

54^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

Point 7.5 de l'ordre du jour provisoire

CD54/INF/5

10 septembre 2015

Original: anglais/espagnol*

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

SOMMAIRE

A. Mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.....	2
B. Projet de Plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire.....	5
C. Plan d'action sur la sécurité routière	10
D. Prévention et contrôle de la dengue dans les Amériques	13
E. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale	18
F. Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé	23
G. Situation des Centres panaméricains	29

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

A. MISE EN OEUVRE DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC

Contexte

1. Ce rapport fait le point sur les progrès réalisés dans la lutte contre le tabagisme dans la région des Amériques, entre le 30 juin 2013 (rapport CD52/INF/4) (1) et le 30 avril 2015, dans le cadre des résolutions CD48.R2 (2008), adoptée par le 48^e Conseil directeur (2), et CD50.R6 (2010), approuvée par le 50^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (3).

Le point sur les progrès réalisés

2. La Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac (CCLAT) compte désormais 30 États parties de la région des Amériques depuis la ratification d'El Salvador (octobre 2014). Au cours des deux dernières années, les progrès réalisés dans la mise en œuvre des mandats de la CCLAT ont été lents.

3. Dans le domaine de la surveillance, un nouveau cycle de l'*Enquête mondiale sur la consommation de tabac chez les jeunes* a été réalisé dans sept pays et est en cours de préparation dans quatre autres. L'*Enquête mondiale sur la consommation de tabac chez les adultes* a été répétée au Mexique et a été réalisée pour la première fois au Costa Rica. Il convient de noter que l'Argentine, le Brésil et l'Uruguay ont inclus des questions normalisées sur le tabac dans leurs enquêtes nationales.

4. Le Chili et le Venezuela ont pris des mesures pour augmenter le prix des produits du tabac dans le cadre de leurs réformes fiscales respectives. Le Honduras, pour sa part, a ajusté dans le même temps la taxe spécifique sur le tabac pour tenir compte de l'inflation ; la Dominique et la Grenade ont augmenté la taxe spéciale sur la consommation, augmentation entrée en vigueur durant de 2015, tandis que Saint-Vincent-et-les Grenadines et Sainte-Lucie progressent pour ce qui est des propositions à cet égard. En ce qui concerne le commerce illicite du tabac, le Protocole compte six Parties et deux d'entre elles (le Nicaragua et l'Uruguay) appartiennent à la Région.

5. Pour ce qui est des environnements sans fumée, aucune nouvelle législation n'a été adoptée, mais des réglementations pour l'application de la législation au Brésil sont entrées en vigueur en décembre 2014.

6. La Jamaïque, le Suriname et Trinité-et-Tobago ont adopté des réglementations pour l'application de leurs législations sur l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac, y compris l'utilisation de mises en garde graphiques relatives aux conséquences pour la santé, et plusieurs pays ont par ailleurs renouvelé ces images au cours de l'exercice biennal. À ce jour, toutes les Parties qui n'ont pas encore mis en œuvre l'article 11 de la CCLAT ont dépassé le délai imparti pour le faire.

7. L'Uruguay a rejoint les quatre pays qui ont approuvé une interdiction totale de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac (le Brésil, la Colombie, le Panama et le Suriname). À la fin du présent exercice biennal, les 22 pays qui n'ont pas encore appliqué cet article auront dépassé la date limite stipulée dans la CCLAT pour le mettre en œuvre.

8. La situation de l'ingérence de l'industrie du tabac contre les politiques de lutte contre le tabagisme reste inchangée.

9. Le Bureau sanitaire panaméricain a continué à fournir un appui technique, tant pour la rédaction que pour le processus d'adoption et d'application des lois pour la lutte contre le tabagisme et, en outre, pour se défendre contre les attaques de l'industrie. Une aide a continué d'être apportée aux Parties et au Secrétariat de la Convention-cadre dans les communications qui ont lieu entre les réunions de la Conférence des Parties. Un atelier régional préparatoire pour la sixième session de la Conférence des Parties a été organisé avec le soutien financier du Panama. Enfin, le Secrétariat a présenté un *amicus curiae*, qui a été accepté le 18 mars de cette année, dans le cadre de l'arbitrage demandé par Philips Morris contre l'Uruguay devant le Centre international de règlement des différends relatifs aux investissements (CIRDI), une institution qui appartient au Groupe de la Banque mondiale.¹

Mesures recommandées pour améliorer la situation

10. En général, les recommandations formulées dans le rapport de situation de 2013 (document CD52/INF/4) sont réitérées en mettant l'accent en particulier sur le fait que :

- a) les Parties envisage la ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, adopté lors de la cinquième session de la Conférence des Parties de la CCLAT de l'OMS, si elles ne l'ont pas encore fait ;
- b) l'Argentine, Cuba, les États-Unis d'Amérique, Haïti et la République dominicaine envisagent de ratifier la CCLAT de l'OMS ;
- c) les États Membres considèrent la possibilité d'appliquer les quatre « best buys » associés à la lutte contre le tabagisme, afin d'atteindre l'objectif du Système mondial de surveillance du tabagisme, à savoir une baisse de 30 % de la prévalence de la consommation de tabac d'ici à 2025, s'ils ne l'ont pas encore fait ;
- d) les États Membres envisagent d'intégrer la question de la lutte contre le tabagisme dans le programme de tous les organismes des Nations Unies au niveau des pays, ainsi que dans tous les projets dans le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD)² (4, 5).

¹ <http://www.iareporter.com/>

² Dans le droit fil de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et en application de la résolution du Conseil économique et social (ECOSOC) de juillet 2012.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

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

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington (DC) États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2013 (document CD52/INF/4-D) [consulté le 21 mars 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington (DC) États-Unis. Washington (DC) : OPS, 2010 (résolution CD48.R2) [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd48.r2-f.pdf>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement de la capacité des États Membres pour mettre en œuvre les dispositions et les directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1er octobre 2010 ; Washington (DC) États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2010 (résolution CD50.R6) [consulté le 3 mars 2013]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-f.pdf>.
4. Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. Assemblée générale des Nations Unies, Soixante-sixième session ; du 19 au 20 septembre 2011 ; New York, États-Unis : ONU ; 2011 (projet de résolution A/66/L.1) [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.un.org/es/comun/docs/index.asp?symbol=A/66/L.1&referer=http://www.un.org/es/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml&Lang=F>.
5. Nations Unies, Conseil économique et social. Projet de résolution présenté par le Vice-président du Conseil, Luis Alfonso de Alba (Mexique), à l'issue de consultations. Cohérence de la lutte anti-tabac à l'échelle du système des Nations Unies [Internet]. Conseil économique et social des Nations Unies, Session de fond de 2012; du 2 au 27 juillet 2012 ; New York, États-Unis : ECOSOC ; 2012 (document E/2012/L.18) [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2012/L.18&Lang=F

B. PROJET DE PLAN DÉCENNAL RÉGIONAL SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Antécédents

1. Le présent document a pour objectif de rendre compte aux organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès réalisés en matière d'application de la Résolution CD47.R12, le plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire (« le Plan »), adopté en 2006 (1). La résolution prie les États Membres de reconnaître que la santé bucco-dentaire est un élément essentiel de l'état de santé général, en raison de son poids dans la charge de morbidité et de son association avec les facteurs de risque correspondant aux maladies non transmissibles (MNT), et qu'elle peut être mise en œuvre au moyen d'interventions rentables visant la prévention des maladies.
2. La Résolution CD47.R12 prie les États Membres de soutenir trois objectifs – l'intégration de la santé bucco-dentaire aux stratégies de soins de santé primaires (SSP), un plus large accès aux soins ainsi que la vulgarisation et la consolidation des programmes efficaces, comme la fluoruration, et la prestation efficiente et ayant fait ses preuves de services de soins de santé bucco-dentaire, comme par exemple les procédures de traitement restaurateur atraumatique (ART¹). La résolution prie également les États Membres de mener une action pluridisciplinaire avec d'autres parties prenantes, y compris celles du dans le secteur privé, les universités et la société civile.
3. Afin que les organes directeurs soient tenus informés des avancées en matière de réalisation de ces objectifs dans la Région, il a été demandé de présenter des rapports de situation. La dernière mise à jour figure ci-dessous, ainsi qu'une description des trois buts et de leurs objectifs complémentaires.

¹ L'ART (pour Atraumatic Restorative Treatment) est une méthode simple de traitement des caries dentaires considérée comme un moyen efficace de réduire les inégalités dans les services de soins de santé bucco-dentaire. Elle consiste à retirer le tissu mou déminéralisé puis à restaurer la dent avec un ciment verre ionomère libérant du fluor.

Points sur les progrès réalisés

Buts	Objectifs	Situation
<p>1. Garantir un niveau d'accès minimal aux soins de santé bucco-dentaire pour tous en comblant les lacunes pour les groupes les plus vulnérables</p>	<p>1. Réduire les infections buccales parmi les groupes vulnérables</p> <p>2. Élargir l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les groupes vulnérables</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 56 enquêtes nationales sur la santé bucco-dentaire ont indiqué une forte baisse (35%–85%) de la prévalence des caries dentaires, attribué principalement aux programmes de fluoruration (2). • 34 États Membres présentaient un indice CAO² moyen ≤ 3 pour les enfants de 12 ans (dont 23 avec un indice ≤ 2) ; un seul pays présentait un indice >5. L'initiative Communautés exemptes de caries, qui est une collaboration de plusieurs parties prenantes lancée en 2009, soutient les interventions efficaces et a augmenté la couverture par les services pour les populations les plus vulnérables dans les Amériques. L'initiative comprend 37 dentistes en chef, 17 écoles dentaires, 12 associations dentaires et deux entreprises de santé privées. Elle fournit des données et soutient l'action pour améliorer les programmes de santé bucco-dentaire au niveau local et national dans toute la Région (3).
<p>2. Intégrer les soins de santé bucco-dentaire aux services de soins de santé primaires (SSP)</p>	<p>1. Intégrer les programmes de santé bucco-dentaire aux stratégies de soins de santé primaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les pays de la Région indiquent disposer de politiques institutionnelles pour intégrer la santé bucco-dentaire dans les stratégies de SSP. • Avec l'intégration de la santé bucco-dentaire dans la déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur les MNT, les États Membres font des efforts supplémentaires pour l'intégrer de façon durable dans les programmes de SSP et la définir comme un facteur de risque pour les MNT (4-6). • Avec le soutien du secteur privé, un plan multipays appelé SOFAR³ est en place

² CAO (dents cariées, absentes ou obturées) est une unité de mesure (indice) décrivant la quantité de caries dans une population. L'Organisation mondiale de la Santé –OMS) recommande un indice CAO ≤ 3 pour les enfants de 12 ans.

³ SOFAR (*Salud Oral y Factores de Riesgo* ou Santé bucco-dentaire et facteurs de risque) comprend l'intégration horizontale de la santé bucco-dentaire dans les SSP a) en en faisant une partie intégrante des domaines des SSP comme la santé familiale et la santé périnatale (par ex. inclure l'application de vernis

		jusqu'en 2016 dans neuf pays pour améliorer la santé bucco-dentaire des enfants et réduire les facteurs de risque courants pour les MNT par des d'approches pluridisciplinaires.
3. Étendre à plus grande échelle les interventions efficaces par rapport aux coûts qui ont fait leurs preuves – plan pluriannuel de programmes de fluoration dans les Amériques et expansion de la couverture de santé bucco-dentaire avec de simples technologies	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer les capacités nationales pour étendre à plus grande échelle les programmes de fluoration 2. Étendre la couverture de santé bucco-dentaire en utilisant des technologies efficaces par rapport aux coûts et de simples technologies 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les pays de la Région disposent de programmes de fluoration efficaces à différents stades de maturité et avec différents niveaux de durabilité. • La fluoration du sel a été reconnue comme une importante étude de cas sur la santé dans le monde inscrite dans la durée (7). • Conformément aux lignes directrices actuelles sur la consommation de sel, les procédures d'enrichissement du sel sont examinées. • La technique d'ART est reconnue comme un modèle de meilleure pratique par tous les pays de la Région et a été étendue dans 20 pays. • Près de 126 millions de personnes bénéficieront de l'élargissement initial du SOFAR.

Défis

- a) Faire en sorte que la santé bucco-dentaire soit reconnue comme une priorité de santé publique reste un défi malgré le lien démontré entre la santé bucco-dentaire et la santé générale, ainsi que le bon rapport coût-efficacité des interventions de santé bucco-dentaire.
- b) Encourager les actions pour améliorer la santé bucco-dentaire et l'intégrer aux systèmes de SSP afin de modifier les facteurs de risque pour les MNT.
- c) Obtenir une riposte efficace au niveau des pays à la récente tendance à la hausse du cancer ORL lié au virus du papillome humain (VPH).

Actions nécessaires pour améliorer la situation

4. Les actions suivantes sont nécessaires pour améliorer la situation :
 - a) Reconnaître que la santé bucco-dentaire est une priorité et une partie essentielle de la santé générale et qu'elle a un impact direct sur la qualité de vie de la population vieillissante.

au fluore dans un programme de vaccination) et *b*) en mettant l'accent sur la mauvaise santé bucco-dentaire comme facteur de risque pour la santé générale.

- b) Poursuivre le renforcement des capacités des agents de SSP à améliorer la santé bucco-dentaire et à intégrer durablement la santé bucco-dentaire dans les SSP.
- c) Examiner les implications de l'état de la science en matière de cancer ORL associé au HPV pour la recherche future et la politique de santé publique dans la Région.
- d) Préparer un nouveau plan d'action, à l'issue du plan présent, afin de soutenir les réalisations dans le domaine de la santé bucco-dentaire de la Région.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

- 5. Le Conseil directeur est invité à prendre note du rapport de situation et à formuler des recommandations pertinentes.

Références

- 1. Organisation panaméricaine de la Santé. Projet de plan décennal régional sur la santé bucco-dentaire [Internet]. 47^e Conseil directeur, 58^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2006 ; Washington (DC), É-U. Washington (DC): OPS ; 2006 (résolution CD47.R12) [cité le 3 décembre 2014]. Disponible à l'adresse :
<http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD47.r12-f.pdf>.
- 2. Pan American Health Organization. Health in the Americas: 2012 edition. Regional outlook and country profiles [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2012 [cité le 3 décembre 2014]. Disponible en anglais sur:
http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=en
- 3. Pan American Health Organization. Health in the Americas: 2007. Vol 1 – Regional [Internet]. Washington (DC): PAHO; c2007 (PAHO Scientific and Technical Publication No. 622) [cité le 3 décembre 2014]. Disponible en anglais sur:
<http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/health-americas-2007-vol-1.pdf>
- 4. Pan American Health Organization. (Pan American Forum for Action on NCDs). Report of the first meeting of the Pan American forum: from declaration to multi-stakeholder action on NCDs [Internet]. First Meeting of the Pan American Forum; 2012 May 8-9; Brasilia (Brésil). Brasilia: PAHO; 2012 [cité le 3 décembre 2014]. Disponible en anglais sur:
http://www.paho.org/panamericanforum/wp-content/uploads/2012/07/PAF_First_Meeting_Final_Report.pdf

5. Cohen L, Estupinan-Day S, Buitrago C, Ferro Camargo MB. Confronting the global NCD epidemic through healthy smiles. *Compen Contin Educ Dent*. 2012 Oct;33(9):649-650, 652.
6. Organisation des Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. Réunion de haut niveau de la 66^e Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ; du 19 au 20 septembre 2011; New York, États-Unis. New York: UN; 2011 (résolution A/RES/66/2). Disponible à l'adresse :
http://www.un.org/fr/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&Lang=F.
7. Levine R. *Case studies in global health: millions saved*. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Publishers; 2007. 172 p.

C. PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Antécédents

1. Le présent rapport passe en revue les progrès accomplis sur la sécurité routière dans la Région des Amériques depuis octobre 2011 jusqu'à décembre 2014, suite à la résolution CD51.R6 du 51^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (1, 2).

Mise à jour sur les progrès réalisés

2. Ce rapport d'avancement est fondé sur le rapport mondial sur la sécurité routière (3), avec des informations complémentaires reçues des bureaux des pays.

3. Le nombre de pays qui disposent d'un organisme responsable de la coordination des mesures de promotion de la sécurité routière a augmenté ; parmi les 25 pays qui se trouvaient en référence, deux pays de plus (la Colombie et le Paraguay) ont établi un organisme de sécurité routière au cours de cette période.

4. Le nombre de pays qui adoptent des lois fixant une limite du niveau d'alcool dans le sang pour les conducteurs à $\leq 0,05$ g/dl (concentration d'alcool dans le sang) a augmenté. Le nombre de pays qui avaient fixé cette limite était de 10 et il est maintenant passé à 15. Le Chili est un exemple des pays qui ont réduit la limite à un maximum de 0,03 g/dl.

5. Par rapport à la ligne de base, deux pays, le Mexique et le Panama, ont adopté des lois sur la vitesse, avec des limites de ≤ 50 km/ dans les zones urbaines et l'autorisation pour les autorités locales d'établir des limites plus basses.

6. Il convient de souligner un progrès important dans les pays en raison de l'adoption de lois sur l'usage obligatoire de la ceinture de sécurité pour tous les occupants de véhicules : de 20 pays apparaissant dans la ligne de base, on arrive maintenant à 32. Quelques exemples des pays qui ont amélioré leurs lois sont : Cuba, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Paraguay, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et le Venezuela.

7. Des progrès ont été notés dans l'adoption de lois sur l'usage obligatoire du casque pour toutes les personnes sur des motocyclettes : 12 pays faisaient partie de la ligne de base en 2011 mais ils sont désormais 30 à adopter de meilleures lois, comme en Argentine, en Bolivie et au Nicaragua.

8. L'Argentine, Cuba, l'Équateur, le Pérou et l'Uruguay ont amélioré les lois sur l'usage obligatoires des sièges de sécurité pour le transport des enfants.

9. Des améliorations ont été notées dans les politiques nationales pour promouvoir le transport public sûr en Argentine, à Cuba, au Guatemala, en Jamaïque, au Panama, au Pérou et en Uruguay.

10. Les pays qui encouragent l'administration de soins préhospitaliers aux victimes d'accidents de la route étaient au nombre de 22 dans la ligne de base, qui comptent désormais trois pays de plus : El Salvador, la Jamaïque et le Pérou. Leur nombre s'élève désormais à 25.

11. On ne constate pas de progrès dans l'amélioration de la qualité des données sur les victimes de traumatismes dû aux accidents de la route. Les sous-régions andine, mésoaméricaine et du Cône Sud accusent des pourcentages élevés de décès classifiés comme « autres causes ou non spécifiées » (48%, 34% et 20%, respectivement). Il est évident qu'il est nécessaire d'améliorer rapidement les registres et la classification des décès imputables aux accidents de la route dans ces sous-régions.

12. L'attention à la mobilité et à la sécurité des usagers n'est pas uniforme dans toutes les sous-régions. Par exemple, seuls 14 pays disposent de politiques de séparation d'espaces sûrs pour les cyclistes dans l'infrastructure routière de certaines villes.

13. Aucune information n'est disponible dans la base de données de l'OPS, ou celles d'autres institutions régionales, pour mesurer si des progrès sont accomplis dans le domaine de la révision technique de l'ensemble du parc de véhicules.

14. La majorité des pays dispose de programmes visant à contrôler l'application des lois en matière de facteurs de risque et d'usage d'équipements de protection, mais très peu de pays estiment que le niveau d'application des lois est efficace.

Action requise pour améliorer la situation

15. On renouvelle les recommandations visant à ce que les pays établissent des comités consultatifs ou des organismes nationaux pour coordonner la sécurité routière et leur accordent l'autorité nécessaire ainsi que les ressources pour promouvoir, mettre en œuvre et assurer l'application des lois et mesures de sécurité routière approuvées (4).

16. Il est nécessaire que les États Membres envisagent l'établissement d'un système national de surveillance ou renforcent les systèmes existants pour améliorer la qualité des données sur les groupes et les zones à risque élevé de traumatismes causés par la circulation routière (4), sur la révision du parc de véhicules et sur la mise en œuvre de cadres légaux.

17. Il est important que les États Membres garantissent que les lois et règlements établissent clairement la façon dont ces lois et règlements seront mis en œuvre, appliqués et suivis, et définissent l'entité qui sera responsable (5).

Mesures à prendre par le Conseil directeur

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

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la sécurité routière [internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 26 au 30 septembre 2011; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS 2011 (document CD51/7, Rev. 1) [consulté le 27 février 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14663&Itemid=
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la sécurité routière [internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 26 au 30 septembre 2011; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS 2011 (résolution CD51.R6) [consulté le 27 février 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15082&Itemid
3. Organisation mondiale de la Santé. Rapport de situation de situation sur la sécurité routière dans le monde 2013 : soutenir une décennie d'action [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 27 février 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/summary_fr.pdf?ua=1
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Données sur la sécurité routière dans la région des Amériques, 2013 [Internet]. Washington (DC) : OPS; 2013 [consulté le 27 février 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/can/index.php?option=com_content&view=article&id=217%3Aroad-safety-facts-region-americas-2013&catid=297%3Aarticles&Itemid=252&lang=fr
5. Organisation mondiale de la Santé. Renforcer la législation sur la sécurité routière : un manuel des pratiques et des ressources à l'intention des pays [Internet]. Genève : OMS; 2014 [consulté le 27 février 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128040/1/9789242505108_fre.pdf?ua=1

D. PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE LA DENGUE DANS LES AMÉRIQUES

Antécédents

1. Étant donné l'augmentation du nombre de cas de dengue dans les Amériques et compte tenu du fait que les programmes nationaux de contrôle de la dengue se déroulaient principalement de manière verticale, axés sur l'utilisation d'insecticides, un plan d'action détaillé a été élaboré et présenté en 2001 pour faire face à cette situation (1). En 2003, la *Stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue* dans les Amériques (SGI–Dengue) a été mise en œuvre. Cette stratégie comprenait cinq composantes au départ (prise en charge du patient, surveillance épidémiologique, laboratoire, gestion intégrée de vecteurs et communication sociale) Par la suite, la composante de l'environnement a été incorporée (2, 3). Le processus de mise en œuvre de la SGI–Dengue a été graduel dans chaque sous-région et 35 pays ou territoires; une évaluation de 22 d'entre eux a été effectuée (deux évaluations ont été menées au Brésil et deux au Mexique). Un groupe technique d'experts internationaux dans le domaine de la dengue a été mis sur pied (GT–Dengue internationale) et il fournit une assistance technique aux pays et territoires en relation avec chacune des composantes de la SGI–Dengue (3). En 2007, la résolution CSP27.R15 a été adoptée; elle prie instamment les pays et territoires de renforcer la mise en œuvre de la SGI–Dengue et d'effectuer une évaluation systématique (4).

2. La situation épidémiologique de la dengue continue d'être extrêmement complexe et instable. Entre 2000 et 2014, on a recensé 14,2 millions de cas et 7000 décès causés par la dengue. Le taux d'incidence s'est maintenu avec une tendance à la croissance, due en partie à l'amélioration des systèmes de surveillance épidémiologique et de notification des pays dans la Région. Cependant, le taux d'incidence pour 2014 (193,7 cas/100 000 habitants) a accusé une réduction de 31 % comparativement au taux moyen enregistré au cours des cinq dernières années (282,4 cas/100 000 habitants) et une réduction de 57 % comparativement seulement à l'année 2013 (455,9 cas/100 000 habitants) (5). Actuellement, le Brésil, la Colombie et le Mexique comptent pour 70% des cas de dengue dépistés dans la Région. Les quatre sérotypes du virus de la dengue se retrouvent en circulation dans les Amériques, situation qui accroît le risque de cas graves (réponse immunitaire secondaire) (6-8). Néanmoins, il faut souligner que durant les cinq dernières années, on a enregistré une réduction de la proportion de cas graves, tendance qui s'est accentuée durant les deux dernières années, reflétant ainsi une nette diminution de ces cas (5). Il existe une relation directe entre la diminution de cas graves et l'amélioration de la qualité et de l'opportunité des soins médicaux au niveau primaire (signes d'alarme). Ce facteur a été relevé lors des évaluations effectuées dans les pays.

Mise à jour au sujet des progrès réalisés

3. La mise en œuvre de la SGI–Dengue a mis les pays et territoires en mesure de disposer d'un outil méthodologique solide pour la prévention et le contrôle de la dengue.

4. Il a été procédé à la révision, la mise à jour, l'adaptation et la publication pour les Amériques du guide clinique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la prise en charge des malades souffrant de la dengue, accompagnée d'un processus de formation et d'apprentissage par des experts du GT–Dengue à l'intention du personnel médical et paramédical aux divers échelons de soins sanitaires des pays (9, 10).

5. Suite à la mise en œuvre des nouveaux guides clinique, le taux de létalité due à la dengue a diminué dans les Amériques. On estime qu'entre 2011 et 2014, 3300 pertes de vies humaines ont pu être évitées.¹ La deuxième édition (2015) du guide clinique est en cours de publication et inclut de nouveaux éléments pour la gestion des cas de dengue chez les femmes enceintes, les nouveau-nés et les personnes âgées, ainsi que des informations sur la réorganisation des services de santé dans les situations de flambée de la maladie, entre autres.

6. Un réseau de laboratoires a été créé pour le diagnostic de la dengue dans les Amériques (RELDA), grâce auquel seront périodiquement transférées aux pays et territoires la technologie et les compétences requises pour l'application de méthodes actualisées de diagnostic de la dengue – moléculaire et sérologique –, avec l'appui des centres de collaboration de l'OMS (CCOMS) pour la dengue.

7. Au cours des cinq dernières années, on est parvenu à maintenir la notification périodique de données relatives à la dengue dans 50 pays et territoires (5). Des efforts sont actuellement déployés pour mettre au point un système générique de surveillance épidémiologique intégrée utilisant des définitions et des indicateurs normalisés et intégrant des éléments d'entomologie et de l'environnement dans l'analyse. De surcroît, ce système inclut la surveillance de zones sentinelles en vue de mieux caractériser les antécédents et le cours de la maladie, ainsi que sa gestion dans le cadre de systèmes de services dans chaque pays. Ce système se trouve à la phase de validation dans plusieurs pays et territoires. De même, des études sont en cours en vue d'évaluer le fardeau économique qu'impose la dengue sur plusieurs pays.

8. En mai 2014, une révision a été effectuée de l'état des connaissances acquises au sujet de la dengue durant les 10 dernières années (11), avec la participation du secteur universitaire, du secteur privé, des CCOMS, des pays et territoires et des organismes non gouvernementaux. Ceci a permis de confirmer que la SGI–Dengue représente la meilleure stratégie disponible permettant en même temps de renforcer son modèle opérationnel avec la stratégie mondiale pour la prévention et le contrôle de la dengue 201-2020 de l'OMS (12).

¹ Estimation basée sur une augmentation annuelle du taux de létalité de 0,018% (augmentation du taux de létalité entre les années 2009 et 2010).

Mesures requises pour améliorer la situation

9. Avancer sur la voie de la consolidation du modèle de SGI–Dengue, en tant qu'outil méthodologique dans les pays et territoires pour la prévention et le contrôle de la dengue.
10. Garantir l'appui politique et les ressources financières et humaines requises pour la mise en œuvre durable du SGI–Dengue.
11. Impliquer d'autres secteurs du gouvernement, les ministères, le secteur universitaire, le secteur privé, la communauté et la famille afin de donner une réponse intégrée aux déterminants sociaux et environnementaux qui interviennent dans la transmission, étant donné que la dengue ne constitue pas un problème relevant exclusivement du secteur de la santé. Il a été démontré que l'analphabétisme, la faible couverture en matière d'assainissement et de systèmes de conduite d'eau et la pauvreté en général sont liés à la forte incidence et la transmission de la maladie.
12. Continuer à promouvoir et à encourager des politiques publiques qui ont des incidences sur les déterminants sociaux et environnementaux de la transmission de la dengue en vue de minimiser les risques d'infection par cette maladie.
13. Améliorer et renforcer la capacité et la qualité des soins médicaux dans tous les pays et territoires, en mettant l'accent sur la gestion clinique des cas au niveau des soins primaires, en vue d'éviter qu'il ne se produise une mutation de la dengue vers des formes virulentes, étant donné que des difficultés persistent encore dans la gestion de ces cas.
14. Élaborer et mettre en œuvre de nouveaux modèles opérationnels de travail pour le contrôle du vecteur.
15. Accompagner le développement et l'évaluation de nouvelles technologies de contrôle et de prévention de la maladie qui peuvent être introduites dans la pratique, entre autres la vaccination contre la dengue, les mouches transgéniques, les bactéries de genre *Wolbachia* et de nouveaux ovi-pièges. (13-15).

Mesure à prendre par le Conseil directeur

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

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Prévention et contrôle de la dengue [Internet]. 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 24 au 28 septembre 2001. Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2001 (document CD43/12) [consulté le 25 février 2015]. Disponible sur : http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd43_12-f.pdf.

2. Organisation panaméricaine de la Santé. La dengue. [Internet]. 44^e Conseil directeur de l'OPS, 55^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 22 au 26 septembre 2003; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2003 (document CD44/14) [consulté le 25 février 2015]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd44-14-f.pdf>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. La dengue [Internet]. 44^e Conseil directeur de l'OPS, 50^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 22 au 26 septembre 2003; Washington (DC). États-Unis. Washington (DC) OPS, 2003 (résolution CD44.R9) [consultée le 25 février 2015]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd44-r9-f.pdf>.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Prévention et contrôle de la dengue dans les Amériques [Internet]. 27^e Conférence sanitaire panaméricaine, 59^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 1^{er} au 5 octobre 2007; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) OPS, 2007 (résolution CSP27.R15) [consultée le 25 février 2015]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/csp/csp27.r15-f.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. Información regional de dengue: número de casos [Internet]. Washington (DC): OPS; 2015 [consulté le 25 février 2015]. Disponible en anglais sur : www.paho.org/dengue.
6. Guzmán MG, Kourí G, Valdés L, Bravo J, Vázquez S, Halstead SB. Enhanced severity of secondary dengue-2 infections: death rates in 1981 and 1997 Cuban outbreaks. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* [Internet]. 2002 [consulté le 25 février 2015];11(4):223-7. Disponible en anglais sur : http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000400003&lng=en&nrm=iso et sur : <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000400003>
7. Libraty DH, Endy TP, Houg H-SH, Green S, Kalayanarooj S, Suntayakorn S, et al. Differing influences of virus burden and immune activation on disease severity in secondary dengue-3 virus infections. *J Infect Diseases* [Internet]. 2002 [consulté le 25 février 2015];185(9):1213-1221. Disponible en anglais sur : <http://jid.oxfordjournals.org/content/185/9/1213.full>
8. Guzman MG, Alvarez M, Halstead SB. Secondary infection as a risk factor for dengue hemorrhagic fever/dengue shock syndrome: an historical perspective and role of antibody-dependent enhancement of infection. *Arch Virol* 2013; 158(7):1445-1459. DOI 10.1007/s00705-013-1645-3 [consulté le 25 février 2015]. Disponible en anglais sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471635>
9. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (Programa Especial para la Investigación y Capacitación de Enfermedades

Tropicales). Dengue guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Nueva edición. [Internet]. La Paz: OPS/OMS; 2010 [consulté le 25 février 2015]. Disponible en espagnol sur :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789995479213_spa.pdf

10. Organización Panamericana de la Salud; Dengue. Guías de atención para enfermos en la región de las Américas [Internet]. La Paz: OPS; 2010 [consulté le 25 février 2015]. Disponible en espagnol sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=11239&lang=es
11. Organización Panamericana de la Salud. Últimos adelantos técnicos en la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas. Informe de reunión [Internet]. Reunión: Últimos adelantos técnicos para la prevención y control del dengue en las Américas; del 28 al 29 de mayo del 2014, Washington, (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2014 [consulté le 25 février 2015]. Disponible en espagnol sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=&gid=27234&lang=es
12. World Health Organization. Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [consulté le 24 mars 2015]. Disponible en anglais sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034_eng.pdf
13. Sabchareon A, Wallace D, Sirivichayakul C, Limkittikul K, Chanthavanich P, Suvannadabba S, et al. Protective efficacy of the recombinant, live-attenuated, CYD tetravalent dengue vaccine in Thai schoolchildren: a randomised, controlled phase 2b trial. *The Lancet*. 2012;380(9853):1559-1567.
14. Noor Afizah A, Lee H. Wolbachia-based strategy for dengue control—the way forward. *Dengue*. 2013;37:107.
15. Sim S, Cirimotich CM, Ramirez JL, Souza-Neto JA, Dimopoulos G. Dengue virus—mosquito interactions and molecular methods of vector control. *Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever*. 2014:425.

E. L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE DANS LES COMMUNAUTÉS AGRICOLES EN AMÉRIQUE CENTRALE

Antécédents

1. Au cours des deux dernières décennies, la sous-région d'Amérique centrale a notifié un nombre croissant de cas de personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique et qui en meurent. Parmi ces cas, un type d'insuffisance rénale chronique a été notifié, dont l'étiologie n'est pas liée aux causes les plus fréquentes de cette maladie comme le sont le diabète sucré et l'hypertension artérielle. Ce type d'insuffisance rénale chronique, non traditionnelle ou due à des causes non traditionnelles ou encore inconnues, présente une fréquence plus importante que celle observée dans la Région des Amériques et sa tendance est à la hausse (1). Reconnaisant cette situation, les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont adopté la résolution [CD52.R10](#) (2013) *L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale*¹ au cours de leur 52^e Conseil directeur (2). Le présent rapport offre une synthèse des progrès accomplis dans l'exécution de cette résolution.

Analyse des progrès accomplis

2. Des progrès ont été faits dans la définition des cas cliniques et des cas épidémiologiques d'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles, ainsi que dans l'établissement de mécanismes fonctionnels pour renforcer la surveillance épidémiologique. L'OPS – en collaboration avec les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC), la Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension (SLANH), le Secrétariat exécutif du Conseil des ministres de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (SE-COMISCA) et des représentants des ministères de la Santé des pays d'Amérique centrale – a élaboré une proposition de définition de cas pour la surveillance épidémiologique et de cas clinique, et il a, entre autres, été procédé à la révision du document sur l'harmonisation des procédures pour améliorer la notification et la qualité du registre des décès dus à l'insuffisance rénale chronique. Le Réseau d'Amérique latine et des Caraïbes pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire (RELACSYS) de l'OPS/OMS a obtenu une amélioration de la couverture et de la qualité de l'information sur la mortalité, la normalisation des définitions et l'élaboration d'une proposition pour la mise en œuvre des nouveaux codes qui figurent dans la Classification internationale des maladies, 11^e version (CIM-11).

3. Même s'il n'a pas été possible d'obtenir un consensus pour la formulation du programme régional de recherches, les pays ont fait des progrès dans la réalisation d'études, la publication d'articles et l'incorporation de l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles dans leur programme national de recherches et la participation

¹ Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama.

aux recherches. *MEDICC Review (International Journal of Cuban Health and Medicine)* a consacré un numéro spécial au thème (3). Au cours de cette période, il y a eu un renforcement de la collaboration entre le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) et les Centres collaborateurs de l'OPS/OMS pour la santé et la sécurité au travail et la santé environnementale,² visant à inclure l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles dans le cadre de leurs activités d'appui. Un réseau de collaboration a également été constitué pour la recherche sur l'épidémie : le Consortium de l'épidémie de néphropathie en Amérique centrale et au Mexique (CENCAM) (4). Jusqu'à maintenant, bien que l'étiologie demeure inconnue, la communauté scientifique est arrivée à un consensus sur la caractérisation de la maladie, en considérant que l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles est de type essentiellement professionnel et qu'il est par conséquent indispensable de renforcer la promotion de la santé et de la sécurité au travail et de la santé environnementale pour arriver à prévenir la maladie.

4. Les avances réalisées en matière de santé environnementale et de santé et sécurité au travail sont limitées mais il convient de mettre en évidence l'actualisation du cadre juridique pour le contrôle des pesticides au Salvador, qui a interdit l'utilisation de 53 ingrédients actifs de haute toxicité (5), et l'adoption au Guatemala du nouveau règlement national sur la santé et la sécurité au travail, qui inclut des aspects concernant la prévention de l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles (6). Le Guatemala travaille également sur la modification du règlement pour la gestion des pesticides faits maison.

5. Les pays ont réalisé des activités de formation en matière d'approche intersectorielle des risques liés à l'environnement, de toxicologie clinique et de méthodes d'évaluation des risques. Conjointement avec les Centres collaborateurs susmentionnés de l'OPS/OMS pour la santé et la sécurité au travail et la santé environnementale, le Bureau travaille à l'élaboration de protocoles pour l'analyse de situation et la mise en œuvre d'interventions préventives et correctives sur le milieu de travail. En outre, le Bureau a établi un cours en ligne avec des experts régionaux sur le diagnostic, le traitement et la prévention des intoxications aiguës causées par les pesticides (7).

6. Certaines avancées ont eu lieu en matière d'incorporation de soins intégrés dans les services de santé, notamment pour l'élaboration de guides de soins cliniques pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique au premier niveau de soins, la mise à jour des normes nationales et le développement de services de prévention et de soins intégrés de l'insuffisance rénale chronique, avec un accent sur le premier niveau de soins. Deux pays, El Salvador et le Nicaragua, ont signalé des avancées dans l'établissement de cadres juridiques et réglementaires pour le don et la transplantation d'organes et de tissus.

7. Le Bureau a procédé à une révision des médicaments essentiels et des technologies pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique aux fins de leur

² L'Institut régional d'études sur les substances toxiques (IRET), Costa Rica ; l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Canada ; les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) et leur Institut national de la santé et de la sécurité au travail (NIOSH), États-Unis.

inclusion possible dans la liste du Fonds stratégique de l'OPS (8). L'OPS a consolidé la demande de ces médicaments; cependant, à l'exception de l'insuline, les États Membres n'ont pas eu recours au Fonds pour acquérir ces médicaments.

8. Le Bureau a poursuivi ses efforts de coopération technique pour inclure le thème de l'accès aux transplantations, et de leur couverture, pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique, y compris lors de la réunion de haut niveau du Réseau/Conseil ibéro-américain de dons et transplantations, tenue au Panama en novembre 2014, ainsi que des XXXVIII^e et XL^e réunions du COMISCA, tenues au Costa Rica et en République dominicaine en juin 2013 et juin 2014, respectivement.

Mesures nécessaires pour améliorer la situation

9. Il est important d'achever, de toute urgence, la formulation du programme régional de recherches en la matière et d'identifier les ressources pour réaliser deux types d'études clés afin de guider les efforts de prévention : *a)* études de l'étiologie, *b)* études de la recherche opérationnelle sur l'efficacité des interventions.

10. Il est crucial qu'une fois qu'un accord sera obtenu sur les définitions de cas pour la surveillance de l'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles (cas suspect, cas clinique et la codification de la mortalité), les pays développent et utilisent une plateforme standardisée de surveillance et partagent périodiquement l'information sur la surveillance convenue. De plus, il est nécessaire de poursuivre les efforts relatifs au développement et au renforcement des registres de dialyse et de transplantation rénale, et de renforcer la surveillance de la santé environnementale et de la santé et de la sécurité au travail.

11. Les États Membres doivent effectuer, le plus tôt possible, une analyse de la réponse globale à l'insuffisance rénale chronique à partir de l'engagement établi afin de progresser vers un accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle. Il est nécessaire d'analyser comment l'insuffisance rénale chronique s'incorpore dans l'ensemble des services intégrés universels, en prenant en considération non seulement les soins cliniques de la maladie mais aussi la promotion et la prévention.

12. L'insuffisance rénale chronique de causes non traditionnelles étant de type essentiellement professionnel, il faut une action intersectorielle immédiate pour aborder les facteurs de risque et les déterminants sociaux de la santé clairement liés à ce problème et identifier les actions qui facilitent la promotion de la santé environnementale et de la santé et de la sécurité au travail afin d'arriver à prévenir la maladie.

13. Les estimations disponibles indiquent que le coût de traitement de l'insuffisance rénale chronique est très élevé et que le financement et la durabilité des services de santé seront influencés en grande partie par la capacité des pays de mettre en pratique des mesures de prévention de l'insuffisance rénale chronique. Le coût estimé de la dialyse par

patient oscille entre US\$ 355³ et \$2249 dans le secteur public (9) et le coût mensuel des immunosuppresseurs par patient receveur d'organe est de \$725 à \$4250 (9). Dans ces pays, la dépense totale (publique et privée) de santé par habitant oscille entre \$144 et \$951, et la dépense de santé du gouvernement par habitant oscille entre \$78 et \$710 (10). Il est nécessaire de réaliser des études de coûts-avantages pour apporter des informations aux processus d'expansion et de durabilité de l'accès au traitement, ainsi que pour explorer des options permettant de négocier de meilleurs prix, dans le contexte des plans et politiques de santé des pays.

14. Il est nécessaire de renforcer la capacité d'intervention des niveaux locaux pour les soins intégrés de l'insuffisance rénale chronique, y compris une capacité renforcée des ressources humaines pour la gestion de la dialyse péritonéale et de l'hémodialyse, les protocoles de soins et les interventions en santé mentale, afin de soutenir non seulement les patients mais aussi leur milieu familial.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

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

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale [Internet] 52^e Conseil directeur, 65^e Session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2013 (document CD52/8) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22779&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation panaméricaine de la Santé. L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale [Internet]. 52^e Conseil directeur, 65^e Session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 2013 (résolution CD52.R10) [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168019/3/CD52-R10-fra.pdf?ua=1>
3. Enfermedad renal crónica azota comunidades agrícolas *MEDICC Review* [Internet]. avril 2014 [consulté le 15 janvier 2015]; Selections 2013, avril 2014. Disponible en anglais et espagnol sur: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=32>

³ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

4. Consortium for the Epidemic of Nephropathy in Central America and Mexico. Mesoamerican Nephropathy of unknown origin. Costa Rica: CENCAM; 2012 [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en anglais sur: <http://www.regionalnephropathy.org/>
5. Decreto 453, Ley sobre Control de Pesticidas, Fertilizantes y Productos para uso agropecuario. Ministerio de Agricultura y Ganadería. El Salvador. 2014. En attente de publication.
6. Reglamento nacional de salud y seguridad laboral. Acuerdo Gubernativo número 229-2014. Diario de Centro América. Guatemala, 2014. [consulté le 15 janvier 2015]. Disponible en espagnol sur: <http://elexsa.com/assets/2013/11/Acuerdo-Gubernativo-N%C3%BAmero-229-2014.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud; Campus Virtual de Salud Pública. Curso virtual con expertos/as regionales sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de las intoxicaciones agudas por plaguicidas, versión 2015 [Internet]. Washington (DC): OPS y CVSP; 2015 [consulté le 12 janvier 2015]. Disponible en espagnol sur : <http://www.campusvirtualsp.org/?q=es/node/10406/>
8. Organización Panamericana de la Salud. Fondo estratégico de la OPS [Internet]. Washington (DC): OPS, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias; 2014 [mis à jour le 23 juillet 2014; consulté le 12 janvier 2015]. Disponible en anglais et espagnol sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1159&layout=blog&Itemid=452&lang=es
9. Sistema de la Integración Centroamericana. Costos de diálisis e inmunosupresores. En: Donación y trasplante de órganos y tejidos humanos. XXXVIII Reunión Ordinaria del Consejo de Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana; San José, Costa Rica; 27 y 28 de junio del 2013. San José: SICA/COMISCA; 2013.
10. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]. Genève: OMS; c2014 [consulté le 9 janvier 2015]. Disponible en anglais sur: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/fr>

F. ÉVALUATION ET INCORPORATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Antécédents

1. En septembre 2012, lors de la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine (CSP), les États Membres ont adopté, pour la première fois, une résolution sur l'évaluation et l'incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé. La résolution CSP28.R9 a adopté un document novateur de politique dans lequel l'évaluation des technologies de la santé (ETS) est reliée aux processus décisionnels liés à l'incorporation de ces technologies dans les systèmes de santé (1). L'impact de la résolution se mesure au niveau mondial. En 2013, les pays du SEARO¹ ont adopté une résolution sur l'ETS (2) et, en 2014, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA67.23 sur le même sujet (3). La résolution CSP28.R9 reconnaît également l'importance du réseau d'évaluation des technologies de la santé des Amériques (RedETSA), créé en 2011, et dans lequel l'OPS assure le rôle de secrétariat. La résolution encourage les pays à participer activement à ce réseau. Le présent rapport vise à informer les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la résolution CSP28.R9 dans la Région.

Mise à jour sur les progrès réalisés

2. Au cours des dernières années, de nets progrès ont été accomplis dans l'institutionnalisation de l'évaluation des technologies de la santé dans la Région, tant au niveau régional que national. Parmi les pays qui ont avancé à ce sujet se trouvent : a) l'Argentine, avec la création d'un réseau national, le RedARETS, la consolidation d'une unité de coordination, l'UCEETS, et la reconnaissance de l'IECS en tant que Centre collaborateur de l'OMS, b) le Brésil, avec le renforcement d'une Commission nationale, la CONITEC et l'expansion du réseau national, le REBRATS, avec plus de 75 institutions accréditées, c) la Colombie, avec le renforcement d'un Institut national, l'IETS et d) le Chili, avec la création d'une Commission nationale sur l'ETS.

3. Un recensement² a été effectué dans 28 pays de manière à connaître l'état d'avancement de l'ETS dans la Région. Ainsi, le recensement³ a permis de mettre en évidence une nette avancée dans l'utilisation de l'ETS. Des unités, commissions ou instituts pour l'ETS existent dans 12 pays de la Région. La Région compterait aujourd'hui, toujours selon les réponses au recensement, 76 institutions exerçant une

¹ Voir la liste des sigles à la fin du document.

² Le recensement a été divisé en deux composantes : évaluation des capacités en ETS et des processus de prise de décision. Des entretiens ont été réalisés auprès de fonctionnaires clés des ministères de la Santé, d'institutions dédiées à l'évaluation des technologies de la santé et d'autres institutions universitaires et de santé entre 2014 et début 2015. Un total de 147 réponses a été reçu en provenance de 28 pays.

³ L'enquête sur la prise de décision a été élaborée dans le cadre du projet « Advance-HTA », en collaboration avec l'EASP, la LSE et NICE ; celle des capacités de l'ETS a été préparée par les pays du RedETSA, sur base du recensement réalisé dans le cadre du Mercosur.

activité liée à l'ETS et, parmi ces institutions, 49 % d'entre elles sont des entités étatiques et 34 % des institutions académiques.

4. Sept pays⁴ ont signalé qu'ils disposaient déjà d'une législation qui exige, jusqu'à une certaine mesure, l'utilisation de l'ETS dans leurs processus décisionnels. Mais au delà de la législation, le lien réel entre la prise de décisions et les conclusions de l'ETS est très varié dans le continent. Sur la base des réponses reçues, seul le Brésil semble prendre en compte les conclusions de l'ETS pour la prise de décisions. En revanche, sept pays⁵ ont signalé prendre des décisions sans tenir compte de l'ETS. Les autres pays⁶ ont signalé prendre des décisions en s'appuyant sur l'ETS avec différents niveaux de fréquence.

5. Le recensement a également permis de tirer les conclusions suivantes : *a)* l'existence d'une production importante de documents⁷ sur l'ETS, et l'Argentine, le Brésil, le Canada et la Colombie sont parmi les pays les plus prolifiques, *b)* une utilisation élevée de rapports d'ETS effectués en dehors du pays pour le processus décisionnel, *c)* une utilisation généralisée de directives méthodologiques entre les pays du RedETSA, mais l'utilisation serait quasi inexistante parmi les pays qui ne font pas partie du réseau et *d)* une faible considération des aspects concernant l'éthique et l'équité en tant que critères explicites pour la prise de décision.

6. Malgré les importantes avancées constatées, les résultats du recensement montrent également une grande hétérogénéité dans la Région. Bien que certains pays ont accompli des réalisations considérables, d'autres pays présentent une absence d'institutionnalisation de l'ETS. Dans les Caraïbes, par exemple, le niveau de mise en œuvre de l'ETS reste faible. D'autre part, sept pays⁸ des Caraïbes disposent de structures ou de comités chargés de la sélection des produits figurant sur la liste des médicaments essentiels, qui pourraient constituer un point de départ pour la création d'unités d'évaluation des technologies de la santé.

7. À l'échelle régionale, le manque de ressources humaines qualifiées, la nécessité de budget ou de financement, la mauvaise intégration de l'ETS comme outil pour la prise de décision et le manque d'accès à des bases de données sont parmi les principales contraintes ou obstacles identifiés pour la mise en œuvre de l'ETS.

8. Compte tenu des besoins de formation dans la Région, la mise en place du premier cours sur l'ETS dans le Campus virtuel de l'OPS constitue un progrès significatif. En septembre 2014, et grâce au soutien de l'IECS de l'Argentine, le cours virtuel « Introduction à l'évaluation des technologies de la santé et aux évaluations

⁴ Bermudes, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Suriname et Uruguay.

⁵ Barbade, Guatemala, Honduras, Mexique, Panama, Saint-Martin et Trinité-et-Tobago.

⁶ Argentine, Bermudes, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Jamaïque, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Suriname, Uruguay et Venezuela.

⁷ Les pays ont déclaré avoir produit environ 3900 documents sur l'ETS depuis 2010.

⁸ Antigua-et-Barbuda, Dominique, Grenade, Îles Turques et Caïques, Jamaïque, Suriname et Trinité-et-Tobago.

économiques » a été lancé. Un total de 352 personnes provenant de 19 pays a demandé l'inscription au cours mais seulement 47 participants de 16 pays ont pu être acceptés.

9. La collaboration à travers les réseaux joue un rôle clé dans le développement de l'ETS. Depuis sa création, le RedETSA n'a cessé de croître (il comprend actuellement 26 institutions de 14 pays)⁹ et il a amplement contribué au renforcement de l'ETS dans la Région. En plus du recensement des capacités et des processus décisionnels, d'autres réalisations majeures ont été accomplies, telles la création d'un espace d'échange d'informations, qui permet de consolider la communauté de pratiques¹⁰ PRAIS, grâce à la création d'un espace virtuel de partage de rapports, de discussion sur des sujets d'intérêt et de consultation sur les technologies spécifiques. L'organisation de huit réunions et ateliers abordant des questions telles que le rôle de l'ETS dans la couverture sanitaire universelle et son interaction avec les lois des pays ont vu également le jour. La réunion la plus récente de la RedETSA s'est tenue en novembre 2014 à Mexico ; elle était organisée en collaboration avec l'OPS et le Centre national d'excellence en technologie de la santé (CENETEC), en parallèle au 10^e Forum national des technologies de santé. La collaboration avec d'autres réseaux régionaux d'ETS, tels que l'EUnetHTA et le HTAsiaLink, ainsi que le Réseau mondial INAHTA qui a enregistré ces dernières années une augmentation significative du nombre d'adhésion de pays de la Région mérite également d'être souligné.¹¹

10. Des progrès ont également été accomplis dans l'adoption d'une approche intégrée de l'ETS pour soutenir la prise de décision, y compris l'évaluation, la sélection, l'intégration et l'approche de l'utilisation rationnelle. La première expérience de mise en œuvre de cette approche a eu lieu dans les Caraïbes en 2013. De même, au Paraguay, une Direction de l'ETS et de l'utilisation rationnelle est en cours de création et elle sera la première entité de la Région à intégrer les deux sujets. Une formation intégrée sur la sélection, l'ETS et l'utilisation rationnelle est en cours de conception pour le Campus virtuel de l'OPS.

11. L'utilisation rationnelle des technologies est un élément essentiel dans la mise en œuvre de l'approche intégrée et grâce à elle, des progrès significatifs ont été accomplis, y compris l'adoption par 12 pays de la Région de mécanismes standardisés pour l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique.

⁹ Argentine, Brésil, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Mexique, Paraguay, Pérou et Uruguay.

¹⁰ Actuellement composée de 63 participants appartenant aux organisations qui constituent le RedETSA et qui compte environ 150 documents.

¹¹ L'INAHTA, créé en 1993, compte actuellement sur la participation de 13 institutions de huit pays de la Région (Argentine, Brésil, Canada, Chili, Colombie, États-Unis, Mexique et Uruguay). Depuis 2012, des institutions d'Argentine, du Brésil, de la Colombie et de l'Uruguay ont rejoint l'INAHTA.

Mesures visant à améliorer la situation

12. Parmi les mesures visant à réduire les lacunes et à améliorer la situation des pays de la Région vis-à-vis de l'utilisation de l'ETS comme outil pour soutenir la prise de décisions, se trouvent :

- a) L'extension du RedETSA : considérant l'écart significatif qui existe dans l'utilisation de l'ETS parmi les pays ne faisant pas partie du réseau, les pays d'Amérique centrale et des Caraïbes qui ne font pas partie du réseau¹² sont prioritaires pour une telle expansion. Les données obtenues grâce au recensement constituent la base de référence qui devrait guider les efforts.
- b) Le développement d'une stratégie de formation continue : étant donné la forte demande en formation de la Région, concevoir une stratégie qui réponde aux divers besoins des pays, y compris la formation pour l'analyse et l'élaboration de rapports sur l'ETS ainsi que des activités de sensibilisation des décideurs, est nécessaire. L'offre de places disponibles au sein du Campus virtuel devrait être augmentée afin de répondre plus amplement à la demande.
- c) Le renforcement des liens entre les évaluations et la prise de décision : étant donné le faible lien qui existe entre l'ETS et la prise de décision dans la Région, mettre en œuvre des activités visant à renforcer ce lien, tant au niveau législatif que factuel, est une priorité.
- d) Le développement d'outils pour aider les pays dans la mise en œuvre de l'ETS dans leur prise de décision : une boîte à outils pertinents pour la prise de décision est en cours de développement et elle devrait servir aux pays qui sont à un stade précoce de mise en œuvre de l'ETS.¹³
- e) L'intensification des échanges d'information relative à l'ETS entre les pays de la Région : malgré les progrès accomplis dans la production de documents sur l'ETS, élargir l'accès de tous les pays à cette documentation est nécessaire. Une base de données du RedETSA, qui comprend des rapports sur l'ETS et les décisions d'intégration de technologies de chaque pays est en cours d'élaboration, ainsi qu'un projet d'échange et de courts séjours entre professionnels du RedETA.
- f) L'établissement de priorités concernant les évaluations, en fonction des besoins nationaux et régionaux, tout en prenant en compte les aspects de déontologie et d'équité : l'incorporation de ces éléments permettra une adoption plus large de l'ETS lors des processus de prise de décision.

¹² Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Panama, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago et Venezuela.

¹³ Développée par l'OPS et d'autres institutions dans le cadre du projet Advance-HTA.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

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

Liste des sigles

Initiales	
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Commission nationale de l'intégration de la technologie dans le système unifié de santé)
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública (École andalouse de santé publique)
EUnetHTA	European Network for Health Technology Assessment (Réseau européen pour l'évaluation des technologies de la santé)
HTAsiaLink	Asian Health Technology Assessment Network (Réseau asiatique d'évaluation des technologies de la santé)
IECS	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (Institut de l'efficacité clinique et de la santé)
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (Institut d'évaluation des technologies de la santé)
INAHTA	International Network of Agencies for Health Technology Assessment (Réseau international des organismes d'évaluation des technologies de la santé)
LSE	London School of Economics and Political Science (École d'économie et sciences politiques de Londres)
NICE	UK National Institute for Health and Care Excellence (Institut national du Royaume-Uni pour l'excellence de la santé et des soins)
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Réseau brésilien d'évaluation des technologies de la santé)
RedARETS	Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Réseau public argentin d'évaluation des technologies de la santé)
RedETSA	Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (Réseau d'évaluation des technologies de la santé dans les Amériques)
SEARO	Région d'Asie du Sud-Est (OMS)
UCEETS	Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías en Salud (Unité de coordination pour l'évaluation et la mise en œuvre des technologies de la santé)

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé [Internet]. 28^e Conférence sanitaire panaméricaine. 64^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 21 septembre 2012 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2012 (résolution CSP28.R9) [consultée le 27 février 2015]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=18919&Itemid=270&lang=fr
2. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage [Internet]. Soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, du 11 au 13 septembre 2013 ; New Delhi, Inde. New Delhi : SEARO ; 2013 (document SEA/RC66/R4) [consulté le 27 février 2015] Disponible sur :
http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/rc_66_report.pdf?ua=1
3. Organisation mondiale de la Santé. Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé [Internet]. 67^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 19 au 24 mai 2014 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2014 (résolution WHA67.23) [consulté le 27 février 2015]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf#page=25.

G. SITUATION DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

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

Antécédents

2. Les Centres panaméricains ont été une modalité importante de coopération technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pendant près de 60 ans. Durant cette période, l'OPS a créé ou géré 13 centres,¹ en a supprimé neuf et a transféré l'administration de l'un d'entre eux à ses propres organes directeurs. Ce document présente des informations stratégiques mises à jour sur le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) et le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME).²

Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

3. L'OPS est le chef de file à l'échelle continentale pour traiter de la convergence de la santé humaine et de la santé animale et environnementale dans le domaine des zoonoses, de la salubrité des aliments et de la sécurité alimentaire, en éliminant la fièvre aphteuse du continent. PANAFTOSA occupe une position exceptionnelle à cet égard, grâce à son vaste réseau formel et informel dans les domaines de la santé publique et de la santé animale, qui comprend des organismes gouvernementaux, des entités universitaires, des entités du secteur privé et des organisations philanthropiques, ainsi que des organisations à but non lucratif et des organismes internationaux. Ainsi, le Centre participe à l'analyse du risque découlant des maladies animales qui pourraient constituer des événements de santé publique d'importance internationale, et contribue de ce fait à l'application du Règlement sanitaire international (2005).

4. Les lignes directrices politiques et les stratégies actuelles pour la coopération technique dans le domaine de la santé publique vétérinaire ont été définies par le « Consensus de Santiago du Chili »,³ fruit du dialogue interministériel au niveau politique

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

² Ici, il n'a pas été considéré nécessaire d'inclure des informations sur le Centre latinoaméricain de périnatalogie et de développement humain/Santé de la femme et santé reproductive (CLAP/SMR) dans la mesure où il n'y a pas eu de changements depuis le dernier rapport.

³ Centro Panamericano de Fiebre Aftosa de la Organización Panamericana de la Salud. Consenso de Santiago de Chile [Internet]. 16.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, del 26 al 27 de julio del 2012; Santiago, Chile. Rio de Janeiro (Brasil): OPS/PANAFTOSA; 2012 [consulté le 14 février 2014]. Il est possible de le consulter (en espagnol) sur : [http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSA16\(INF5\)%20Consenso%20esp.pdf](http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/dmdocuments/RIMSA16(INF5)%20Consenso%20esp.pdf)

et technique entre la santé et l'agriculture et l'élevage au cours de 16^e Réunion interaméricaine de niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA 16). En outre, en annonçant que la salubrité des aliments serait le thème retenu pour la Journée mondiale de la santé 2015, la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a souligné la nécessité d'entreprendre un effort mondial concerté en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), pour assurer la salubrité des aliments à toutes les étapes de la chaîne alimentaire.

Avancées récentes

5. La coopération technique de PANAFTOSA s'effectue dans le cadre des travaux du Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé (CHA) et est gérée par une équipe technique basée au Brésil (Rio de Janeiro et Minas Gerais), deux conseillers en santé publique vétérinaire dans des pays des sous-régions andine et des Caraïbes et un conseiller principal au Siège. Récemment, des réalisations importantes ont été obtenues sur le plan de l'amélioration de la santé équitable, au moyen d'activités visant à promouvoir la salubrité des aliments, la sécurité alimentaire, l'élimination des zoonoses prioritaires et la prévention de la mortalité et du handicap résultant d'urgences sanitaires, qui contribuent aux catégories 1 et 5 du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

6. S'agissant de la salubrité des aliments, il a été possible de faire en sorte que les dirigeants et les décideurs participent davantage à cette question, grâce à la campagne de la Journée mondiale de la santé 2015, pour laquelle l'OPS s'est positionnée comme institution de référence en la matière. Le travail visant à renforcer les réseaux régionaux s'est poursuivi et le nombre d'établissements de la Région participant activement à la prévention des maladies d'origine alimentaire (à savoir, le Réseau interaméricain de laboratoires d'analyses alimentaires [RILAA], et le Réseau mondial sur les infections transmises par les aliments [GFN, selon le sigle anglais] et le réseau PulseNet d'Amérique latine et des Caraïbes) a augmenté. Une collaboration active est menée avec les cinq axes stratégiques du Plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens, en particulier pour une meilleure sensibilisation et compréhension de la résistance aux antimicrobiens, l'amélioration du fondement scientifique par le biais de la surveillance et de la recherche, et l'optimisation de l'utilisation des antimicrobiens dans la santé animale.

7. En ce qui concerne les zoonoses, le Centre met actuellement en œuvre un plan d'action pour l'élimination de la rage transmise par le chien à l'échelle régionale⁴ en fournissant une coopération technique aux pays dans les domaines du diagnostic de laboratoire, de la prophylaxie après une exposition à la rage, de la gestion des programmes, de la définition des indicateurs de surveillance, de la promotion de

⁴ Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Plan de acción para la eliminación de la rabia transmitida por perros [sic] [Internet]. 14.^a Reunión de los Directores de Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina (REDIPRA 14), Lima (Peru), août 2013. PAHO/PANAFTOSA ; 2013 [consulté le 2 février 2015]. Il est possible de consulter le plan (en espagnol) sur: http://www.paho.org/panaftosa/index.php?option=com_content&view=article&id=795&Itemid=336

l'élimination de la rage dans le monde entier et de l'inclusion du vaccin contre la rage pour les chiens dans le Fonds renouvelable de l'OPS. Outre la coopération technique relative à la rage transmise par le chien, PANAFTOSA offre une coopération technique aux pays pour la prévention et la maîtrise de la rage transmise par les chauves-souris.

8. En ce qui concerne les autres zoonoses, le Centre collabore avec d'autres unités de l'OPS pour le renforcement des capacités en ce qui concerne la leptospirose, la leishmaniose et la fièvre jaune. Le Centre mène aussi des activités de coopération technique pour la surveillance et la maîtrise de l'échinococcose ou de la maladie hydatique dans cinq pays. En 2014, des activités de coopération technique pour la prévention et la maîtrise de la neurocysticercose ont été entamées, en collaboration avec le Département pour la lutte contre les maladies tropicales négligées de l'OMS et l'Unité des maladies tropicales négligées et à transmission vectorielle, ainsi que l'Unité de santé mentale.

9. En ce qui concerne la fièvre aphteuse, pour la première fois depuis la création du Centre en 1951, plus de trois années consécutives se sont écoulées sans cas notifié de cette maladie. Il s'agit d'une réalisation historique pour les pays de l'ensemble du continent et pour l'OPS/OMS. Les défis consistent maintenant à maintenir ces acquis en progressant vers un continent exempt de fièvre aphteuse sans vaccination, à continuer d'aider les pays, en particulier en introduisant de nouveaux outils de surveillance et en répondant aux urgences, et à fournir des mécanismes pour faire face à la sensibilité croissante de la population au virus de la fièvre aphteuse et, par ailleurs, à renforcer la politique, la stratégie et les plans nationaux d'éradication de la fièvre aphteuse. La prestation de coopération technique pour le renforcement des programmes nationaux contre la fièvre aphteuse se poursuit, et c'est ainsi que la Bolivie et le Paraguay ont été officiellement reconnus par l'OIE comme pays exempts de fièvre aphteuse en 2014, et l'Équateur en mai 2015.

Accords de coopération et mobilisation des ressources

10. L'Accord de coopération technique pour le renforcement du système national de capacité de surveillance sanitaire et de la capacité de gestion du Système unique de santé du Brésil, signé en 2012 entre l'OPS et le Secrétariat pour la surveillance sanitaire du ministère de la Santé du Brésil, visant la réduction du fardeau des zoonoses et des maladies à transmission vectorielle transmises à l'homme par l'eau et par les aliments, est toujours en vigueur en 2015. En outre, d'autres accords financiers et de coopération technique ont été signés avec diverses institutions, comme la Fondation Mérieux (France), le Wellcome Trust (Institut Sanger), l'Institut conjoint pour la salubrité des aliments et la nutrition appliquée (JIFSAN, selon le sigle anglais), l'Administration des aliments et des médicaments et les Centres de contrôle et de prévention des maladies (tous deux des États-Unis d'Amérique), le Fonds pour l'application des normes et le développement du commerce (FANDC) de l'Organisation mondiale du commerce et l'Unité des produits sanitaires et de l'alimentation de Santé Canada.

11. PANAFTOSA a pu mobiliser des contributions volontaires provenant de sources intéressées spécifiquement par l'éradication de la fièvre aphteuse en Amérique du Sud, qui appuient la coopération technique du Centre pour ce qui est de la coordination régionale du Plan hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA). On peut citer l'exemple de l'Association de coordination nationale de la santé animale (ACONASA) du Paraguay, qui a renouvelé son soutien financier au fonds fiduciaire créé pour faciliter les contributions financières. En outre, plusieurs accords de coopération ont été signés avec des organismes publics d'autres États Membres, comme l'Agence équatorienne pour la qualité de l'agriculture (Agrocalidad) et le Service national pour la qualité et la santé animale (SENACSA) du Paraguay. Ainsi, les ressources financières ordinaires fournies par l'Organisation au Centre ont été canalisées vers la coopération technique dans le domaine des zoonoses et de la salubrité des aliments. La généreuse contribution du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et des Approvisionnements du Brésil (MAPA, selon le sigle portugais) continue à couvrir pleinement les coûts de maintenance du Centre.

Révision de la gouvernance de PANAFTOSA

12. En 2014, la délégation du Gouvernement du Brésil a suggéré d'étudier la possibilité de revoir le mécanisme de gouvernance de PANAFTOSA. En réponse à cette demande, l'OPS entamera un processus de consultations avec le Brésil et les autres États Membres au cours de l'année 2015 et informera les Organes directeurs de l'avancée et des résultats de ce processus.

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

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

14. Le BIREME est rattaché au Bureau de la gestion des connaissances, de la bioéthique et de la recherche (KBR) et dispose d'un plan de travail biennal (2014-2015) spécifique pour le Centre.

Progrès récents

15. Des progrès ont été réalisés au niveau régional dans le développement des capacités nationales en vue du renforcement des systèmes d'information scientifique et technique en santé. Au cours de la période sous examen, plus de 150 activités en personne ou virtuelles ont été réalisées en matière de coopération technique, de formation et de promotion, parmi les quelles il faut signaler les suivantes :

- a) atelier d'actualisation de la plateforme technologique de la Bibliothèque virtuelle en santé (pour des professionnels de huit pays : Argentine, Brésil, Bolivie, Honduras, Panama, Pérou, Uruguay et Venezuela) ;
- b) premier atelier régional de la plateforme ProEthos de gestion de comités d'éthique en investigation (pour des professionnels de huit pays : Argentine, Brésil, Colombie, Chili, El Salvador, Guatemala, Honduras et Pérou) ;
- c) cours en ligne sur la méthodologie LILACS ;
- d) cours de communication et de rédaction scientifique.

16. Le lancement du portail EvIDeNCe a été élaboré et mené à bien en coopération avec l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) et permet d'offrir aux pays des Caraïbes des données probantes scientifiques en matière de santé organisées conformément aux besoins de cette sous-région.

17. Les actions de coopération technique entre BIREME et le bureau central de l'OPS ont également été élargies, telles que : *a)* l'élaboration de recherches bibliographiques spécifiques aux besoins des domaines techniques et programmatiques, *b)* l'incorporation de données au répertoire institutionnel de l'OPS (PAHO-IRIS), *c)* l'élaboration et l'hébergement du blog d'équité de l'OPS/OMS, *d)* l'appui à la définition du modèle conceptuel pour la plateforme de couverture sanitaire universelle et *e)* l'élaboration de cours régionaux à distance intégrés au Campus virtuel de santé publique.

Cadre institutionnel du BIREME

18. Depuis l'année 2010, le cadre institutionnel du BIREME se caractérise par la coexistence du cadre institutionnel précédent, par l'entremise de l'Accord d'entretien et de développement du Centre, signé entre l'OPS/OMS et les ministères de la Santé (MINSAL) et de l'Éducation du Brésil (MEC), le Secrétariat de la santé de l'État de São Paulo (SES-SP) et l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP), et du nouveau cadre, par l'entremise des Statuts du BIREME, approuvés par le 49^e Conseil directeur en septembre 2009.

19. Le siège physique du Centre est situé dans les locaux du campus de São Paulo de l'UNIFESP, conformément à l'Accord d'entretien et de développement du BIREME dont l'université est signataire.

20. L'Accord d'entretien et de développement du BIREME est arrivé à expiration le 1^{er} mars 2015. Certes, les négociations en vue de le proroger jusqu'au 31 décembre 2015 se poursuivent, en particulier avec UNIFESP qui, au cours de la seconde moitié de 2014 a demandé que ses contributions au Centre soient révisées, mais à ce jour une nouvelle prorogation n'a pas été signée.

21. La structure de gouvernance du BIREME comprend le Comité consultatif national du cadre précédent et les Comités consultatif et scientifique du nouveau cadre. Les trois comités fonctionnent sur une base régulière.

- a) Le Comité consultatif national est constitué par les membres signataires de l'Accord d'entretien et de développement du BIREME et se réunit deux fois par an. Lors de ces réunions, les résultats de la coopération technique du BIREME avec les pays de la Région, en particulier avec le Brésil, sont présentés. En 2014, il y a eu deux réunions du Comité consultatif national, le 15 août et le 9 décembre. Le MINSAL a assisté aux deux réunions, le SES-SP n'a assisté qu'à la première réunion, tandis que le MEC et l'UNIFESP n'ont participé à aucune réunion.
- b) Le Comité consultatif du BIREME est composé de deux membres permanents, l'OPS et le Gouvernement du Brésil, représenté par le ministère de la Santé et cinq membres non permanents. La 28^e Conférence sanitaire panaméricaine a élu Cuba, l'Équateur et Porto Rico pour faire partie du Comité consultatif pour un mandat de trois ans (2013-2015). Le 53^e Conseil directeur a élu le Panama et Trinité-et-Tobago pour un mandat de trois ans (2015-2017). Depuis sa création, le Comité consultatif s'est réuni à cinq reprises, la dernière fois le 3 décembre 2014. La sixième réunion est prévue pour la fin de 2015. Au cours de sa cinquième session, le Comité consultatif a réaffirmé son soutien continu pour le développement institutionnel du Centre et, en particulier, a réitéré qu'il était urgent de mettre en œuvre le nouveau cadre institutionnel et de signer un Accord de siège, qui assure le transfert des ressources financières de MINSAL pour l'entretien régulier du BIREME.
- c) Le Comité scientifique est composé de cinq experts dans le domaine de l'information sur la santé, sélectionnés par le Comité consultatif. Les membres actuels du Comité viennent du Brésil, du Canada, du Honduras, de Trinité-et-Tobago et il y a également un représentant de la National Library of Medicine (NLM, Bibliothèque nationale de médecine) des États-Unis d'Amérique. À ce jour, le Comité scientifique s'est réuni à deux reprises, le 27 juillet 2013 et le 14 août 2014. La troisième session du Comité est prévue pour le second semestre de 2015.

22. Dans le but de renforcer l'application des Statuts du BIREME, adoptés par les États Membres de l'OPS/OMS, le Bureau du Sous-directeur a coordonné une évaluation externe du Centre. Les recommandations à cet égard ont été présentées à la Directrice et à la Haute Direction du Bureau sanitaire panaméricain en mars 2015.

23. Les 19 et 20 août 2015, le Directeur de l'administration de l'OPS a effectué un contrôle administratif du BIREME qui comprenait la mise à jour intégrale de plusieurs processus de gestion du Centre.

Situation actuelle des cadres institutionnels

Accord de siège au Brésil

24. Les négociations sur l'Accord de siège, prévu dans le cadre institutionnel du Centre entre l'OPS et le Gouvernement du Brésil, se poursuivent, par l'entremise du MINSAL. L'absence d'un Accord de siège en vigueur limite le transfert des ressources

prévues au budget par le MINSAL au BIREME, à moins qu'un instrument juridique provisoire soit adopté.

Accord d'installation et de fonctionnement

25. Depuis 2014, l'OPS/OMS a mené des négociations avec le Rectorat de l'UNIFESP qui ont pour cadre de référence les engagements du Gouvernement du Brésil envers l'OPS/OMS, le mandat des Organes directeurs conformément à la résolution CD49.R5 et la nécessité d'assurer la coopération technique du BIREME avec les différentes parties prenantes des pays membres, entre autres l'UNIFESP.

26. En septembre 2014, le Rectorat de l'UNIFESP a indiqué à la Directrice du Bureau que l'Université était en train de reconsidérer ses contributions à l'entretien et au développement du BIREME, en particulier pour ce qui est des points suivants : a) l'adaptation immédiate de l'espace physique occupé par le BIREME, ce qui impliquerait de réduire ses locaux à un étage au lieu des 4 étages actuels, ainsi que le paiement du loyer correspondant et b) la réintégration au sein de l'UNIFESP de 16 fonctionnaires de l'Université qui ont travaillé pendant de nombreuses années dans les domaines administratif et technique pour le BIREME. Ces fonctionnaires ont réintégré l'UNIFESP le 1^{er} avril 2015. Le Directeur par intérim du BIREME a prévu d'organiser prochainement une réunion avec les autorités de l'UNIFESP pour aborder le point a), ci-dessus.

Défis à court terme

27. Obtenir d'urgence la signature de l'Accord de siège entre le Gouvernement du Brésil et l'OPS pour le fonctionnement du BIREME sur le territoire du Brésil, ce qui permettrait d'assurer le transfert des ressources nécessaires à son fonctionnement.

28. Définir et formaliser les relations institutionnelles futures avec l'UNIFESP, en particulier en ce qui concerne la présence physique du BIREME au sein de l'UNIFESP, la négociation d'un accord d'installation et de fonctionnement, ainsi que la redéfinition des objectifs de la coopération avec l'UNIFESP, en tenant compte des attentes de la communauté scientifique et universitaire, et la coopération internationale dont est chargé le BIREME.

29. Renforcer la gouvernance du BIREME, grâce à une participation proactive de son Comité consultatif national, de son Comité consultatif et de son Comité scientifique dans leurs domaines de compétence.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

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

- - -