’éradication de la polio.....	28
Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis.....	28
Lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque	29
Aborder les questions de genre, d’ethnicité et de santé	31
Chapitre III. Développements institutionnels	34
Première évaluation conjointe du programme faite par les pays et le Bureau	34
Engagement avec les États Membres en rapport avec la réforme de l’OMS	34
Partenariat entre le Fonds stratégique de l’OPS et le Fonds mondial	36
Système d’information pour la gestion du BSP et mises à niveau des TI.....	37
Amélioration du milieu de travail	38
Chapitre IV. Conclusions et perspectives d’avenir	40
Sigles et abréviations	43
Remerciements pour l’appui	46

Aux États Membres :

Conformément à la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel 2016 sur le travail du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques. Le présent rapport met en exergue la coopération technique fournie par le Bureau pendant la période allant de juillet 2015 à juin 2016, dans le cadre du [Plan stratégique 2014-2019](#) de l'Organisation panaméricaine de la Santé, défini par ses Organes directeurs.

Le rapport est complété par le [Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2015](#) [version en anglais].

Carissa F. Etienne
Directrice

Préface

Juin 2016

L'année considérée, couvrant la période de juillet 2015 à juin 2016, a été une période difficile pour la santé publique dans les Amériques. Ayant échappé aux ravages potentiels de la flambée de maladie à virus Ebola, qui s'est soldée par quelques infections importées et secondaires et deux décès, notre Région a encore une fois été confrontée à l'apparition d'une autre maladie infectieuse à la mi-2015. Cette épidémie était imputable à la nouvelle émergence du virus Zika, dont les graves conséquences et séquelles n'allaient faire leur apparition graduelle qu'au cours des mois suivants. Suite à sa toute première détection au Brésil en mai 2015, la présence du virus Zika était confirmée dans 40 pays et territoires de l'ensemble de la Région en date du 21 juin 2016.

La convergence de divers facteurs a permis la propagation rapide du virus Zika. Au nombre de ces facteurs, on peut citer la présence de populations humaines immunologiquement naïves et la forte prévalence du vecteur ubiquiste – le moustique *Aedes aegypti* – ainsi qu'une mobilité et des voyages intrarégionaux accrus. Une riposte vigoureuse de la santé publique régionale à cette urgence a été organisée, galvanisée et dirigée par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), qui est le Secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

Nous avons fourni un leadership dynamique, ainsi qu'un soutien et des conseils techniques en temps utile à nos États Membres au fur et à mesure que nous avons tous tenté de relever ce défi. Nous avons fourni une coordination active avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), d'autres organismes des Nations Unies (NU) et des partenaires clés pour assurer une action concertée apportant une valeur ajoutée. Nous avons convoqué des experts en la matière, des spécialistes et des chercheurs afin de façonner et d'établir les priorités d'un programme de recherche régional. Nous avons stimulé la production de nouvelles connaissances précieuses devant les nombreuses questions soulevées. Malgré le contexte pauvre en informations scientifiques, nous avons articulé des options de politiques éthiques et fondées sur des données factuelles, particulièrement concernant les problèmes liés à la santé génésique.

En réalité, ces rôles et ces mesures étaient loin d'être nouveaux ou uniques pour le Bureau. Le mandat de notre prédécesseur, le Bureau sanitaire international, fondé en 1902, était de fournir un leadership et une coordination efficaces dans le domaine de la santé, compte tenu des difficultés écrasantes que posaient à cette époque les maladies transmissibles. Ce rôle de leadership et de coordination s'est développé au fil du temps pour inclure l'état de préparation et l'intervention, non seulement pour les flambées de maladies infectieuses, mais aussi pour les catastrophes et les urgences découlant de dangers naturels et d'origine humaine. L'épidémie de maladie à virus Zika, qui a retenu une grande partie de notre attention et de nos efforts au cours des 12 mois considérés, a offert une occasion exceptionnelle de mettre en valeur le rôle du Bureau dans une urgence sanitaire qui présentait des défis à la fois nouveaux et susceptibles de se répéter.

J'estime que les résultats présentés dans ce rapport vont démontrer clairement que les politiques, les procédures et les mécanismes de coordination actuellement en vigueur au Bureau et dans les États Membres de l'OPS sont efficaces pour gérer les urgences de santé publique de manière à protéger la population, à atténuer les répercussions et à assurer que les services et les programmes sanitaires demeurent fonctionnels et efficaces dans les moments où les besoins sont les plus criants. Notre performance à cet égard est solidement ancrée dans un siècle d'expérience en matière de coordination des interventions de lutte contre les épidémies et dans plus de quatre décennies d'expérience en matière de préparatifs, de gestion et d'intervention lors de catastrophes.

En plus de l'épidémie de maladie à virus Zika, le Bureau a répondu à d'autres urgences sanitaires pendant l'année considérée, alors qu'il continuait à mettre sur pied un large éventail de programmes de coopération technique autres que pour les urgences, en étroite collaboration avec nos États Membres. Le rapport expose en détails ce travail et fait ressortir plusieurs des jalons atteints. Il souligne aussi les efforts déployés pour améliorer nos processus et procédures internes afin de renforcer l'efficacité et l'exécution des activités de coopération technique, tout en analysant simultanément certains des enseignements que nous en avons tirés et les défis que nous aurons à relever à mesure que nous poursuivons la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et tentons d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD) mondiaux.

En présentant ce rapport aux Organes directeurs de l'OPS, je veux exprimer ma profonde reconnaissance à tous les membres de notre personnel pour leur diligence, leur dévouement, leur engagement et leur travail ardu pendant cette période 2015-2016. Je suis également extrêmement reconnaissante envers nos États Membres, nos donateurs et nos autres partenaires pour leurs précieux conseils, leur soutien et leur collaboration inestimables au cours de ces 12 derniers mois. J'invite toutes les parties prenantes de l'OPS à se joindre à nous pour continuer à construire en s'appuyant sur l'expérience acquise et sur les accomplissements décrits dans le présent rapport afin de tenir notre promesse d'assurer le meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre par toute femme, tout homme et tout enfant dans notre hémisphère.

Chapitre I. Répondre aux urgences sanitaires

Évolution d'une épidémie imputable à la nouvelle émergence du virus Zika dans les Amériques

1. La Région des Amériques a connu l'explosion d'une épidémie d'infections par le virus Zika pendant la période allant de la mi-2015 à la mi-2016. Cet agent étiologique a toutefois été détecté pour la première fois dans l'hémisphère occidental sur l'île de Pâques, au Chili, en février 2014, coïncidant avec une série de flambées confirmées de maladie à virus Zika en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans d'autres îles du Pacifique. La déclaration rapide par le Chili de la présence du virus Zika au Bureau sanitaire panaméricain a mis le Bureau en état d'alerte, en vertu du Règlement sanitaire international (RSI), quant à l'introduction possible du virus sur la plateforme continentale des Amériques. À ce moment, cette possibilité n'était pas considérée comme étant inquiétante, puisque les effets connus du virus étaient alors considérés comme étant relativement bénins.

2. Une année plus tard, en février 2015, les autorités sanitaires brésiliennes ont répondu à la demande d'informations du Bureau sur des grappes de cas présentant des symptômes de fièvre, de douleurs musculaires et articulaires, d'exanthème et de céphalée à Maranhão, l'un des États du nord-est du pays. Quatorze des 25 échantillons de patients ayant subi des tests de dépistage au laboratoire de l'État de Maranhão s'étaient avérés positifs pour le virus de la dengue et négatifs pour les virus de la fièvre chikungunya, de la rubéole et de la rougeole. Cependant, ce laboratoire ne disposait pas des capacités de dépistage du virus Zika. À la fin avril, les autorités ont partagé un rapport préliminaire du laboratoire de l'État de Bahia, qui avait remarqué que les échantillons de l'État de Maranhão et d'autres États du nord-est avaient obtenu des résultats positifs quant à la présence du virus Zika. Ces résultats ont par la suite été confirmés par le laboratoire national de référence de Belém, l'Institut Evandro Chagas. Le 7 mai 2015, l'OPS a lancé sa première Alerte épidémiologique sur le virus Zika. Dans cette alerte, l'OPS décrivait l'infection et faisait des recommandations aux États Membres pour adapter et accroître la sensibilité de leurs systèmes de surveillance existants de la dengue et de la fièvre chikungunya de manière à détecter d'éventuels cas d'infection par le virus Zika. L'alerte comprenait également des détails sur les tests de laboratoire, la prise en charge des cas et les mesures de prévention et de lutte, notamment des recommandations à l'intention des voyageurs.

3. Il était historiquement reconnu que l'infection par le virus Zika produisait une faible fièvre et un exanthème. Cependant, lors de la flambée de 2014 en Polynésie française, le syndrome de Guillain-Barré (SGB) avait été détecté chez 42 patients, ce qui représente une augmentation de presque neuf fois par rapport aux taux annuels moyens. En juillet 2015 dans l'État de Bahia, au Brésil, on avait détecté une circulation importante du virus Zika, ainsi qu'une incidence croissante d'anomalies neurologiques, dont le SGB.

4. En août 2015, des obstétriciens et des pédiatres de trois autres États du nord-est du Brésil (Pernambuco, Paraíba et Rio Grande do Norte) ont signalé ce qui leur semblait être une augmentation des cas de microcéphalie des nouveau-nés dans leur pratique clinique. Ces signalements anecdotiques ont été corroborés en octobre 2015, lorsqu'une augmentation de 70 fois des cas détectés de microcéphalie a été confirmée à Pernambuco. Beaucoup des mères de bébés atteints de microcéphalie avaient présenté des symptômes d'exanthème accompagnés de fièvre pendant leur grossesse.

5. En réponse à ces constatations, le Bureau a déployé une équipe d'experts au Brésil en novembre 2015 sous les auspices du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS (GOARN, d'après son sigle en anglais) pour aider les autorités nationales et des États à caractériser la manifestation. Cette mission a conclu que l'augmentation des cas de microcéphalie ne semblait pas être artéfactuelle ni être le résultat d'un biais de surveillance. D'après les constatations cliniques et les tests, l'équipe a conclu que la microcéphalie semblait être provoquée par une nouvelle entité distincte dont l'impact pourrait être considérable, tant à court qu'à long terme. À la fin décembre 2015, 11 pays et territoires des Amériques signalaient la circulation locale du virus Zika, du Brésil au sud jusqu'à Porto Rico au nord.

6. Avec des preuves semblant de plus en plus indiquer l'existence d'un lien entre l'infection par le virus Zika et de graves complications, particulièrement la microcéphalie, l'OMS a convoqué une réunion du Comité d'urgence du RSI en février 2016 dans le but précis de déterminer si l'épidémie de maladie à virus Zika rencontrait les critères d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Ce comité a conclu que les grappes de microcéphalie associées au virus Zika répondaient aux critères du RSI justifiant la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale. Cela a poussé la Directrice générale de l'OMS, Margaret Chan, à déclarer officiellement une USPPI et à demander la coordination et la collaboration internationales urgentes pour mieux comprendre le plein impact du virus Zika et des complications qui lui sont liées.

Prise en charge, coordination et riposte face au développement d'une urgence morbide

7. Le Bureau a coordonné et facilité de façon proactive une intervention régionale contre le virus Zika dès les tous premiers stades de l'épidémie, plusieurs mois avant la déclaration de l'USPPI. L'équipe d'Alerte et de réponse opérationnelle (ARO) de l'OPS, qui s'occupe de la surveillance des manifestations dans le cadre du mandat du RSI de l'OMS, a été essentielle pour détecter les grappes inhabituelles d'exanthème et de fièvre au nord-est du Brésil. Suite à la confirmation de la circulation du virus Zika au Brésil en mai 2015, l'équipe d'ARO a rapidement élaboré et diffusé des recommandations à l'intention de tous les États Membres pour se préparer à l'éventuelle apparition du virus Zika. Au cours de ce même mois, la Directrice de l'OPS a étoffé l'équipe d'ARO en une équipe plus imposante de prise en charge des manifestations du virus Zika, en y intégrant d'autres spécialistes de la surveillance, de la prise en charge des cas cliniques, de la

virologie, de la lutte antivectorielle et de la communication des risques. Suite aux constatations du réseau GOARN-Brésil indiquant l'existence d'un lien très fort entre le virus Zika et la microcéphalie, la Directrice de l'OPS a officiellement activé le Système de gestion des incidents (IMS) pour le virus Zika le 8 décembre 2015. Le travail de l'équipe d'ARO et de l'équipe du système IMS consistant à collecter, compiler, analyser, confirmer et transmettre les informations présentées par les États Membres a été essentiel pour soutenir les pays parce que le virus Zika se propageait rapidement dans l'ensemble de la Région.

8. Suite à l'activation du système IMS, le Bureau a immédiatement débloqué des fonds du Fonds d'urgence en cas d'épidémie de l'OPS, permettant ainsi la mobilisation rapide de ressources humaines et financières supplémentaires pour coordonner la riposte régionale au virus Zika. Parmi les principales mesures qui ont été prises, notons la fourniture de matériel et de fournitures, y compris d'immunoglobuline pour traiter les patients atteints du SGB et d'insecticides homologués préalablement par le Système d'Évaluation des pesticides de l'OMS (WHOPES, d'après son sigle en anglais). Le Bureau a mobilisé 53 missions dans 25 États Membres et territoires. Ces missions étaient habituellement composées d'experts tels que des neurologues, des néonatalogistes, des obstétriciens, des épidémiologistes, des virologues, des experts en lutte antivectorielle et des spécialistes de recherche et d'organisation des services de santé. Le Bureau a de plus mis sur pied de nombreuses initiatives de renforcement des compétences et d'autres activités dans les pays afin d'offrir de la formation au personnel national sur tous les aspects cruciaux d'une riposte efficace. Ces exercices de renforcement des capacités ont traité de thématiques allant du diagnostic en laboratoire et de la prise en charge clinique, à la lutte antivectorielle et à la communication des risques. En coordination avec l'OMS, le personnel du Bureau a rédigé l'ébauche ou mis à jour 13 documents de conseils techniques qui informaient les États Membres des différentes composantes de l'intervention. Une série d'ateliers régionaux et infrarégionaux, de consultations d'experts et d'autres occasions du genre ont aussi été organisés. Notons en l'occurrence la première discussion mondiale sur un programme de recherche mondial sur le virus Zika qui a réuni des représentants d'organisations partenaires dont les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, le Réseau International des Instituts Pasteur et la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, d'après son sigle en espagnol).

Consultation internationale sur le virus Zika et l'éthique

La grave menace que pose le virus Zika pour les femmes enceintes et leurs bébés à naître, combinée aux connaissances scientifiques limitées sur le virus, sa pathogénèse et ses répercussions éventuelles, a soulevé de difficiles questions d'éthique pour les autorités sanitaires et les prestataires de soins de santé. Dans le but de fournir des conseils fort nécessaires dans ce domaine, le Bureau a convoqué en avril 2016 une consultation internationale qui a rassemblé des éthiciens et d'autres professionnels de ministères de la Santé, de l'OPS et de l'OMS qui participaient à la riposte au virus Zika.

Voici des recommandations qui ont émané de cette consultation :

- Toutes les femmes doivent avoir accès à des informations et des services complets de santé sexuelle et génésique, notamment à des services de planification familiale, de santé maternelle, de dépistage prénatal, d'interruption sûre de la grossesse, de conseils et de soins postnataux.
- Il convient de respecter le droit moral des femmes à choisir leurs options reproductrices pendant la flambée de virus Zika.
- Il appartient aux femmes de pouvoir choisir librement parmi toutes les options pertinentes, notamment, la contraception, l'interruption de la grossesse et de mener à terme une grossesse potentiellement affectée. Aucune option ne doit être conditionnelle à un diagnostic particulier ni à la probabilité d'une issue défavorable de la grossesse.
- Les femmes doivent recevoir un soutien social adéquat de leurs décisions relatives à la reproduction et de l'aide pour faire face aux difficultés liées à l'infection par le virus Zika et le syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika (SAICVZ).
- Les autorités sanitaires doivent s'efforcer de minimiser la discrimination et la stigmatisation en informant continuellement le public sur l'importance de respecter les différents choix, croyances et valeurs.
- Il faut fournir aux femmes des informations honnêtes, complètes, exactes et à jour sur le virus Zika et le SAICVZ.
- Il y a un impératif éthique de faire progresser la recherche sur le virus Zika, et les chercheurs ont le devoir éthique de partager les données et les résultats de recherche de manière à permettre des interventions rapides face à l'urgence sanitaire.

Wellcome Trust a fourni le financement de cette consultation internationale.

9. À mesure que l'existence d'un lien entre l'infection par le virus Zika et des anomalies congénitales se précisait, le Bureau a convoqué en janvier 2016 des experts internes et externes en santé maternelle et périnatale, en génétique, en épidémiologie, en surveillance et en neurologie pédiatrique pour élaborer des directives tant pour le diagnostic et la surveillance de la microcéphalie (éventuellement considérés comme faisant partie du syndrome plus largement défini et associé à l'infection congénitale à virus Zika, le SAICVZ), ainsi que pour les soins des femmes enceintes exposées au virus Zika et aux nouveau-nés atteints de microcéphalie/SAICVZ. Des missions techniques possédant une expertise en matière de soins des femmes enceintes ont été déployées en Bolivie, en Colombie, en El Salvador, en Équateur, en Haïti, au Honduras, au Guatemala, au Panama et en République dominicaine. Des experts du Bureau ont coordonné avec des collègues de l'OMS l'élaboration de critères de diagnostic précoce par échographie de la microcéphalie/SAICV.

10. Le Bureau a élaboré des directives sur le soutien psychosocial des femmes enceintes dans les zones de circulation du virus Zika et a organisé trois webinaires pour aider à diffuser ces informations. D'autres directives ont été produites sur des questions afférentes à la sécurité transfusionnelle et à la production de produits sanguins sûrs dans le contexte de cette épidémie.

11. En plus des directives techniques écrites diffusées à grande échelle, le Bureau a fourni des mises à jour fréquentes sur l'épidémie de virus Zika à l'intention des principaux intéressés dans les États Membres, ainsi que du Conseil permanent de l'Organisation des États Américains (OEA), des États Membres et Associés de MERCOSUR, des ministres de la Santé de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR) et des membres du Groupe des Nations Unies pour le développement-ALC (GNUD-ALC). Des séances d'information sur le virus Zika et ses répercussions sur les femmes et les bébés ont été fournies à la Commission interaméricaine des femmes, au Groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle (GTR) et au Forum économique international sur l'Amérique latine et les Caraïbes (LACFORUM). La Directrice a tiré parti des possibilités offertes lors de ses visites aux États Membres pour présenter aux publics nationaux des mises à jour sur l'évolution de la situation liée au virus Zika et sur la riposte multidimensionnelle du Bureau, comme lors d'assemblées publiques locales ou d'autres manifestations en Colombie, à Cuba, en Équateur, à la Grenade et à Saint-Vincent-et-les-Grenadines.

12. En s'appuyant sur des initiatives précédentes de coopération technique pour le renforcement des systèmes de santé et les préparatifs au virus Ebola, le Bureau a mis au point un nouvel instrument d'évaluation des capacités des pays à répondre à l'épidémie de maladie à virus Zika et ses complications. L'instrument qui a été appliqué aux pays, au nombre desquels la Bolivie, la Colombie, le Costa Rica, Haïti, le Honduras, le Paraguay, la République dominicaine et le Suriname, a aidé les autorités sanitaires nationales à identifier des domaines à renforcer. Dans le cadre d'un effort distinct, le Bureau a établi un partenariat avec la Banque mondiale (BM) et la Banque interaméricaine de développement (BID) pour élaborer un outil combiné d'évaluation et de chiffrage servant à identifier les lacunes des capacités d'intervention du système de santé national et à estimer les coûts des interventions nécessaires. Des missions communes d'experts des trois institutions (OPS, BM, BID) ont été déployées en Dominique et au Honduras pour faire un essai-pilote de ce nouvel instrument. Il a depuis été appliqué en El Salvador, en Grenade, en Guyane, en Haïti, au Nicaragua, au Panama et dans deux États du Brésil.

13. Le Bureau a aussi collaboré avec l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) afin d'élaborer un profil de produit cible pour un test de diagnostic du virus Zika qui pourrait être facilement utilisée dans les services sanitaires nationaux.

14. Pour répondre à la question cruciale de la lutte antivectorielle, la Directrice de l'OPS a constitué un nouveau Groupe consultatif technique en matière d'entomologie et de santé publique, qui s'est réuni pour la première fois en mars 2016. Au nombre des participants, on retrouvait des experts de l'OMS, du FIOCRUZ, des CDC des États-Unis, de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), de l'Université Monash de l'Australie, de la Fondation Bill et Melinda Gates et du Bureau de politique scientifique et technologique de la Maison-Blanche (États-Unis). Les recommandations de la réunion portaient sur l'intensification de la lutte contre les moustiques et de leur surveillance, et sur l'augmentation de la formation sur ces domaines, l'élaboration d'un nouveau protocole de surveillance de la résistance aux insecticides et l'évaluation de

l'impact et du rapport coût-efficacité des méthodes actuelles de lutte antivectorielle, ainsi que sur de nouveaux outils complémentaires, tels que des technologies de modification génétique des moustiques et/ou de leur stérilisation. Le groupe a aussi insisté sur la nécessité d'une action intersectorielle plus musclée, particulièrement par le biais de partenariats avec les communautés et avec les secteurs de production pertinents pour élaborer, mettre en œuvre et soutenir des mesures efficaces et viables sur le plan économique visant à réduire les populations de moustiques.

15. Dans un climat de préoccupation croissante du public au sujet des risques que pose la flambée de virus Zika au Brésil pour les athlètes et les supporteurs assistant aux Jeux Olympiques d'été de Rio de Janeiro, le Bureau a fourni des informations et une analyse qui ont été examinées lors de la réunion de juin 2016 du Comité d'urgence du RSI. Le rapport du Bureau, tenant compte des informations fournies par le Brésil, s'est penché sur les tendances épidémiologiques récentes et a démontré une diminution de l'incidence actuelle des infections par le virus Zika. Il a également noté que la transmission du virus de la dengue, qui se transmet par le même vecteur, *Aedes aegypti*, a été historiquement faible au cours des mois d'hiver d'août et de septembre au Brésil. Le Comité d'urgence du RSI a conclu que le risque de poursuite de la propagation internationale du virus Zika du fait de la tenue des Jeux Olympiques et Paralympiques était très faible, et que l'avis précédent du Comité, selon lequel il ne devrait y avoir aucune restriction générale de voyage et de commerce, demeurerait valide.

Préparation de la santé publique pour les Jeux Olympiques d'été 2016

Le rapport fourni par le Bureau au Comité d'urgence du RSI incorporait les informations rassemblées lors d'une série de missions menées au Brésil au cours desquelles l'équipe du Système de gestion des incidents (IMS) liés au virus Zika du Bureau a conseillé les autorités sanitaires nationales sur la préparation aux Jeux Olympiques dans des domaines comprenant la gestion de l'information, le déclenchement d'alertes et d'interventions, la direction et le contrôle aux niveaux gouvernementaux principaux (municipal, d'État et fédéral) et la transparence et le partage des informations sanitaires avec d'autres États Membres de l'OPS et parties prenantes.

En vertu d'un accord avec le Comité international olympique et en partenariat avec les autorités brésiliennes, le Bureau et l'OMS ont fourni du soutien pour réduire les risques de maladie à virus Zika chez les athlètes olympiques et les visiteurs, de même que pour atténuer les risques de maladie d'origine hydrique chez les athlètes participant à des sports nautiques olympiques.

Le Bureau et l'OMS ont recommandé plusieurs mesures pour prévenir les infections par le virus Zika. L'une d'elle était la fumigation et la pulvérisation intra-domiciliaire pour diminuer les populations de moustiques adultes. Une autre était l'élimination d'éventuels lieux de reproduction à l'intérieur et à proximité des sites sportifs olympiques, des hébergements pour les athlètes et des hôtels. Une troisième était l'engagement communautaire pour éliminer les lieux de reproduction potentiels se trouvant à proximité des résidences, des écoles et des lieux de travail. Le Bureau et l'OMS ont aussi recommandé la distribution d'insectifuges et de matériel de promotion sanitaire aux visiteurs et aux athlètes. Le Bureau et l'OMS ont également suggéré aux autorités sanitaires brésiliennes de sensibiliser systématiquement les délégations olympiques avant et pendant la tenue des jeux, pour les informer des mesures qui sont mises en œuvre et de tout changement

dans la situation épidémiologique.

Le personnel du Bureau et de l'OMS a aidé les autorités brésiliennes à élaborer une méthode de surveillance de la qualité des eaux de baignade par l'analyse bactériologique et a proposé des mesures de réduction de la contamination, pour aider à prévenir les maladies d'origine hydrique. Un atelier organisé par le Bureau qui a eu lieu au Brésil en novembre 2015 a fait des recommandations supplémentaires pour renforcer la communication sociale, l'information du public et la promotion de la santé. En mars 2016, une mission du Bureau s'est rendue sur les lieux de prélèvement d'échantillons pour des tests de l'eau et a examiné les critères de qualité de l'eau qui étaient utilisés pour contrôler ces lieux. Le Bureau a continué de soutenir les efforts du Brésil dans ce domaine depuis la mi-juin 2016.

16. Le Bureau s'est fortement appuyé sur des partenariats et des réseaux existants, tels que le Réseau de laboratoires de détection de la dengue des Amériques (RELDA), dont les laboratoires participants comprennent l'Institut national des maladies virales humaines (INEVH, d'après son sigle en espagnol) en Argentine, l'Institut Evandro Chagas et la Fondation FIOCRUZ au Brésil, l'Institut Pedro Kouri de Cuba, l'Institut Pasteur en Guyane française, l'Institut national de diagnostic et de référence épidémiologiques du Mexique, l'Institut commémoratif Gorgas pour les études sur la santé du Panama, et les CDC des États-Unis à Porto Rico. Afin de soutenir le Brésil et de procurer une coordination régionale de la riposte au virus Zika, ces laboratoires ont consenti à élargir la portée du réseau pour fournir la surveillance intégrée en laboratoire de tous les arbovirus.

17. Un soutien crucial à la riposte au virus Zika du Bureau est également venu du Fonds de réserve de l'OMS, de l'Agence de la santé publique du Canada, d'Affaires mondiales Canada, de l'USAID, de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Norvège (par le biais du Fonds de réserve de l'OMS).

Enseignements tirés de l'intervention d'urgence contre l'épidémie de virus Zika

18. De nombreux aspects de cette épidémie de virus Zika ont renforcé certaines des priorités et approches de coopération technique en cours du Bureau, tout en indiquant la nécessité de modifier l'accent qui est mis sur d'autres domaines. Cela est certainement le cas pour la lutte et la gestion antivectorielles. L'épidémie actuelle de virus Zika, les importantes flambées récurrentes de dengue qui ont sévi au cours des trois dernières décennies et l'apparition récente et la propagation rapide du virus chikungunya ont fait ressortir l'ampleur de l'infestation par *Aedes aegypti* dans la Région et ont aussi exposé l'échec des pays à lutter contre ce vecteur d'importance majeure pour la santé publique. Bien que les enseignements spécifiques tirés de la lutte antivectorielle ne soient pas nouveaux, l'épidémie de maladie à virus Zika a relancé l'urgence de les appliquer. Un enseignement essentiel est que les populations de moustiques et l'exposition humaine sont associées à de nombreux déterminants environnementaux et sociaux de la santé. Par conséquent, il faut que les programmes de lutte antivectorielle soient complets, intégrés, intersectoriels et participatifs. Un autre enseignement essentiel tiré est que les ressources consacrées aux efforts de lutte antivectorielle doivent être maintenus à des niveaux

appropriés même lorsque de tels efforts perdent leur grande visibilité et l'attention qu'on leur porte en raison de leur succès. Parallèlement, l'innovation est essentielle au développement de nouvelles façons plus efficaces de lutter contre les populations de moustiques.

19. Une leçon connexe à retenir est la nécessité d'une surveillance, d'une prévention et d'une lutte intégrées des maladies arbovirales ayant une importance en santé publique. Cela est particulièrement vrai pour la dengue, la fièvre chikungunya, la fièvre jaune et la maladie à virus Zika, qui se transmettent toutes par le même vecteur moustique. Ces efforts intégrés doivent comprendre la surveillance entomologique de l'espèce de moustique, la surveillance de la résistance du vecteur aux insecticides et la surveillance en laboratoire des virus présents dans les vecteurs.

20. L'expérience du virus Zika de la Région a par ailleurs démontré qu'il est indispensable que les prestataires de soins de santé de première ligne soient à l'affût et restent vigilants en cas de signes et de manifestations cliniques atypiques, afin d'assurer la détection rapide d'une maladie émergente. Au niveau régional, il est nécessaire de faire preuve du même jugement et de la même vigilance pour examiner les données produites par la surveillance des manifestations et pour intervenir de manière appropriée, même en l'absence de solides données factuelles confirmant une maladie. Les principes directeurs du Bureau sous-tendant la riposte au virus Zika ont été d'agir prudemment, mais proportionnellement au degré d'urgence, en s'appuyant sur les faits les plus avérés dont on disposait à l'époque. Dans ce contexte, les activités de communication des risques bien adaptées sont essentielles pour transmettre fidèlement et avec transparence les incertitudes de manière à mériter et à préserver la confiance du public.

21. Des travaux antérieurs amorcés par le Bureau et les États Membres de l'OPS pour renforcer la capacité d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie et le rôle des points focaux nationaux du RSI dans les pays ont contribué de façon positive à l'intervention régionale contre le virus Zika. Ces efforts entrepris à l'origine pour améliorer la conformité nationale et régionale au RSI avaient été accélérés lors des préparatifs de 2014 à l'éventuelle apparition du virus Ebola. Ces exercices avaient donné l'occasion à plusieurs pays d'identifier et de combler les lacunes de leur état de préparation en cas d'épidémie. En outre, les procédures et les canaux établis dans le cadre du RSI se sont avérés efficaces et en fait essentiels pour échanger et traiter les informations sur les flambées de manière à guider les interventions nationales, régionales et mondiales contre la propagation du virus Zika.

22. Au sein du Bureau, la riposte à l'épidémie de maladie à virus Zika a galvanisé une collaboration interprogrammatique intense et a engendré de nouvelles synergies entre les programmes techniques, dont ceux portant sur la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles, la préparation et l'intervention en cas de catastrophe, les systèmes et les services de santé et la santé des femmes et des enfants, entre autres.

23. Tout comme la fièvre chikungunya avant elle, la maladie à virus Zika a mis en lumière les insuffisances et les lacunes qui persistent dans la capacité des programmes de lutte antivectorielle et des systèmes de santé nationaux à s'adapter à de nouvelles menaces. Dans ce contexte, l'épidémie a renforcé l'emphase générale que le Bureau avait mise sur l'édification de systèmes de santé robustes et résilients, et la progression de l'accès et de la couverture sanitaires universels. Elle a également mis en relief d'autres priorités de coopération technique telles que l'atteinte de la pleine conformité au RSI et l'intégration de la surveillance, la prévention et la lutte contre les arboviroses ayant une importance en santé publique.

24. Pour le moment, il reste beaucoup à apprendre sur le virus Zika. En revanche, l'intervention régionale proactive guidée par un leadership et une coordination visionnaires en santé publique au cours de la période considérée a permis de beaucoup mieux comprendre l'ensemble des maladies provoquées par ce virus. Au 30 juin 2016, des troubles neurologiques associés au virus Zika, dont le SGB, avaient été signalés dans 15 pays et territoires des Amériques. La microcéphalie liée à des infections par le virus Zika contractées localement avait été signalée en 7 endroits : Brésil, Colombie, El Salvador, Guyane française, Martinique, Panama et Porto Rico. En plus des fortes associations spatio-temporelles identifiées par les analyses des données de surveillance, voici d'autres preuves de l'existence d'un lien entre le virus Zika et ces complications : a) l'identification du virus Zika dans les tissus cérébraux de fœtus et de nouveau-nés affectés, b) la documentation de l'infectiosité du virus Zika dans les cellules souches neurales, c) l'identification de récepteurs cellulaires spécifiques que le virus privilégie et d) la détection de l'infection par le virus Zika au cours de stades précis du développement prénatal qui correspondaient à des anomalies fœtales observées. La découverte essentielle que le virus Zika peut aussi se transmettre par voie sexuelle est très inquiétante, puisque cette voie de transmission recèle le potentiel d'amplifier considérablement la propagation de ce virus, même en l'absence de vecteur moustique compétent.

25. Environ 500 millions de personnes vivent dans des régions à risque de transmission vectorielle du virus Zika en Amérique latine et dans les Caraïbes. On sait que l'impact de ce virus a déjà été substantiel. Le virus est susceptible de peser lourdement sur les services de santé (notamment sur les services de santé mentale), particulièrement dans le traitement des graves complications, et sur la société, surtout sur les femmes. Le virus Zika demeurera au programme régional de santé publique pour la période 2016-2017 et au-delà, et l'OPS continuera de riposter de façon adéquate et efficace.

Gestion des catastrophes et des risques pour la santé

Le tremblement de terre en Équateur

26. En plus de son travail lié au virus Zika, le Bureau a apporté un soutien fondamental à des États Membres concernant plusieurs autres urgences sanitaires importantes pendant la période considérée. La plus grave de ces urgences a été provoquée

par un tremblement de terre de magnitude 7,8 qui a frappé l'Équateur le 16 avril 2016, touchant plus de 720 000 personnes. La catastrophe s'est soldée par la perte de 663 vies et a forcé plus de 33 000 personnes à chercher refuge dans des abris. Trente-neuf centres de santé et hôpitaux ont été endommagés, et 20 d'entre eux ont été incapables de poursuivre leurs activités.

27. Face au problème, le Bureau a activé son cadre d'intervention institutionnelle en cas d'urgence et ses centres des opérations d'urgence (COU) tant au niveau de son Siège que du bureau de pays. Ce dernier a immédiatement mobilisé du personnel et des ressources pour venir en aide aux autorités sanitaires de l'Équateur. Peu après, du personnel technique du Siège et d'autres bureaux de pays a été déployé pour soutenir la coordination des actions humanitaires (notamment les équipes médicales d'urgence), les évaluations des dommages et des besoins (particulièrement pour l'infrastructure sanitaire), la gestion et la communication de l'information et la gestion logistique de l'approvisionnement. Le personnel du Bureau a aussi travaillé en étroite relation avec les autorités nationales sur la surveillance épidémiologique, le rétablissement des services de santé, la vaccination et la santé mentale.

28. Avec l'appui du Bureau, les autorités sanitaires ont mis en place deux aires de rassemblement, à Quito et à Manta, pour inscrire et coordonner le déplacement des médicaments et des fournitures médicales à destination et provenant des entrepôts, en employant le Système d'appui logistique/système de gestion des fournitures humanitaires (LSS/SUMA, d'après son sigle en anglais).

29. Pour la première fois dans la Région, le ministère de la Santé publique de l'Équateur s'est servi des normes minimales et des mécanismes de coordination qui avaient été préconisés par l'OPS/OMS pour le déploiement des équipes médicales d'urgence (EMU) nationales et internationales (*consulter l'encadré suivant*). Une Cellule d'information et de coordination médicale des équipes médicales d'urgence (CICOM, d'après son sigle en espagnol) a été établie au Centre d'urgence ECU 911 de Quito sous la responsabilité du Département de la coopération internationale du ministère de la Santé publique. CICOM a facilité l'inscription et le déploiement des EMU vers les zones sinistrées, a aidé à fixer les priorités de travail des intervenants sanitaires et a amélioré la qualité des informations sur la couverture sanitaire. Les EMU qui ont été déployées étaient composées de plus de 20 équipes nationales et de 5 équipes internationales, ce qui dénote la réussite des efforts et du soutien techniques continus du Bureau destinés à améliorer la capacité nationale à réagir aux situations d'urgence.

30. En coordination avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (BCAH), le personnel du Bureau a dirigé l'élaboration de la composante du secteur de la santé pour lancer un appel urgent de levée de fonds d'aide humanitaire. L'appel qui a été lancé le 22 avril 2016 comprenait une demande de 4,5 millions de dollars américains du secteur de la santé pour répondre aux besoins sanitaires de 110 000 personnes pendant trois mois. L'objectif était d'augmenter l'accès aux services sanitaires essentiels, notamment aux soins d'urgence, aux soins à la mère et à l'enfant et aux

services de nutrition, et de réduire les risques pour la santé au moyen de la surveillance, de l'accès aux services de santé génésique et aux services aux victimes de violence sexospécifique. Le personnel du Bureau a aussi soutenu l'élaboration et le lancement d'un appel urgent de la part du secteur des eaux, de l'assainissement et de l'hygiène en Équateur. À la fin du mois de mai 2016, le Bureau avait reçu des fonds ou des engagements se chiffrant à plus de 1,5 million de dollars américains (du Canada, des États-Unis et le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires des Nations Unies (CERF)) pour soutenir la coopération technique du Bureau dans ce domaine.

Soutien des équipes médicales d'urgence (EMU)

Le Bureau a soutenu la mobilisation rapide d'équipes médicales d'urgence (EMU) compétentes dans les États Membres accablés par des catastrophes ou des flambées soudaines, en vertu des principes et des procédures établis dans le Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire de 2014 (CD53/12 [2014]) de l'OPS. Au nombre de ceux-ci, on compte les normes et les exigences minimales convenues à l'échelle mondiale en matière de dotation en personnel et d'équipement des EMU, les procédures de demande, d'acceptation et de réception des EMU, les étapes de coordination de l'intégration des EMU avec les centres des opérations d'urgence (COU) sanitaire et les conseils pour simplifier les procédures d'immigration, de douane et de logistique facilitant le déploiement des EMU. Le Plan d'action de l'OPS comprenait également des conseils pour former des EMU au niveau national et élaborer des mécanismes d'inscription des équipes nationales et internationales.

Pendant la période 2015-2016, le Bureau a beaucoup travaillé à bâtir la capacité des pays à coordonner les EMU. Des ateliers nationaux ont été organisés au Chili, en Colombie, au Costa Rica, en Équateur, au Guatemala et au Pérou. Ils ont administrés une formation à 183 participants sur les procédures et les outils servant à demander, à recevoir et à déployer les EMU et à améliorer la coordination des EMU par le biais des COU sanitaires et de l'établissement de cellules d'information des EMU (CICOM).

En décembre 2015, le Bureau s'est associé au Secrétariat des Équipes médicales d'urgence de l'OMS pour animer une réunion mondiale des EMU. Les participants comprenaient 150 représentants de gouvernements (issus de plus de 30 États Membres de l'OMS), de la société civile, du secteur privé et d'organisations internationales. Parmi les questions discutées, notons le renforcement de la collaboration et de la capacité mondiales, le cadre d'assurance de la qualité des EMU, les mécanismes nationaux d'inscription et de coordination des équipes, et les normes minimales imposées aux équipes nationales et internationales.

Le rapport de la réunion est disponible [en anglais] sur

http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2409&Itemid=&lang=en

L'ouragan Joaquin aux Bahamas

31. Début octobre 2015, les Bahamas ont été frappées par l'ouragan Joaquin, une tempête de catégorie 4 qui a causé des dommages importants sur six îles et plus de 14 000 habitants. Des vents violents, des marées hautes, l'inondation et les débris amenés par les fortes pluies ont restreint l'accès par voie aérienne, routière et maritime, alors que les lignes électriques tombées au sol et les générateurs endommagés ont interrompu

l'approvisionnement en électricité, perturbant la chaîne du froid dans plusieurs centres de santé.

32. Seul organisme résidant des Nations Unies dans les Bahamas, le Bureau de pays de l'OPS occupait une position unique pour aider le gouvernement dès le tout début de la catastrophe. Dans les jours qui suivirent l'ouragan Joaquin, le Bureau a déployé des experts en gestion des catastrophes de son Équipe régionale d'intervention en cas de catastrophe pour aider le ministère de la Santé et le ministère de l'Environnement à évaluer l'impact de l'ouragan et à identifier les interventions à prioriser, tout en soutenant les efforts de gestion et de coordination de l'approvisionnement.

33. De plus, le Bureau a fait don d'une valeur de plus de US\$ 100 000 en fournitures essentielles pour faciliter la communication terrestre, assurer la poursuite de la prestation des soins de santé et soutenir les interventions dans les domaines des eaux et de l'assainissement, ainsi que de la lutte antivectorielle. Ces fournitures comprenaient des génératrices, des pompes diesel manuelles, et des barils de stockage de diesel afin de rétablir le fonctionnement de plusieurs établissements de soins de santé touchés. Des médicaments essentiels et des vaccins ont été achetés pour remplacer les stocks endommagés et perdus, ainsi que des appareils de réfrigération pour rétablir la chaîne du froid. Parmi d'autres contributions du Bureau, il y a eu les téléphones satellites Iridium, pour soutenir la communication entre les établissements de santé, et les insecticides et les pulvérisateurs, pour permettre au Département des Services environnementaux d'intensifier ses interventions de lutte antivectorielle.

34. L'intervention conjointe du Bureau et des autorités bahamiennes a joué un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de la population touchée par l'ouragan Joaquin.

Établissements de soins de santé intelligents dans les Caraïbes

À l'instar de l'Initiative sur la sécurité des hôpitaux de l'OPS, des parties prenantes nationales des Caraïbes se mobilisent dans un nouvel effort permettant de rendre les hôpitaux « intelligents ». Cette approche dirigée par le Bureau se veut une transition par rapport au modèle traditionnel d'intervention en cas de catastrophe, en intégrant de façon proactive des mesures d'adaptation aux changements climatique, d'atténuation et de préparation visant à réduire les répercussions des catastrophes sur la santé. Cette approche vise simultanément à réduire l'empreinte écologique du secteur de la santé, l'un des plus grands consommateurs d'énergie. Les établissements de soins de santé sont considérés comme étant « intelligents » lorsqu'ils lient leur sécurité structurelle et opérationnelle aux interventions vertes, à un rapport coût-bénéfice raisonnable.

En mai 2015, le Bureau a obtenu l'engagement des gouvernements de la Dominique, de la Grenade, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et de Sainte-Lucie, ainsi qu'un financement de 8,3 millions de livres (environ US\$ 11 millions) du ministère britannique du développement international (DFID) du Royaume-Uni pour rendre « intelligents » plusieurs établissements de santé dans chaque pays. Reconnaisant la valeur d'une plateforme liant la réduction des risques de catastrophe et les changements climatiques, le premier ministre du Royaume-Uni a annoncé en septembre 2015 un financement additionnel de 30 millions de livres (près de US\$ 40 millions)

pour appliquer aussi le projet au Belize, au Guyana et en Jamaïque et pour augmenter le soutien offert aux pays participant depuis l'origine. Le but du projet est de rendre 50 établissements de santé de ces pays plus sécuritaires et plus écologiques d'ici 2020. De plus, le projet évaluera au total 600 établissements pour documenter, dans une base de données en ligne, leurs besoins d'améliorations futures. En juin 2015, les 173 établissements des quatre premiers pays du projet avaient tous été évalués, et 14 avaient été identifiés comme établissements prioritaires pour faire l'objet d'une rénovation. De plus, 62 professionnels nationaux ont reçu une formation sur la façon d'appliquer la trousse à outils *SMART (Intelligente)* et de gérer les travaux de rénovation.

L'essentiel du financement du projet servira à défrayer des rénovations permettant d'assurer aux établissements de santé d'être davantage en mesure de résister aux catastrophes naturelles et à la variabilité du climat. Ce travail comprend le renforcement des toits et des structures, l'installation de volets à l'épreuve des ouragans et de dispositifs de conservation de l'énergie et de l'eau, ainsi que des améliorations de l'écoulement des eaux pluviales, de l'accès et de la sécurité-incendie. Le Bureau offre un soutien technique pour assurer que des plans et de l'équipement d'intervention d'urgence qui conviennent soient aussi en place pour chaque établissement et que des procédures de maintenance et de conservation soient établies et suivies.

Le Bureau a aussi soutenu le déploiement d'une stratégie de relations publiques et la tenue d'une enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP). Ces efforts ont abouti à une meilleure prise de conscience du projet dans d'autres organismes et institutions de financement multilatéraux et en un intérêt plus marqué de leur part envers l'application du concept aux nouveaux établissements de santé, écoles et hôtels.

Tempête tropicale Erika à la Dominique

35. La tempête tropicale Erika, cinquième tempête nommée de la saison des ouragans dans l'Atlantique en 2015, a déferlé sur la Dominique fin août, déversant 33 cm (13 pouces) de pluie en 12 heures, provoquant des inondations graves et étendues et des dégâts colossaux aux maisons, aux établissements de santé et autres infrastructures essentielles, dont les routes, les ponts et les systèmes d'approvisionnement en eau et de communication. Le Bureau a déployé rapidement son Équipe régionale d'intervention en cas de catastrophe pour aider les autorités de la Dominique à assurer la coordination d'urgence, l'évaluation des dommages, la surveillance des maladies, et la prévention et la lutte antivectorielles. Au cours des semaines suivantes, le Bureau a coordonné le personnel médical qui était arrivé des pays voisins pour aider à rétablir les services de santé dans les zones sinistrées. Le Bureau a fourni un soutien financier, logistique et de coordination pour ces efforts et a canalisé près de US\$ 800 000 dollars américains provenant de contributions volontaires du DFID du Royaume Uni, de la Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes (ECHO) et d'Affaires mondiales Canada (AMC, anciennement le MAECD) pour soutenir la prestation des soins de santé, procurer un accès à l'eau potable et l'assainissement et réduire les risques de santé environnementale. Le fonds a permis au Bureau d'acheter des médicaments et fournitures sanitaires essentiels, du matériel et des fournitures essentiels pour la lutte antivectorielle, des nécessaires pour tester l'eau et des comprimés pour la purifier, ainsi que des systèmes de collecte des eaux de pluie, qui ont été installés dans 39 centres de santé.

36. Grâce aux efforts combinés du gouvernement de la Dominique, du Bureau, de pays voisins et d'autres partenaires, les services de santé ont été rétablis dans 98 % des établissements de santé du pays en six mois, et les flambées de maladies à transmission vectorielle et d'origine hydrique ont pu être maîtrisées.

Inondations engendrées par El Niño au Paraguay

37. Le phénomène El Niño-oscillation australe a amené de fortes pluies et de graves inondations dans plusieurs pays sud-américains au cours de la période considérée. Le Paraguay a été l'un des pays les plus durement touchés, 11 de ses 17 départements ayant connu de graves inondations, le déplacement de quelques 132 000 personnes, ainsi que des pertes majeures de récoltes et de stocks vivriers. Le Département national des urgences du Paraguay a facilité l'évacuation de plus de 60 000 personnes des zones sinistrées et a activé un vaste réseau d'abris pour héberger les populations déplacées.

38. Le Bureau a aidé les autorités nationales et locales à procéder à des évaluations rapides des besoins (dont ceux des établissements de santé endommagés), à la gestion de l'information, à la planification de l'intervention d'urgence et à la coordination globale de l'intervention dans le secteur de la santé. Le Bureau a aussi procuré du matériel de communication pour les salles de situation d'urgence du ministère de la Santé et du Secrétariat national des urgences et a fourni des tentes pour les consultations médicales sur le terrain. Le Bureau a participé à la construction de deux fosses de décantation-digestion Imhoff et à la remise en état de 60 modules sanitaires portatifs qui ont assuré un assainissement et une hygiène convenables dans les abris, afin de réduire le risque de contamination de l'eau et de maladies d'origine hydrique.

39. Avec le retour de la saison des pluies en mai 2016, le Bureau a continué de surveiller la situation d'urgence du Paraguay, qui était encore critique en juin 2016, les rivières présentant des niveaux d'eau au-dessus de la normale, rendant dangereux le retour à leur foyer des personnes déplacées.

Crise alimentaire au Guatemala

40. El Niño a aussi touché le Guatemala, mais son impact a été exacerbé par une période sèche prolongée qui a commencé fin 2013 et qui a duré jusqu'en mars 2016. Ces phénomènes climatiques combinés ont eu pour effet d'importantes pertes de récoltes, suivies d'une crise alimentaire et d'une augmentation des taux de malnutrition aiguë dans les groupes les plus vulnérables : les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Au début 2016, environ 248 000 familles avaient besoin d'aide humanitaire.

41. Le Bureau a acheminé plus de US\$ 1,1 million du CERF et de l'ECHO pour mettre en œuvre des interventions d'importance vitale et des mesures préventives pour répondre aux besoins sanitaires et nutritionnels des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer souffrant de malnutrition aiguë ou

étant à risque d'en souffrir. Le Bureau a aussi soutenu les efforts de coordination et de préparation du ministère de la Santé et d'autres partenaires.

42. Le soutien spécifique du Bureau comprenait la formation d'agents de santé sur les protocoles de détection et de traitement de la malnutrition aiguë modérée et sévère, les infections respiratoires aiguës et les maladies d'origine alimentaire, l'établissement d'équipes de santé volantes, la procuration de fournitures sanitaires essentielles, le contrôle et le rapport des données sur la santé, la mise en œuvre de campagnes de vaccination et la mise en place de mesures de protection des femmes enceintes et allaitantes.

Atténuation des effets des crises de migrants

43. Le Bureau a fourni un soutien essentiel à plusieurs États Membres qui se sont retrouvés devant des mouvements migratoires inattendus pendant la période considérée. Ces activités de liaison ont été fournies pour les migrants vénézuéliens en Colombie, les migrants Cubains en Amérique centrale et les résidents de la République dominicaine d'origine haïtienne qui ont été rapatriés en Haïti.

44. Au cours de 2015 et 2016, la Colombie a connu une arrivée massive d'immigrants vénézuéliens et d'expatriés colombiens revenant au pays après avoir vécu au Venezuela. Entre octobre 2015 et mai 2016, quelques 171 000 migrants ont franchi la frontière, et en juin 2016, environ 2000 migrants étaient enregistrés chaque semaine dans le département de Norte de Santander, le long de la frontière vénézuélienne. Cette situation a eu un impact majeur sur les collectivités frontalières de la Colombie. Elle a imposé un fardeau excessif aux services publics qui étaient déjà limités, dans une région relativement isolée du reste du pays.

45. À la tête du groupe de responsabilité sectorielle santé en Colombie, le Bureau a facilité la cartographie des acteurs et des interventions humanitaires menées dans les zones frontalières et a soutenu l'élaboration d'un plan d'intervention, sous la coordination du Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et du BCAH.

46. Le Bureau a aussi aidé les autorités sanitaires nationales à identifier et à surveiller les risques et les besoins en matière de santé. Les besoins en services de santé de base et en assainissement dans les abris étaient particulièrement inquiétants. Un autre problème était les changements potentiels de l'état de santé de la population en raison des faibles taux de vaccination des migrants vénézuéliens. Le personnel du Bureau a travaillé en collaboration avec les autorités sanitaires pour augmenter la couverture vaccinale et élargir les ressources allouées aux soins de santé, tout en renforçant aussi les efforts de prévention et de contrôle de la maladie à virus Zika, du paludisme et d'autres maladies infectieuses circulant dans ces régions.

47. À la fin 2015, des milliers de ressortissants cubains ont quitté leur pays d'origine et voyagé en passant par l'Équateur (qui avait temporairement levé ses exigences relatives aux visas), apparemment dans l'intention de poursuivre leur route vers le nord jusqu'aux États-Unis. Beaucoup d'entre eux se sont toutefois retrouvés bloqués au Costa Rica, après que le Nicaragua a fermé sa frontière. Lorsque le Costa Rica a commencé à délivrer un nombre plus limité de visas de transit, les migrants cubains plus récents ont commencé à se rassembler au nord du Panama. À la mi-décembre, plus de 4200 migrants étaient logés dans 31 abris dans les districts frontaliers du nord du Costa Rica. Quelques 2200 migrants de plus étaient en attente de visa pour passer du Costa Rica au Nicaragua ou du Panama au Costa Rica.

48. À la demande du gouvernement costaricain, le Bureau a mobilisé un soutien pour les efforts de coordination et d'intervention du ministère de la Santé et de la Commission nationale des urgences. En collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies et d'intervenants humanitaires internationaux, le Bureau a aidé à activer un Centre de coordination pour les opérations sanitaires et a déployé du personnel du bureau de pays à San José et de l'Équipe régionale d'intervention en cas de catastrophe pour équiper et gérer les abris, effectuer des évaluations des besoins, évaluer les risques pour la santé et soutenir les efforts du ministère de la Santé en vue de fournir un soutien psychosocial aux migrants.

49. Hispaniola a évité de justesse une possible crise sanitaire alors qu'environ 100 000 Haïtiens qui vivaient en République dominicaine ont été déportés ou sont retournés volontairement en Haïti, suite à une décision de justice qui révoquait rétroactivement la citoyenneté acquise à la naissance des Dominicains d'origine haïtienne.

50. Le début du rapatriement massif en juin 2015 a coïncidé avec le début de la saison des ouragans, ainsi qu'avec les élections législatives, municipales et présidentielles en Haïti. Ces facteurs, combinés aux capacités opérationnelles et financières réduites de l'Équipe chargée de l'action humanitaire en Haïti, ont fait craindre une possible crise humanitaire. Un risque accru de flambées de choléra chez les migrants déportés dans les zones frontalières a constitué une préoccupation sanitaire majeure.

51. Pour réagir à cette crise potentielle, le Bureau, avec l'appui financier du Canada, a établi un partenariat avec le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) d'Haïti pour établir un poste sanitaire avancé dans la commune d'Ouanaminthe, située dans le Département du nord-est, et a aidé à renforcer les centres de santé frontaliers existants afin d'assurer la disponibilité des soins de santé aux rapatriés. Le Bureau et le MSPP ont augmenté la surveillance épidémiologique, particulièrement dans les départements frontaliers, tout en renforçant la capacité clinique de traitement et de prise en charge des cas de maladies diarrhéiques. Le Bureau a aussi fourni un soutien en procurant des trousseaux sanitaires d'urgence pour répondre aux besoins sanitaires de base de 10 000 patients pendant trois mois, et des trousseaux supplémentaires contenant une prophylaxie post-exposition et un traitement contre le paludisme.

52. Grâce à ces mesures et à d'autres prises par le MSPP, le Bureau, d'autres partenaires humanitaires qui comprenaient le BCAH, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et des organisations non gouvernementales locales et internationales, aucune flambée de choléra n'a été directement liée à l'arrivée des Haïtiens déportés dans les communes frontalières. Les taux d'incidence des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës sont également demeurés stables dans ces zones. En date de juin 2016, des rapatriés continuaient d'arriver en Haïti.

Incendie toxique au Paraguay

53. Le 14 octobre 2015, un incendie s'est déclaré dans un entrepôt qui contenait de vieux transformateurs électriques remplis de polychlorobiphényles (PCB) à San Lorenzo, au Paraguay. Un nombre estimé à 4000 personnes résidant à proximité immédiate ont été exposés à la fumée, que l'on pouvait voir à 5 kilomètres. Les émanations provenant de la combustion incomplète des PCB sont une source majeure de dioxines et de furanes, qui sont classifiés à titre de cancérigènes appartenant au Groupe 1 par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). L'incident au Paraguay a été considéré comme un incident majeur, l'un des plus importants comportait un risque d'exposition à des dioxines dans l'histoire récente.

54. En réponse à une demande du gouvernement du Paraguay, le Bureau a prodigué des conseils techniques au ministère de la Santé concernant une intervention immédiate et l'évaluation préliminaire des risques pour la santé publique, par le biais d'une équipe multi-organismes mixte qui comptait également des membres du personnel du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et du BCAH, ainsi que des secrétariats des conventions environnementales de Bâle, de Rotterdam et de Stockholm et d'organismes gouvernementaux paraguayens.

55. Le Bureau a présenté un rapport d'évaluation rapide qui indiquait une forte possibilité d'exposition aux dioxines. D'après des entretiens poussés et l'examen de plus de 400 échantillons sanguins, on a identifié 252 personnes qui présentaient des signes et des symptômes qui pourraient être directement liés à l'incident. Ces personnes ont été aiguillées pour faire l'objet de soins médicaux et d'un suivi par les services de santé du pays.

56. Reconnaissant que les effets à long terme des expositions aux dioxines, tels que des cancers ou des problèmes de perturbations endocriniennes, peuvent mettre plusieurs années à se développer, le Bureau a recommandé une série de mesures de suivi qui ont été incorporées dans une proposition de financement de l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUUDI).

57. La collaboration interinstitution et intersectorielle dans l'intervention face à cet incident a mené à une proposition de la Banque interaméricaine de développement (BID)

en collaboration avec le PNUD et d'autres, d'établir une table ronde permanente faisant participer tous les organismes (y compris l'OPS) et les secteurs impliqués pour coordonner les efforts de renforcement de la capacité du Paraguay à prévenir, à se préparer et à répondre aux urgences et aux incidents de nature technologique.

Chapitre II. Coopération pour le développement sanitaire

Édification de systèmes de santé résilients

58. Mise à part l'épidémie de maladie à virus Zika, d'autres urgences sanitaires qui se sont produites au cours de la période considérée ont fourni de nouvelles données factuelles venant étayer l'importance essentielle de la coopération technique du Bureau avec ses États Membres dans les domaines de la préparation aux épidémies et aux urgences, du renforcement des principales capacités du RSI et de la réduction des risques de catastrophe. Par ailleurs, ces urgences ont incidemment révélé la persistance d'aspects vulnérables et fragiles des systèmes de santé nationaux à travers les Amériques. Comme l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale l'a démontré de façon si claire et saisissante, les systèmes de santé fragiles ne sont pas en mesure de composer efficacement avec les flambées de maladie importantes, ni d'intervenir de manière efficiente lors de catastrophes naturelles ou d'autres types, pas plus que lors de pressions soutenues telles que des ralentissements économiques ou une mauvaise gestion.

59. En s'appuyant sur sa coopération technique dans les domaines du renforcement des systèmes de santé et de la santé universelle, le Bureau a élaboré un document de politique sur la résilience des systèmes de santé (document CD55/9 [2016]), abordant la raison d'être et les champs d'activités de cet effort. La politique affirme qu'il est considérablement plus rentable d'investir dans la résilience des systèmes de santé que de financer des interventions d'urgence.

60. Les principaux domaines d'investissement pour la résilience des systèmes de santé comprennent le renforcement des fonctions essentielles de la santé publique (particulièrement la gouvernance et la réglementation), la surveillance de la santé et les systèmes d'information sur la santé, ainsi que l'atténuation et la communication des risques. Les investissements dans les services de soins de santé primaires sont également essentiels et devraient viser à assurer que ces services soient offerts universellement et qu'ils fassent partie de réseaux qui soient adaptables et réactifs.

61. L'une des principales composantes de ces efforts est liée au RSI. Pour accroître la résilience, la mise en œuvre du RSI doit être abordée comme un processus holistique et elle doit aussi être intégrée à l'élaboration et à la planification de la politique nationale, à l'action législative et aux cadres de réglementation. La mise en œuvre doit comprendre des améliorations de l'organisation des services de santé pour appuyer la prévention et le contrôle des infections, le renforcement des réseaux de surveillance de la santé et de la capacité des laboratoires, ainsi que le perfectionnement des compétences du personnel de santé dans les domaines de l'intervention en cas de flambée de maladie et d'urgence.

62. La politique demande également d'assurer une capacité de réserve, avec la dotation nécessaire en agents de santé qui conviennent et la fourniture de financement, de médicaments et de technologies de la santé pour permettre une mise à niveau rapide des services de santé lors de manifestations sanitaires aiguës ou soutenues.

63. La politique relative à la résilience des systèmes de santé a fait l'objet d'un examen par le 158^e session du Comité exécutif de l'OPS en juin 2016 et a été inscrite à l'ordre du jour du 55^e Conseil directeur.

Appui au progrès en matière de santé universelle

64. Le Bureau a continué de fournir une coopération technique afin d'aider les pays à faire progresser leur mise en œuvre de la Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CD53/5), approuvée par le 53^e Conseil directeur de l'OPS en 2014. Les domaines d'intérêt sur lesquels les travaux du Bureau ont porté pendant la période 2015-2016 comprenaient le financement des systèmes de santé, la législation relative à la santé, les ressources humaines pour la santé et les systèmes de réglementation.

65. La stratégie régionale recommande un pourcentage de référence de 6 % du PIB comme niveau minimal de dépense dans le domaine de la santé nécessaire pour que les pays puissent parvenir à la santé universelle. Pour aider les pays à atteindre cet objectif recommandé, le Bureau a mené un processus participatif pour élaborer un cadre conceptuel des efforts servant à améliorer l'efficacité du financement des systèmes de santé et produire des ressources supplémentaires pour la santé.

66. Dans le cadre de ce processus, le Bureau a demandé la tenue d'une étude régionale sur l'espace budgétaire consacré à la santé, qui a analysé les expériences de 14 pays de la Région. Les résultats de l'étude ont été consignés dans un document de travail intitulé [en anglais] [*Fiscal space for increasing health priority in public spending in the Americas Region*](#). Ce document présente des données factuelles montrant que les pays peuvent réussir à produire de nouvelles ressources pour la santé afin d'atteindre le seuil des 6 % du PIB préconisé pour la santé universelle. Sur la base des expériences analysées, le rapport recommande de mobiliser des ressources supplémentaires de sources nationales en vue d'en garantir la pérennité. Au nombre des méthodes efficaces pour générer ces ressources, notons l'introduction de nouvelles taxes ou l'augmentation de taxes, particulièrement sur les produits nocifs pour la santé, l'efficacité améliorée des systèmes de santé et des dépenses en santé publique, ainsi qu'une administration améliorée des taxes. Le rapport recommande que les pays qui cherchent à créer un nouvel espace budgétaire fassent la promotion d'un dialogue ouvert sur la santé à titre de droit social et sur la nécessité de disposer de ressources additionnelles pour élaborer des systèmes pour la santé universelle.

67. Le cadre conceptuel a été présenté dans un forum régional intitulé La santé universelle : un investissement indispensable au développement humain durable

(Universal Health: An Indispensable Investment for Sustainable Human Development), qui a eu lieu au Siège de l'OPS en décembre 2015. Les participants à la réunion étaient des représentants de ministères de la Santé et de systèmes de sécurité sociale des États Membres, ainsi que de la Banque mondiale, du Fonds monétaire international (FMI), de l'OEA, de la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) et d'établissements universitaires de la Région.

68. Parallèlement, le personnel du Bureau a travaillé avec des homologues de l'OMS à la mise en œuvre d'une enquête au Pérou sur les pratiques de budgétisation pour la santé. L'enquête s'inscrit dans une initiative du comité sanitaire mixte sur la viabilité budgétaire des systèmes de santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'initiative vise à faire en sorte que l'utilisation de ressources publiques pour les systèmes de santé aille de pair avec les efforts sectoriels visant à promouvoir l'équité et l'efficacité, et à appuyer les progrès vers l'atteinte de la santé universelle. L'enquête est destinée à fournir un ensemble de données pouvant être comparées à l'échelle internationale qui permettra l'analyse et la mise en référence des bonnes pratiques de budgétisation dans le domaine de la santé.

Législation en matière de santé et réformes pour la santé universelle

69. En octobre 2015, le 54^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé une nouvelle Stratégie régionale en matière de législation sur la santé (document CD54/14, Rev. 1). Cette stratégie fait la promotion de l'élaboration, de la mise en œuvre et de la refonte des lois et des cadres juridiques pour protéger les droits de l'homme, faire progresser l'équité en matière de santé, promouvoir la solidarité et la non-discrimination dans le domaine de la santé, réduire les facteurs de risque et aborder les déterminants sociaux de la santé. La stratégie, élaborée au moyen d'un processus consultatif dirigé par le Bureau et un groupe de travail des États Membres, prévoit l'échange d'informations stratégiques, telles que les meilleures pratiques et les décisions judiciaires, entre les États Membres et avec les organismes internationaux, ainsi qu'une coordination et une collaboration plus étroites au niveau national entre les autorités sanitaires et le pouvoir législatif.

70. Dans le domaine de la législation en matière de santé, le Bureau a appuyé les efforts déployés en El Salvador, au Honduras et au Paraguay pour élaborer, examiner et mettre à jour leur législation afférente à la réforme de la santé. Au Honduras, on a encouragé le soutien pour un nouveau cadre législatif visant la protection sociale de la santé par l'intégration de différents prestataires de soins de santé en un système unique, comportant un ensemble uniforme de services garantis pour la population entière. En El Salvador, le Bureau a aidé à mettre à jour la législation de base du pays en matière de santé, un processus qui comprenait l'élaboration d'au moins trois nouvelles lois et un remaniement du Code sanitaire. Un soutien semblable a été fourni au Paraguay pour mettre à jour son Code sanitaire et pour réformer ses établissements de santé, particulièrement ceux qui sont visés par la réglementation sur la santé. Le Bureau prévoit d'utiliser les expériences de ces pays pour élaborer un cadre conceptuel élargi en vue

d'une future coopération technique juridique dans le domaine de la santé dans l'ensemble de la Région.

Ressources humaines dans le domaine de la santé

71. Pendant la période considérée, le Bureau a organisé une série de consultations avec les pays dans le but d'identifier les priorités de renforcement des ressources humaines afin de soutenir les progrès en matière de santé universelle. Les consultations ont abouti à trois principales orientations stratégiques : (1) le renforcement des capacités de leadership et de gouvernance des autorités nationales responsables des ressources humaines dans le domaine de la santé, (2) la garantie d'équité en matière de dotation en personnel et de répartition des ressources humaines dans le domaine de la santé et (3) la réorientation de la formation de certaines catégories de professionnels de la santé dont il est proposé qu'ils soient placés dans des milieux de soins de santé primaires. Ces perspectives ont été débattues et adoptées par les représentants des États Membres lors d'une réunion régionale sur les ressources humaines dans le domaine de la santé qui a eu lieu à Buenos Aires en septembre 2015 et qui portait sur les nouveaux défis et les enjeux renouvelés auxquels font face les équipes sanitaires.

Amélioration du cadre de réglementation en soutien à la santé universelle

Le système de réglementation des Caraïbes

72. Le Bureau, dans le cadre de la coopération technique visant à renforcer la capacité de réglementation qu'elle offre aux États Membres de l'OPS, a continué de soutenir le système de réglementation des Caraïbes (CRS), une initiative infrarégionale destinée à créer un point d'entrée unique de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) sur le marché pharmaceutique. Force de la tradition de longue date de la CARICOM de s'attaquer aux questions sanitaires au moyen de l'action collaborative, le SRC fournit une approche innovatrice destinée à exploiter les ressources limitées dans cette sous-région, à favoriser la convergence et la transparence et à créer un incitatif du marché pour que les fabricants offrent des produits à tous les États faisant partie de la CARICOM.

73. Le CRS, lancé fin 2015 comme projet pilote émanant de l'Agence de la santé publique des Caraïbes (CARPHA, d'après son sigle en anglais), s'est concentré à l'origine sur l'homologation des médicaments génériques essentiels considérés prioritaires au moyen d'une procédure d'examen abrégée et sur la mise à profit des informations sur l'homologation des produits et de la surveillance post-commercialisation fournies par les autorités nationales de réglementation de référence au niveau régional (ANRr) des États Membres de l'OPS, tout en conservant la souveraineté de la prise des décisions.

74. Afin de garantir que l'homologation des produits soit suivie par une adoption rapide par les États Membres de la CARICOM, le Bureau a établi un partenariat avec Santé Canada et le Centre de l'Institut de droit des Caraïbes (*Caribbean Law Institute*

Centre) à la Barbade pour élaborer un modèle de protocoles d'entente entre le CRS et les États Membres participants. Le Bureau a aussi fourni des occasions de perfectionnement des capacités, tel qu'un atelier sur les bonnes pratiques d'examen à l'intention de CARICOM, qui a eu lieu à Trinité-et-Tobago en mars 2016. Les autorités de réglementation nationales de l'Argentine, du Brésil, du Canada, de la Colombie, de Cuba, des États-Unis et du Mexique ont aussi fourni un appui substantiel à ces efforts.

75. Le Bureau a facilité la conception et la modélisation initiales du CRS, et a soutenu sa mise en œuvre puisqu'elles ont été officiellement approuvées par les ministres de la Santé de la CARICOM lors de la réunion de 2014 du Conseil sur le développement humain et social (COHSOD, d'après son sigle en anglais) de la CARICOM. En plus de fournir une coopération technique, le Bureau a réussi à mobiliser des ressources auprès de partenaires, dont l'Administration des aliments et des médicaments des États-Unis (U.S. FDA), Santé Canada et la Fondation Bill et Melinda Gates. À mesure que progresse la mise en œuvre du CRS, le modèle organisationnel proposé cherchera la viabilité financière au moyen d'un système d'utilisateurs-payeurs.

76. Dans le cadre d'autres efforts visant à renforcer la capacité de réglementation nationale, le Bureau a facilité l'établissement d'un nouveau mécanisme régional d'harmonisation et de convergence pour l'échange de rapports sur les dispositifs médicaux, par lequel les autorités de réglementation surveillent la performance et la sécurité des dispositifs médicaux après leur commercialisation. Dans le cadre de l'initiative, les autorités de réglementation nationales de 14 États Membres se sont entendues sur un plan d'action collaborative supplémentaire dans ce domaine pour 2016.

Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques

77. Dans ses efforts de soutien des progrès accomplis dans l'avancement des objectifs de développement durable afférents à l'égalité en matière de santé, et particulièrement à la santé universelle, le Bureau a lancé une nouvelle initiative majeure en 2016 pour fournir des conseils et apporter des données factuelles pour que les États Membres de l'OPS se penchent sur les déterminants sociaux de la santé et les thèmes transversaux du genre, de l'ethnicité et des droits de l'homme. Cette nouvelle Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans la Région des Amériques a été lancée lors d'une réunion de haut niveau au Siège de l'OPS en mai 2016.

78. La commission réunit plus d'une douzaine de sommités internationales sur la politique en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé, et a pour mandat de faire l'examen de l'équité et des inégalités en matière de santé dans les Amériques, ce qui constitue le premier effort d'envergure en son genre destiné à recueillir des données factuelles sur les inégalités en matière de santé dans la Région. La commission va enquêter sur la façon dont les facteurs socioéconomiques, les facteurs structurels et l'identité influent sur la santé dans les pays des Amériques. Le groupe va faire des recommandations concrètes concernant la prise de mesures visant à réduire ou à éliminer les lacunes persistantes qui existent pour l'équité en matière de santé dans la Région. Il

est prévu que la commission publie son rapport intérimaire début 2017 et son rapport final en 2018.

Initiatives relatives à l'élimination des maladies infectieuses

79. En plus du soutien qu'il a fourni pour l'intervention contre le virus Zika et d'autres urgences sanitaires, le Bureau a continué de fournir une coopération technique et la coordination aux efforts que déploient les pays pour faire progresser l'élimination d'autres maladies infectieuses. Pendant la période considérée, des progrès notables ont été réalisés grâce aux efforts régionaux visant à éliminer la rougeole et la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, et en soutien aux efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite.

80. Dans le cas de la rougeole, la flambée la plus récente dans la Région, à Ceará au Brésil, a pris fin en juillet 2015, soit moins de trois mois après que le Comité international d'experts (CIE) chargé de documenter et de vérifier la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques s'est réuni et a déclaré que la transmission de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) avait disparue dans les Amériques. Bien que la flambée en cours au Brésil ait empêché le CIE de faire une déclaration similaire sur la rougeole, en date de décembre 2015 il était en mesure d'examiner les données factuelles et de confirmer la fin de la flambée de rougeole d'une durée de 20 mois qui a sévi à Ceará. Ces données comprenaient les données de laboratoire, de surveillance et de couverture vaccinale établies qui avaient été définies comme étant des critères essentiels de l'élimination. Le processus de vérification a toutefois nécessité que le CIE attende 12 mois complets de plus après le 6 juillet 2015, soit la date d'apparition du dernier cas enregistré de rougeole endémique, pour être certains qu'aucun autre cas supplémentaire ne soit confirmé au Brésil pendant cette période.

81. En soutien au travail du CIE, le Bureau a demandé aux États Membres de l'OPS de présenter des mises à jour de leurs rapports sur l'élimination de la rougeole pour 2012-2015. En date de juin 2016, le personnel du Bureau compilait les présentations des pays dans un rapport régional à présenter à la réunion des membres du CIE du mois d'août 2016 avec le personnel technique des ministères de la Santé et des personnes qui président les commissions nationales de vérification des pays. La réunion examinera les données mises à jour et déterminera s'il est possible de déclarer que les Amériques sont exemptes de rougeole en septembre 2016.

Phase finale de l'éradication de la polio

82. Ayant été la première région de l'OMS, en 1991, à éliminer la poliomyélite, la Région des Amériques a continué de soutenir les efforts mondiaux d'éradication de la polio. Cela se fait actuellement dans le cadre du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, qui a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé.

83. Un élément essentiel du Plan pour la phase finale est le retrait mondial éventuel de tout vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Cela doit se faire suivant un processus progressif par lequel les pays qui utilisent présentement le VPO passent du VPO trivalent (offrant une couverture vaccinale dirigée contre des types 1, 2 et 3 de poliovirus) au VPO bivalent (dirigé contre les types 1 et 3), et que tous les pays qui n'emploient pas encore de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) introduisent au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination systématique. Entre février 2015 et avril 2016, les 32 pays et territoires de la Région qui n'utilisaient pas encore le VPI l'ont introduit dans leurs programmes de vaccination et 36 sont passés du VPO trivalent au VPO bivalent, dans le cadre du passage mondial en avril 2016.

84. Un deuxième élément important du Plan pour la phase finale est la destruction ou le confinement de tous les poliovirus de type 2 (sauvages, Sabin et poliovirus dérivés d'une souche vaccinale) dans les établissements essentiels. Le plan régional demandait également le confinement des poliovirus sauvages des types 1 et 3. En juin 2016, 33 États Membres de l'OPS, six territoires du Royaume Uni, et trois Membres Associés avaient déposé des rapports sur la destruction ou le confinement de tous les poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale. Tous les États Membres de l'OPS devaient présenter leurs rapports sur le confinement des poliovirus Sabin de type 2 avant le mois d'août 2016.

Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis

85. À la mi-2015, immédiatement après la réussite de Cuba à devenir le premier pays au monde à avoir reçu la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant (TME) du VIH et de la syphilis, plusieurs autres pays et territoires des Amériques ont officiellement demandé au Bureau d'amorcer le processus de validation de leur accomplissement de cette double élimination. À la fin 2015, 17 pays et territoires de la Région déclaraient des données correspondant aux cibles de double élimination. Grâce à une nouvelle approche de validation en grappe en cours dans les Caraïbes, on s'attend à ce qu'au moins 10 pays et territoires reçoivent leur validation avant la fin 2016.

86. Les efforts d'élimination qui ont mené à ces accomplissements ont été réalisés dans le cadre de la Stratégie de l'OPS et du Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale de 2010. Ces efforts ont eu un impact direct sur le VIH périnatal et la syphilis congénitale. De plus, ils ont renforcé les programmes de santé de la mère et de l'enfant, les systèmes d'information sur la santé

et la responsabilité des États Membres, avec un nombre accru de pays fournissant des données annuelles pour permettre au Bureau de faire un suivi de leurs accomplissements.

87. Compte tenu de ces impacts positifs et reconnaissant les synergies qui existent entre ces efforts et les programmes et initiatives connexes en santé publique, le Bureau a commencé à élaborer la deuxième phase de l'initiative de double élimination pour cibler d'autres infections transmises de la mère à l'enfant, telles que l'hépatite B et la maladie de Chagas. L'initiative élargie va promouvoir les efforts intensifiés d'élimination de la TME comme partie intégrante des objectifs de développement durable (ODD).

Lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque

88. Le Bureau a continué d'offrir du soutien aux efforts des États Membres pour lutter contre les maladies non transmissibles (MNT), qui sont la première cause de morbidité, de mortalité et d'invalidité dans l'ensemble des Amériques. D'après les données de la Base de données sur la mortalité de l'OPS, les MNT sont responsables de 80 % de tous les décès dans la Région, et 35 % de ces décès sont prématurés, c'est-à-dire qu'ils se produisent chez des personnes âgées de 30 à 69 ans.

89. Au cours de l'année considérée, le personnel du Bureau a procédé à un examen mi-parcours de la mise en œuvre du Plan d'action régional pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (document CD52/7, Rev. 1), qui vise à réduire de 15 % les décès par MNT dans les Amériques d'ici 2019. Le rapport d'évaluation a noté une tendance stable ou une légère baisse de la mortalité précoce par MNT dans presque tous les pays et territoires de la Région. En revanche, moins de la moitié semblait être sur la bonne voie pour atteindre la cible de réduction de 15 %, les progrès les plus lents étant observés en Amérique centrale et dans les Caraïbes.

90. Selon les réponses au sondage mené auprès des ministères de la Santé de 38 pays et territoires de la Région, l'examen a révélé qu'il était nécessaire d'intensifier l'action dans des domaines essentiels, particulièrement en ce qui a trait à l'élaboration de plans nationaux sur les MNT et à la création de commissions multisectorielles. Le rapport exhortait aussi à la mise en œuvre renforcée de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et d'autres interventions visant à réduire la consommation de produits nocifs, au moyen de nouvelles taxes, ou de leur augmentation, sur l'alcool et les boissons contenant du sucre ajouté, de restrictions sur le marketing des aliments et boissons ultra-transformés à l'intention des enfants et de limitations de la commercialisation des substituts du lait maternel.

91. De plus, le rapport d'évaluation prie instamment les pays d'utiliser le Fonds stratégique de l'OPS pour avoir accès aux médicaments essentiels contre les MNT, particulièrement ceux pour contrôler la pression artérielle et la prévention des maladies cardiovasculaires. Le rapport a été examiné en juin 2016 par la 158^e session du Comité exécutif de l'OPS et il a été recommandé de l'inclure à l'ordre du jour du 55^e Conseil directeur.

92. Pour fournir des données factuelles à l'appui de l'élaboration des politiques et de l'affectation des ressources contre les MNT dans les Amériques, le Bureau est entré en partenariat avec l'École de santé publique T.H. Chan de l'Université Harvard pour adapter et appliquer le modèle EPIC de l'OMS servant à estimer l'impact des maladies sur la production économique globale. La collaboration a appliqué le modèle EPIC-H Plus de Harvard, qui tient compte de la morbidité (spécifiquement, des années de vie ajustées en fonction de l'incapacité [AVAI]) et des coûts des dépenses de santé pour les MNT et les problèmes de santé mentale.

93. Le modèle a d'abord été appliqué au Costa Rica, à la Jamaïque et au Pérou. Il a estimé que si aucune action n'était entreprise, le PIB perdu entre 2015 et 2030 en raison des MNT équivaldrait à 142 % du PIB du Costa Rica de 2013, à 106 % du PIB de la Jamaïque de 2013 et à 243 % du PIB du Pérou de 2013. Ces déductions ainsi que d'autres observations concernant la collaboration ont été présentées lors du Forum économique mondial de l'Amérique latine à Medellín, en Colombie, en juin 2016. La collaboration comprend aussi l'élaboration de lignes directrices permettant aux pays des Amériques de calculer eux-mêmes des estimations similaires, en se servant du modèle EPIC-H Plus, qui sera mis à leur disposition gratuitement dans l'intérêt public.

94. L'un des principaux domaines d'action définis dans le plan régional sur les MNT est le recours à la politique fiscale pour réduire les facteurs de risque des MNT pour « faire en sorte que le choix santé soit le choix facile ». L'augmentation des taxes d'accise des produits nocifs peut dissuader la consommation et ainsi diminuer les coûts de la santé, tout en créant de nouveaux revenus qui peuvent être utilisés pour la santé et le développement. Afin de bâtir la capacité du pays à appliquer une telle approche, le Bureau a organisé des ateliers infrarégionaux en Amérique centrale et en Amérique du Sud, où des fonctionnaires des ministères de la Santé et des Finances ont travaillé de concert à l'élaboration de scénarios fiscaux pour modifier leurs structures des taxes sur le tabac afin d'atteindre les cibles tant sanitaires qu'en matière de recettes. Les ateliers ont mené à l'élaboration de propositions d'augmentation des taxes sur le tabac en Colombie et au Pérou, et à la création de réseaux infrarégionaux pour discuter d'une harmonisation de la taxe et de stratégies pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

95. En tirant profit de la politique fiscale pour améliorer la prévention et le contrôle des MNT et leurs facteurs de risque, le Bureau a publié en 2015 un rapport qui documente l'expérience du Mexique sur l'adoption en 2014 d'une taxe d'accise de 10 % sur les boissons contenant du sucre ajouté. Ce rapport intitulé [*Taxes on Sugar-sweetened Beverages as a Public Health Strategy: The Experience of Mexico*](#) [Taxes sur les boissons contenant du sucre ajouté en tant que stratégie de santé publique : l'expérience du Mexique], décrit comment les partisans de l'initiative fiscale sont parvenus à surmonter l'opposition active de l'industrie des boissons gazeuses et de ses alliés. Le rapport mentionne les résultats préliminaires d'une étude réalisée conjointement par l'Institut national de la santé publique du Mexique (INSP) et l'Université de la Caroline du Nord à Chapel Hill (États-Unis), qui a révélé une réduction moyenne de 6 % des

ventes de boissons taxées la première année d'imposition de la taxe, par rapport à l'année précédente. L'expérience du Mexique a inspiré des efforts similaires à la Barbade, en Dominique et en Équateur, qui ont tous imposé des taxes sur les boissons gazeuses en 2015 ou en 2016.

96. Dans le cadre de son soutien au plan d'action régional sur les MNT, le Bureau a aussi aidé les pays à se servir des enquêtes de population pour renforcer leur surveillance des MNT et leurs facteurs de risque, ainsi que les troubles mentaux. En 2016, le Bureau a mis à l'essai deux nouvelles technologies de collecte des données au moyen d'enquêtes sur les ménages : des tablettes électroniques connectées à l'internet pour la saisie des données et des appareils de mesures biochimiques permettant de contrôler les taux de cholestérol et du diabète avec une exactitude accrue. Elles ont été utilisées en Équateur pour mettre en œuvre l'enquête STEPS de l'OMS au niveau infranational. Ces nouvelles technologies ont été très bien accueillies par le ministère de la Santé et le Bureau national des statistiques. Le Bureau a procuré un stock de ces appareils qui seront utilisés en rotation dans d'autres États Membres pour effectuer ces enquêtes nationales.

97. En appui à la surveillance des MNT, le Bureau a poursuivi le développement d'un ensemble technique servant à évaluer la capacité d'un pays à contrôler les MNT et leurs facteurs de risque, à identifier les lacunes en matière de surveillance, à établir les priorités et à suivre les progrès réalisés vers les engagements mondiaux et régionaux concernant les MNT. L'ensemble a été appliqué à des pays de la sous-région andine en octobre 2015 et a utilement contribué à l'élaboration de plans destinés à améliorer la capacité de surveillance des MNT des pays. Le Bureau prévoit de se servir de cet ensemble dans d'autres sous-régions.

Aborder les questions de genre, d'ethnicité et de santé

98. Lors de la période examinée, le Bureau a fourni une coopération technique et a accru son soutien à ses États Membres dans le domaine du genre, de l'ethnicité et de la santé. Son travail dans le secteur particulier du genre et de la santé a été rendu possible par une nouvelle stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes, qui a été approuvée par le 54^e Conseil directeur de l'OPS en octobre 2015. Ce cadre de travail, qui était le premier en son genre dans une région de l'OMS, adopte une approche de santé publique pour aborder le problème de la violence contre les femmes et fournit une feuille de route pour que les systèmes de santé jouent un rôle clé dans les efforts multisectoriels visant à prévenir cette violence et la combattre. Il a été élaboré par l'adoption d'un processus participatif faisant intervenir plus de 100 représentants de gouvernements, de la société civile, d'établissements universitaires, d'organisations multilatérales et d'organismes des Nations Unies.

99. Le 54^e Conseil directeur a aussi approuvé les nouvelles priorités pour faire progresser l'égalité des sexes, d'après le Rapport sur l'Évaluation du Plan d'action 2009-2014 sur l'égalité des sexes. Le rapport analyse les progrès accomplis ainsi que les

défis qui restent à relever pour faire progresser l'égalité des sexes, au moyen d'auto-évaluations des pays, et il présente de nouveaux axes d'intervention pour guider les futurs travaux du Bureau dans ce domaine. Ces axes d'intervention prévoient d'effectuer des recherches et d'appliquer des méthodes novatrices pour contrer les inégalités entre les sexes dans le domaine de la santé, de produire des données factuelles propres à des secteurs et des analyses sexospécifiques et d'aborder des thèmes émergents tels que les préoccupations sanitaires des communautés lesbienne, gaie, bisexuelle et trans (LGBT), ainsi que des masculinités.

100. Pour promouvoir la production de données factuelles, le Bureau a publié la sixième édition du compendium statistique intitulé « *Gender, Health and Development in the Americas* » [Genre, santé et développement]. En avril 2016, le Bureau a réuni un groupe d'experts pour examiner un ensemble d'indicateurs fondamentaux sur le genre et la santé pour les Amériques dans leur ensemble, dans le cadre de la santé universelle et des ODD. Les experts du Bureau ont également fourni des éléments sur un groupe d'indicateurs de l'égalité entre les sexes pour les Caraïbes (coordonné par ONU-Femmes), qui ont été présentés à la Dominique, à la Guyane, à la Jamaïque et au Suriname à des fins de consultation et plus tard à la CARICOM à des fins de validation et d'une éventuelle adoption par les pays des Caraïbes.

101. Dans le cadre du mandat de l'OPS afférent à la santé universelle, le personnel du Bureau a travaillé avec le Réseau de santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes (RSMLAC, d'après son sigle en espagnol) pour favoriser la tenue d'un débat sur la santé universelle et ses implications pour les femmes. Le Bureau a aussi prodigué des conseils et fait des commentaires concernant le genre et la santé universelle à l'intention de la Commission technique sur le genre et la santé en Amérique centrale, un sous-groupe de la Commission sanitaire du Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale (COMISCA). En Jamaïque, le Bureau a soutenu la formation du personnel du ministère de la Santé sur ces questions dans le cadre des efforts déployés par le pays pour atteindre la santé universelle.

102. Le Bureau a aussi fourni un soutien aux niveaux national, infrarégional et régional pour aider les pays à faire reculer les inégalités ethniques manifestes en matière de santé qui persistent dans l'ensemble de la Région. Par exemple, dans la région sud-américaine du Chaco, il a apporté un soutien technique à l'atelier intitulé « Unis par l'action, nous nous rapprochons de la santé universelle dans le Chaco sud-américain ». Des représentants des ministères de la Santé et des communautés autochtones ont participé à ce forum, dont l'un des résultats essentiels a été la définition d'un projet entre les pays pour faire avancer la couverture de santé universelle parmi les peuples indigènes. De plus, il est important de souligner que l'OPS, au niveau mondial, a également joué un rôle interorganisationnel crucial en tant que co-président du groupe interagences sur les peuples autochtones d'UNDG-LAC. Un aspect prioritaire du travail de ce groupe, tout comme de la coopération technique du Bureau, est l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des données d'ethnicité et de santé.

103. Dans un effort en faveur du progrès en matière de santé des populations d'ascendance africaine, le Bureau a participé à une réunion technique régionale sur la santé des personnes d'ascendance africaine qui s'est tenu à Cartagena, en Colombie, en novembre 2015. La réunion a fourni l'occasion unique d'identifier et de traiter des priorités et des défis concernant la santé des personnes d'ascendance africaine et de concevoir et mettre en œuvre des politiques et programmes efficaces dans une perspective interculturelle. Faisant suite à la réunion, et dans le contexte de la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine, le Bureau a fourni un soutien technique proactif pour l'élaboration de plans d'action infrarégionaux pour la santé des personnes d'ascendance africaine.

104. En décembre 2015, une réunion régionale sur l'ethnicité et la santé a été organisée pour les ministres de la Santé ainsi que des experts régionaux et internationaux et des représentants de populations autochtones et d'ascendance africaine dans le but de mettre en exergue et discuter des problèmes clés concernant les disparités ethniques en matière de santé. Cette réunion a servi de plateforme pour discuter des prochaines étapes en faveur de l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action en matière d'ethnicité et de santé, ainsi que pour faciliter le dialogue du Plan d'action conjoint entre les États-Unis et le Brésil en faveur de l'élimination de la discrimination raciale et ethnique. De plus, sous le parrainage de la Décennie internationale des personnes d'ascendance africaine, le Bureau a remis un rapport contenant les conclusions les plus pertinentes en termes de santé dans la Région au groupe de travail d'experts des Nations Unies sur les personnes d'ascendance africaine. En mai 2016, le Bureau a organisé deux manifestations en marge de la 15^e session de l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones à New York, pour souligner les défis actuels en matière de promotion du droit à la santé des populations autochtones.

105. Le travail du Bureau dans les domaines du genre, de l'ethnicité et de la santé a été notoirement renforcé par une solide collaboration interprogrammatique entre les unités techniques responsables de la tuberculose, du paludisme, de la réduction des risques en cas de catastrophe et de la santé mentale. Par exemple, une réunion technique a été menée avec la communauté Baramita au Guyana pour traiter des problèmes de santé mentale parmi les résidents autochtones et un plan d'action a été élaboré sur la base de ces premières discussions. En Équateur, la coopération technique fournie visait à la réduction de la mortalité maternelle en ciblant particulièrement les peuples autochtones du pays.

Chapitre III. Développements institutionnels

Première évaluation conjointe du programme faite par les pays et le Bureau

106. Plusieurs initiatives et développements au niveau institutionnel ont contribué à améliorer l'efficacité, l'efficacité et la responsabilité des activités du Bureau au cours de l'année considérée. L'une des plus remarquables était l'évaluation conjointe en fin d'exercice biennal faite par le Bureau et les États Membres de l'OPS, soit la première du genre à être effectuée dans toute région de l'OMS. Cet exercice a fourni une occasion unique au Bureau et aux ministères de la Santé des États Membres d'examiner ensemble les gains, les lacunes, les défis, les occasions et les enseignements tirés en matière de santé publique de la prestation du plan de travail biennal 2014-2015. Cette évaluation traitait de la mise en œuvre du Programme et budget 2014-2015 et des deux premières années du Plan stratégique actuel. L'évaluation a été facilitée par le déploiement du nouveau système de surveillance du plan stratégique du Bureau, élaboré en collaboration avec les États Membres et officiellement approuvé par ceux-ci dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS.

107. L'évaluation conjointe a commencé en novembre 2015 par des évaluations au niveau des pays, qui ont par la suite été validées par le personnel technique du Bureau et regroupées en résultats à l'échelle de l'Organisation. Les constatations émanant de l'évaluation indiquent que 90 % des indicateurs de résultats intermédiaires du Plan stratégique de l'OPS étaient en voie d'être atteints d'ici 2019 et que les 114 résultats immédiats escomptés du Programme et budget 2014-2015 étaient atteints soit complètement, soit partiellement. Les constatations complètes ont été présentées dans le Rapport provisoire de l'évaluation de fin de période biennale du Programmes et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, qui a été examiné par la 158^e session du Comité exécutif en juin 2016.

108. Le niveau de participation a atteint 100 % lors de la tenue de cette première évaluation conjointe, les 51 pays et territoires de la Région y ayant tous contribué. Les États Membres de l'OPS ont recommandé de partager l'expérience avec l'OMS et les autres régions de l'OMS, à titre de pratique exemplaire de transparence, de responsabilité et de production de rapport.

Engagement avec les États Membres en rapport avec la réforme de l'OMS

109. Le processus de réforme de l'OMS en cours, lancé en 2011 en réponse à l'évolution des besoins dans le domaine du leadership mondial en matière de santé publique, a poursuivi sa progression pendant la période considérée. Plusieurs questions importantes pour l'OPS et ses États Membres afférentes aux réformes de l'OMS ont été inscrites à l'ordre du jour de la 69^e Assemblée mondiale de la Santé. En attente et en préparation de ce développement, la Directrice de l'OPS a entamé et maintenu un dialogue rapproché avec les États Membres au cours des mois précédant l'assemblée afin de les tenir convenablement informés des nouveaux développements, de solliciter leur

rétroaction sur des enjeux cruciaux et de prodiguer des conseils sur le processus et ses implications pour l'OPS à titre de Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. Cet engagement proactif comprenait des séances d'information lors des réunions des administrateurs infrarégionaux de l'OPS et des réunions des Organes directeurs de l'OPS, ainsi que de sessions virtuelles supplémentaires, en parallèle à un appui pour plusieurs États Membres de l'OPS qui ont joué des rôles déterminants dans les négociations au niveau mondial en animant des groupes de travail de l'OMS ou en y participant.

110. Beaucoup des réformes envisagées par l'OMS avaient déjà été adoptées par l'OPS ces dernières années, même avant leur mise en œuvre au Siège de l'OMS. Par exemple, l'OPS avait déjà instauré des réformes dans les domaines programmatique, de gestion et budgétaire. Pendant la période considérée, trois questions revêtant une importance particulière pour l'OPS et ses États Membres ont été soulevées : *a*) les modifications proposées de la structure de gouvernance de l'OMS, *b*) le nouveau projet de Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA, d'après son sigle en anglais) et *c*) la création d'un nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS.

111. Ces trois nouvelles propositions comprenaient de nouvelles voies hiérarchiques et une responsabilisation, et ont augmenté la possibilité réelle de défis de taille pour le cadre constitutionnel de l'OPS. Ce cadre, qui établit l'OPS comme l'organisme spécialisé dans le domaine de la santé au sein du système interaméricain, proclame aussi l'OPS à titre d'entité indépendante, qui avec la Directrice, rend compte directement aux États Membres des Amériques. Compte tenu de son statut particulier, qui est unique parmi les bureaux régionaux de l'OMS, le Bureau et les États Membres de l'OPS ont fait un apport aux négociations qui soulignait l'importance de positionner l'OPS dans le sens des nouvelles réformes de manière à renforcer la prise de décisions et la transparence au niveau mondial, tout en respectant le statut de l'OPS comme organisation internationale indépendante.

112. Pour ce qui est des réformes de l'OMS sur la gouvernance, les États Membres de l'OPS ont appuyé les recommandations proposées d'augmenter la coordination régionale dans les domaines de l'OMS que sont la gestion, la transparence et l'alignement, mais ont aussi insisté sur l'importance des spécificités régionales.

113. Lors des négociations sur FENSA, les délégués des Amériques ont rappelé que depuis 2005, l'OPS avait ses propres principes directeurs pour collaborer avec les acteurs non étatiques, dont le secteur privé, les ONG, les fondations et les établissements universitaires. Étant entendu que FENSA fournira des moyens supplémentaires d'assurer la collaboration avec des acteurs non étatiques en suivant une approche raisonnée, applicable et équilibrée sans compromettre l'indépendance, la crédibilité ou la réputation de l'Organisation, le Bureau soumettra FENSA à l'examen des Organes directeurs de l'OPS, conformément au statut juridique de l'OPS.

114. Concernant le nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS, les États Membres de l'OPS ont présenté une déclaration conjointe à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé exprimant leur appui du nouveau programme, tout en reconnaissant que le Département de la préparation aux situations d'urgence et du secours en cas de catastrophe de l'OPS a été extrêmement efficace pour réagir aux urgences et aux catastrophes dans la Région des Amériques, en s'appuyant sur l'expérience acquise, l'expertise affinée et les enseignements tirés depuis 1976. Les pays ont souligné que leur appui au nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS suppose que le programme régional de l'OPS continuera de répondre pleinement aux besoins des États Membres des Amériques, tout en œuvrant de façon coordonnée avec le programme de l'OMS.

115. L'apport proactif du Bureau et des États Membres de l'OPS a eu un impact favorable sur l'issue de la 69^e Assemblée mondiale de la Santé, qui comprenait l'approbation de FENSA convenu par consensus, la création du nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS et des réformes de la gouvernance de l'OMS. Il est prévu que les Organes directeurs de l'OPS discutent davantage en profondeur de ces mesures et des ramifications sur le plan régional lors de la réunion du 55^e Conseil directeur de l'OPS à la 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, en septembre 2016.

Partenariat entre le Fonds stratégique de l'OPS et le Fonds mondial

116. Le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins (créé en 1977) et le Fonds stratégique pour les fournitures de santé publique (créé en 2002) ont connu dès l'origine beaucoup de succès en faisant des achats groupés au niveau régional pour améliorer l'accès des États Membres de l'OPS aux vaccins, à d'autres médicaments et à des fournitures sanitaires.

117. Un nouvel accord signé en mars 2015 avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a mis le Bureau en bonne position pour augmenter substantiellement ses achats de médicaments à coûts élevés pour le compte des États Membres de l'OPS. Ce nouvel accord permet au Fonds stratégique de l'OPS d'accéder au mécanisme d'achats groupés du Fonds Mondial. Tout comme pour le Fonds stratégique et le Fonds renouvelable de l'OPS, le mécanisme du Fonds mondial utilisent les achats faits en commun pour avoir accès à des médicaments et à des fournitures médicales à moindre prix en regroupant la demande, mais dans ce cas, à l'échelle mondiale.

118. Le mécanisme d'achats groupés du Fonds mondial apporte une solution aux principaux problèmes d'achat, en l'occurrence l'assurance d'une disponibilité ininterrompue de fournitures, de la qualité et la sûreté des produits et de la négociation de prix intéressants. Dans le cadre de ce nouvel accord, le Fonds stratégique a obtenu des médicaments à des prix nettement réduits, dans certains cas aussi faibles qu'un dixième du prix qui était auparavant payé par les États Membres de l'OPS. Il est prévu que ce nouvel arrangement entraîne entre autre un meilleur rendement des fournisseurs, puisque

cela sera mesuré conjointement par le Bureau et par le Fonds mondial, ainsi qu'un accès plus rapide à des médicaments à prix abordables lors de situations de crise avec des besoins urgents.

Système d'information pour la gestion du BSP et mises à niveau des TI

119. Le Bureau a poursuivi l'implantation du nouveau Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS, d'après son sigle en anglais) au cours de l'année considérée. La phase 2 du système, qui couvre les fonctions financière, budgétaire et d'achat, a été testée de juillet à novembre 2015, la formation du personnel ayant eu lieu de septembre à décembre. Comme prévu, la phase 2 a été complètement activée début janvier 2016, complétée par un centre de poste démarrage qui a fourni un appui à tout le personnel de l'ensemble du Bureau. La deuxième phase du déploiement du PMIS a présenté des défis et a exigé qu'un grand nombre de membres du personnel du Bureau investissent beaucoup de temps et fassent des efforts substantiels. Au total, le déploiement s'est toutefois déroulé avec relativement peu de perturbations dans la mise en œuvre des programmes techniques et des opérations quotidiennes du Bureau, même si certains problèmes ne sont pas encore résolus et que la formation est en cours. Cette expérience est nettement différente de celles de nombreuses grandes organisations internationales qui mettent en œuvre de nouveaux systèmes de planification des ressources d'entreprise et est tout à l'honneur de la bonne planification et des efforts extraordinaires dont ont fait preuve les membres du personnel du Bureau qui ont participé.

120. En parallèle à la mise en œuvre du PMIS, le Bureau a aussi entrepris le déploiement d'une nouvelle stratégie de technologie de l'information qui a été approuvée en 2015. La stratégie de TI définit cinq domaines d'intérêt : le soutien aux programmes techniques, le soutien aux bureaux de pays, le PMIS, l'innovation en TI et le maintien d'opérations de TI stables. Les points marquants de la mise en œuvre de la stratégie comprenaient le déploiement d'un nouveau système de vérification des factures pour le projet *Mais Médicos* au Brésil, des améliorations de la base de données de l'OPS sur la mortalité, une évaluation de la Plate-forme d'information sur la santé (PLISA, d'après son sigle en espagnol) de l'OPS, et la mise en œuvre d'un outil de surveillance des vaccins et d'une nouvelle application sur la dengue qui permettra aux pays de transmettre leurs données de surveillance dans la PLISA à l'aide d'un format normalisé.

121. En plus, dans les bureaux de pays, le débit de la bande passante Internet a été augmenté de manière à améliorer la connectabilité des bureaux, tant au nuage qu'aux systèmes du Siège, les infrastructures téléphoniques et de serveur ont été améliorées et plusieurs ordinateurs de bureau ont été remplacés. Dans le domaine de l'innovation, un nouveau système de demande de service « dans le nuage » a été mis en place pour appuyer tous les usagers et les systèmes de l'ensemble du Bureau et un nouveau système sans support papier sur tablette électronique a été créé pour les conférences et les réunions. Cette nouvelle modalité a été présentée aux Organes directeurs de l'OPS lors de la 158^e session du Comité exécutif.

122. Par ailleurs, la sécurité Internet a été améliorée au Siège grâce à un nouveau logiciel de surveillance et de filtrage du contenu Web doté de pare-feux de la toute dernière génération. Enfin, des mises à niveau du réseau ont été faites pour améliorer la vitesse d'accès aux données et la réponse des applications, ainsi que d'autres améliorations des systèmes de secours et de récupération des données.

Amélioration du milieu de travail

123. Un important développement dans le domaine des ressources humaines a été le lancement en juillet 2015 de l'Initiative en faveur du respect sur le lieu de travail, un effort du Bureau pour favoriser un climat de respect et d'inclusion dans l'ensemble de l'organisation. Dirigée par le Bureau de l'Ombudsman, l'initiative s'appuie sur des efforts antérieurs menés par l'Association du personnel de l'OPS en 2012, le département de Gestion des ressources humaines (HRM, d'après son sigle en anglais) en 2013 et la campagne « La bienveillance est contagieuse » menée par le Programme spécial pour le développement durable et l'équité en matière de santé (SDE, d'après son sigle en anglais) de l'OPS en 2014.

124. L'initiative, élaborée grâce à un processus participatif comprenant des groupes de travail interdépartementaux comportant des représentants de l'Association du personnel de l'OPS, a établi trois grands objectifs : *a*) faire prendre conscience et faire la promotion de l'importance de la responsabilité des individus à créer un milieu de travail respectueux, *b*) fournir les informations et les outils de base nécessaires à la création d'une culture du respect qui incite à la confiance, à la responsabilité, au respect mutuel et à la communication ouverte, tout en cautionnant la dignité et la diversité des individus et *c*) amener le personnel à mieux connaître les différents mécanismes et instances disponibles pour résoudre les problèmes liés au lieu de travail.

125. La mise en œuvre de la première phase de l'initiative a débuté en 2015-2016. Elle comprenait l'élaboration d'une campagne de sensibilisation conçue pour inciter le personnel à contribuer à un milieu de travail général qui soit productif et convivial, mettant l'accent sur la prévention et la résolution rapide des conflits en employant les ressources institutionnelles disponibles. Un nouveau cours d'apprentissage en ligne portant sur les principes définis par le Code des principes d'éthique et de conduite du Bureau, la Politique sur la prévention et la résolution du harcèlement au travail et la Politique de tolérance zéro en matière de fraude et de corruption, notamment, a été élaboré en collaboration avec le Bureau d'éthique du Bureau. Le cours a pour but d'illustrer comment le respect mutuel et la camaraderie dans les relations de travail peuvent engendrer un milieu de travail plus efficace et productif.

126. Dans la même optique, le Bureau d'éthique a élaboré une nouvelle enquête sur le climat éthique et le milieu de travail du Bureau. L'enquête est conçue pour évaluer le milieu de travail dans différents bureaux du Bureau et pour estimer dans quelle mesure le personnel est au courant des politiques et des ressources qui constituent le Système d'intégrité et de résolution des conflits (ICMS, d'après son sigle en anglais) de l'OPS.

Cette enquête mesure également à quel point les gens se sentent à l'aise de travailler à l'OPS et s'ils estiment que leur travail est apprécié. Les résultats de l'enquête serviront à identifier des domaines précis qui requièrent une attention particulière.

Chapitre IV. Conclusions et perspectives d'avenir

127. La période considérée, de la mi-2015 à la mi-2016, est empreinte de réalisations desquelles le Bureau peut être fier à juste titre, ainsi que de nombreux défis, dont certains ont pu être réglés, tandis que d'autres sont en voie de l'être. Au chapitre des réalisations, nous avons répondu énergiquement et avons exercé un leadership solide et une coordination dynamique de concert avec nos États Membres et des partenaires à valeur ajoutée pour gérer avec efficacité l'épidémie nouvellement émergente de maladie à virus Zika, avec les défis qui demeurent. Cette rude épreuve a clairement démontré la solidarité panaméricaine à son meilleur.

128. L'un des enseignements les plus importants tirés de l'expérience avec la maladie à virus Zika était le besoin impératif d'une action et d'une communication robustes et sans équivoque en santé publique, malgré des données scientifiques limitées. Nous avons appris que dans ce délicat numéro d'équilibriste, il faut donner davantage de poids à la protection des plus vulnérables par les façons qui sont le mieux étayées par les données disponibles. L'épidémie de maladie à virus Zika a jusqu'à présent justifié cette démarche générale.

129. Nous sommes aussi intervenus dans au moins neuf urgences non liées à des flambées de maladie, dont un violent séisme, un afflux incontrôlé de migrants et plusieurs catastrophes liées à des conditions climatiques défavorables. Bien que ces imprévus se soient manifestés simultanément à l'épidémie de maladie à virus Zika, nous avons pu diriger, coordonner, intervenir et gérer habilement, en nous appuyant sur la collaboration de nos États Membres et nombreux partenaires. Nos capacités dans ce domaine sont ancrées dans les vastes expérience et expertise que nous avons accumulées ces 40 dernières années, tant au niveau des pays qu'au Siège, à partir des enseignements que nous avons tirés en matière d'intervention et de gestion lors de catastrophe.

130. Notre coopération technique dans le domaine du Règlement sanitaire international a amélioré les principales capacités des États Membres. Nous reconnaissons tout de même qu'il faut arrimer le RSI à des systèmes de santé nationaux robustes et résilients pour garantir une intervention efficace en cas d'urgence.

131. La réalisation de systèmes de santé robustes et résilients oblige les ministères de la Santé à s'acquitter de fonctions essentielles en santé publique, particulièrement celles liées à la gouvernance et à l'intendance, tout en garantissant un financement durable et une portée universelle. Il faut que les ressources humaines soient bien formées et aguerries à la tâche, en nombre adéquat, y compris le personnel de réserve, et qu'elles soient réparties de manière équitable entre les zones géographiques. Le Secrétariat reste déterminé à aider ses États Membres à atteindre ces objectifs à court terme.

132. Les efforts d'élimination de la rougeole et de la transmission verticale du VIH et de la syphilis que nous avons déployés ont sensiblement progressé pendant l'année considérée. Nous avons recentré le dialogue sur le financement des systèmes de santé de

manière à être en mesure de mieux présenter les données factuelles et les options aux États Membres qui prennent mieux connaissance de leur réalité économique dans le contexte financier mondial et régional. Nous avons bonifié notre coopération technique dans le domaine de la prévention et du contrôle des MNT en faisant un examen plus minutieux de l'impact des MNT sur le PIB national.

133. Nous avons continué de jeter les bases de nos futurs travaux avec les États Membres sur les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé, tout en travaillant via une commission récemment constituée pour produire des données factuelles afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et les thèmes transversaux que sont le genre, l'ethnicité et les droits de l'homme. De nouvelles initiatives prometteuses sont en cours pour assurer que le Bureau et la Région dans son ensemble prendront les mesures qui s'imposent pour mesurer et atteindre les ODD liés à la santé.

134. Tournés vers l'avenir, nous reconnaissons que le travail que nous effectuons sur le virus Zika restera une partie substantielle de notre programme à réaliser pendant encore de nombreuses années, du moins jusqu'à la production d'un vaccin sûr, efficace et abordable. Il faudra mener à bien les recherches en cours pour mieux élucider plusieurs questions, comme de savoir quelles pourraient être d'autres voies non vectorielles aptes à transmettre le virus Zika et de connaître sa pathogénèse. La flambée de maladie à virus Zika a aussi fait ressortir clairement la nécessité que nous redoublions nos efforts de coopération technique afin d'augmenter fortement l'accès à des services de santé sexuelle et génésique complets dans les États Membres de l'OPS.

135. Il convient que non seulement les ministères de la Santé mais aussi des partenaires de la communauté multilatérale appuient fermement nos efforts destinés à faire progresser la santé universelle par l'élimination des paiements client-patient directs dans les points de prestation des services, parce que la perpétuation de ces pratiques peut avoir des répercussions très négatives sur l'accès aux services de santé, particulièrement pour les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.

136. Un autre défi majeur que le Bureau et les États Membres devront relever est de déterminer les meilleurs moyens de contrecarrer l'influence des industries (du tabac, de l'alcool, des aliments ultra-transformés et des boissons contenant du sucre ajouté) qui sont susceptibles d'être touchées par les efforts nationaux de renforcement de la capacité de réglementation. Ces industries, qui sont habituellement des conglomérats internationaux financièrement nantis et politiquement influents, ont cherché à influencer sur l'élaboration de lois, de normes et de règlements qui pourraient réduire les facteurs de risque des MNT.

137. En conclusion, le Bureau a clairement démontré la valeur qu'elle apporte aux efforts d'amélioration de la santé et du bien-être de la population des États Membres. Nous avons fait preuve de leadership dans notre coopération technique, non seulement pour les programmes de travail que nous devons assumer, mais aussi en intervenant lors des nombreuses urgences imprévues auxquelles nous avons été confrontés pendant la

période 2015-2016. Nous avons fourni des conseils techniques d'experts fondés sur les expériences et les enseignements tirés au cours de plusieurs décennies, et nous sommes parvenus à mobiliser des ressources supplémentaires pour soutenir les interventions aux situations d'urgence.

138. Au seuil de cette nouvelle ère du Programme de développement durable, nous allons continuer d'assumer un leadership visionnaire en santé publique, d'élargir nos partenariats qui apportent une valeur ajoutée et d'étendre la portée de notre coopération technique, ainsi que d'intensifier notre engagement et le dialogue avec les États Membres afin d'assurer que notre travail demeure concentré, pertinent et adapté à leurs besoins.

Sigles et abréviations

AMC	Affaires mondiales Canada
ANRr	autorité nationale de réglementation de référence au niveau régional
ARO	Alerte et réponse opérationnelle
AVAI	années de vie ajustées en fonction de l'incapacité
BCAH	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
BID	Banque interaméricaine de développement
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
CAP	connaissances, attitudes et pratiques
CARICOM	Communauté des Caraïbes (d'après son sigle en anglais, <i>Caribbean Community</i>)
CARPHA	Agence de la santé publique des Caraïbes (d'après son sigle en anglais, <i>Caribbean Public Health Agency</i>)
CD	Conseil directeur de l'OPS
CE	Comité exécutif de l'OPS
CEPALC	Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes
CERF	Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies (d'après son sigle en anglais, [UN] <i>Central Emergency Response Fund</i>)
CFE	Fonds de réserve de l'OMS (d'après son sigle en anglais, [WHO] <i>Contingency Fund for Emergencies</i>)
CICOM	Cellule d'information et de coordination médicale des équipes médicales d'urgence
CIE	Comité international d'experts
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
COMISCA	Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine
COU	centre des opérations d'urgence
CRS	Système de réglementation des Caraïbes (d'après son sigle en anglais, <i>Caribbean Regulatory System</i>)
DFID	ministère britannique du Développement international (d'après son sigle en anglais, [U.K.] <i>Department for International Development</i>)
ECHO	Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes (d'après son sigle en anglais, <i>European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations</i>)
EMU	équipe médicale d'urgence
FDA	Administration des aliments et des médicaments des États-Unis (d'après son sigle en anglais, [U.S.] <i>Food and Drug Administration</i>)
FENSA	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

FIOCRUZ	Fondation Oswaldo Cruz
FMI	Fonds monétaire international
GCT-ESP	Groupe consultatif technique sur l'entomologie et la santé publique
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS (d'après son sigle en anglais, <i>Global Outbreak Alert and Response Network</i>)
GTR	Groupe de travail régional pour la réduction de la mortalité maternelle
HRM	Département de Gestion des Ressources humaines de l'OPS (d'après son sigle en anglais, [<i>PAHO</i>] <i>Human Resources Management</i>)
ICMS	Système d'intégrité et de résolution des conflits (OPS) (d'après son sigle en anglais, [<i>PAHO</i>] <i>Integrity and Conflict Management System</i>)
IMS	Système de gestion des incidents (d'après son sigle en anglais, <i>Incident Management System</i>)
INEVH	Institut national des maladies virales humaines (Brésil)
INSP	Institut national de la santé publique (Mexique) (d'après son sigle en espagnol, <i>Instituto Nacional de Salud Pública</i>)
LACFORUM	Forum économique international sur l'Amérique latine et les Caraïbes
LGBT	personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et trans
MAECD	ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement (Canada)
MNT	maladies non transmissibles
MSP	ministère de la Santé publique et de la Population (Haïti)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	objectif de développement durable
OEA	Organisation des États Américains
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PCB	polychlorobiphényles
PLISA	Plate-forme d'information sur la santé de l'OPS
PMIS	Système d'information pour la gestion du BSP (d'après son sigle en anglais, <i>PAHO Management Information System</i>)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
RELDA	Réseau de laboratoires de détection de la dengue des Amériques
RSI	Règlement sanitaire international
RSMLAC	Réseau de santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes
SAICVZ	syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika

SDE	Programme spécial pour le développement durable et l'équité en matière de santé de l'OPS (d'après son sigle en anglais, <i>PAHO Special Program on Sustainable Development and Health Equity</i>)
SGB	syndrome de Guillain-Barré
SRC	syndrome de rubéole congénitale
TI	technologie de l'information
TME	transmission mère-enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence américaine pour le développement international (d'après son sigle en anglais, <i>United States Agency for International Development</i>)
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (d'après son sigle en anglais, <i>U.S. Centers for Disease Control and Prevention</i>)
USPPI	urgence de santé publique de portée internationale
VPI	vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	vaccin antipoliomyélitique oral

Remerciements pour l'appui

Le Bureau sanitaire panaméricain est reconnaissant du soutien de ses États Membres par le biais de leurs contributions fixées et pour les généreuses contributions volontaires des gouvernements, des organismes et des institutions qui suivent :

Affaires mondiales Canada
Agence américaine pour le développement international
Agence de la santé publique des Caraïbes
Agence de la santé publique du Canada
American Heart Association
Association dentaire américaine
Banque interaméricaine de développement
Banque mondiale
Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
Bureau régional de CBM en Amérique latine
Center for Public Service Communications
Centre de recherches pour le développement international
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC)
Commission européenne
Conseil national brésilien des bovins de boucherie
Fonds de district pour la santé – Ministère de la Santé du district de Bogotá
Fondation de l'Université d'Antioquia
Fondation Bill et Melinda Gates
Fondation de l'OPS
Fondation des Nations Unies
Fondation Mérieux
Fondation Rockefeller
Fondation Sanofi Espoir
Fonds des Nations Unies pour la population
Fonds des Nations Unies pour la sécurité humaine
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GAVI, l'Alliance du Vaccin
Gouvernement de l'Argentine
Gouvernement de l'Australie
Gouvernement des Bahamas
Gouvernement du Belize
Gouvernement de la Bolivie
Gouvernement du Brésil
Gouvernement de la Colombie
Gouvernement du Costa Rica
Gouvernement d'El Salvador
Gouvernement de l'Équateur
Gouvernement de l'Espagne

Gouvernement du Guatemala
Gouvernement de Guyana
Gouvernement du Honduras
Gouvernement de l'Italie
Gouvernement du Mexique
Gouvernement de Panama
Gouvernement du Paraguay
Gouvernement du Pérou
Gouvernement de la République de Corée
Gouvernement de la République dominicaine
Gouvernement du Royaume-Uni
Gouvernement de l'Uruguay
Gouvernement du Venezuela
International Agency for the Prevention of Blindness
Japan Center for International Exchange
London School of Economics
MAC AIDS Fund
Mécanismes pour l'élaboration des normes et le développement du commerce
Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada
National Foundation for the Centers for Disease Control and Prevention, Inc.
Norwegian Agency for Development Cooperation
Orbis International
Partenariat des Nations Unies visant à promouvoir les droits des personnes handicapées
Population Services International
Programme des Nations Unies pour le développement
Programme des Nations Unies pour l'environnement
Project High Hopes Global
Rad Aid International
Sabin Vaccine Institute
Task Force for Global Health
Texas Children's Hospital
Société andine de développement
Société Colgate Palmolive
Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes des Nations Unies
Université de Washington
Vaccine Ambassadors

- - -