

# LA SANTÉ DANS LES **AMÉRIQUES** 2022

*Panorama de la Région des Amériques dans  
le contexte de la pandémie de COVID-19*





# La santé dans les Amériques 2022

Panorama de la Région des Amériques  
dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Washington, D.C., 2022

**OPS**



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
Amériques

La santé dans les Amériques 2022. Panorama de la Région des Amériques dans le contexte de la pandémie de COVID-19

OPS/EIH/HA/22-0024

© **Organisation panaméricaine de la Santé, 2022**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO).



Aux termes de cette licence, cette œuvre peut être copiée, distribuée et adaptée à des fins non commerciales, pour autant que la nouvelle œuvre soit rendue disponible sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente et qu'elle soit citée de manière appropriée. Quelle que soit l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, il ne devra pas être suggéré que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) approuve une organisation, un produit ou un service particulier. L'utilisation de l'emblème de l'OPS est interdite.

L'OPS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OPS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception graphique : Prographics

Photographie de couverture : © Chuck Fishman/Archival Photos via Getty Images

Photographies : © OPS

# Table des matières

À propos de La santé dans les Amériques .....	v
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Aperçu socio-économique</b> .....	<b>2</b>
Croissance économique .....	2
Inflation .....	2
Chômage .....	3
Pauvreté .....	3
Insécurité alimentaire .....	4
<b>Panorama de la santé</b> .....	<b>6</b>
Épidémiologie .....	6
Espérance de vie dans la Région .....	11
Systèmes et services de santé .....	11
Maladies transmissibles et COVID-19 .....	18
Maladies non transmissibles et COVID-19 .....	20
Riposte à la pandémie de COVID-19 .....	23
<b>L'évolution de la santé</b> .....	<b>32</b>
Références .....	36



# À propos de *La santé dans les Amériques*

L'une des fonctions fondamentales de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) est d'« assurer un suivi de la situation sanitaire et d'évaluer les tendances en matière de santé »<sup>1</sup> dans les pays et territoires de la Région des Amériques. *La santé dans les Amériques*, la publication phare de l'OPS, répond à ce mandat, en examinant les conditions, les tendances et les défis de la santé dans la Région.

Conformément à la résolution CD7.R23 du 7<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS,<sup>2</sup> il a été demandé à tous les pays et territoire de préparer des rapports tous les quatre ans sur les conditions de la santé, en se concentrant sur les statistiques de la santé. Ce rapport, désormais connu sous le nom de *La santé dans les Amériques*, a continué à être publié périodiquement depuis 1954. Bien qu'il s'agisse à l'origine d'une compilation de données, il a évolué au fil du temps pour devenir une publication de référence essentielle qui recueille les connaissances actuelles sur les questions de

santé publique, ainsi que sur les défis connexes et les orientations nécessaires pour les relever.

*La santé dans les Amériques : Panorama de la Région des Amériques dans le contexte de la pandémie de COVID-19* s'attache à répondre à la nécessité d'aborder les questions importantes de santé publique de manière de plus en plus opportune et de devenir une plateforme permettant de se concentrer en profondeur sur des sujets spécifiques d'importance régionale. L'édition 2022 est la deuxième dans son nouveau format et contient une synthèse des points forts de l'analyse, ainsi qu'une description approfondie des questions les plus pertinentes concernant la COVID-19 dans la Région des Amériques. Cette synthèse est soutenue par la plateforme virtuelle La Santé dans les Amériques+,<sup>3</sup> qui offre des ressources interactives pour l'analyse des données et pour la comparaison des informations désagrégées par sous-régions et par pays.

---

1 Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025. L'équité, au cœur de la santé. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52954>.

2 Organisation panaméricaine de la Santé. Technical Discussions at the XIV PSC [résolution CD7.R23]. 7<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 5<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS. Washington, DC: OPS ; 1953. Disponible sur: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1867/CD7.R23en.pdf>.

---

3 Organisation panaméricaine de la Santé. La santé dans les Amériques+. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en anglais sur: <https://hia.paho.org/>.



VACINA



XÔ

SIM



CORONAVÍRUS

MARIA CECÍLIA

# Introduction

La pandémie de COVID-19 a bouleversé tous les domaines de la vie de chacun et a eu des répercussions sur la santé des personnes et des populations. Depuis le début de la pandémie, le monde est confronté non seulement à une crise de santé publique, mais aussi à une crise économique et sociale. Cette situation ne se limite pas aux conséquences directes de la pandémie, mais a exacerbé les problèmes de santé publique existants et émergents. Les effets négatifs de ce scénario syndémique se sont concentrés dans les groupes de population en situation de vulnérabilité, telles que les personnes âgées, les groupes à faibles revenus, les groupes ethniques, les migrants et les sans-abris.

La pandémie a également mis en évidence la nécessité de renforcer la coopération multilatérale afin de disposer d'institutions fortes animées par les concepts de solidarité et de coopération. Il sera ainsi possible de réduire les dommages résultant de la COVID-19 et de prévenir les effets négatifs de futures pandémies qui pourraient faire reculer les progrès sur le plan des objectifs de développement durable (ODD) et des droits de l'homme (1, 2).

La pandémie et les mesures de riposte adoptées ont eu un impact direct et indirect sur la santé de la population de la Région. Elles ont également entraîné des reculs dans les progrès réalisés jusqu'à présent et ont mis en péril la réalisation des objectifs du Programme de

développement durable à l'horizon 2030 (3) et du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (4). Pour retrouver la voie de la réalisation des objectifs de santé mondiaux, régionaux et nationaux, il est nécessaire d'adopter une approche fondée sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, avec des ressources et des interventions explicites destinées à promouvoir l'équité en santé.

Les objectifs de cette publication sont les suivants :

- Analyser les conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé de la population de la Région des Amériques, y compris l'accès universel à la santé, en mettant l'accent sur les iniquités.
- Identifier les enseignements tirés de la riposte à la pandémie, y compris les innovations développées.
- Offrir une vision prospective pour retrouver et pérenniser les acquis en matière de santé publique et reprendre la voie de la santé universelle.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> L'OPS utilise le terme *santé universelle* pour se référer aussi bien à l'accès universel à la santé qu'à la couverture sanitaire universelle.

# Aperçu socio-économique

La situation économique des pays de la Région des Amériques subit l'impact de la contraction de la croissance économique dans la majeure partie des pays de la Région, des taux d'inflation élevés et de l'augmentation des taux de chômage, de pauvreté et d'insécurité alimentaire (5). Les facteurs qui auront la plus forte incidence sur ces tendances sont les suivants : 1) les prix élevés des matières premières et 2) les perturbations internationales dans les chaînes d'approvisionnement en intrants, entraînant une hausse des coûts des intrants.

## Croissance économique

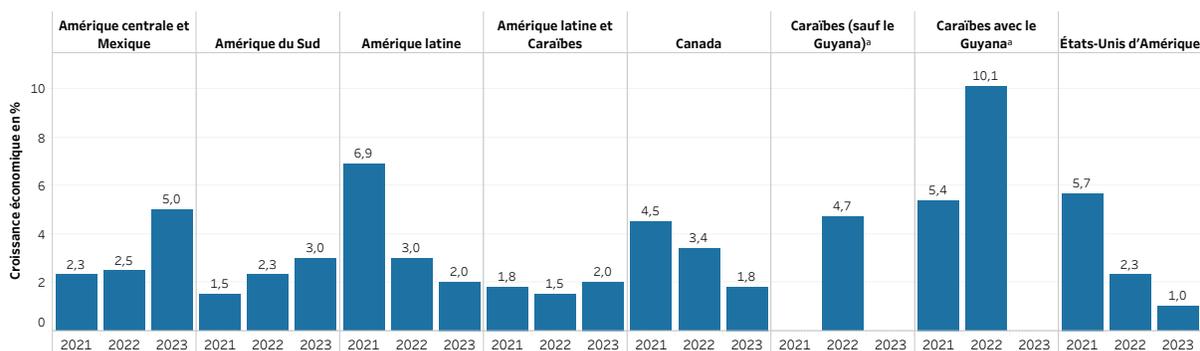
La pandémie et les mesures d'atténuation prises pour la contenir ont contribué au plus important ralentissement économique mondial depuis le milieu du 20<sup>e</sup> siècle, la baisse du produit intérieur brut (PIB) de la Région dépassant celle des autres régions du monde (6). À l'échelle mondiale, la sous-région de l'Amérique latine et des Caraïbes a été la plus durement touchée en termes socio-économiques (7), avec une baisse du PIB de -6,9 % en 2020 (8). En 2021, la Région a enregistré une croissance de 6,5 % grâce à la reprise économique mondiale et aux progrès de la vaccination contre la COVID-19, avec une baisse projetée de 2,7 % en 2022 (figure 1) (9).

Par ailleurs, les effets du conflit entre la Fédération de Russie et l'Ukraine ne sont pas encore totalement appréhendés (5). Toutefois, la guerre devrait amplifier les tendances déjà observées à la suite de la pandémie (5). Au niveau infrarégional, l'Amérique du Sud devrait connaître une croissance de 2,6 %, les pays de l'Amérique centrale et le Mexique une croissance de 2,5 %, et les Caraïbes une croissance de 4,7 %, sans inclure le Guyana (9).

## Inflation

À compter du second semestre 2021, la sous-région de l'Amérique latine et des Caraïbes a atteint des taux d'inflation de 6,6 %, un niveau sans précédent depuis octobre 2008 (5), sauf dans les cas de l'Argentine, de la Bolivie (État plurinational de), d'Haïti, du Suriname et du Venezuela (République bolivarienne du), qui enregistraient tous une inflation soutenue même avant la pandémie. En avril 2022, l'inflation avait atteint 8,1 % et, au moment de la rédaction de la présente publication, on estime qu'elle devrait rester élevée pour le reste de l'année (5). À mesure que les pays plus développés continuent à augmenter les taux d'intérêt et que les conditions économiques mondiales deviennent plus complexes, les vulnérabilités et les risques financiers vont augmenter (10), en particulier pour les économies d'Amérique latine et des Caraïbes (5,10).

**FIGURE 1 Croissance économique de la Région des Amériques, 2021-2023, par sous-région et en pourcentage**



Note : <sup>a</sup> Les données ne sont pas disponibles pour toutes les années.

Source : <sup>1</sup> Fonds monétaire international. Perspectives de l'économie mondiale : Un horizon sombre et plus incertain. Washington, DC : FMI ; 2022. Disponible sur : <https://www.imf.org/fr/Publications/WEO/Issues/2022/07/26/world-economic-outlook-update-july-2022>.

<sup>2</sup> Fonds monétaire international. Perspectives de l'économie mondiale. Reprise : des situations divergentes à gérer. Washington, DC : FMI ; 2021. Disponible sur : <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2021/03/23/world-economic-outlook-april-2021>.

<sup>3</sup> Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Economic Survey of Latin America and the Caribbean 2022: Trends and challenges of investing for a sustainable and inclusive recovery (LC/PUB.2022/9-P). Santiago : CEPALC ; 2022. Disponible sur : <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48078>.

<sup>4</sup> Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. CEPALSTAT. Main figures of Latin America and the Caribbean. Santiago : CEPALC ; 2022. Disponible sur : <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=en>.

D'autre part, tant que les effets du conflit entre la Fédération de Russie et l'Ukraine continueront à se faire sentir, les prix des denrées alimentaires et de l'énergie risquent de continuer à augmenter. Une inflation élevée contribuera à une plus grande incertitude financière et fera passer les investissements dans les programmes sociaux et de santé au second plan. On peut donc supposer que la principale priorité des pays sera de contenir l'inflation (10). Par ailleurs, les mesures visant à juguler l'inflation au moyen de la politique monétaire et budgétaire pourraient entraîner un mécontentement sur le plan social. Ces mesures devront donc envisager un soutien supplémentaire pour protéger les groupes de population vulnérables.

## Chômage

Bien que les taux de chômage aient atteint en moyenne 11,5 % en Amérique latine et dans les Caraïbes au cours de l'année 2020, s'avérant

être l'un des effets collatéraux de la pandémie, ces taux étaient descendus à 8,0 % à la fin de 2021, grâce à la reprise économique (5). Toutefois, le taux de chômage dans la sous-région n'est pas revenu au niveau de 2019, qui était de 7,8 % (5). Malheureusement, selon les prévisions de la CEPALC, la création d'emplois diminuera en 2022 en raison du ralentissement de la croissance économique. Selon la CEPALC, l'effet conjugué d'une participation plus élevée à la vie active et d'une création d'emplois lente pourrait contribuer à l'augmentation des taux de chômage.

## Pauvreté

Avant la pandémie, la Région des Amériques était confrontée à des revers sur le plan de la pauvreté, de la pauvreté extrême et de la répartition des revenus. La pandémie a également exacerbé les inégalités existantes dans la Région, de sorte que le fossé s'est

creusé. En Amérique latine et dans les Caraïbes, la pauvreté affichait déjà une tendance à la hausse depuis 2014 (de 27,8 % à 33,7 % en 2022) (figure 2), ce qui représente 22 millions de personnes supplémentaires vivant sous le seuil de pauvreté, dont 8 millions (36 %) dans l'extrême pauvreté. La pandémie de COVID-19 a contribué à accentuer cette tendance en 2020.

Au cours de l'année 2021, grâce à la reprise économique de la Région, une réduction du taux de pauvreté a été observée, à mesure que la couverture vaccinale contre la COVID-19 a augmenté. Cependant, avec la hausse de l'inflation, le taux de pauvreté devrait augmenter en 2022. En outre, en Amérique latine et dans les Caraïbes, la pauvreté extrême a poursuivi sa tendance à la hausse depuis 2014 (7,8 %), et a doublé en 8 ans seulement (14,9%) (3), malgré les initiatives budgétaires déployées dans la sous-région en 2020. Dans ce contexte, si le coût des denrées alimentaires continue d'augmenter, l'impact sera ressenti notablement non seulement par les personnes vivant dans la pauvreté, mais aussi par les ménages à revenus moyens. En

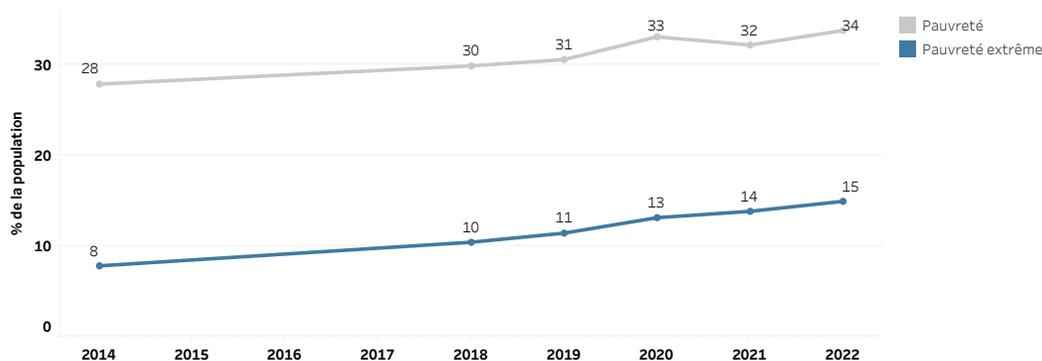
ce qui concerne les inégalités sociales, le taux de variation du coefficient de Gini a augmenté de 0,7% en moyenne la même année (11).

Par ailleurs, la fermeture des écoles a entraîné l'interruption des programmes d'alimentation scolaire. Cela a accru l'insécurité alimentaire, une évolution qui peut avoir des effets néfastes à long terme sur la santé, la productivité, le développement, le fonctionnement comportemental et l'apprentissage des enfants et des adolescents de la Région. Les écoles jouent un rôle qui va au-delà de l'enseignement. Elles protègent les droits des enfants et des jeunes et les aident à améliorer leur situation socio-émotionnelle, qui a souffert du confinement à leur domicile.

## Insécurité alimentaire

Avant même la pandémie, les taux de prévalence de sous-alimentation dans la Région des Amériques étaient en hausse, passant de 5,4 % en 2014 à 7,1 % en 2019 et 9,1 % en 2020, un niveau qui n'avait pas été atteint depuis 2005 (5). Les Caraïbes ont été la sous-région la plus touchée, avec 16,1 % de la

**FIGURE 2** Tendence des taux de pauvreté et de pauvreté extrême en Amérique latine et dans les Caraïbes, 2014-2022, en pourcentage



Source : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Repercussions in Latin America and the Caribbean of the war in Ukraine: how should the region face this new crisis? Santiago : CEPALC ; 2022. Disponible sur : <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47913>.

**TABLEAU 1 Taux d'inflation annuels pour les aliments et les boissons et inflation totale, dans un certain nombre de pays d'Amérique latine, 2021-2022**

PAYS	INFLATION DES ALIMENTS ET DES BOISSONS			INFLATION TOTALE		
	MOYENNE DE 2021	FÉVRIER 2022	MARS 2022	MOYENNE DE 2021	FÉVRIER 2022	MARS 2022
Brésil	12,4	9,1	11,6	8,2	10,5	11,3
Chili	4,7	8,2	12,0	4,5	7,8	9,4
Colombie	9,0	21,6	23,5	3,5	8,0	8,5
Costa Rica	2,4	7,3	9,5	1,7	4,9	5,8
Équateur	0,8	2,7	2,2	0,1	2,7	2,6
El Salvador	2,3	9,5	9,8	3,5	6,7	6,7
Guatemala	4,9	3,2	4,9	4,3	3,0	4,2
Mexique	6,8	11,7	12,1	5,7	7,3	7,5
Paraguay	8,2	14,5	16,2	4,8	9,3	10,1
Pérou	4,7	7,9	9,1	4,0	6,1	6,8
Uruguay	7,8	9,7	11,2	7,8	8,8	9,4

Source : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Repercussions in Latin America and the Caribbean of the war in Ukraine: how should the region face this new crisis? Santiago : CEPALC ; 2022. Disponible sur : <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47913>.

population en situation de sous-alimentation en 2020. On estime qu'il y avait 14 millions de personnes souffrant de la faim de plus en 2020 qu'en 2019 (5). Ce chiffre est à ajouter aux 86,4 millions de personnes qui étaient déjà en situation d'insécurité alimentaire. L'un des facteurs contribuant à l'augmentation de la faim a été la hausse des prix des denrées alimentaires depuis le début de 2020 (5), qui s'est accélérée et a dépassé l'inflation (tableau 1). La hausse de l'inflation des denrées alimentaires est un facteur important de l'augmentation de la pauvreté. On estime que l'inflation pour les strates socio-économiques les plus défavorisées est de 10 % à 40 % plus élevée que celle estimée pour les autres strates.

# Panorama de la santé

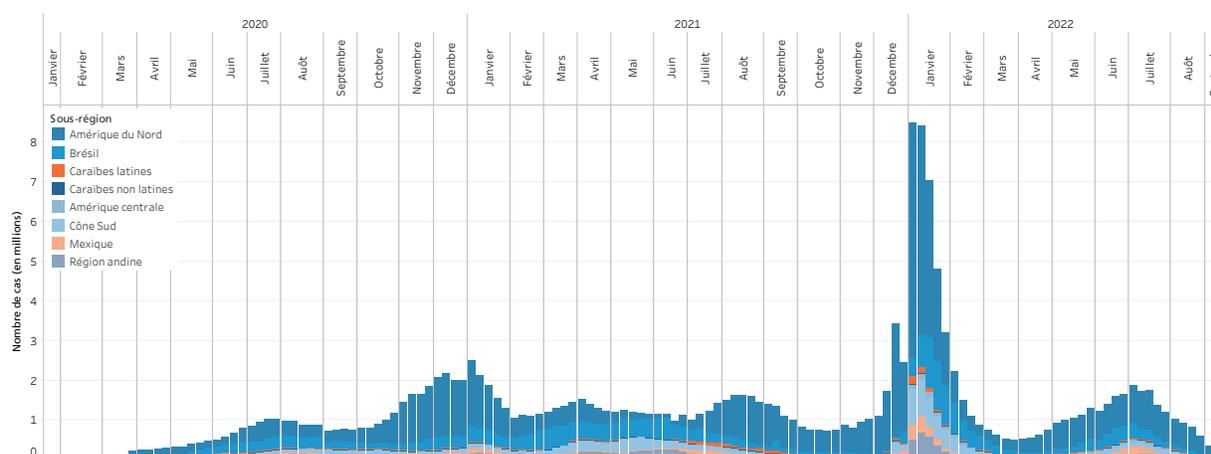
Dans la Région des Amériques, la pandémie de COVID-19 s'est déclarée dans un contexte de fortes inégalités sociales et a généré des synergies négatives avec d'autres épidémies préexistantes. Des études menées dans plusieurs pays de la Région ont mis en évidence une létalité plus élevée chez les personnes vivant dans des zones à plus forte concentration de pauvreté, ainsi que chez les populations autochtones et les personnes d'ascendance africaine (12-15). La pandémie s'est soldée par des pertes en vies humaines, la réduction de l'espérance de vie et un impact simultané et synchronisé sur la santé physique, mentale et sociale (dans une plus large mesure au sein des groupes sociaux en situation de vulnérabilité).

## Épidémiologie

Depuis l'apparition des premiers cas de COVID-19 dans la Région et jusqu'au 31 août 2022, cinq vagues épidémiques ont été enregistrées (figures 3.1 and 3.2). Chaque vague a été caractérisée par des différences dans la virulence et la létalité de la maladie. La dernière vague a été maîtrisée grâce à la couverture vaccinale contre la COVID-19, qui a contribué à réduire considérablement la mortalité (16,17).

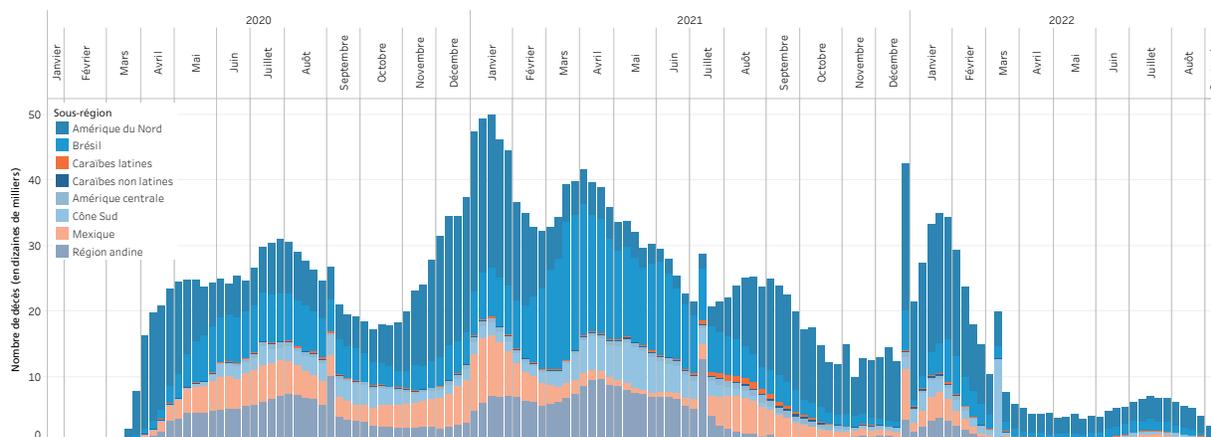
La Région des Amériques a été l'une des plus durement touchées par la pandémie, avec 29 % et 44 % des cas et des décès confirmés, respectivement, alors qu'elle compte 13 % de la population mondiale. Au 31 août 2022, 175 771 144 cas de COVID-19 ont été

**FIGURE 3.1 Répartition des cas confirmés de COVID-19 dans la Région des Amériques, par sous-région et par semaine de déclaration, au 31 août 2022**



Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 trends. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://shiny.pahobra.org/wdc/>.

**FIGURE 3.2 Répartition des décès dus à la COVID-19 dans la Région des Amériques, par sous-région et par semaine de déclaration, au 31 août 2022**

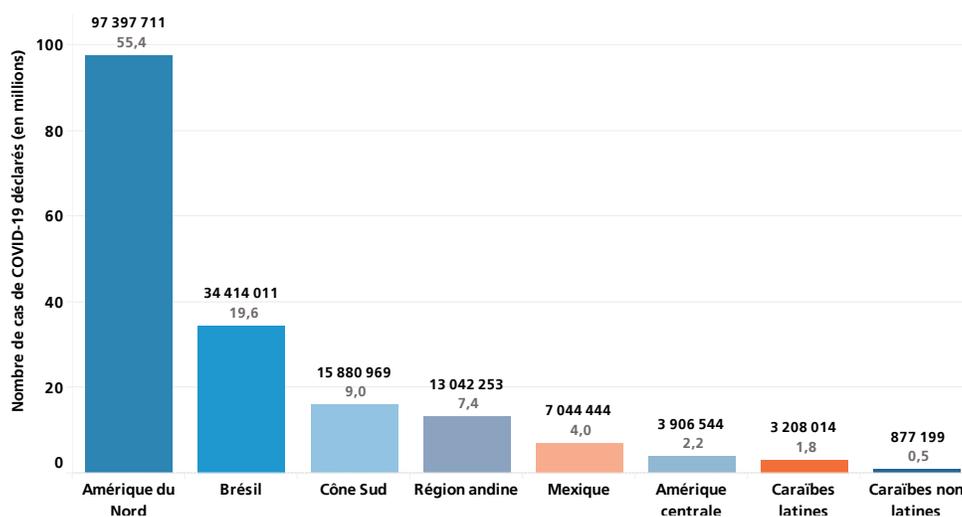


Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 trends. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://shiny.pahobra.org/wdc/>.

enregistrés dans la Région (52 % de femmes ; 48 % d’hommes). Par ailleurs, l’Amérique du Nord a enregistré 55 % de tous les cas dans la Région des Amériques, mais 62 % du total des décès sont survenus en Amérique latine et dans les Caraïbes (figures 4 et 5).

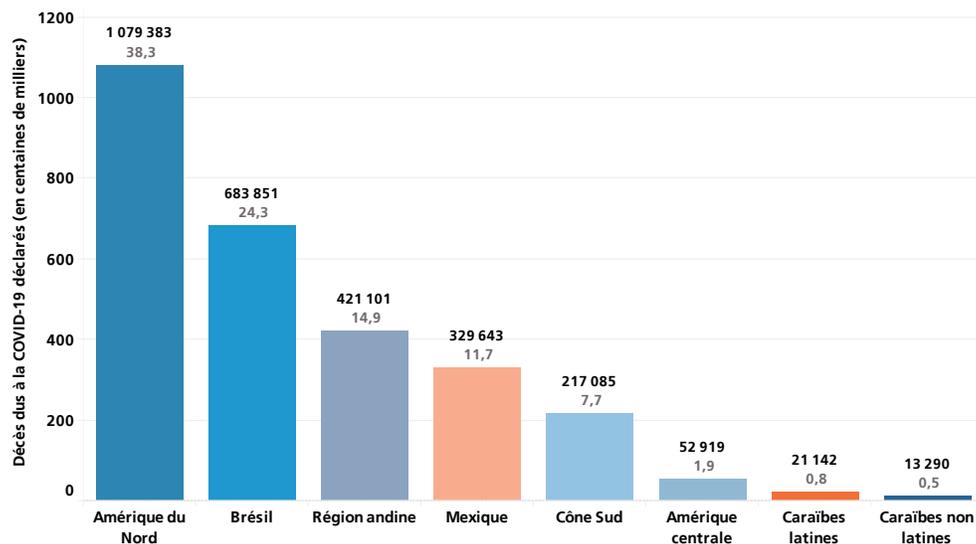
La sous-région de l’Amérique du Nord a déclaré le plus grand nombre de cas pour 100 000 habitants lors de la pandémie (25 951,50 cas pour 100 000 habitants), suivie par le Cône sud (21 212,17) et les Caraïbes non latines (11 418,30) (figure 6). Ce résultat reflète

**FIGURE 4 Répartition des décès dus à la COVID-19 dans la Région des Amériques, par sous-région et par semaine de déclaration, au 31 août 2022**



Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 trends. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://shiny.pahobra.org/wdc/>.

**FIGURE 5** Décès dus à la COVID-19 déclarés dans la Région des Amériques, par sous-région, en nombre et en pourcentage, au 31 août 2022



Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 trends. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://shiny.pahobra.org/wdcl/>.

peut-être une meilleure gestion des informations générées et une plus grande rapidité des systèmes de surveillance, de détection et de diagnostic.

La sous-Région de l'Amérique du Nord a également enregistré la plus grande proportion de décès déclarés pendant la pandémie (figure 7), avec un total de 1 079 383 décès cumulés déclarés au 31 août 2022. Toutefois, si l'on compare le taux de mortalité cumulé par million d'habitants, le taux le plus élevé a été enregistré au Brésil (3191), suivi de la région andine (2938) et du Cône sud (2900).

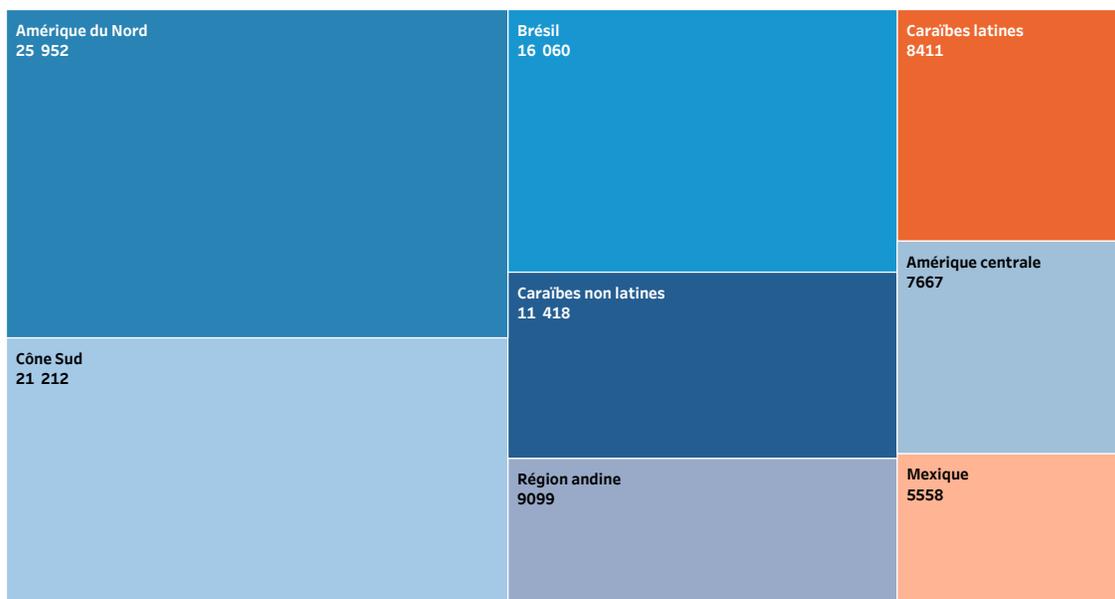
Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les données mondiales ventilées par sexe montrent que le nombre de cas confirmés est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (figure 8). En revanche, c'est l'inverse pour les décès : sur le nombre total

de décès, les hommes représentent 58 % du total et les femmes 42 % (18, 19).

Le récent rapport de l'OMS sur la surmortalité due à la COVID-19 estime que dans la Région des Amériques, il y a eu une surmortalité de 3,23 millions de décès, soit 430 000 décès de plus que ce qui a été déclaré (20). La surmortalité était concentrée pour 83,5 % dans cinq pays : le Brésil, la Colombie, les États-Unis d'Amérique, le Mexique et le Pérou. En raison de son taux de mortalité élevé, la COVID-19 est devenue une des causes principales de décès en 2020 et 2021.

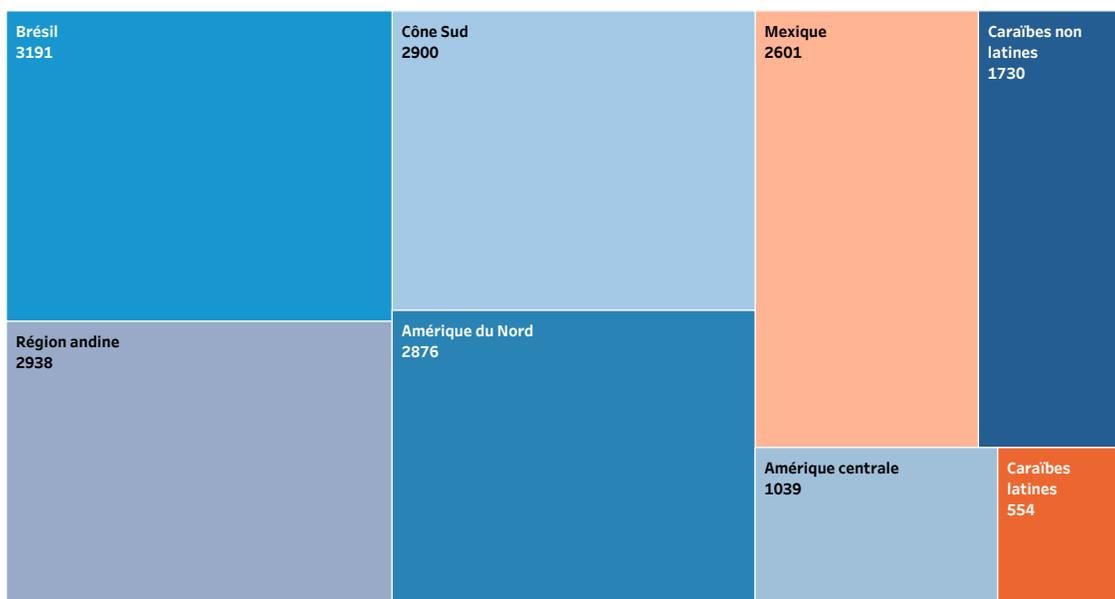
Les données disponibles au niveau mondial, ventilées par groupe d'âge, montrent que le nombre total de cas est concentré de manière disproportionnée au sein de la population âgée de 20 à 50 ans. Dans la Région des Amériques, on estime que la population âgée de 70 ans et plus représente 9,1 % des cas cumulés ; 51 % des décès se sont accumulés dans ce

**FIGURE 6** Taux de cas de COVID-19 pour 100 000 habitants dans la Région des Amériques, par sous-région



Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 trends. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://shiny.pahobra.org/wdc/>.

**FIGURE 7** Taux de mortalité due à la COVID-19 dans la Région des Amériques, par sous-région, par million d'habitants



Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 trends. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://shiny.pahobra.org/wdc/>.



En termes d'inégalités socio-économiques, des études menées dans plusieurs pays de la Région ont documenté une létalité plus élevée de la COVID-19 dans les groupes de population en situation de vulnérabilité, dont les personnes vivant dans des zones à plus forte concentration de pauvreté et les populations autochtones.

## Espérance de vie dans la Région

L'espérance de vie en Amérique latine et dans les Caraïbes et en Amérique du Nord a diminué, passant de 75,1 ans en 2019 à 72,2 ans en 2021 (2,9 ans de moins), et de 79,5 ans en 2019 à 77,7 ans en 2021 (1,8 an de moins), respectivement, principalement en raison de l'impact de la COVID-19 (21), la plus grande perte d'espérance de vie étant enregistrée en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'espérance de vie en 2021 pour l'Amérique latine et les Caraïbes et l'Amérique du Nord est comparable à celle de 2004. Au cours de cette période, l'espérance de vie a

diminué davantage pour les hommes que pour les femmes, tant en Amérique latine et dans les Caraïbes qu'en Amérique du Nord (tableau 2).

## Systemes et services de santé

Bien qu'il y ait des exceptions, les systèmes de santé de la Région des Amériques ont été caractérisés par le sous-financement, la segmentation et la fragmentation. Bien que des processus de réforme et de renforcement du secteur de la santé soient en cours dans les pays de la Région, les progrès réalisés n'ont pas permis de protéger les pays face aux pressions générées par la pandémie. Les dépenses publiques en santé sont faibles et représentent en moyenne 3,8 % du produit intérieur brut, loin de l'objectif de 6 %. Cela s'est traduit par des déficits au niveau des infrastructures et des ressources humaines disponibles pour la santé.

Le niveau des dépenses de santé à la charge des patients est élevé dans la Région, ce qui

**TABLEAU 2** Espérance de vie dans la Région des Amériques, par sous-région et par sexe, 2004, 2019 et 2021, en années

ESPÉRANCE DE VIE				
SOUS-RÉGION	2004	2019	2021	PERTE D'ANNÉES ENTRE 2019 ET 2021
Amérique du Nord	77,8	79,5	77,7	1,8
Hommes	75,2	76,9	74,9	2,0
Femmes	80,3	81,9	80,7	1,2
Amérique latine et Caraïbes	72,3	75,1	72,2	2,9
Hommes	69,5	71,9	68,8	3,1
Femmes	75,9	78,3	75,8	2,5

Source : Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. World Population Prospects: The 2022 Revision. New York : ONU ; 2022. Disponible sur : <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/61/locations/915,916,931,904/start/2019/end/2022/bar/barvertical>.

augmente le risque d'appauvrissement des ménages et constitue l'une des principales sources d'inégalité dans l'accès aux services de santé, dans la mesure où cela implique un manque de protection financière pour les personnes les plus vulnérables, qui sont plus susceptibles d'encourir des dépenses catastrophiques si elles tombent malades.

L'énorme pression que la pandémie a exercée sur les systèmes de santé des pays de la Région des Amériques a mis en évidence, une fois de plus, les lacunes de longue date en matière de santé universelle, et creusé les inégalités d'accès à des services de santé efficaces et complets (22, 23). Les services de santé ont dû faire face à une augmentation sans précédent de la demande dans un contexte de ressources limitées pour lutter contre une maladie nouvelle et grave qui s'est rapidement transformée en une crise mondiale de santé publique, sociale et économique.

La pandémie a également mis en évidence les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé pour assurer l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. L'adaptation et la reconversion des services pour augmenter la capacité de prise en charge ont permis d'offrir davantage de services aux personnes atteintes de cette nouvelle maladie, mais ont également affaibli la prestation d'autres services, notamment dans les zones périurbaines, rurales et autochtones.

De manière hétérogène, les pays ont procédé au renforcement du premier niveau de soins. Par conséquent, l'une des actions les plus importantes qui aient été recommandées dans le cadre de la riposte à la COVID-19 dans le

domaine de la prestation de services de santé a été de réorganiser et de renforcer la capacité de prise en charge du premier niveau de soins afin de participer aux processus d'endiguement de la propagation de la maladie, à la détection précoce du SARS-CoV-2, au suivi et au traitement initial des cas, ainsi que de prioriser les prestations de services dans tous les domaines, tout en maintenant les services essentiels (24).

Le degré d'efficacité de ces actions dépendait dans une large mesure des capacités de santé publique préexistantes dans les pays. Dans de nombreux cas, les lacunes en matière de capacités ont limité une riposte globale et intégrée, entraînant l'adoption tardive des mesures de riposte, des interruptions dans la continuité des services essentiels, l'exacerbation des obstacles à l'accès et de faibles taux de vaccination contre la COVID-19. En mai 2020, près de 20 pays avaient intégré des services de soins de santé primaires dans la riposte à la COVID-19, même s'ils ne fonctionnaient pas à pleine capacité. Les services de santé mentale, pour les maladies transmissibles et les services de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente ont été les plus touchés (tableau 3).

À la fin de 2021, 93 % des pays avaient signalé des interruptions dans la prestation de services de santé essentiels pour toutes les modalités, 26 % ayant signalé des interruptions touchant entre 75 % et 100 % des services, et des interruptions en moyenne dans 55 % des 66 services analysés. Tant pour les services de soins primaires que pour les soins palliatifs et les services de réadaptation, 70 % des pays ont signalé des interruptions.

**TABEAU 3** Pays de la Région des Amériques connaissant des interruptions des services de santé, par domaine de soins, en pourcentage

DOMAINE DE SERVICES DE SANTÉ	PAYS AVEC DES INTERRUPTIONS DE SERVICE
Premier niveau de soins	70
Vaccination	69
Soins aux personnes âgées	67
Nutrition	64
Maladies tropicales négligées	53
Santé mentale, troubles neurologiques et dus à l'usage de substances psychoactives	47
Maladies transmissibles	38
Santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente	32

Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Third round of the National Survey on the Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: November-December 2021. Interim report for the Region of the Americas, January 2022. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56128>.

Ces réductions ont été observées dans tous les services et se sont traduites par une chute des indicateurs de santé. Par exemple, on a pu observer que les besoins non satisfaits en matière de contraception moderne sont importants dans la Région (entre 14,5 % et 17,7 %), ce qui s'est traduit, selon les estimations, par 1,7 million de grossesses non planifiées, près de 800 000 avortements, 2900 décès maternels et près de 39 000 décès infantiles, et implique un recul de 20 à 30 ans par rapport aux progrès réalisés dans ce domaine (25).

Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en 2020, le nombre moyen de lits d'hôpitaux en Amérique latine et dans les Caraïbes était de 2,1 pour 1000 habitants, soit moins de la moitié de la moyenne des pays de l'OCDE, qui est de 4,7 pour 1000 habitants (26). En outre, le goulet d'étranglement le plus important pour le traitement des patients atteints de formes graves de COVID-19 était la capacité limitée

des lits de réanimation en raison des taux d'occupation élevés dépassant 70% dans de nombreux pays de la Région, ce qui a constitué une urgence en soi (27). Par conséquent, l'une des premières mesures qui a dû être adoptée dans les services de santé pour prendre en charge les personnes atteintes de la COVID-19 a été la reconversion de lits d'hôpitaux pour la prise en charge des patients atteints de formes graves de COVID-19 avec le soutien des équipes médicales d'urgence, la mise en place d'hôpitaux mobiles et de sites alternatifs, et la fourniture d'oxygène dans les hôpitaux, les centres du premier niveau de soins et à domicile.

Une analyse des informations provenant des sites de communication officiels des ministères de la Santé de 16 pays entre mars 2020 et septembre 2021 montre que le nombre de lits de réanimation est passé de 61 406 à 122 501, soit une augmentation de 99 % (61 095 lits) de la capacité installée ; en d'autres termes, l'offre de services a doublé en seulement 18 mois.

## Ressources humaines pour la santé

La riposte à la pandémie de COVID-19 a de nouveau mis en évidence le déficit chronique et la mauvaise répartition des ressources humaines en santé dans la Région. Elle a également mis en exergue le manque de politiques, de processus de planification stratégique et d'investissements dans la production et le développement d'un personnel de santé adapté aux besoins dans de nombreux pays.

Au niveau mondial, la majorité du personnel de santé est constituée de femmes, soit près de 7 sur 10. Dans la Région, 56 % des ressources humaines en santé sont constitués de personnel infirmier, et 89 % sont des femmes. En plus de leurs responsabilités professionnelles, les femmes sont également les principales personnes chargées de s'occuper de leur famille et, dans de nombreux cas, les principaux soutiens de famille. Les attentes à l'égard des femmes ont considérablement augmenté au cours de la pandémie, ce qui leur a causé un stress supplémentaire et a eu une incidence sur leur santé mentale et leur bien-être. Les enquêtes menées auprès du personnel de santé de la Région révèlent des niveaux élevés de troubles mentaux en Argentine, au Chili, aux États-Unis, au Mexique et à Trinité-et-Tobago.

Pour assurer le fonctionnement du système de santé, il a fallu modifier la planification stratégique et la réglementation du personnel de santé, et adopter des mesures de soutien et de renforcement des capacités du personnel de santé. De nombreux pays ont dû faire face, qui plus est, à des problèmes qui se

posaient déjà en matière de personnel de santé, notamment des pénuries (estimées à 15 millions de professionnels dans le monde en 2020 et à 10 millions d'ici à 2030, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure), une mauvaise répartition et un décalage entre les besoins et les compétences.

Depuis la confirmation des premiers cas de COVID-19 dans la Région des Amériques et jusqu'au 29 novembre 2021, au moins 2 397 174 cas ont été signalés parmi les agents de santé, dont 13 081 décès, selon les informations disponibles dans 41 pays et territoires des Amériques (tableau 4) (28). Ces cas représentent 16 % de l'ensemble du personnel de santé, estimé à 15 millions dans la Région (29). En outre, des études récentes menées par l'OMS ont estimé à plus de 115 000 le nombre de décès dus à la COVID-19 parmi le personnel de santé dans le monde (dont environ 60 000 dans les Amériques) (30).

Les pays de la Région ont élaboré diverses stratégies visant à optimiser la disponibilité des ressources humaines tout en garantissant leur sécurité et leurs conditions de travail, notamment avec la fourniture d'équipements de protection individuelle (EPI) et de conseils d'utilisation et de sécurité pour le personnel, une incitation financière pour les personnes travaillant dans le domaine des soins directs aux patients atteints de COVID-19, la reconnaissance de la COVID-19 comme maladie professionnelle, une couverture d'assurance-vie pour le personnel et des interventions pour traiter de leurs problèmes de santé mentale.

**TABLEAU 4** Nombre de cas confirmés de COVID-19 et nombre cumulé de décès parmi le personnel de santé dans la Région des Amériques, par pays et territoire, de janvier 2020 au 30 novembre 2021

PAYS OU TERRITOIRE	CAS CONFIRMÉS DE COVID-19	DÉCÈS
Anguilla	13	0
Antigua et Barbuda	44	2
Argentine	240 261	1273
Aruba	301	0
Bahamas <sup>a</sup>	955	14
Belize	542	4
Bermudes	59	0
Bolivie (État plurinational de) <sup>a</sup>	28 418	456
Bonaire	123	1
Brésil	655 105	903
Canada <sup>a</sup>	113 105	
Chili <sup>a</sup>	64 681	134
Colombie	68 230	337
Costa Rica	8969	57
Curaçao	138	0
Dominique <sup>a</sup>	1	0
El Salvador <sup>a</sup>	7643	79
Équateur	13 332	
États-Unis d'Amérique	761 378	2810
Grenade <sup>a</sup>	14	0
Guatemala <sup>a</sup>	8642	65
Haïti <sup>a</sup>	781	3
Honduras <sup>a</sup>	13 668	115
Îles Caïman	36	0
Îles Malouines <sup>a</sup>	12	0
Îles Turques-et-Caïques	110	0
Îles Vierges britanniques <sup>a</sup>	141	0
Jamaïque <sup>a</sup>	861	4
Mexique <sup>b</sup>	286 285	4572
Panama	9078	115
Paraguay	17 839	183
Pérou	76 099	1475
République dominicaine	1645	23

PAYS OU TERRITOIRE	CAS CONFIRMÉS DE COVID-19	DÉCÈS
Saint-Eustache	8	0
Saint-Kitts-et-Nevis <sup>a</sup>	34	0
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	31	0
Sainte-Lucie	246	0
Sint Maarten (Pays-Bas)	73	0
Suriname	1722	3
Uruguay	9745	28
Venezuela (République bolivarienne du)	6806	205
<b>Total</b>	<b>2 397 174</b>	<b>13 081</b>

Notes : <sup>a</sup> Les dernières données disponibles datent du 30 octobre 2021.

<sup>b</sup> Les informations présentées correspondent à la variable « profession » du système de surveillance épidémiologique des maladies respiratoires (SISVER). L'analyse reflète les cas qui ont déclaré occuper une profession liée à la santé. Les informations recueillies dans le SISVER ne permettent pas d'identifier si l'infection s'est produite sur le lieu de travail, au domicile ou au sein de la communauté ; elles ne permettent pas non plus d'établir si le personnel de santé travaille actuellement dans un établissement de soins.

Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Epidemiological Update: Coronavirus disease (COVID-19) – 2 December 2021. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-coronavirus-disease-covid-19-2-december-2021>.

## Programme systématique de vaccination

Au cours de la dernière décennie, les programmes systématiques de vaccination des enfants ont énormément contribué à réduire les maladies à prévention vaccinale et à sauver des millions de vies. Malgré les progrès réalisés, l'impact de la pandémie a également été associé à des interruptions des activités de vaccination.

Tant les doses administrées que la couverture vaccinale en résultant ont diminué depuis 2020 dans la Région (tableau 5). Les sous-régions qui ont connu des réductions importantes des doses administrées sont l'Amérique du Nord, suivie du Cône sud et de la région andine pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC-1), le DTC-3 et le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR-1). Les baisses de couverture vont de 3,7 % pour le vaccin DTC-3 à 10,3 % pour le vaccin ROR-2 (tableau 6). Dans ce contexte, l'OPS travaille avec les pays

et ses partenaires pour améliorer la couverture vaccinale et réduire le risque de flambées épidémiques de maladies à prévention vaccinale, afin de ne laisser personne pour compte.

## Systèmes d'information et transformation numérique

Disposer de systèmes d'information pour la santé fonctionnels, interconnectés et interopérables s'est révélé être un outil stratégique sur lequel fonder la prise de décisions liées à la riposte à la pandémie. Le développement et l'innovation des systèmes d'information et de surveillance épidémiologique ont permis d'anticiper le parcours pandémique grâce à l'utilisation de solutions numériques telles que les *chatbots*, les plateformes et les applications (intelligence artificielle, robotique, télémédecine, blockchain, Internet des objets, entre autres), et à l'utilisation de l'intelligence artificielle pour la surveillance de l'infodémie, le traitement et l'analyse

**TABLEAU 5** Différence relative des doses des différents vaccins administrés dans la Région des Amériques, par sous-région, comparaison entre 2021 et 2019

SOUS-RÉGION	DTC-1 (%)	DTC-3 (%)	ROR-1 (%)
Amérique du Nord	51,2	38,5	50,4
Brésil	22,4	12,4	35,9
Caraïbes latines	9,5	10,5	11,6
Caraïbes non latines	12,8	12,7	12,8
Amérique centrale	24,8	24,6	24,8
Cône sud	42,8	44,8	45,3
Région andine	42,8	36,5	31,3

Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Impacto de la COVID-19 en las coberturas del programa de vacunación sistemática 2019-2021. Washington, DC : OPS. Non publié.

des données disponibles et l'élaboration de modèles de simulation, entre autres.

L'accès aux données, aux informations et aux contenus multimédias a été simplifié grâce à l'utilisation massive d'internet, des réseaux sociaux et des technologies mobiles. Cependant, ces mêmes mécanismes, qui génèrent une surcharge d'informations très

difficile à gérer dans les processus de prise de décisions rapides, facilitent aussi la circulation d'informations fausses ou controversées qui font partie de l'infodémie qui a entraîné des effets tels que l'hésitation vaccinale, la résistance à appliquer les mesures préventives et, dans de nombreux cas, une automédication incorrecte ou l'abandon des traitements, entre autres effets.

**TABLEAU 6** Couverture vaccinale dans la Région des Amériques, 2019-2021

VACCIN	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	DIMINUTION (2019-2021*) <sup>a</sup>
DTC-1	89	88,6	86	3,5
DTC-3	84	85	81	3,7
VPC (dernière dose)	86,8	81,7	80	8,5
Polio3	87	82	79	9,8
ROR-1	87	87	85	2,4
ROR-2	75			10,3

Notes : <sup>a</sup> Estimation de l'Organisation panaméricaine de la Santé

DTP : diphtérie, tétanos et coqueluche ; VPC : vaccin pneumocoque conjugué ; Polio : poliomyélite. ROR : rougeole, oreillons et rubéole.

Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Immunization Reported Coverage. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : [https://ais.paho.org/imm/IM\\_JRF\\_COVERAGE.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp).

D'autre part, l'incorporation des applications de santé numérique dans le domaine de la santé et de la santé publique a contribué à améliorer le suivi des patients (aussi bien dans le cas de la COVID-19 que pour d'autres pathologies), la gestion des dossiers médicaux, l'auto-prise en charge responsable, les téléconsultations et la télé-éducation, la saisie automatique de données critiques, ainsi que la délivrance de certificats de vaccination numériques et de cartes de mobilité. Tout cela a permis de maintenir l'accès aux services de santé, tout en réduisant les coûts de la prise en charge et en rapprochant la santé des zones et des groupes en situation de vulnérabilité.

De même, l'utilisation de l'intelligence artificielle au cours de la pandémie a été prépondérante dans le domaine des achats et s'est avérée essentielle pour résoudre plus efficacement des problèmes complexes, comme l'automatisation des tâches, la conception d'itinéraires de distribution plus efficaces, la saisie automatique de nouvelles sources de données et, surtout, pour faire en sorte que la gestion des relations avec les fournisseurs internationaux repose dans une plus grande mesure sur des données transparentes et de qualité. Malgré cela, d'importantes lacunes numériques en matière de connectivité et de bande passante pour un accès approprié à l'internet subsistent dans la Région des Amériques, ce qui, si l'on n'y remédie pas rapidement et au moyen des politiques publiques, pourrait exacerber les iniquités existantes.

## Maladies transmissibles et COVID-19

Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays ont franchi des étapes importantes dans l'élimination de maladies telles que le

paludisme, la rage transmise par les chiens, l'onchocercose, la fièvre aphteuse, la maladie de Chagas et le trachome, ainsi que sur le plan de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la transmission mère-enfant de la syphilis. Cependant, la pandémie de COVID-19 s'est accompagnée de défis importants. Parmi les facteurs qui ont entravé le fonctionnement des programmes, on peut citer l'interruption des services de santé en raison des quarantaines et des restrictions à la circulation des personnes imposées par plusieurs pays, le manque de ressources et d'intrants essentiels pour les soins aux patients et la poursuite des services de prévention et de lutte contre les maladies, la réorientation et le redéploiement des ressources humaines et financières pour répondre à la pandémie, et les problèmes dans les chaînes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et des fournitures aux niveaux international et national.

Le recul par rapport à la progression sur le plan des cibles des objectifs de développement durable (ODD) relatives à la tuberculose, au VIH et au paludisme constitue un revers majeur sur la voie de la réalisation de l'ODD 3 et de la réduction des inégalités au sein des groupes de population vulnérables. Le rapport sur les résultats correspondant à 2021 du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme met en évidence des perspectives dévastatrices pour la réalisation des cibles liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme en raison de la COVID-19 (31). L'impact de la pandémie sur les maladies transmissibles a entraîné de multiples interruptions de toutes les interventions établies pour leur gestion, leur contrôle et leur élimination, y compris sur le plan du diagnostic et du traitement (tableau 7).

**TABLEAU 7** Pays de la Région des Amériques signalant l'interruption des services et programmes de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles, en pourcentage

INTERRUPTIONS	PAYS (%)
Diagnostic et traitement de la tuberculose	65
Accès aux tests de diagnostic du virus de l'immunodéficience humaine	50
Diagnostic et traitement du paludisme	50
Diagnostic et traitement de l'hépatite virale	43
Services de prévention	59

Source : Organisation panaméricaine de la Santé. Third round of the National Survey on the Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: November-December 2021. Interim report for the Region of the Americas, January 2022. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56128>.

En outre, près de la moitié des pays ont connu des interruptions dans les services de prise en charge des maladies infectieuses négligées et autres maladies transmissibles, notamment les activités régulières de lutte antivectorielle, la distribution massive de médicaments et le dépistage des populations à risque d'infection. La réaffectation des ressources de différents programmes pour répondre à la pandémie complique encore la reprise des actions dans différents services et met en péril la réalisation des engagements pris pour l'élimination de ces maladies d'ici à 2030. En outre, les systèmes de la chaîne d'approvisionnement pour la santé, indispensables pour assurer le diagnostic et le traitement de ces maladies, ont subi des interruptions dans 40 % des pays.

La crise mondiale de la résistance aux antimicrobiens a été exacerbée par l'émergence de mécanismes de résistance nouveaux et plus complexes. Cette situation est liée à la consommation accrue d'antimicrobiens pour traiter les patients atteints de COVID-19 et aux lacunes des pratiques de prévention

et de lutte contre les infections dans les systèmes de santé débordés.

La lutte contre les inégalités liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme est une question complexe qui a été aggravée par la pandémie de COVID-19. Pour relever ces défis, il est nécessaire de renforcer les soins de santé primaires axés sur les personnes, la santé universelle et l'approche centrée sur les déterminants sociaux de la santé, au moyen d'actions multisectorielles.

### Virus de l'immunodéficience humaine

En 2020, la plupart des pays du monde n'ont pas atteint les cibles 90-90-90 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).<sup>2</sup> Cette même année, sur la base des estimations Spectrum de l'ONUSIDA, on considère que l'Amérique latine et les Caraïbes ont enregistré une

<sup>2</sup> Quatre-vingt-dix pour cent des personnes séropositives au VIH connaissent leur statut VIH, 90 % des personnes séropositives au VIH qui connaissent leur statut sont sous traitement et 90 % des personnes vivant avec le VIH et sous traitement ont une charge virale supprimée.

augmentation de 8,7 % de la couverture du traitement antirétroviral, malgré la COVID-19.

Sur la base des données communiquées par 20 pays à l'ONUSIDA, on conclut qu'en 2020, il y a eu une diminution de 34 % du nombre de personnes testées pour le VIH par rapport à 2019, ainsi qu'une diminution de 27 % du nombre de personnes nouvellement diagnostiquées séropositives au VIH. La réduction du nombre de personnes testées et diagnostiquées séropositives ne s'est pas totalement inversée en 2021. Par ailleurs, il est important de souligner qu'il y avait 34 526 personnes sous prophylaxie pré-exposition au VIH en 2020, contre 19 783 en 2019 (32, 33).

### **Tuberculose**

La COVID-19 a remplacé la tuberculose en tant que première maladie infectieuse mortelle dans le monde ; cependant, la tuberculose reste une maladie infectieuse importante, la deuxième après la COVID-19. Dans les Amériques, les décès estimés dus à la tuberculose sont passés de 24 000 en 2019 à 27 000 en 2020, une tendance à la hausse qui devrait se poursuivre en 2021 et 2022.

En 2020, on a constaté une augmentation de 17 % des personnes ayant reçu un diagnostic de tuberculose par rapport à 2019. Au cours de la même période, on a constaté une réduction de 19 % des personnes sous traitement pour la tuberculose pharmaco-résistante, qui est allée de pair avec une diminution de 20 % des patients VIH/TB sous traitement antirétroviral pendant le traitement de la tuberculose. De même, on a constaté une diminution de 27 % des enfants de moins de 5 ans en contact

avec des patients atteints de tuberculose ayant reçu un traitement préventif (34).

### **Paludisme**

La COVID-19 a été associée à une réduction du nombre total de cas de paludisme au niveau régional, avec un comportement inégal selon les pays. Il y a eu une réduction marquée dans certains pays et une augmentation dans d'autres. Pendant la pandémie, la surveillance du paludisme a été généralement affectée, avec une réduction de la détection des cas, des actions de surveillance active, du déploiement et de la couverture des actions de lutte antivectorielle.

Pour la période 2019-2020, le nombre de moustiquaires distribuées pour protéger les familles contre le paludisme a diminué de 20,6 %. Au cours de cette même période, on a constaté une réduction de 28 % du nombre de personnes testées pour le paludisme et une réduction de 46 % de la population protégée par des pulvérisations intradomiciliaires (35, 36).

## **Maladies non transmissibles et COVID-19**

### **Comorbidité**

Avant la pandémie, les maladies non transmissibles occasionnaient 81 % des décès dans la Région des Amériques. Les principales maladies non transmissibles sont les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires chroniques, le diabète, le cancer, la maladie d'Alzheimer et les autres démences. Dans la Région, 24 % des personnes souffraient d'au moins une pathologie sous-jacente, bien que ce chiffre varie selon la sous-région : l'Amérique latine 22% et les Caraïbes non hispanophones 29 % (37). Ce

schéma coïncide avec des comorbidités que les personnes souffrant de COVID-19 ont présentées, et est associé à un risque accru de développer une maladie grave (38).

Différentes analyses ont montré un risque accru de décès dû à la COVID-19 chez les personnes souffrant de maladies non transmissibles préexistantes, en particulier le diabète, l'hypertension et l'obésité (39). Sur le nombre total de cas de COVID-19 déclarés, 1 509 786 présentaient au moins une comorbidité. Le nombre de cas avec au moins une comorbidité augmente avec l'âge, la tranche d'âge des plus de 70 ans enregistre 28 % des cas déclarés (figure 10).

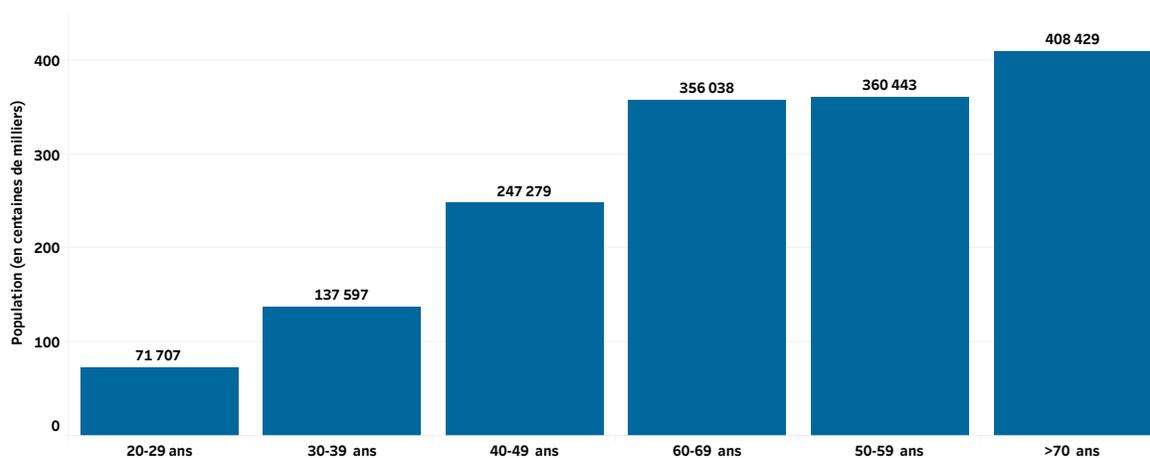
Pour les patients atteints de COVID-19 qui ont été admis dans une unité de réanimation ou qui ont eu besoin d'une ventilation assistée, on ne dispose que d'un échantillon (probablement

non représentatif) de 24,6 % et 23,4 % de tous les cas signalés présentant au moins une comorbidité. Sur les 371 789 patients admis dans une unité de réanimation, une maladie cardiovasculaire a été signalée dans 60 % des cas (182 846), suivie par le diabète avec 30 % des cas (90 902). Sur les 352 537 patients connectés à un ventilateur, 50 % (177 556) ont indiqué avoir une maladie cardiovasculaire, suivie par du diabète pour 23 % (80 727) des cas.

### Santé mentale

L'ampleur des troubles de santé mentale dans la population pendant la pandémie de COVID-19 n'a pas encore été entièrement documentée, mais il est clair que la pandémie a eu des effets négatifs sur les relations interpersonnelles en particulier, avec une augmentation des signalements de violence domestique et des appels à l'aide auprès des services de santé mentale.

**FIGURE 10** Nombre déclarés de patients présentant au moins une comorbidité dans la Région des Amériques, par groupe d'âge, du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 8 septembre 2022



Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 Data reported by countries and territories in the Region of the Americas. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://ais.paho.org/hip/viz/COVID-19EpiDashboard.asp>.

Les diverses mesures d'atténuation mises en œuvre dans les pays en réponse à la propagation de la pandémie (quarantaines, restrictions de mobilité et distanciation physique) ont accru l'anxiété, la dépression et l'usage de substances psychoactives dans de larges segments de la population (40, 41). L'anxiété associée à la pandémie a conduit à la description d'un syndrome de stress dû à la COVID-19 (42). Le Canada et les États-Unis ont signalé que 38 % des adultes ont présenté un certain degré d'angoisse et 16 % des niveaux élevés d'anxiété, ce qui est à l'origine d'une charge supplémentaire en termes de demande de services de santé mentale (42).

La pandémie de COVID-19 a entraîné une augmentation de la prévalence de la dépression et de l'anxiété jusqu'en janvier 2021, lorsqu'elle est analysée à la fois en termes d'infections quotidiennes par le SARS-CoV-2 signalées et de changements dans la mobilité. Ces affections ont été particulièrement observées chez les jeunes, les femmes et les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique, ainsi que chez les personnes souffrant de troubles mentaux préexistants (43). Ces augmentations représentent 53,2 millions de cas supplémentaires de troubles dépressifs majeurs et 76,2 millions de cas supplémentaires de troubles anxieux, soit des augmentations de 27,6 % et 25,7 %, respectivement, par rapport aux niveaux enregistrés avant la pandémie (44).

Les études ont montré que la pandémie a amplifié les facteurs de risque associés au suicide, tels que la perte d'emploi ou la perte économique, les traumatismes ou les abus, les troubles de la santé mentale et les obstacles à l'accès aux soins. Parmi la population des

adolescents et des jeunes, une étude du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) dans la Région a révélé que 27 % d'entre eux ont signalé des symptômes d'anxiété et 15 % des symptômes de dépression, un tiers d'entre eux désignant la situation économique comme le principal déclencheur de ces états (45). En outre, 43 % des femmes et 31 % des hommes ont déclaré se sentir pessimistes quant à l'avenir (45). Parmi les agents de santé, les études menées dans la Région font état de niveaux élevés de troubles mentaux en Argentine, au Chili, aux États-Unis, au Mexique et à Trinité-et-Tobago.

La santé mentale doit être positionnée de manière permanente au même niveau que la santé physique. Les pays doivent garantir l'accès aux services de santé mentale, donner la priorité aux groupes de population vulnérables et élaborer des stratégies et des initiatives, en collaboration avec les secteurs de l'éducation et du travail, afin d'identifier rapidement les troubles de santé mentale qui nécessitent d'être pris en charge.

### Grossesse

Une étude comparative réalisée par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis a révélé que les femmes enceintes sont 5,4 fois plus susceptibles d'être hospitalisées que les femmes non enceintes de la même ethnie et du même âge. Leur risque d'être hospitalisées dans une unité de réanimation est également plus élevé, de même que leur risque de d'avoir besoin d'une ventilation mécanique, qui est 1,7 fois plus élevé (46).

D'autre part, si le risque global de forme grave de la maladie et de décès pour les

personnes enceintes est resté faible au niveau mondial, les effets de la pandémie ont été particulièrement graves pour ce groupe de population dans la Région des Amériques. Sur la base des données de 24 pays en 2021, par rapport à celles rapportées en 2020, on observe une augmentation à la fois du nombre de cas et du nombre de décès chez les personnes enceintes positives au SARS-CoV-2 (tableau 8). La plupart des pays ont par ailleurs signalé une augmentation du taux de mortalité maternelle en 2021.

## Riposte à la pandémie de COVID-19

Depuis le début de la pandémie, l'OPS a activé différents mécanismes de riposte à tous les niveaux de l'Organisation pour aider les pays et territoires de la Région à faire face à la pandémie de COVID-19 et à en atténuer l'impact. Par l'entremise de l'équipe régionale de soutien à la gestion des incidents créée en janvier 2020, l'OPS a fourni une réponse d'urgence directe aux ministères de la Santé et aux autres autorités nationales (47).

La coopération technique du BSP a été menée dans le cadre des dix piliers de la stratégie de l'OPS pour répondre à la pandémie, qui est étroitement alignée sur le Plan stratégique de préparation et d'intervention de l'OMS face à la COVID-19 (48,49). Ces piliers sont les suivants : 1) coordination, planification, financement et suivi ; 2) communication sur les risques, participation de la communauté et gestion de l'infodémie ; 3) surveillance, enquête épidémiologique, recherche des contacts et adaptation des mesures sociales et de santé publique ; 4) points d'entrée,

voyages internationaux et transports, événements de masse et déplacements de populations ; 5) laboratoires et tests de diagnostic ; 6) prévention et lutte contre les infections et protection des agents de santé ; 7) gestion des cas, opérations cliniques et traitements ; 8) soutien opérationnel, aspects logistiques et chaîne d'approvisionnement ; 9) renforcement des services et systèmes de santé essentiels ; et 10) vaccination.

Selon l'indice mondial de sécurité sanitaire (GHS selon le sigle anglais), avant la pandémie, les pays du monde entier n'étaient pas suffisamment préparés à une pandémie de l'ampleur de celle de la COVID-19 (50). L'indice mesure six catégories : 1) la prévention ; 2) la détection et le signalement ; 3) la riposte rapide ; 4) le système de santé ; 5) les engagements visant à améliorer les capacités nationales, le financement et les normes mondiales ; 6) l'environnement à risque. La valeur moyenne de l'indice pour le monde était de 38,9, sur une échelle de 0 à 100, et pour la Région des Amériques, elle était de 42,7. La figure 11 présente la valeur de l'indice pour les pays de la Région inclus dans cet indice.

Lorsqu'on établit le lien entre le GHS et la mortalité due à la COVID-19 (figure 11) on constate que l'Amérique du Sud avait un niveau moyen de préparation et de capacité de réponse de 44,4 ; cependant, dans un pays de cette sous-région, la mortalité a été la plus élevée de la Région, ce qui suggère des différences entre ce qui était planifié et ce qui a été réalisé.

Au départ, la majorité des pays ont adopté des stratégies similaires : une urgence nationale ou équivalente a été déclarée, des

**TABLEAU 8 Indicateurs sélectionnés de la COVID-19 chez les personnes enceintes des pays de la Région des Amériques, 2020 et janvier-novembre 2021**

PAYS	NOMBRE DE PERSONNES ENCEINTES POSITIVES AU SARS-COV-2	NOMBRE DE DÉCÈS PARMI LES PERSONNES ENCEINTES POSITIVES AU SARS-COV-2	TMM <sup>b</sup> (100 000 NAISSANCES VIVANTES)	2021 (JANVIER À NOVEMBRE)		
				NOMBRE DE PERSONNES ENCEINTES POSITIVES AU SARS-COV-2	NOMBRE DE DÉCÈS PARMI LES PERSONNES ENCEINTES POSITIVES AU SARS-COV-2	TMM <sup>b</sup> (100 000 NAISSANCES VIVANTES)
Argentine	9001	41	6,4	13 483	174	27,6
Belize			28,3	445	8	111,3
Bolivie (État plurinational de)	963	31	11,8	2442	20	7,6
Brésil	5489	256	9,2	9871	1046	38,0
Canada	2925	1	0,3	5627	2	0,5
Chili	6610	2	0,9	9220	14	6,1
Colombie	7994	56	7,6	10 765	137	18,8
Costa Rica	335	3	4,8	1048	9	14,7
Cuba	180	0	0,0	5769	95	94,6
El Salvador	272	10	9,8	292	5	4,9
Équateur	1589	29	9,7	1255	28	9,4
États-Unis	68 459	80	2,2	79 057	160	4,4
Guatemala	652	8	2,1	1306	7	1,9
Haïti	79	4	1,5	27	0	0,0
Honduras	508	15	6,9	310	41	18,9
Mexique <sup>a</sup>	10 568	205	10,5	20 293	431	22,9
Panama <sup>a</sup>	1697	9	11,7	922	5	6,5
Paraguay <sup>a</sup>	599	1	0,7	1563	88	63,6
Pérou	40 818	81	13,7	14 622	109	18,4
République dominicaine	707	36	17,4	879	9	4,4
Sainte-Lucie	5	0	0,0	41	0	0,0
Suriname <sup>a</sup>	184	2	18,0	396	20	179,6
Uruguay	106	0	0,0	1659	12	33,4
Venezuela (République bolivarienne du)	338	9	1,9	439	7	1,5

Notes : <sup>a</sup> Ce chiffre comprend les personnes enceintes et post-partum.

<sup>b</sup> TMM : taux de mortalité maternelle calculé sur la base des décès de personnes enceintes (et dans certains cas de personnes en post-partum) positives au SARS-CoV-2 pour 100 000 naissances vivantes. Le nombre de nouveau provient des estimations du portail des indicateurs de base de l'OPS. Voir : Organisation panaméricaine de la Santé. Core Indicators Portal. Core Indicators Dashboard. Washington, DC : OPS ; [c2021]. Disponible sur : <https://opendata.paho.org/en/core-indicators/core-indicators-dashboard>.

Source : données provenant des points focaux nationaux pour le Règlement sanitaire international publiées par les ministères de la Santé, les instituts de santé et autres organismes de santé similaires.

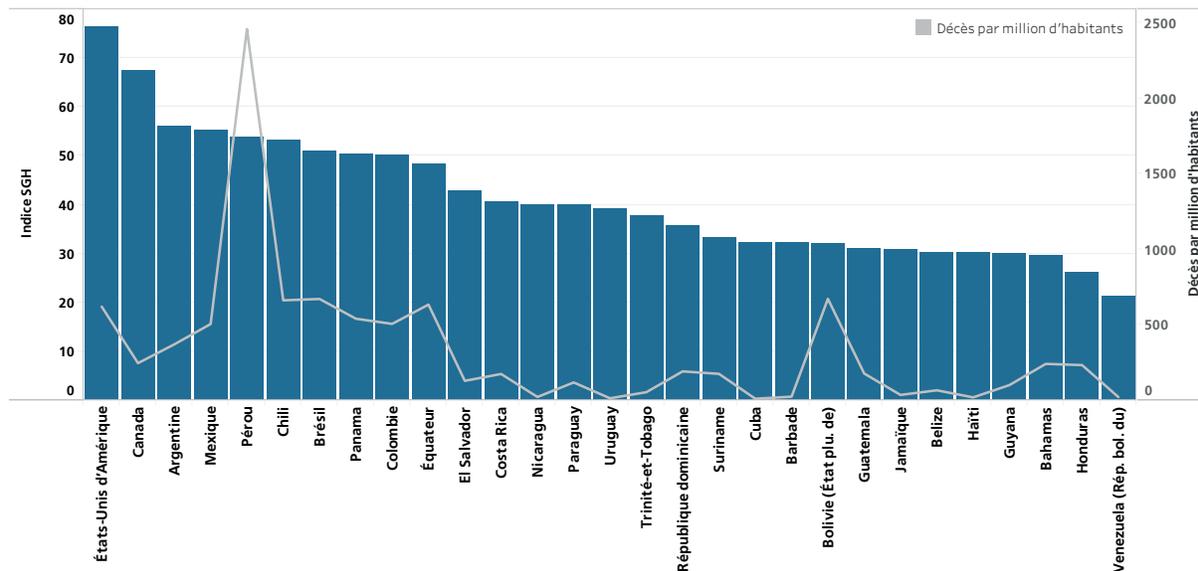
groupes techniques multisectoriels ont été formés dans plusieurs pays, et les agences sanitaires ont été renforcées et élargies (51). En général, l'autorité sanitaire nationale a assumé la responsabilité principale de la conception et de la mise en œuvre des actions visant à contenir la pandémie (52, 53).

La plupart des gouvernements de la Région ont décrété la suspension des activités non essentielles, certains partiellement et d'autres sur l'ensemble du territoire, afin de tenter de contenir la propagation du virus dans les pays. Dans plusieurs cas, les frontières aériennes, maritimes ou terrestres ont été fermées, la seule différence ayant trait au moment de leur réouverture, qui a été plus rapide dans les pays dont l'économie repose

sur le tourisme (54, 55). Les écoles, les universités, les points de restauration et les lieux de travail ont également été fermés pour assurer une distanciation sociale ; le port obligatoire ou volontaire (selon les pays) de masques dans les lieux publics et fermés a été mis en place ; et des restrictions sur les heures de déplacement ont été appliquées (56).

Une autre mesure recommandée par les autorités gouvernementales a consisté à exiger des tests COVID-19 négatifs pour l'entrée dans les pays par voie aérienne, terrestre et maritime, comme ce fut le cas au Canada, au Chili, aux États-Unis, au Nicaragua et au Panama, ainsi qu'une quarantaine obligatoire pendant un certain temps à l'entrée en Colombie, à Cuba, en Équateur et au Honduras (57, 58).

**FIGURE 11** Indice mondial de sécurité sanitaire et mortalité dans la Région des Amériques, par pays, 2021



Note : GHS : Indice mondial de sécurité sanitaire.

Sources : <sup>1</sup> Bell JA, Nuzzo JB. Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis, 2021. Washington, DC : NTI; 2021. Disponible sur : [https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/2021\\_GHSindexFullReport\\_Final.pdf](https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/2021_GHSindexFullReport_Final.pdf).

<sup>2</sup> Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). [aucun endroit indiqué] : OurWorldInData.org; 2020. Disponible sur : <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

## Tests de dépistage

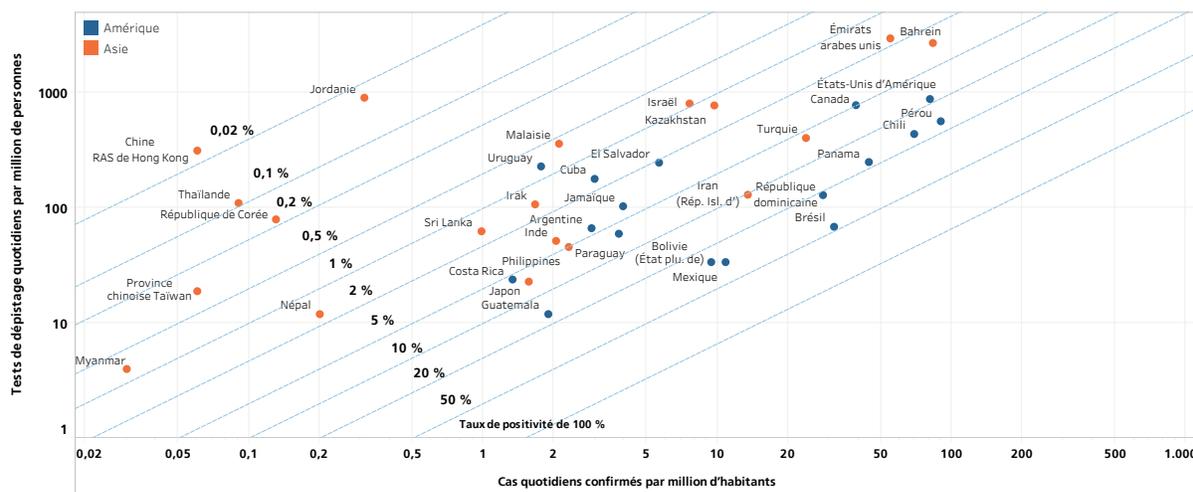
Les tests de réaction en chaîne par polymérase (PCR) en temps réel sont la pierre angulaire du diagnostic des maladies infectieuses et la COVID-19 n'a pas fait exception à la règle. Cependant, l'une des préoccupations initiales était que les cas pouvaient ne pas être détectés à partir d'échantillons de prélèvements dans les voies respiratoires, car la sensibilité du test était de l'ordre de 60 à 70 % ; il a été démontré par la suite que cette sensibilité était plus élevée en fonction du temps écoulé depuis l'infection et de la qualité du prélèvement (5 à 7 jours après l'infection et prélèvement nasopharyngé).

Compte tenu de la grande importance et des besoins des tests de diagnostic dans toute la Région, dans son rôle de soutien technique aux pays pendant l'urgence de la COVID-19, l'OPS a élaboré une méthodologie pour établir

un processus rapide d'évaluation technique des tests de diagnostic et pour soutenir leur acquisition. Cette évaluation comprenait, entre autres, l'examen de la conformité réglementaire du produit et sa conformité aux exigences techniques et normes établies.

La relation entre le nombre quotidien de tests effectués et le nombre de nouveaux cas confirmés par million d'habitants a été constatée pour les pays d'Asie et d'Amérique (figure 12) (la positivité est indiquée par les lignes diagonales). Comme on peut le voir sur la figure, les pays des Amériques ont généralement effectué moins de tests par million d'habitants que les pays d'Asie, avec des pourcentages plus élevés de cas positifs, ce qui suggère que moins de tests ont été effectués dans les Amériques que nécessaire pour assurer le suivi de la pandémie et l'endiguer, avec comme implication une sous-estimation des cas quotidiens.

**FIGURE 12** Tests de dépistage quotidiens par million de personnes et nouveaux cas confirmés quotidiens par million d'habitants, dans un certain nombre de pays des Amériques et d'Asie, au 6 mai 2020



Source : Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. Coronavirus (COVID 19) Testing. [aucun endroit indiqué] : OurWorldInData.org; 2020. Disponible sur : <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>.

Il est également suggéré qu'une stratégie efficace pour contenir la pandémie consistait à appliquer les tests associés à une stratégie de suivi rigoureuse, comme le montre l'expérience de certains pays asiatiques (quadrant supérieur gauche de la figure 12), tels que la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine) et la République de Corée.

### Équipement de protection individuelle

Les EPI sont essentiels depuis le début de la pandémie pour protéger à la fois la population générale et les agents de santé. La pénurie d'EPI a été l'une des premières conséquences de la pandémie. À mesure que les pays déclaraient une urgence sanitaire due à la COVID-19, l'augmentation inattendue, synchrone et accélérée de la demande de certains dispositifs médicaux a entraîné des pénuries et des hausses de prix importantes presque immédiatement. Ce phénomène a touché en particulier les masques et a conduit les autorités et les agents de santé à explorer des alternatives pour leur utilisation et leur gestion afin de protéger le personnel de santé de l'infection par le SARS-CoV-2.

L'OPS a recommandé aux autorités de réglementation d'accroître la réactivité de leurs examens dans les situations d'urgence et d'établir des procédures permettant l'utilisation et la reconnaissance des décisions d'autres autorités de réglementation, plutôt que de procéder à des examens complets ou abrégés devant être effectués par du personnel qualifié. L'utilisation de ces procédures reconnaît l'évaluation fondée sur les risques effectuée par une autorité de confiance ou de référence pour un produit donné dans une situation d'urgence. Les pays qui ont

adopté ces mesures ont considérablement accru la réactivité de leurs processus d'achat de fournitures pour la riposte à la pandémie.

### Équipements biomédicaux

Les équipements biomédicaux ont joué un rôle fondamental à chaque phase de la pandémie. Parmi les équipements les plus utilisés figuraient les appareils de thérapie ventilatoire et de surveillance des signes vitaux, notamment le ventilateur pulmonaire, le concentrateur d'oxygène, la canule nasale à haut débit, les appareils de pression positive à deux niveaux et les appareils de pression positive continue, les oxymètres de pouls, les thermomètres et les moniteurs de signes vitaux. Malheureusement, l'accès aux équipements biomédicaux a également été affecté par l'urgence mondiale. La forte demande d'équipements et la perturbation des chaînes d'approvisionnement ont entraîné des pénuries dans la plupart des pays de la Région. L'OPS a soutenu la création d'un sous-groupe de travail régional pour faciliter l'échange d'expériences et de bonnes pratiques.

En outre, les autorités réglementaires ont été confrontées à plusieurs défis pendant la pandémie, tels que la pénurie de produits homologués ou la présence de nouveaux produits non homologués, car il était obligatoire de veiller à ce que les dispositifs répondent aux spécifications techniques minimales pour assurer la sécurité des soins aux patients, ainsi que de vérifier leur conformité aux normes nationales et internationales. La présence sur les marchés de dispositifs médicaux non conformes aux normes, contrefaits ou non homologués, ainsi que les lacunes dans les systèmes de gestion de la qualité dans les cas où les fabricants augmentaient leurs lignes de production, ou le

développement d'autres dispositifs médicaux à la suite d'initiatives entrepreneuriales, a constitué une autre difficulté.

### Traitements pharmacologiques

Dans un certain nombre de pays de la Région, les systèmes réglementaires nationaux n'étaient pas préparés à répondre à l'urgence de santé publique résultant de la pandémie.

Dans de telles situations, la qualité, la sécurité et l'efficacité des tests de diagnostic, des vaccins et des traitements doivent être évaluées et leur utilisation approuvée. Le processus d'évaluation réglementaire doit être accéléré, car les pays qui reçoivent ces produits sont responsables de la sécurité de leurs citoyens et sont obligés de prendre des décisions rapidement.

L'expérience au cours de la pandémie a mis en évidence certaines des meilleures pratiques et des mesures efficaces possibles pour l'action réglementaire pendant l'urgence, malgré le fait que la situation de la COVID-19 soit sans précédent du fait de son caractère généralisé et de la durée de la menace. Certaines de ces mesures comprennent :

- 1) la publication de listes de produits nécessaires pour faire face à la COVID-19 ;
- 2) des procédures d'évaluation et d'approbation, avec des mécanismes flexibles comprenant l'application d'autorisations d'utilisation d'urgence et d'autorisations d'utilisation compassionnelle, ainsi que la prolongation des renouvellements et de la validité des autorisations, des certificats et des licences des produits ou des établissements, des importateurs et des distributeurs ; et 3) la priorisation des processus d'importation, entre autres.

Face à l'utilisation inappropriée et non fondée sur des données probantes de médicaments pour le traitement de la COVID-19, l'utilisation rationnelle des médicaments, des EPI et d'autres médicaments et technologies de la santé a été encouragée dans plusieurs pays de la Région, y compris au niveau des institutions publiques, dans le cadre de différentes stratégies reposant sur des données scientifiques.

Le développement de médicaments pour le traitement de la COVID-19 a utilisé au moins deux mécanismes : la réutilisation de médicaments pour identifier les effets potentiels et la recherche exploratoire de nouveaux médicaments. Les premiers médicaments à se révéler efficaces ont été les corticostéroïdes systémiques (dexaméthasone) dans le groupe de patients atteints de formes graves de la maladie et dans un état critique. Dans ces cas, ils permettent une réduction relative de la mortalité de 21 % à un stade précoce (59). En juillet 2021, les bloqueurs des récepteurs de l'interleukine-6 (tocilizumab ou sarilumab) sont arrivés pour les patients atteints de formes graves de COVID-19 ou dans un état critique, groupes dans lesquels ces médicaments ont montré une amélioration significative de la mortalité, de la ventilation mécanique et de la durée des hospitalisations (59).

Plus récemment, en septembre 2022, des recommandations concernant l'usage des anticorps monoclonaux et des antiviraux pour des groupes de population spécifiques ont été disséminées et actualisées. Actuellement, l'OMS et l'OPS recommandent l'utilisation de corticostéroïdes, de tocilizumab et de baricitinib chez les patients atteints de formes graves ou dans un état critique, et de remdesivir

chez les patients atteints de forme grave (60, 61, 62). Chez les patients atteints de forme grave, elles proposent l'utilisation du nirmatrelvir en combinaison avec le ritonavir (recommandation forte), du molnupiravir et du remdesivir (recommandation conditionnelle), en particulier chez les personnes qui présentent un risque élevé de complications (personnes adultes non vaccinées, personnes âgées et personnes présentant des comorbidités comme l'immunosuppression). Les recommandations sur l'usage d'anticorps monoclonaux, comme le casirivimab en combinaison avec l'imdevimab et le sotrovimab, ont été modifiées (recommandation contre leur usage) dû à son inefficacité face au variant Omicron (61, 62).

L'expérience de flambées épidémiques d'autres coronavirus suggère que l'impact de la pandémie sur les réserves de sang sera important, en raison de la réduction des dons (63). Dans une enquête auprès des pays de la Région en 2020 (64) et selon le rapport préliminaire de 2022 sur l'approvisionnement en sang, on constate que les pays présentant de meilleurs niveaux de gouvernance (fonction de direction, coordination, organisation des services) ont une proportion plus élevée de dons volontaires, des systèmes d'approvisionnement en sang plus efficaces, des modèles de collecte et de traitement moins fragmentés, de même que des systèmes d'information sur les dons adéquats ; ils ont donc subi un impact moindre sur l'approvisionnement en sang pendant la pandémie.

## Vaccination

En décembre 2020, la vaccination contre la COVID-19 a débuté au Canada, aux États-Unis et dans quatre pays d'Amérique latine (Argentine, Chili, Costa Rica et Mexique).

Dans les autres pays, la vaccination a commencé au premier trimestre de 2021. La couverture vaccinale contre la COVID-19 dans la Région a permis de réduire les taux de mortalité due à la maladie (16, 17).

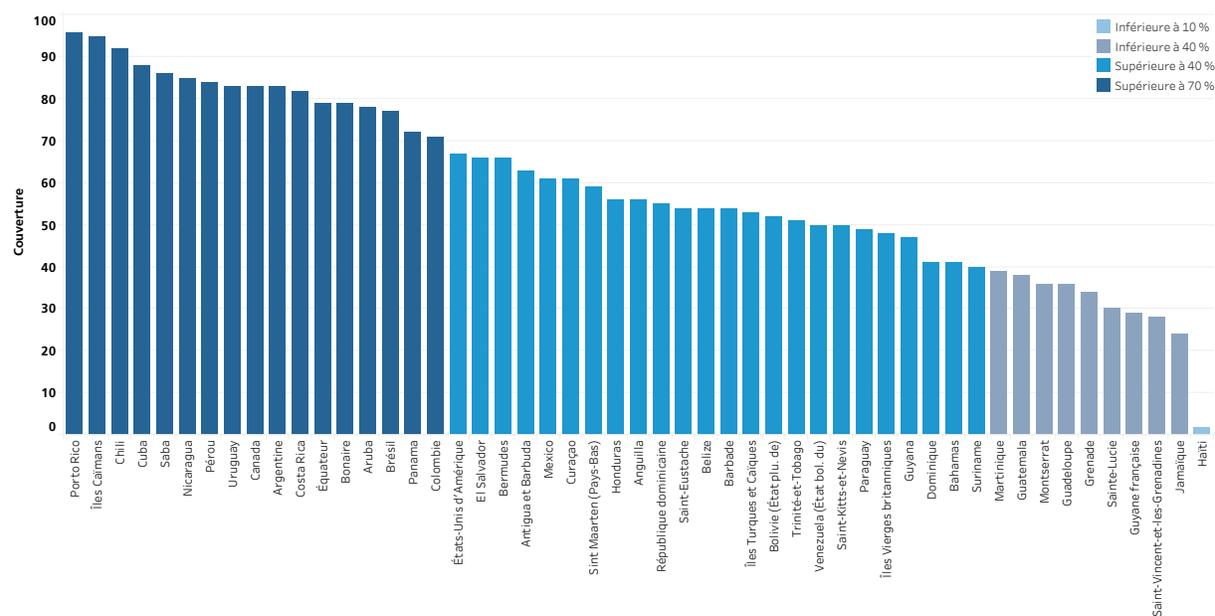
Le processus de vaccination s'est déroulé à des rythmes différents dans la Région. La demande des pays pour un accès rapide à une offre limitée de vaccins a eu une incidence sur l'accès équitable en 2021. L'hétérogénéité du processus de vaccination a été initialement déterminée par une asymétrie de l'accès aux vaccins résultant de la production et des achats anticipés par les pays à revenu élevé, ainsi que par des contraintes du côté de l'offre, liées aux ruptures de stock initiales, qui n'ont pas permis de répondre aux besoins convenus. L'OPS, forte de ses quarante ans d'expérience dans la fourniture de vaccins à la Région, a soutenu les États Membres dans le cadre du Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins afin d'élargir l'accès équitable aux vaccins anti-COVID en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Bien que l'Amérique latine et les Caraïbes aient amélioré leur position relative en termes d'achat anticipé de vaccins, il existe toujours une asymétrie dans l'accès aux vaccins, tant en termes d'achat que de distribution. Ainsi, au 2 septembre 2022, 69,4 % de la population des pays de la Région avait un schéma vaccinal complet contre la COVID-19, 17 pays avaient atteint la cible de 70 % de couverture vaccinale, tandis que 41 pays dépassaient 40 % de couverture. Dix pays étaient encore en dessous de 40 % et un était en dessous de 10 % (figure 13).

Conformément aux recommandations du Groupe consultatif stratégique d'experts de l'OMS en matière de vaccination, datant du 21 janvier 2022, 50 des 51 pays et territoires de la Région ont offert au moins une dose de rappel pour maintenir des niveaux élevés de protection et prévenir les formes graves de COVID-19 ainsi que les décès dans la population générale. En mai 2022, 50 des 51 pays et territoires de la Région (à l'exception d'Haïti) avaient offert les vaccins anti-COVID aux jeunes de moins de 18 ans, bien que la population infantile soit la moins exposée au risque de développer des formes graves et de décéder. Par ailleurs, de nombreux pays n'ont pas atteint des taux de vaccination élevés parmi les groupes de population les plus vulnérables, dont les personnes âgées et le personnel de la santé.

Au 14 septembre 2022, sur le total des vaccins livrés dans le cadre du Mécanisme COVAX en Amérique latine et dans les Caraïbes (153 962 670), 73 % des vaccins livrés ont été facilités par le Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins, tandis que les 27 % restants ont été gérés par les pays directement avec les fournisseurs. Trente-deux pour cent ont été donnés par des pays d'autres régions ou financés dans le cadre du Mécanisme COVAX d'accès aux vaccins contre la COVID et 68 % ont été autofinancés. Les principaux donateurs sont les États-Unis et l'Espagne ; dans la sous-région des Caraïbes non latines, le Canada se détache. Les autres pays donateurs sont l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, la France, l'Islande, le Japon, Monaco, la Norvège, le Portugal, la Slovaquie, la Suède et la Suisse. Les sous-régions

**FIGURE 13** Couverture avec un schéma vaccinal complet contre la COVID-19 dans la Région des Amériques, en pourcentage, au 10 septembre 2022



Note : Semaine épidémiologique 36. Indicateur de schémas complets pour 100 personnes : on prend en compte la dernière dose du schéma primaire conformément au schéma établi par le pays (dose unique, deuxième dose ou troisième dose, selon le cas).

Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 Vaccination in the Americas. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp).

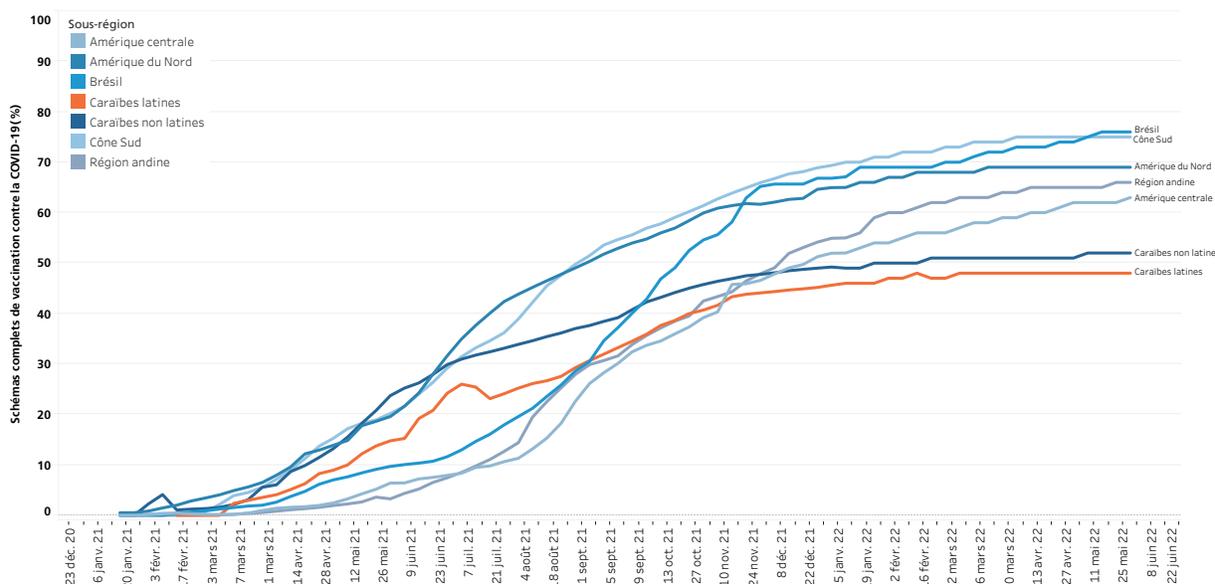
qui bénéficient relativement plus des dons sont les pays des Caraïbes, l'Amérique centrale et la région andine (65).

Bien que la vaccination soit un facteur clé de protection contre la COVID-19, son administration a suscité le scepticisme de certaines personnes et populations. Dans la Région, le taux d'acceptation des vaccins est, dans la plupart des pays, supérieur à 65 % (66). Parmi les facteurs qui déterminent le degré d'acceptation, il y a tout d'abord la disponibilité d'informations sur l'efficacité du vaccin, son innocuité, son efficacité et ses effets indésirables ; le rejet de la vaccination dépend de la quantité d'informations non fiables diffusées et de fausses nouvelles. Une étude menée entre le 15 janvier et le 1<sup>er</sup> février 2021, à laquelle

ont participé des adultes de plus de 18 ans de 20 pays de la Région, a montré un taux moyen d'acceptation du vaccin de 80 %, et 81,2 % des personnes interrogées ont exprimé leur crainte d'éventuels effets indésirables.

Un défi auquel la communauté mondiale est confrontée est l'émergence de nouveaux variants du coronavirus qui pourraient être moins sensibles à la réponse immunitaire induite par le vaccin et la diminution au fil du temps de l'immunité offerte par les vaccins anti-COVID homologués ou approuvés par l'OMS. Compte tenu de ce scénario, la nécessité d'administrer des doses de rappel pour maintenir des niveaux élevés de protection et prévenir à la fois les formes graves de la COVID-19 et les décès a été identifiée.

**FIGURE 14** Schéma complet de vaccination contre la COVID-19 dans la Région des Amériques, par sous-région, en pourcentage



Note : De la semaine épidémiologique 3 de 2021 à la semaine épidémiologique 22 de 2022.

Source : Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 Vaccination in the Americas. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp).

# L'évolution de la santé

La Région doit impérativement développer des systèmes de santé résilients et durables afin d'assurer la santé universelle et en tant qu'outil pour faire face aux urgences de santé publique actuelles et futures. La gouvernance en matière de santé doit être renforcée pour que les pays formulent des politiques visant à promouvoir la santé et le bien-être, à réduire les iniquités dans le domaine de la santé et à atteindre l'ODD 3. Cette publication montre que si la plupart des pays de la Région ont cherché à apporter une réponse globale à la pandémie, l'un des défis les plus importants a été de coordonner cette réponse dans un contexte de forte fragmentation au niveau de l'État et d'insuffisance des ressources essentielles du système de santé. Cette coordination dépendait des capacités politiques et institutionnelles des autorités sanitaires pour diriger un exercice efficace des fonctions essentielles de santé publique.

Il est nécessaire de promouvoir des stratégies prosociales qui encouragent les actions visant à aider les personnes et les communautés, pendant les pandémies actuelle et futures, selon une approche de santé mentale et physique, en vue de lutter contre les effets négatifs sur la santé mentale. Il est important qu'au cours des phases de préparation et de riposte à tout événement menaçant la santé, la santé

mentale fasse partie des plans en tant que l'un des piliers fondamentaux qui contribue à sauver des vies et à préserver la santé mentale des personnes, en mettant l'accent sur les populations en situation de vulnérabilité.

La fonction de direction des autorités sanitaires est une dimension politique et institutionnelle fondamentale d'un programme intersectoriel visant à promouvoir des systèmes de santé résilients. La pandémie a clairement montré qu'il est prioritaire pour les pays de disposer de systèmes de santé capables de répondre aux futures urgences sanitaires, mais aussi qu'il est urgent de renforcer la réponse aux conditions sanitaires actuelles. Pour faire face à de nouvelles urgences, les pays doivent disposer de plans actualisés et maintenir les mesures d'endiguement et d'atténuation opérationnelles. Progresser dans la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (3) et retrouver la voie de la réalisation des ODD visant à assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge implique de progresser vers la santé universelle.

L'un des résultats positifs du leadership et de la gouvernance dans la Région a été la coopération entre les pays des Amériques, y compris les expériences de coopération

horizontale en Amérique latine et dans les Caraïbes, afin d'avoir un accès plus équitable aux technologies de la santé telles que les vaccins, les équipements médicaux, les EPI et les traitements contre la COVID-19, ainsi que la coopération du Canada et des États-Unis afin d'accélérer l'accès aux vaccins et aux autres technologies. Des mécanismes de coordination intersectorielle multidimensionnels qui tiennent compte des différentes conditions sociales sont nécessaires pour obtenir une réponse de santé efficace du point de vue de l'ensemble de la société et de l'État.

Dans la Région des Amériques, comme dans le monde entier, c'est parmi les personnes en situation de vulnérabilité que s'est concentrée une plus grande charge de la pandémie. Les pays doivent élaborer des stratégies d'action explicites pour réduire de manière significative les écarts en matière de santé. Des politiques intersectorielles, favorisant la synergie entre la santé, l'économie, et les dimensions sociales et environnementales selon le concept d'équité, sont nécessaires. Agir sur les déterminants sociaux de la santé implique de disposer de systèmes de protection sociale universels, complets et durables pour promouvoir des actions de santé qui vont au-delà des soins et des traitements.

D'autre part, la pandémie a révélé le rôle central des communautés et de leurs organisations sociales, qui ont été essentielles tant pour la mise en œuvre de la riposte que pour le respect des recommandations. Leurs connaissances et leur expérience ont permis d'ajuster et d'adapter les actions aux réalités et contextes locaux. Les systèmes de santé résilients et durables doivent intégrer les communautés

et leurs organisations dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé.

Il est nécessaire de promouvoir une action multisectorielle dans le cadre d'une approche « Une seule santé » afin d'améliorer la prévention et la préparation face à la COVID-19 et aux défis futurs à l'interface homme-animal-environnement. La complexité de l'origine de la pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité de traiter de la prévention des futurs agents pathogènes émergents, étant donné que plus de 70 % de ces agents pathogènes sont zoonotiques. Pour mieux se préparer à la prochaine épidémie d'une zoonose émergente, les systèmes d'analyse des risques doivent être améliorés en intégrant des données sur les micro-organismes, les animaux, les chaînes alimentaires d'origine animale, les êtres humains et l'environnement.

En ce qui concerne la dimension technologique, pour renforcer les systèmes de santé, il est nécessaire d'accélérer la transformation numérique et de renforcer les systèmes d'information pour la santé. Lors de la pandémie, des défis sont apparus quant à la conduite d'un suivi en temps opportun, dus au manque de données ouvertes, de qualité et disponibles en temps réel pour permettre la prise de décisions. Les systèmes d'information doivent être interconnectés et en ligne, être interopérables et conformes aux normes internationales, et doivent pouvoir être ventilés tel que nécessaire pour assurer des résultats équitables et une prise de décisions rapide la plus éclairée possible, afin de ne laisser personne pour compte. Le programme de transformation numérique du secteur de la santé implique des actions selon une vision holistique qui tiennent

compte des huit principes directeurs convenus par les États Membres de l'OPS (67, 68).<sup>3</sup>

Les systèmes de surveillance épidémiologique doivent être renforcés pour contrôler la pandémie actuelle et anticiper les futures pandémies. Les outils de renseignements épidémiologiques doivent fournir une analyse en temps réel pour la prise de décisions à différents niveaux (local, national, régional, mondial) afin que les actions puissent être ciblées en fonction des lieux et des moments en tenant compte de l'ampleur de la réponse nécessaire, et en identifiant les groupes de population en situation de plus grande vulnérabilité. Par ailleurs, l'accès à des données « non conventionnelles » et « non structurées », telles que la mobilité de la population, la culture numérique, l'utilisation d'appareils mobiles ou la capacité de la bande passante pour l'utilisation des télécommunications, doit être considéré comme un facteur critique de réussite pour la prise de décisions éclairées dans le secteur de la santé. La création de mécanismes tels que le Réseau régional de surveillance génomique de la COVID-19 a contribué non seulement à renforcer la capacité de séquençage du virus, mais aussi à encourager les pays à mettre en œuvre une surveillance génomique systématique en tant

---

3 1) assurer la connectivité universelle dans le secteur de la santé d'ici à 2030 ; 2) cocréer des biens de santé publique numériques pour un monde plus équitable ; 3) accélérer la mise en place d'une santé numérique inclusive en mettant l'accent sur les plus vulnérables ; 4) mettre en œuvre des systèmes d'information et de santé numériques interopérables, ouverts et durables ; 5) intégrer les droits de l'homme de façon transversale dans tous les domaines de la transformation numérique en santé ; 6) participer à la coopération mondiale sur l'intelligence artificielle et toute technologie émergente ; 7) mettre en place des mécanismes de confiance et de sécurité de l'information dans l'environnement numérique de la santé publique ; 8) concevoir l'architecture de la santé publique à l'ère de l'interdépendance numérique.

que stratégie visant à accroître la quantité de données disponibles au niveau mondial.

La Région doit s'attacher à accroître les capacités régionales de développement et de production de médicaments et d'autres technologies de la santé. La pandémie de COVID-19 a entraîné des pénuries et des iniquités dans l'accès aux produits pharmaceutiques, aux vaccins et aux autres technologies de la santé essentielles, ce qui a limité les capacités de réponse des systèmes de santé et restreint ou mis en péril la prestation de services de santé essentiels. Le renforcement des capacités régionales de développement et de production de médicaments et d'autres technologies de la santé peut contribuer à améliorer l'accès à ceux-ci et à mieux répondre aux priorités et aux besoins de la Région en matière de santé, ainsi qu'à assurer la protection de la sécurité nationale et la relance économique dans la Région.

La gouvernance, le leadership, les conditions et les capacités des ressources humaines de la santé dans la Région, qui doivent être des éléments clés du renforcement des systèmes de santé, doivent être renforcés. Le renforcement des ressources humaines nécessite des partenariats avec des acteurs clés, dont les secteurs universitaire et privé, entre autres. L'élaboration de politiques de formation, de recrutement et de rétention des ressources humaines doit être envisagée afin de répondre aux besoins des systèmes nationaux en vue de réaliser la santé universelle.

La pandémie a gravement touché la population mondiale et celle des Amériques, avec de sérieuses conséquences économiques, sociales

et sanitaires, révélatrices d'une forte inégalité sociale associée à des faiblesses structurelles persistantes des systèmes de santé de la Région. Malgré cela, la Région a su renforcer les actions de coopération, sur la base de la solidarité et du panaméricanisme qui la caractérisent. Elle a démontré la valeur des investissements dans la préparation aux situations d'urgence, le rôle central des communautés et des processus participatifs, l'axe d'articulation du travail intersectoriel, les systèmes d'information et la capacité à développer des technologies de la santé. L'OPS continuera, aux côtés de ses États Membres, à promouvoir la santé universelle et l'équité en santé en tant qu'élément central du développement.

# Références

1. Sachs JD, Karim SSA, Aknin L, Allen J, Brosbøl K, Colombo F, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2022. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9).
2. Organisation mondiale de la Santé. L'OMS répond à la Commission sur la COVID-19 de la revue *The Lancet* [communiqué de presse]. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/15-09-2022-who-responds-to-the-lancet-covid-19-commission>.
3. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York : ONU ; 2015. Disponible sur : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/90/pdf/N1529190.pdf?OpenElement>.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030: A Call to Action for Health and Well-Being in the Region. Washington, DC : OPS ; 2017. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49170>.
5. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Repercussions in Latin America and the Caribbean of the war in Ukraine: how should the region face this new crisis? Santiago : CEPALC ; 2022. Disponible sur : <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47913>.
6. Fonds monétaire international. Perspectives de l'économie mondiale. Reprise : des situations divergentes à gérer. Washington, DC : FMI ; 2021. Disponible sur : <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2021/03/23/world-economic-outlook-april-2021>.
7. Organisation panaméricaine de la Santé, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. The prolongation of the health crisis and its impact on health, the economy and social development. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54991>.
8. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. CEPALSTAT. Main figures of Latin America and the Caribbean. Santiago : CEPALC ; 2022. Disponible sur : <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=en>.
9. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Economic Survey of Latin America and the Caribbean 2022: Trends and challenges of investing for a sustainable and inclusive recovery (LC/PUB.2022/9-P). Santiago : CEPALC ; 2022. Disponible sur : <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48078>.
10. Fonds monétaire international. Perspectives de l'économie mondiale : Un horizon sombre et plus incertain. Washington, DC : FMI ; 2022. Disponible sur : <https://www.imf.org/fr/Publications/WEO/Issues/2022/07/26/world-economic-outlook-update-july-2022>.
11. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. A decade of action for a change of era. Fifth report on regional progress and challenges in relation to the 2030 Agenda for Sustainable Development in Latin America and the Caribbean. Santiago : CEPALC ; 2022. Disponible sur : <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47746https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47745>.
12. Mújica OJ, Pachas PE. Desigualdades sociales en la mortalidad durante la COVID-19 en Lima y Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;38(1):183-4. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/publication/351499965\\_Desigualdades\\_sociales\\_en\\_la\\_mortalidad\\_durante\\_la\\_COVID-19\\_en\\_Lima\\_y\\_Callao](https://www.researchgate.net/publication/351499965_Desigualdades_sociales_en_la_mortalidad_durante_la_COVID-19_en_Lima_y_Callao).
13. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(11):964-8. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>.

14. Arceo-Gómez EO, Campos-Vázquez RM, Esquivel G, Alcaraz E, Martínez LA, López NG. The income gradient in COVID-19 mortality and hospitalisation: An observational study with social security administrative records in Mexico. *Lancet Reg Health Am.* 2022;6:100115. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100115>.
15. Andrasfay T, Goldman N. Reductions in 2020 US life expectancy due to COVID-19 and the disproportionate impact on the Black and Latino populations. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2021;118(5):e2014746118. Disponible sur : <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.2014746118>.
16. Watson OJ, Barnsley G, Toor J, Hogan AB, Winskill P, Ghani AC. Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: A mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2022;22(9):1293-302. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6).
17. Suthar AB, Wang J, Seffren V, Wiegand RE, Griffing S, Zell E. Public health impact of COVID-19 vaccines in the US: Observational study. *BMJ.* 2022;377:e069317. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069317>.
18. Organisation mondiale de la Santé. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://covid19.who.int/>.
19. Organisation mondiale de la Santé. WHO COVID-19 Detailed Surveillance Data Dashboard. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYWVWZiZlZWVkbWUtdmM0Ni00MDAwLTljYWVWtN2EwNTM3YjQzYmRmlwidCl6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGlzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIslmMiOjh9>.
20. Organisation mondiale de la Santé. Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates). Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.
21. Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population. *World Population Prospects: The 2022 Revision.* New York : ONU ; 2022. Disponible sur : <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/61/locations/915,916,931,904/start/2019/end/2022/bar/barvertical>.
22. Lal A, Erond N, Heymann D, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: Rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet.* 2021;397(10268):61-7.
23. Litewka SG, Heitman E. Latin American healthcare systems in times of pandemic. *Dev World Bioeth.* 2020;20(2):69-73. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282974/>.
24. Organisation panaméricaine de la Santé. Technical Note. Adapting the First Level of Care in the Context of the COVID-19 Pandemic: Interventions, Modalities, and Scope. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52225>.
25. Organisation panaméricaine de la Santé. Gendered Health Analysis: COVID-19 in the Americas. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55432>.
26. Organisation de coopération et de développement économiques, Banque mondiale. *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020.* Paris : OCDE ; 2020. Disponible sur : <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020-6089164f-en.htm>.
27. Santoro A, López Osornio A, Williams I, Wachs M, Cejas C, Havela M, et al. Development and application of a dynamic transmission model of health systems' preparedness and response to COVID-19 in twenty-six Latin American and Caribbean countries. *PLOS Glob Public Health.* 2022;2(3):e0000186. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000186>.
28. Organisation panaméricaine de la Santé. *Epidemiological Update: Coronavirus disease (COVID-19).* Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-coronavirus-disease-covid-19-2-december-2021>.
29. Organisation panaméricaine de la Santé. *Weekly Press Briefing on COVID-19: Director's Opening Remarks, May 12, 2021 [communiqué de presse].* Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/weekly-press-briefing-covid-19-directors-opening-remarks-may-12-2021>.
30. Organisation mondiale de la Santé. The impact of COVID-19 on health and care workers: A closer look at deaths. En : OMS (ed.). *Health Workforce Department – Working Paper 1.* Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>.

31. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Results Report 2021. Genève : 30. Fonds mondial ; 2022. Disponible sur : [https://www.theglobalfund.org/media/11304/corporate\\_2021resultsreport\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/11304/corporate_2021resultsreport_report_en.pdf).
32. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Suivi mondial de la lutte contre le sida 2020. Genève : ONUSIDA ; 2021. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/global-aids-monitoring>.
33. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Suivi mondial de la lutte contre le sida 2021. Genève : ONUSIDA ; 2022. Disponible sur : <https://www.unaids.org/fr/global-aids-monitoring>.
34. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la tuberculose dans le monde 2021. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications/item/9789240037021>.
35. Organisation mondiale de la Santé. World malaria report 2019. Genève : OMS ; 2019. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/item/9789241565721>.
36. Organisation mondiale de la Santé. World malaria report 2021. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2021>.
37. Organisation panaméricaine de la Santé. Sixième réunion spéciale du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination. États-Unis d'Amérique (réunion virtuelle), 16 novembre 2020. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53285><https://iris.paho.org/handle/10665.2/53260>.
38. Organisation mondiale de la Santé. Répondre aux maladies non transmissibles pendant et après la pandémie de COVID-19 : rapide tour d'horizon des données probantes sur la COVID 19 et les maladies non transmissibles. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335828>.
39. Thakur B, Dubey P, Benitez J, Torres JP, Reddy S, Shokar N, et al. A systematic review and meta-analysis of geographic differences in comorbidities and associated severity and mortality among individuals with COVID-19. *Scientific Reports*. 2021;11(1):8562. Disponible sur : <https://doi.org/10.1038/s41598-021-88130-w>.
40. Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, Balaji M, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: Reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(6):535-50. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0).
41. Zielinsk C. Infodemics and infodemiology: A short history, a long future. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e40. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.40>.
42. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depress Anxiety*. 2020;37(8):706-14. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.23071>.
43. Tausch A, E Souza RO, Viciano CM, Cayetano C, Barbosa J, Hennis AJM. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *Lancet Reg Health Am*. 2022;5:100118. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>.
44. Santomauro DF, Mantilla-Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-12. Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).
45. Fonds des Nations Unies pour l'enfance. The impact of COVID-19 on the mental health of adolescents and youth. New York : UNICEF; 2020. Disponible sur : <https://www.unicef.org/lac/en/impact-covid-19-mental-health-adolescents-and-youth>.
46. Zambrano LD, Ellington S, Strid P, Galang RR, Oduyebo T, Tong VT, et al. Update: Characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status - United States, January 22-October 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(44):1641-7. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6944e3.htm>.

47. Organisation panaméricaine de la Santé. Pan American Health Organization response to COVID-19 up to 31 December 2021. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56162>.
48. Organisation mondiale de la Santé. Strategic preparedness, readiness and response plan to end the global COVID-19 emergency in 2022. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352861>.
49. Organisation panaméricaine de la Santé. Response to the COVID-19 pandemic in the Americas: Response strategy and donor appeal January - December 2021. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53540>.
50. Bell JA, Nuzzo JB. Global Health Security Index: Advancing collective action and accountability amid global crisis, 2021. Washington, DC : NTI ; 2021. Disponible sur : <https://www.ghsindex.org/>.
51. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. COVID-19 Observatory in Latin America and the Caribbean: Economic and social impact. Santiago : CEPALC ; 2021. Disponible sur : <https://www.cepal.org/es/subtemas/covid-19>.
52. Enríquez A, Sáenz C. Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA, serie Estudios y Perspectivas - Sede Subregional de la CEPAL en México, n.º 189. Mexico City: CEPALC ; 2021. Disponible sur : [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/S2100201\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/S2100201_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
53. González E, Harrison C, Hopkins K, Horwitz L, Nagovitch P, Sonneland HK, Zissis C. The Coronavirus in Latin America. New York : AS/COA ; 2021. Disponible sur : <https://www.as-coa.org/articles/coronavirus-latin-america>.
54. Organisation de coopération et de développement économiques. COVID-19 en Amérique Latine et dans les Caraïbes : Un aperçu des réponses gouvernementales à la crise. Lutte contre le coronavirus (COVID-19) : pour un effort mondial. Paris : OCDE ; 2020. Disponible sur : <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-en-amerique-latine-et-dans-les-caraibes-un-aperçu-des-reponses-gouvernementales-a-la-crise-ae45a602/>.
55. Organisation de coopération et de développement économiques. Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19). Les actions engagées dans le domaine du tourisme face au coronavirus (COVID-19). Paris : OCDE ; 2020. Disponible sur : <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/les-actions-engagees-dans-le-domaine-du-tourisme-face-au-coronavirus-covid-19--86db4328/>.
56. Acosta L. Capacidad de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e109. Disponible sur : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.109>.
57. Páges C, Aclan C, Alfonso M, Arroio R, Irigoyen J, Mejía I, et al. From lockdown to reopening: Strategic considerations for the resumption of activities in Latin America and the Caribbean within the framework of COVID-19. Washington, DC : BID ; 2020. Disponible sur : <https://publications.iadb.org/publications/english/document/From-Lockdown-to-Reopening-Strategic-Considerations-for-the-Resumption-of-Activities-in-Latin-America-and-the-Caribbean-within-the-framework-of-Covid-19.pdf>.
58. Hale T, Angrist N, Goldszmidt R, Kira B, Petherick A, Phillips T, et al. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). Nat Hum Behav. 2021;5(4):529-38. Disponible sur : <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>.
59. Organisation mondiale de la Santé. Therapeutics and COVID-19: Living guideline. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : <https://app.magicapp.org/#/guideline/nBkO1E/section/nByvRL>.
60. Organisation panaméricaine de la Santé. Ongoing living update of potential COVID-19 therapeutics options: Summary of evidence. Rapid Review. Washington, DC : OPS ; 2022. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52719>.
61. Organisation panaméricaine de la Santé. Considerations on the Use of Antivirals, Monoclonal Antibodies, and Other Interventions for the Management of COVID-19 Patients in Latin America and the Caribbean. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55968>.

62. Organisation mondiale de la Santé. Therapeutics and COVID-19: living guideline, 16 September 2022. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362843>.
63. Organisation mondiale de la Santé. Guidance on maintaining a safe and adequate blood supply during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and on the collection of COVID-19 convalescent plasma: Interim guidance, 10 July 2020. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333182>.
64. Schneider ME. Blood services around the globe. ASH Clinical News. 2021.
65. Organisation panaméricaine de la Santé. Arrival of COVID-19 vaccines to the Americas through COVAX. Washington, D.C. : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/covax-americas>.
66. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. COVID-19 and vaccination in Latin America and the Caribbean: challenges, needs and opportunities. Paris : UNESCO, Bureau régional des sciences de l'UNESCO pour l'Amérique latine et la Caraïbe ; 2021. Disponible sur : [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378377\\_eng](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378377_eng).
67. Organisation panaméricaine de la Santé. Feuille de route pour la transformation numérique du secteur de la santé dans les Amériques [résolution CD59.R1] ; 59<sup>e</sup> Conseil Directeur, 73<sup>e</sup> session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques, session virtuelle, du 20 au 24 septembre 2021. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd59r1-feuille-route-pour-transformation-numerique-du-secteur-sante-dans-les-ameriques>.
68. Organisation panaméricaine de la Santé. - Feuille de route pour la transformation numérique du secteur de la santé dans les Amériques [document CD59/6] ; 59<sup>e</sup> Conseil Directeur, 73<sup>e</sup> session du Comité Régional de l'OMS pour les Amériques, session virtuelle, du 20 au 24 septembre 2021. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd596-feuille-route-pour-transformation-numerique-du-secteur-sante-dans-les-ameriques> <https://www.paho.org/en/documents/cd596-roadmap-digital-transformation-health-sector-region-americas>.

La Région des Amériques est l'une des plus touchées par la COVID-19, avec plus de 175 770 000 cas de la maladie signalés depuis le début de la pandémie jusqu'au 31 août 2022.

En outre, la pandémie a mis en évidence les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé de la Région pour assurer l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et elle a aussi ralenti les progrès accomplis concernant les objectifs de développement durable (ODD) et le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Entre autres conséquences dévastatrices, l'espérance de vie en 2021 est tombée à des niveaux comparables à ceux de 2004 ; depuis 2020, le nombre de vaccins administrés aux enfants a chuté de façon spectaculaire ; la prévalence de la dépression et de l'anxiété a augmenté de 27,6 % et 25,7 %, respectivement, par rapport aux niveaux pré-pandémiques ; et les cibles pour la tuberculose, le VIH et le paludisme ont subi un revers majeur sur la voie de la réalisation de l'ODD 3.

La Région, comme le reste du monde, est confrontée non seulement à une crise de santé publique, mais aussi à une crise économique et sociale qui a frappé les groupes de population les plus vulnérables, tels que les personnes âgées, les groupes à faible revenu, les groupes ethniques, les migrants et les sans-abri.

Cette publication de l'Organisation panaméricaine de la Santé présente une vue d'ensemble de l'impact de la COVID-19 dans la Région, et offre une vision prospective pour mettre en place des systèmes de santé résilients et durables, et pour garantir la santé universelle comme outil permettant de faire face aux urgences de santé publique actuelles et futures.

