



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

58^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Session virtuelle, 28 et 29 septembre 2020

Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire

CD58/6
12 août 2020
Original : anglais

PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES

Introduction

1. À la date du 15 juillet 2020, la Région des Amériques est l'épicentre de la pandémie de COVID-19. La Région inclut six (Argentine, Brésil, Colombie, États-Unis d'Amérique, Mexique, Pérou) des 10 pays qui notifient dans le monde les nombres les plus élevés de cas et de décès, deux d'entre eux (Brésil et États-Unis d'Amérique) figurant dans les trois pays les plus touchés. L'ensemble des 54 pays et territoires de la Région a notifié des cas de COVID-19. Les mesures prises par ces pays pour maîtriser la pandémie ont abouti à des niveaux variables de mise en œuvre et de succès.

2. Bien qu'elles ne soient pas encore quantifiables, on pense que les répercussions économiques et sociales négatives de la pandémie de COVID-19 à court, moyen et long termes et aux niveaux local, national et mondial seront sans précédent. Ce contexte constitue néanmoins une occasion pour les autorités nationales de renforcer, redémarrer et reconstruire les institutions, en tirant profit des succès et des enseignements tirés de l'innovation et de la participation de l'ensemble du gouvernement et de la société toute entière à la riposte à cette pandémie. En particulier pour les pays et les territoires qui ont réussi à riposter sans dépasser les capacités de leurs services sanitaires, il existe une pression croissante pour résoudre la tension entre les priorités de santé publique et les priorités économiques d'une manière qui ne compromette pas les acquis obtenus jusque-là.

3. Ce document offre une mise à jour sur la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques et sur la riposte du Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau). Il offre également aux États Membres des informations de la part de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sur la manière de renforcer et de soutenir des systèmes sanitaires réactifs et adaptables faisant face aux risques liés à cette pandémie, de telle manière que la santé et le bien-être des sociétés, ainsi que le développement économique et social de la Région, puissent être maintenus. Il suppose que la Région vivra au cours des 24 mois à venir des

vagues et des flambées épidémiques récurrentes entrecoupées de périodes de faible transmission, en attendant la mise au point d'un vaccin contre la COVID-19 sûr, efficace et accessible de manière équitable, et l'obtention d'une couverture adéquate de la population.

Antécédents

4. Depuis sa création en 1902, le Bureau a soutenu les États Membres en travaillant dans un esprit de solidarité pour riposter à un éventail élargi d'urgences et de catastrophes dues à divers dangers, sur les plans national, régional et mondial. Les événements majeurs les plus récents incluent la pandémie de grippe A(H1N1) en 2009, la flambée de choléra en Haïti en 2010, l'éclosion du virus du chikungunya en 2014, la préparation pour la riposte à la maladie à virus Ebola au cours de la flambée survenue en Afrique de l'Ouest en 2014-2015, la flambée de maladie à virus Zika en 2015, les ouragans Irma et Maria en 2017 et, depuis 2016, la résurgence de la rougeole et de la fièvre jaune dans la Région.

5. Depuis 1976, les États Membres de l'OPS ont demandé au Directeur, par de nombreuses résolutions, d'être soutenus dans leur préparation et leur riposte aux urgences et aux catastrophes. Au cours de ces 15 dernières années en particulier, les États Membres ont exprimé leur engagement à accroître leurs capacités multisectorielles de préparation et de riposte vis-à-vis de multiples dangers, en renforçant les capacités de leurs systèmes de santé respectifs et en partageant les informations d'une manière transparente, responsable et en temps opportun. Cet engagement se concrétise sous la forme de divers cadres et résolutions de haut niveau de l'OPS¹ et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)² qui incluent, entre autres, le *Règlement sanitaire international* (RSI) (1), la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS (2), le *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire* de l'OPS (3), le *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030* (4) et le *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* de l'OPS (5).

6. Conformément aux dispositions du RSI, le Secrétariat de l'OMS a enregistré, au 31 décembre 2019, des informations sur un agrégat de cas de pneumonie d'étiologie inconnue survenus dans la ville de Wuhan, province du Hubei (Chine). Le 1^{er} janvier 2020, le Secrétariat de l'OMS a demandé aux autorités nationales chinoises des informations complémentaires sur cet événement. Le jour suivant, le Siège de l'OMS a envoyé un courriel à tous les points de contact du RSI de l'OMS hébergés par les bureaux régionaux de l'OMS, incluant l'OPS, qui recensait l'événement ci-dessus évoqué sur une liste de signaux et événements quotidiens. Les 5 et 12 janvier 2020, le Secrétariat de l'OMS a partagé des informations connexes avec tous les États Membres de l'OMS par le site sécurisé d'information sur les événements. À ces mêmes dates, l'OMS a également publié

¹ Site web des Organes directeurs de l'OPS. Disponible sur https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=42:governing-bodies&Itemid=419&lang=fr

² Site web des Organes directeurs de l'OMS. Disponible sur <https://apps.who.int/gb/gov/fr/index.html>

ces informations dans le domaine public sur sa page web du Bulletin sur les flambées épidémiques.^{3,4}

7. Le 17 janvier 2020, le Bureau a activé une structure de gestion des incidents élargie à l'ensemble de l'Organisation. Cette activation a permis la libération de fonds provenant du Fonds pour les urgences en cas d'épidémie de l'OPS et déclenché une série de mécanismes pour permettre le renforcement de la riposte du Bureau à l'introduction dans la Région du SARS-CoV-2, le nouveau coronavirus à l'origine de la COVID-19. Le 17 janvier également, le Bureau a publié une alerte épidémiologique sur le nouveau coronavirus (nCoV).⁵ Le 24 janvier, la Directrice du Bureau a envoyé aux ministres de la Santé et autres hauts fonctionnaires de la Région des Amériques une lettre relative à l'émergence du SARS-CoV-2, qui comportait des réflexions et des conseils techniques.

8. Les 22 et 23 janvier 2020, le Directeur général de l'OMS a organisé la première réunion du Comité d'urgence du RSI sur la pneumonie due au nouveau coronavirus 2019-nCoV.⁶ À cette occasion, en se basant sur les avis non concluants de ce comité, le Directeur général a déterminé que l'événement ne constituait pas une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI).^{7,8} Le 30 janvier 2020, le Directeur général a organisé une seconde réunion du Comité d'urgence du RSI ; à la suite de cette réunion, il a déterminé que la propagation du SARS-CoV-2 constituait une USPPI et émis des recommandations temporaires connexes.⁹ Le 11 mars 2020, le Directeur général a déclaré que la COVID-19,

³ Organisation mondiale de la Santé. Bulletin d'information sur les flambées épidémiques, 5 janvier 2020. Disponible sur <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/fr/>

⁴ Organisation mondiale de la Santé. Bulletin d'information sur les flambées épidémiques, 12 janvier 2020. Disponible sur <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/fr/>

⁵ Organisation panaméricaine de la Santé. Epidemiological Alert: Novel Coronavirus (nCoV), 16 janvier 2020. Disponible sur <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-novel-coronavirus-ncov-16-january-2020>

⁶ Organisation mondiale de la Santé. Site web du IHR Emergency Committee for Pneumonia due to the Novel Coronavirus 2019-nCoV. Disponible sur <https://www.who.int/ihr/procedures/novel-coronavirus-2019/en/>

⁷ Organisation mondiale de la Santé. Déclaration du Directeur général de l'OMS sur la réunion du Comité d'urgence du RSI sur le nouveau coronavirus, 22 janvier 2020. Disponible sur <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus>

⁸ Organisation mondiale de la Santé. Déclaration sur la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) concernant la flambée de nouveau coronavirus (2019-nCoV), 23 janvier 2020. Disponible sur [https://www.who.int/fr/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

⁹ Organisation mondiale de la Santé. Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV), 30 janvier 2020. Disponible sur [https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

soit la maladie causée par le SARS-CoV-2, était une pandémie.¹⁰ Et le 1^{er} mai 2020, à la suite de la troisième réunion du Comité d'urgence du RSI, il a émis des recommandations temporaires actualisées relativement à l'USPPI.¹¹ La quatrième réunion du Comité d'urgence du RSI a eu lieu virtuellement le 31 juillet 2020.

9. L'Assemblée générale des Nations Unies a par la suite, soit les 2 et 20 avril 2020, adopté des résolutions relatives à la pandémie de COVID-19 (6, 7). Ces recommandations ont été suivies de la résolution WHA73.1, adoptée par la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé le 19 mai 2020 (8). Ces résolutions soulignent le fait que la riposte à la pandémie de COVID-19, la maîtrise de cette pandémie et la coexistence avec celle-ci au cours des mois à venir dépendront de la solidarité et de la coopération internationales.

10. Ce document est conforme au plan de riposte et de préparation stratégique contre la COVID-19 de l'OMS dans sa forme actualisée en avril 2020 (9), au *Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025* (10) et au *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* (11). Il est également conforme aux visées globales des objectifs de développement durable (ODD) (12), en particulier (mais sans y être limité) à l'ODD 3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Les cibles et les indicateurs de l'ODD 3 en appellent à des actions pour répondre aux défis sanitaires mondiaux et renforcer les systèmes de santé, ainsi qu'améliorer la prise en charge des risques sanitaires mondiaux et les réduire.

Analyse de la situation

11. Entre le 21 janvier et le 15 juillet 2020,¹² un total de 7 016 851 cas d'infection par le SARS-CoV-2 confirmés par les tests de laboratoire, parmi lesquels 294 301 décès, ont été notifiés par l'ensemble des 54 pays et territoires de la Région des Amériques. Vingt-six de ces pays et territoires disposant de données ventilées selon l'âge et le sexe ont notifié 4 076 628 cas, dont 168 613 décès. Soixante pour cent (60 %) de ces cas sont survenus chez des personnes âgées de 20 à 59 ans, et 80 % des décès notifiés sont survenus chez des personnes âgées de 60 ans ou plus. Tandis qu'il n'existait aucune différence en nombres de cas en fonction du sexe, des taux de décès plus élevés ont été observés chez les hommes, qui représentent 60 % du nombre total de décès.

12. Au 15 juillet 2020, on observe dans la Région des Amériques une tendance générale à la hausse de l'incidence des cas confirmés. L'estimation régionale du taux brut de létalité

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19, 11 mars 2020. Disponible sur <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

¹¹ Organisation mondiale de la Santé. Déclaration sur la troisième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de maladie à coronavirus (COVID-19), 1^{er} mai 2020. Disponible sur [https://www.who.int/fr/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/fr/news-room/detail/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19))

¹² Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 Information System for the Region of the Americas. Disponible sur <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>

tous cas confondus (soit le nombre de décès notifiés divisé par le nombre de cas confirmés notifiés) est de 4,2 %. L'estimation médiane par pays est de 2,8 %, avec une variation interquartile de 0,8 % à 5,7 %.

13. Pour estimer la transmission active au sein de la population, la moyenne fluctuante sur sept jours du taux d'incidence de cas de COVID-19 observés (ci-après appelé le taux d'incidence) est utilisée. Dans la sous-région de l'Amérique du Nord, durant la semaine du 9 au 15 juillet 2020, le taux d'incidence a présenté une importante diminution au Canada (6 cas pour 100 000 personnes), mais il s'est accru aux États-Unis d'Amérique et au Mexique, les deux pays ayant enregistré à cette date leur taux d'incidence le plus élevé, soit 33 cas pour 100 000 personnes au Mexique et 131 cas pour 100 000 personnes aux États-Unis d'Amérique. De manière conforme aux tendances globales de la Région, il n'existe dans la sous-région nord-américaine aucune différence de nombres de cas en fonction du sexe, et le groupe d'âge des 20 à 59 ans présente le plus grand pourcentage de cas (66 %). Dans cette sous-région, 61 % des décès sont survenus chez des personnes âgées de 70 ans ou plus, et 60 % des décès sont survenus chez les hommes.

14. Le taux d'incidence continue à croître dans tous les pays de la sous-région de l'Amérique centrale. Une diminution, petite mais systématique, a été observée au Honduras depuis le 4 juillet 2020, mais les tendances doivent être interprétées avec prudence dans la mesure où elle peut être liée à une diminution notifiée de tests réalisés au cours des semaines écoulées. Les taux les plus élevés sont notifiés au Panama, pays où l'incidence a continué à augmenter depuis la fin du mois de mai 2020, le taux le plus élevé à ce jour – 182 cas pour 100 000 personnes – ayant été observé le 14 juillet 2020. Le Costa Rica, qui a vu apparaître un premier pic au tout début d'avril 2020, a constaté une forte augmentation depuis la fin du mois de mai 2020, avec un taux d'incidence maximale de 59 cas pour 100 000 personnes notifiés en date du 15 juillet 2020. Depuis la dernière mise à jour, le Costa Rica a notifié une transmission communautaire en raison de la croissance rapide du nombre de cas et, plus précisément, de l'augmentation du nombre de cas communautaires sans lien épidémiologique. El Salvador et le Guatemala ont l'un et l'autre observé une augmentation marquée de leurs taux respectifs d'incidence sur 7 jours des cas de COVID-19 au cours des deux premières semaines de juillet et se situent tous deux à leurs niveaux les plus élevés, ou presque, du nombre de cas notifiés à ce jour, soit 32 cas pour 100 000 personnes pour El Salvador au 15 juillet 2020 et 37 cas pour 100 000 personnes au Guatemala au 8 juillet. Dans la sous-région de l'Amérique centrale, le groupe d'âge le plus touché est celui des 20 à 59 ans (78 % des cas), avec un nombre plus important de cas notifiés chez les hommes (59 %). En ce qui concerne les décès, le groupe d'âge le plus concerné est celui des 70 ans et plus (44 %) ; la majorité des personnes décédées sont des hommes (68 %).

15. Le taux d'incidence continue à croître dans la plupart des pays de la sous-région de l'Amérique du Sud et, au 15 juillet 2020, il a atteint, ou approche, ses taux les plus élevés depuis le début de la pandémie dans chacun de ces pays. Le Chili a constaté une tendance à la décroissance de son taux d'incidence depuis la fin de mois de juin, mais le pays notifie toujours le deuxième taux d'incidence le plus élevé de cette sous-région avec 95 cas pour

100 000 personnes notifiés au 15 juillet. Le Brésil continue à notifier des nombres croissants de cas et de décès, avec un taux d'incidence notifié de 122 cas pour 100 000 personnes au 15 juillet 2020. Le Pérou constate un déclin de son taux d'incidence depuis le 2 juin 2020 avec 74 cas pour 100 000 personnes notifiés au 15 juillet 2020. En Équateur, après une stabilisation pendant le mois de juin, le taux d'incidence sur 7 jours était de nouveau à la hausse pendant les deux premières semaines de juillet avec 40 cas pour 100 000 personnes au 15 juillet 2020. La dernière fois que l'Équateur a notifié un taux d'incidence dépassant 40 cas pour 100 000 personnes était le 5 mai 2020. Il est important de noter qu'aussi bien l'Équateur que le Pérou se fondent, pour confirmer les cas, sur les tests sérologiques de diagnostic rapide en plus des tests fondés sur la réaction de polymérisation en chaîne (PCR). Dans cette sous-région, une majorité (77 %) des cas sont survenus dans le groupe d'âge des 20 à 59 ans, aucune différence n'existant relativement aux nombres respectifs d'hommes et de femmes atteints. Cependant, sur les 77 % de décès survenus chez des personnes âgées de plus de 60 ans, 61 % étaient des hommes.

16. Tandis qu'une tendance globale à la décroissance des taux d'incidence a été observée dans la plupart des pays et des territoires de la sous-région caribéenne, des tendances à la hausse notables sont observées au Guyana, en Guyane française, en Haïti, à Porto Rico, en République dominicaine et au Suriname. Le taux d'incidence de Porto Rico, qui était 36 cas pour 100 000 personnes au 12 juin, a atteint 57 cas pour 100 000 personnes au 15 juillet 2020. La Guyane française a aujourd'hui le taux d'incidence le plus élevé de la Région avec 281 cas notifiés pour 100 000 personnes au 15 juillet 2020. L'augmentation considérable du nombre de cas est due aux cas notifiés par les régions côtières, qui incluent les zones frontalières avec le Brésil. De la même manière, au Suriname, l'augmentation du taux d'incidence s'est accélérée fin juin, avec un taux d'incidence de 28 cas pour 100 000 personnes notifiés entre les 22 et 28 juin. Depuis lors, le taux d'incidence est resté élevé au Suriname, avec un pic de 34 cas pour 100 000 personnes notifiés le 1^{er} juillet 2020. Au 15 juillet 2020, la République dominicaine a atteint son taux d'incidence le plus élevé depuis le début de la pandémie (75 cas pour 100 000 personnes). Le taux d'incidence en Haïti a régulièrement décliné depuis son pic du 6 juin 2020 (12 cas pour 100 000 personnes) pour atteindre le faible taux de 3,5 cas pour 100 000 personnes au 15 juillet 2020. Néanmoins, le pourcentage de positivité (nombre de cas positifs/nombre total de cas testés) reste élevé en Haïti, avec 45 % de cas positifs aux tests à la date du 14 juillet 2020. Sur l'ensemble de la sous-région caribéenne, la majorité (74 %) des cas ont été notifiés dans le groupe d'âge des 20 à 59 ans. Cependant, la plupart des décès (69 %) ont été enregistrés chez des personnes âgées de plus de 60 ans. Dans tous les groupes d'âge, on n'a constaté aucune différence importante en nombres de cas notifiés selon le sexe, mais 69 % des décès sont survenus chez des hommes.

17. Trente-quatre pays et territoires ont mis en œuvre, avec le soutien du Bureau, des méthodes de diagnostic moléculaire pour le dépistage du SARS-CoV-2 dans au moins un laboratoire national de référence en santé publique. Tandis qu'au moins 18 pays et territoires possèdent des capacités de séquençage propres au pays, tous ont accès au séquençage dans des laboratoires choisis à l'extérieur du pays. Cependant, l'achat de fournitures pour les diagnostics *in vitro* a été ralenti par la pénurie de produits mis à

disposition sur le marché. Dans ce contexte, au 30 juin 2020, le Bureau a fourni des amorces, des sondes, des contrôles ou des trousseaux de PCR pour réaliser environ 4 900 000 réactions/tests. Les pays et les territoires ont également été soutenus pour l'achat de plus de 10 millions de tests par PCR par le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (ci-après désigné Fonds stratégique) de l'OPS.

18. Pour élaborer une riposte intégrée, l'ensemble des 35 États Membres a activé des mécanismes de coordination intersectorielle en riposte à la pandémie de COVID-19. Ces mécanismes comportent un leadership politique de très haut niveau, incluant les hauts fonctionnaires des secteurs clés, et la participation active des autorités et des gouvernements locaux, ainsi que l'activation des plans de gestion de crise et des mécanismes de riposte aux urgences.¹³ Vingt-trois États Membres ont déclaré l'état d'urgence¹⁴ et, au moment où ce document est rédigé, 12 d'entre eux ont élargi cette déclaration initiale.¹⁵ Sur l'ensemble de la Région, les pays et les territoires ont mobilisé leurs ressources nationales et plus de US \$500 millions en prêts (nouveaux ou réalloués) émanant d'institutions financières internationales (Banque mondiale, Banque interaméricaine de développement) et en subventions d'autres partenaires de développement (par ex. le Fonds mondial et Gavi, l'Alliance du vaccin).

19. Vingt-sept États Membres ont activé ou établi des structures et des mesures administratives d'urgence dans le secteur de la santé pour renforcer les systèmes sanitaires de pays.¹⁶ Les difficultés chroniques auxquelles sont confrontés les systèmes sanitaires comportent la dispersion, l'accès inégal à des services sanitaires intégrés, des faiblesses en matière de ressources humaines en santé, un accès inégal aux technologies de la santé, des capacités limitées pour les fonctions essentielles de santé publique, des programmes de prévention et de contrôle des infections insuffisamment financés et un respect limité des pratiques de prévention et de contrôle des infections.¹⁷ Ces difficultés sont devenues une priorité pour des interventions immédiates visant à rapidement étendre et à élargir les services de santé collectifs et individuels pour riposter à la pandémie de COVID-19, tout en maintenant les autres services essentiels (2, 13).

20. Entre le 30 janvier et le 12 juin 2020, les 35 États Membres sauf deux (Mexique et Nicaragua) ont mis en œuvre des mesures pour limiter de manière radicale l'entrée des

¹³ Organisation mondiale de la Santé. Tracking Public Health and Social Measures dataset. Disponible sur <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/phsm>

¹⁴ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Haïti, Mexique, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela.

¹⁵ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Colombie, Dominique, El Salvador, Équateur, Guatemala, Haïti, Pérou, République dominicaine et Venezuela.

¹⁶ Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Cuba, Dominique, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

¹⁷ Organisation panaméricaine de la Santé. Examen documentaire, information non publiée.

voyageurs et moyens de transport internationaux, voire interdire complètement l'entrée et la sortie des voyageurs. Sur ces 33 pays, 16 ont adopté des mesures internationales relatives à la circulation avant que le premier cas d'infection par le SARS-CoV-2 n'ait été confirmé sur leur territoire. D'une manière générale, les transports et les voyageurs internationaux circulant pour des missions humanitaires (par ex. rapatriement, évacuation médicale, transport de fournitures pour la riposte) sont exclus des mesures ci-dessus indiquées et relèvent de procédures particulières, comme c'est le cas pour ceux qui voyagent avec des objectifs relatifs à la sécurité alimentaire, à la poursuite des services essentiels¹⁸ et à la sécurité nationale.

21. Depuis le 2 mars 2020, les 35 États Membres sauf un (Nicaragua) ont adopté des mesures élargies à la communauté pour restreindre de manière radicale les mouvements de la population. Ces mesures vont de l'annulation des rassemblements traditionnels de masse et de la fermeture des commerces et des écoles, à des ordres de confinement généralisés. Sur les 34 États Membres qui ont adopté de telles mesures, neuf l'ont fait avant la confirmation du premier cas d'infection par le SARS-CoV-2 sur leur territoire.

22. En l'absence d'un traitement spécifique ou d'un vaccin contre la COVID-19, le schéma et l'ampleur de la propagation du SARS-CoV-2 observés dans la plus grande partie de la Région jusqu'à début mai 2020 sont imputables à l'adoption nationale d'interventions non pharmaceutiques. Ces interventions ont tout d'abord semblé réussir à ralentir la transmission du SARS-CoV-2. Début mai 2020, après six à huit semaines environ de mise en œuvre des mesures internationales relatives à la circulation et des mesures de distanciation sociale, des questions relatives à leur durabilité économique et sociale se sont cependant posées de manière de plus en plus saillante. Il y avait également dans certains pays des tensions politiques émergentes entre partis politiques ou entre niveau central et niveau infranational, parmi lesquelles des tensions relatives au cycle électoral. Dans le contexte de ces préoccupations – éventuellement combinées à l'impression erronée d'être arrivé à maîtriser la pandémie – les pays ont ressenti des besoins accrus et des pressions croissantes pour un assouplissement des mesures adoptées.

23. Une autoévaluation de l'état de préparation vis-à-vis de la COVID-19 a été réalisée entre janvier et avril 2020 par plus de 500 hôpitaux (publics et privés) dans 18 pays et territoires.¹⁹ Ses résultats ont indiqué des niveaux modérés de préparation dans certains domaines clés, comme la capacité diagnostique des laboratoires vis-à-vis du SARS-CoV-2, l'isolement et la prise en charge des cas. Les scores les plus bas concernaient les domaines relatifs à la prise en charge des patients nécessitant des soins intensifs et à la mise à disposition d'équipements pour les soins médicaux, parmi lesquels les équipements de protection individuelle (ÉPI) et les respirateurs. Élargir et réorganiser le réseau sanitaire a

¹⁸ L'OACI, l'OIT et l'OMI lancent un appel aux gouvernements sur la nécessité de désigner « travailleurs clés » le personnel essentiel de l'aviation et du transport maritime, 26 mai 2020. Disponible sur <https://www.icao.int/Newsroom/Pages/FR/ICAO-ILO-and-IMO-issue-joint-call-to-world-governments-on-need-for-key-worker-designations-for-essential-air-and-sea-.aspx>

¹⁹ Argentine, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guatemala, Haïti, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago et Venezuela.

nécessité des actions et des investissements importants à court terme pour combler les lacunes prioritaires qui avaient été déterminées. Tous les pays et territoires ont mis en œuvre des mesures pour élargir la capacité des hôpitaux à riposter à la pandémie de COVID-19, parmi lesquelles des décisions administratives prises au niveau national pour intégrer dans la mesure du possible les capacités nationales, particulièrement pour les soins intensifs, la gestion centralisée des lits, l'adaptation, la rénovation et l'amélioration des lits, le renforcement de la prise en charge clinique au sein du réseau pour la continuité des soins et l'utilisation efficace des ressources hospitalières, entre autres.

24. Tous les pays et territoires ont mis en place des mesures pour renforcer la prévention et la lutte contre les infections. Au 30 juin 2020, 33 pays et territoires²⁰ ont notifié avoir un programme national de prévention et de lutte contre les infections et des normes pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) dans les établissements de soins de santé. Le renforcement de l'application des pratiques d'hygiène des mains, de l'utilisation des ÉPI, et du nettoyage et de la désinfection des appareils médicaux est une priorité pour les pays, les territoires et le Bureau depuis le début de la pandémie.

25. Les équipes médicales d'urgence et les sites de soins médicaux alternatifs ont joué un rôle-clé afin d'élargir les capacités au cours de l'intensification des actes médicaux et répondre aux besoins créés par l'augmentation exponentielle du nombre de patients. Les équipes médicales d'urgence ont tout d'abord été nationales, du fait de l'absence de mise à disposition d'équipes médicales d'urgence internationales, conséquence des restrictions de voyage et des besoins qu'avaient les pays d'appuyer leurs propres systèmes nationaux de santé. En date du 7 juillet 2020, quinze pays ont notifié le déploiement de 176 équipes médicales d'urgence nationales, tandis que neuf autres sont prêtes à intervenir. De la même manière, 96 sites de soins médicaux alternatifs ont été rendus opérationnels, ce qui a fourni un total de 8330 lits d'hospitalisation et 458 lits de soins intensifs. De plus, les équipes médicales d'urgence régionales ont appuyé la délivrance de soins cliniques dans les zones frontalières et éloignées, offrant un accès à ces soins aux migrants et aux populations autochtones, particulièrement dans la région amazonienne. Des stades et des hôpitaux mobiles, utilisés comme sites de soins médicaux, ont donné la priorité à l'augmentation du nombre de lits plutôt qu'à la capacité à délivrer des soins effectifs aux patients.

26. En mai 2020, par le biais des bureaux de pays de l'OPS/OMS, une enquête sur le premier niveau de soins dans le contexte de la pandémie de COVID-19 a été réalisée. Les rétroactions reçues émanaient de 24 pays,²¹ dont vingt (83 %) indiquaient l'intégration du premier niveau de soins à leur riposte sanitaire à la pandémie de COVID-19. Les actions menées pour lutter contre la pandémie incluaient l'éducation et la communication (67 %),

²⁰ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

²¹ Argentine, Bahamas, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

les enquêtes de cas et la recherche des contacts (63 %), le triage (63 %), la réalisation de tests (42 %), l'orientation des patients (54 %) et le suivi des cas et des contacts dans la communauté (54 %). Les principales actions entreprises pour la poursuite des services essentiels se rapportent aux soins des femmes enceintes (58 %) et des nouveau-nés (54 %), à la vaccination (63 %), à la distribution de médicaments (42 %) et à la surveillance par téléconsultation ou soins à domicile des patients présentant des maladies chroniques (71 %). Selon une évaluation récente, les services externes pour les patients atteints de maladies non transmissibles sont toujours maintenus, avec un accès limité dans 18 pays (64 %) et un plein accès dans sept pays (25 %) (14). Depuis avril 2020, par le biais des bureaux de pays de l'OPS/OMS, le Bureau a conduit quatre enquêtes sur les services de vaccination systématique. Les rétroactions reçues le 11 juin émanaient de 39 pays.²² Les services de vaccination systématique ont été maintenus dans 31 pays (79 %).²³ Néanmoins, dans huit pays (21 %), ces services ont été partiellement suspendus.²⁴ Une comparaison des doses de DTC3 administrées au cours du premier trimestre 2019 et sur la même période en 2020 montre un déclin de 12,3 %. Malgré les pénuries, les traitements contre l'infection à VIH n'ont pas été interrompus, grâce aux mesures d'atténuation mises en œuvre par les pays et les territoires, parmi lesquelles un appui du Bureau par le biais du Fonds stratégique.

27. La poursuite des services essentiels fournis au premier niveau de soins a été particulièrement entravée dans les zones rurales et périurbaines et pour les populations autochtones. Cela est lié au déficit préexistant d'agents de santé, de même qu'aux mesures de distanciation sociale, aux agents de santé infectés et à la fermeture de divers établissements de soins primaires dans ces zones.

28. Les principales limites auxquelles a été confronté le premier niveau de soins incluent les lacunes en ressources humaines, ainsi que le manque de motivation, les difficultés de connectabilité, les pénuries de médicaments, de fournitures, d'appareils médicaux et d'ÉPI, ainsi que les problèmes logistiques relatifs aux enquêtes de cas et à la recherche des contacts, à la réalisation des tests, au triage des patients, aux soins à domicile, à la gestion des centres d'appel et aux téléconsultations. Les principales raisons d'interruption des services dédiés aux maladies non transmissibles incluent l'annulation des services de soins prévus (dans 14 des 24 pays, soit 58 %), la redistribution du personnel clinique vers les actions de riposte à la COVID-19 (12/24,50 %) et la non-présentation des patients pour les soins (12/24,50 %) (14).

²² Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, îles Cayman, Chili, Colombie, Cuba, Curaçao, Dominique, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caiques, Uruguay, Venezuela et îles Vierges britanniques.

²³ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Chili, Colombie, Cuba, Dominique, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caiques, Uruguay, Venezuela et îles Vierges britanniques.

²⁴ Argentine, Bolivie, Brésil, îles Cayman, Curaçao, Équateur, Haïti et Pérou.

29. Les États Membres ont accéléré les actions pour renforcer les systèmes d'information concernant la santé et adopter des solutions numériques permettant un accès (pratiquement en temps réel) à des données ventilées en temps opportun pour appuyer la prise de décision dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19. Les interventions de contrôle sont renforcées par l'introduction de plateformes numériques et d'outils de gestion des cas et des contacts, ainsi que d'une surveillance de la mobilité de la population. De plus, les plateformes et les outils numériques permettent une diffusion rapide et élargie des informations sur les mesures de prévention. Les plateformes et les applications pour les téléconsultations, les consultations de télé-médecine, la surveillance à distance des patients et la communication à distance sont mises en œuvre pour permettre aux agents de santé, en particulier au premier niveau de soins, de gérer les soins médicaux et faciliter la surveillance à domicile des patients atteints de COVID-19.

30. Les agents de santé sont en première ligne de la riposte à la COVID-19, dans des catégories professionnelles classées comme ayant une exposition potentielle très élevée au SARS-CoV-2. En conséquence, l'OMS a fourni des orientations sur les droits et les responsabilités des agents de santé, y compris les mesures nécessaires pour protéger la sûreté et la santé professionnelle. Les risques professionnels incluent la reconnaissance ou la suspicion tardive d'une COVID-19 chez certains patients, le travail dans des départements à risque élevé sur de longues périodes de travail et avec une exposition prolongée à un grand nombre de patients atteints de la COVID-19, des pratiques infraoptimales de prévention et contrôle des infections, parmi lesquelles une hygiène des mains insuffisante, un manque d'ÉPI ou une utilisation inadéquate de ces équipements et une formation insuffisante. Au 2 juin 2020, les agents de santé représentent 4,7 % du nombre total de cas notifiés par le programme de surveillance mondiale de la COVID-19.²⁵ (10, 11).

31. De nombreux pays ont promulgué des outils juridiques et normatifs pour la gestion des ressources humaines pour la santé, dont certains ont déclaré la COVID-19 comme maladie professionnelle. Les approches visant à élargir les capacités des ressources humaines pour santé ont inclus la mobilisation d'étudiants en sciences de la santé pour appuyer la recherche des contacts, l'émission de contrats temporaires et l'augmentation du nombre de contrats permanents, la conclusion d'accords bilatéraux avec d'autres pays,²⁶ l'autorisation d'agréments temporaires sur une base exceptionnelle pour les professionnels de la santé diplômés d'un autre pays et la signature d'accords pour accélérer la diplomation des résidents et des étudiants se trouvant dans les années finales de leur formation.²⁷

²⁵ Organisation mondiale de la Santé. WHO Situation Report, 11 avril 2020. Disponible sur https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200411-sitrep-82-covid-19.pdf?sfvrsn=74a5d15_2

²⁶ De nombreux pays des Caraïbes dépendent des agents de santé cubains de manière systématique, et d'autres ont accueilli de nouvelles brigades cubaines pour riposter à la COVID-19 (Antigua-et-Barbuda, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname et Trinité-et-Tobago).

²⁷ Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Cuba, El Salvador, Haïti, Honduras, Mexique, Panama,

Certains pays ont également proposé des incitations économiques et non économiques pour le personnel ripostant à la pandémie.²⁸

32. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les pays et territoires de la Région ont été confrontés à des difficultés pour accéder aux technologies de santé essentielles à la riposte, comme les tests diagnostiques *in vitro*, les respirateurs et les ÉPI. Certains pays de production ont imposé des restrictions à l'exportation des ÉPI, des respirateurs et des tests diagnostiques, et les fabricants donnent la priorité à certains marchés sur d'autres. Les fermetures des frontières et la limitation des vols aériens ont encore plus pénalisé l'accès aux fournitures essentielles, tout en augmentant leurs coûts. La participation de multiples intermédiaires compromet également la transparence et les délais en temps opportun des processus d'achat, ainsi que la capacité à surveiller la qualité des produits. Ces restrictions ont encore aggravé les perturbations de la chaîne d'approvisionnement en fournitures essentielles de santé déclenchées par les répercussions de la pandémie sur la fabrication. Les difficultés éprouvées en matière d'accès aux fournitures médicales et dues à une demande accrue dans le cadre de la pandémie actuelle peuvent laisser présager des difficultés semblables d'accès aux traitements et aux vaccins contre la COVID-19, une fois ceux-ci disponibles.

33. La nécessité d'accélérer la mise au point et la mise à disposition des technologies sanitaires essentielles a donné une impulsion à plusieurs initiatives de collaboration mondiale. Celles-ci incluent l'accès à l'Accélérateur d'accès aux outils contre la COVID-19 (accélérateur ACT), une collaboration mondiale pour accélérer la mise au point, la production et l'accès équitable aux nouveaux outils diagnostiques, thérapeutiques et vaccinaux contre la COVID-19.²⁹ Un autre exemple est l'Appel solidaire à l'action, une initiative lancée par le Costa Rica qui promeut un accès mondial équitable aux technologies de la santé concernant la COVID-19 en mettant en commun les connaissances, la propriété intellectuelle et les données.³⁰ La facilitation de l'accès à des fournisseurs internationaux dans la Région, la mobilisation des ressources de donateurs et la réallocation des fonds de coopération a permis d'élargir le soutien du Bureau aux pays et aux territoires dans le besoin.

34. La communauté scientifique a ciblé la mise au point ou la réorientation de médicaments pouvant cibler le SARS-CoV-2 et l'infection qui lui est liée. Les États Membres financent et promeuvent la recherche dans diverses disciplines pour répondre à

Paraguay, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago et Venezuela.

²⁸ Argentine, El Salvador, Honduras, Paraguay, Pérou et République dominicaine.

²⁹ Organisation mondiale de la Santé. Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator. Disponible sur [https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator](https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator)

³⁰ Organisation mondiale de la Santé. Solidarity Call to Action. Disponible sur <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool/solidarity-call-to-action>

la pandémie de COVID-19,³¹ y compris des études qui ne sont pas des essais cliniques et ne sont donc pas enregistrées sur la plateforme du Registre international des essais cliniques de l'OMS. Les États Membres ont établi des procédures pour une révision éthique rapide, soit une pratique qui était presque absente de la Région au tout début 2020. Bien qu'au moment de la rédaction de ce document aucune intervention pharmaceutique prophylactique ou thérapeutique n'ait fait la preuve de son efficacité pour cibler le SARS-COV-2, des directives de prise en charge clinique émises par certains États Membres recommandent des interventions fondées sur des consensus d'experts, des données factuelles de très faible qualité et des travaux de recherche contradictoires. Il faut cependant noter que dans une étude récente, de faibles doses de stéroïdes (dexaméthasone) ont diminué la mortalité des patients sous respirateurs et des patients ne recevant que de l'oxygène.³² L'utilisation d'interventions pharmaceutiques d'efficacité non prouvée – qui peuvent ne pas être bénéfiques, et même être délétères, pour les patients – en dehors d'établissements de recherche soulève des préoccupations éthiques. La pandémie a également placé la bioéthique au premier plan en raison des difficultés à hiérarchiser de rares ressources pour la délivrance des soins intensifs (par ex. respirateurs). Faire progresser l'équité entre les pays et les territoires pour la distribution des traitements et des vaccins actuellement en cours d'élaboration est un défi à venir, qui nécessite de définir les implications de la notion d'équité appliquée dans un scénario sans précédent (15-29).

35. Divers acteurs humanitaires ont dû réorienter leurs capacités en raison des difficultés de mobilité et de la mise à disposition inégale des ressources. Le Groupe régional sur les risques, les urgences et les catastrophes pour l'Amérique latine et les Caraïbes (REDLAC), un espace de coordination interagences, a tenu informée la communauté humanitaire des Amériques, harmonisé les messages techniques et promu une coordination chapeauté par sa structure, de manière à ce que les agences et les organisations puissent fournir du soutien aux pays. Des informations hebdomadaires ont été mises à disposition et des réunions du pôle du secteur de la santé en collaboration avec d'autres entités ont favorisé la création de groupes thématiques envisageant des sujets comme la santé mentale et les soins psychosociaux.

36. La nature rapidement évolutive de la pandémie de COVID-19 a nécessité que le Bureau mette en œuvre un mécanisme adaptatif et agile, dans un contexte de travail ajusté influencé par les restrictions de voyage et la distanciation sociale, pour riposter à la pandémie qui touche tous les pays et les territoires au sein de la Région. Pour compléter les ressources locales de l'OPS, là où elles étaient mises à disposition, le personnel et les fournitures ont été mobilisés vers 51 pays et territoires de la Région. Ils ont servi, entre

³¹ Les pays suivants ont enregistré des essais cliniques ou des études observationnelles sur la plateforme du Registre international des essais cliniques de l'OMS : Argentine (13), Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (2), Brésil (41), Canada (64), Chili (8), Colombie (13), Costa Rica (2), Cuba (13), Curaçao, Dominique, El Salvador, Équateur (5), États-Unis d'Amérique (395), Grenade, Guatemala, Haïti, Honduras (3), Jamaïque, Mexique (25), Montserrat, Paraguay, Pérou (9), République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

³² The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19—preliminary report. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2021436.

autres, à former les autorités nationales de santé, à appuyer l'élaboration et l'activation de plans nationaux d'urgence et l'analyse de la réorganisation des services, à diffuser des spécifications techniques relatives aux ÉPI et aux équipements biomédicaux, à renforcer l'analyse des besoins pour répondre aux exigences en ÉPI, en fournitures et en réactifs par la sollicitation des fournisseurs habituels et à soutenir les États Membres pour faire avancer leurs processus d'achat afin de créer une réserve nationale stratégique. De février à mi-mars 2020, des formations de laboratoire ont été organisées au Brésil pour neuf pays d'Amérique du Sud, et au Mexique pour sept pays d'Amérique centrale et des Caraïbes, et des experts de laboratoire ont été déployés dans neuf pays³³. Des experts en prise en charge clinique, en prévention et contrôle des infections, et en réorganisation des services sanitaires ont été déployés dans neuf pays³⁴. Des experts en mise en œuvre des plateformes numériques Go.Data pour la recherche de contacts ont été déployés en Argentine, au Brésil, en Colombie et au Mexique. De même, plus de 90 séances virtuelles de formation ont été suivies par plus de 20 000 participants issus de 33 pays, et plus de 90 documents et outils techniques ont été mis au point, adaptés ou traduits pour être utilisés dans les Amériques. Le Bureau appuie le renforcement ou l'installation de capacités diagnostiques de laboratoire relatives au SARS-CoV-2 dans 38 pays et territoires et il a déjà acheté et distribué des réactifs de laboratoire, des ÉPI et des fournitures et des équipements médicaux à 37 pays et territoires. Le Bureau a récemment actualisé ses besoins en ressources pour appuyer les efforts de préparation et de riposte à la COVID-19 dans les Amériques à US\$ 200 millions pour la période de 11 mois allant de février à décembre 2020. Le Bureau mobilise l'OMS, les donateurs clés et les partenaires pour combler la lacune résiduelle de financement de 53 % (au 15 juillet 2020).

37. Une mise à jour plus détaillée du soutien apporté par le Bureau aux pays et territoires des Amériques pour leur préparation et leur riposte à la pandémie de COVID-19 a été publiée dans un document sur la riposte de l'Organisation panaméricaine de la Santé à la COVID-19 dans les Amériques (du 17 janvier au 31 mai 2020).³⁵

Mesures nécessaires pour améliorer la situation

38. En l'absence d'un traitement et d'un vaccin spécifiques contre la COVID-19, ce document suppose que le scénario le plus probable dans l'évolution de la pandémie est celui de vagues et de flambées épidémiques récurrentes se produisant en différents endroits d'un même pays, simultanément ou à des moments différents, à mesure que l'économie rouvre progressivement.

³³ Bahamas, Barbade, Colombie, Dominique, Guyana, Haïti, Jamaïque, Suriname et Venezuela.

³⁴ Antigua-et-Barbuda, Bolivie, Dominique, Équateur, Grenade, Honduras, Nicaragua, Paraguay et Venezuela.

³⁵ Organisation panaméricaine de la Santé. Pan American Health Organization Response to COVID-19 in the Americas. Disponible sur <https://www.paho.org/en/documents/pan-american-health-organization-response-covid-19-americas> (le rapport mis à jour sera disponible fin septembre.)

39. La politique repose sur quatre axes d'action complémentaires qui se renforcent mutuellement :

- a) renforcer le leadership, l'administration générale et la gouvernance,
- b) renforcer les informations sur l'épidémie,
- c) renforcer les systèmes de santé et les réseaux de prestation de services,
- d) renforcer la riposte des opérations d'urgence et la chaîne d'approvisionnement.

Renforcer le leadership, l'administration générale et la gouvernance

40. Les expériences et les enseignements tirés au niveau national dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19 façonnent un contexte dans lequel les décisions relatives à l'ajustement des interventions non pharmaceutiques peuvent progressivement s'écarter de la méthode du tâtonnement. En particulier, des données factuelles se sont accumulées sur l'efficacité d'interventions non pharmaceutiques pour ralentir la transmission du SARS-CoV-2.³⁶ Des progrès ont été réalisés sur le plan du renforcement des systèmes de santé nationaux depuis l'apparition du virus, grâce, entre autres, à l'application de technologies d'une manière innovante qui favorise la distanciation sociale. La mise en œuvre de ces mesures qui ne sont pas mutuellement exclusives pour lutter contre la COVID-19 est nécessairement intersectorielle, dépassant le mandat et la portée du secteur de la santé. Bien qu'elles ne soient pas encore quantifiables avec précision, leurs répercussions sociales et économiques négatives dans l'immédiat et à long terme, aux niveaux local, national et mondial, seront probablement sans précédent, compromettant ainsi, entre autres, la réalisation des ODD. Dans cette optique, les autorités nationales et les Secrétariats de l'OPS et de l'OMS devront envisager de prendre les mesures suivantes :

- a) Renforcer ou maintenir une approche de l'ensemble du gouvernement et de la société toute entière pour atténuer les tensions et trouver un équilibre entre les priorités et les intérêts de la santé publique et ceux socio-économiques. Cela nécessitera d'ajuster continuellement et progressivement les mesures dans un sens ou dans l'autre – soit en les resserrant soit en les assouplissant – en fonction du scénario de transmission vécu. La mise en place d'une protection sociale, financière et budgétaire, en particulier dans les communautés fortement dépendantes des économies informelles, est essentielle pour prévenir et/ou atténuer les conséquences non voulues de ces mesures.
- b) Renforcer ou maintenir une approche cohérente de la communication sur les risques concernant les mesures introduites, adaptées ou interrompues, tout en maintenant un degré élevé de sensibilisation aux risques individuels.
- c) Affiner les stratégies d'isolement des cas de COVID-19 et de mise en quarantaine des personnes avec qui ils ont été en contact afin d'adapter davantage ces stratégies

³⁶ Les interventions non pharmaceutiques comprennent les mesures de protection individuelle, les mesures environnementales, les mesures de distanciation sociale et les mesures liées au trafic international.

- aux contextes locaux et d'accroître leur efficacité (par ex. par l'utilisation de technologies de proximité).
- d) Faire reposer le processus décisionnel relatif à l'adaptation des mesures sur une analyse itérative de données sanitaires, économiques et sociologiques d'une granularité de plus en plus fine, en vue d'une mise en œuvre plus ciblée géographiquement de ces mesures. Des efforts et des investissements sont nécessaires pour élargir les sources d'information et affiner la granularité de l'approche analytique de sorte que le processus décisionnel repose sur un ensemble solide d'indicateurs.
 - e) Prendre les dispositions opérationnelles et administratives pertinentes, en particulier dans les pays fortement dépendants du tourisme, pour la reprise des voyages internationaux non essentiels par air et par mer. Cela impliquera des mesures de la part des opérateurs de moyens de transport, aux points d'entrée et dans le secteur hôtelier. Ces dispositions doivent être fondées sur des données scientifiques, sur la situation épidémiologique mondiale, régionale et nationale et, surtout, sur la capacité du système de santé national. Étant donné que le risque de nouvelles introductions du SARS-CoV-2 ne peut pas être éliminé, la reprise des voyages internationaux non essentiels de manière progressive, ordonnée et fluide nécessite une harmonisation maximale des politiques et des pratiques entre les pays du monde entier, ainsi qu'une communication claire et en temps opportun de ces politiques et pratiques dans le domaine public. À l'heure actuelle, la reprise des voyages internationaux non essentiels devrait être fondée sur un processus itératif d'évaluation des risques et non sur l'exigence de résultats de tests de laboratoire liés au SARS-CoV-2, obtenus par des méthodes moléculaires ou sérologiques.
 - f) Assurer la formulation par le Secrétariat de l'OMS de recommandations temporaires et d'orientations techniques connexes (par ex. des conseils aux voyageurs) en temps opportun, pertinentes et cohérentes.

41. Renforcer la gouvernance des systèmes de santé par la gestion, la coordination et des dispositions spéciales pour surmonter la fragmentation de la prestation de services afin de tirer parti des capacités dans tous les sous-systèmes et secteurs (publics et privés). Faciliter les processus décisionnels essentiels, développer des systèmes d'information intégrés pour fournir des informations en temps réel sur les indicateurs clés des services de santé et procéder à des bilans.

42. Positionner la santé publique au centre des transformations des systèmes de santé et augmenter les investissements pour développer les capacités de mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique, y compris celles requises pour l'application et le respect du RSI. Sur la base d'évaluations multisectorielles et menées par les pays de ces fonctions, intégrer des mesures dans les politiques et plans nationaux de santé, avec l'allocation budgétaire correspondante, en donnant la priorité à l'augmentation des effectifs de la santé publique et des capacités des réseaux de services de santé à se préparer et à répondre aux événements de santé publique, en accordant l'attention nécessaire au premier niveau de soins et aux actions au niveau territorial.

43. Lancer des activités préparatoires à la vaccination en prévision d'un vaccin contre la COVID-19 dans les 24 prochains mois. Ces activités comprennent des consultations d'experts (en particulier, des réunions du Groupe consultatif technique régional sur les maladies évitables par la vaccination et des groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination) afin de recommander des stratégies de vaccination et des meilleures pratiques. Des mesures devront être prises pour former les parties prenantes nationales (en particulier dans les pays ayant peu ou pas d'expérience en matière de programmes établis de vaccination contre la grippe saisonnière), évaluer et renforcer les capacités de la chaîne du froid, élaborer ou mettre à jour les plans nationaux de déploiement des vaccins, renforcer les systèmes d'information pour les registres de vaccination et la couverture vaccinale, ainsi que développer les capacités et les initiatives de communication sociale et de communication sur les risques. En outre, la participation aux réseaux régionaux de surveillance de la sécurité vaccinale devra être assurée.

44. Intégrer la gestion des risques d'urgence et de catastrophe dans le secteur de la santé aux politiques, plans et budgets nationaux, et promouvoir l'intégration de la santé dans les stratégies et plans nationaux de riposte aux crises et aux pandémies. Renforcer les systèmes de gestion des incidents aux niveaux national, infranational et local, y compris les rôles de leadership, et les centres d'opérations d'urgence sanitaire (30).

45. Investir stratégiquement des ressources dans la recherche et le développement, non seulement pour la riposte à la COVID-19, mais aussi pour les systèmes de santé et la prestation de services réguliers, afin d'accroître leur résilience aux crises. Définir et mettre en œuvre des orientations claires sur les approches éthiques acceptables pour l'utilisation d'interventions non prouvées et non documentées au profit des patients. Promouvoir l'institutionnalisation de mécanismes éthiques de collecte d'échantillons, de mécanismes collaboratifs de riposte rapide, fondés sur des données factuelles, pour soutenir la recherche future sur la COVID-19, et de mécanismes permettant de traduire rapidement les données scientifiques en politiques et pratiques.

46. Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes qui atténuent les conséquences négatives auxquelles sont confrontées les populations en situation de vulnérabilité dont les conditions défavorables préexistantes se sont aggravées à la suite des mesures de santé publique. Il s'agit notamment des travailleurs sans protection sociale ou assurance maladie, des personnes vivant dans des espaces surpeuplés, des personnes en institution, des migrants, des sans-abris et des communautés autochtones et d'ascendance africaine vivant dans des conditions précaires. Pour de nombreuses populations de la Région, la mise en œuvre et le respect des mesures de santé publique ont été difficiles. Parmi elles, on trouve les travailleurs de l'économie informelle, qui dépendent d'un revenu journalier et doivent se conformer aux mesures de confinement, les familles vivant dans des logements surpeuplés avec un risque accru de violence interfamiliale et peu d'espace pour la distanciation sociale, ainsi que les personnes n'ayant pas accès à l'eau courante et au savon pour se laver fréquemment les mains.

47. Élaborer des orientations rigoureuses pour promouvoir la justice et l'équité dans l'attribution mondiale des traitements et vaccins contre la COVID-19.

Renforcer les informations sur l'épidémie

48. Faire de la détection précoce des cas suspects, suivie de leur analyse en laboratoire, de l'isolement, de la recherche des contacts et de leur mise en quarantaine, la pierre angulaire d'une stratégie ciblée et durable de lutte contre la COVID-19 à moyen terme. Dans la plupart des pays et territoires, cela nécessitera une augmentation significative des ressources humaines, un investissement financier plus important et des outils innovants, ainsi que le maintien de mécanismes pour assurer la surveillance de la COVID-19 et d'autres maladies transmissibles.

49. Mettre en œuvre des approches et des outils de traçage des contacts et de quarantaine innovants, adaptés au contexte juridique, social et épidémiologique de chaque pays ou territoire. Suivre et évaluer la rapidité et l'exhaustivité de la recherche des contacts et du respect de la quarantaine. Les expériences et les enseignements tirés devront être partagés avec les pays de la Région et en dehors de la Région dans un esprit de solidarité et pour fournir des assurances mutuelles sur la qualité de la riposte.

50. Mettre en œuvre une combinaison de stratégies pour la surveillance de la COVID-19, telles que la surveillance universelle et nominale fondée sur une définition des cas suspects, la surveillance sentinelle des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) et du syndrome pseudo-grippal et la surveillance événementielle (à savoir la collecte et l'évaluation systématiques des rapports dans les médias et des rumeurs). La recherche active de cas et la surveillance sentinelle des IRAS et du syndrome pseudo-grippal (en cours dans les Amériques depuis plus de dix ans pour le suivi de la grippe et d'autres virus) sont essentielles pour améliorer la détection et le suivi de la transmission de la COVID-19 dans la communauté. Il convient de continuer d'assurer la surveillance des virus de la grippe, compte tenu de leur potentiel épidémique et pandémique.

51. Renforcer la collecte d'échantillons dans les cas de pneumonie ou d'IRAS inhabituelles, en veillant à ce que les échantillons soient collectés de manière adéquate et livrés en temps voulu aux centres nationaux de lutte contre la grippe ou aux laboratoires nationaux chargés de la surveillance et de la détection des virus respiratoires.

52. Améliorer la compréhension des modes de transmission et de l'épidémiologie du SARS-CoV-2. Le BSP considère que les informations sur la génomique virale sont essentielles pour comprendre l'origine et la propagation mondiale du virus, fournir des informations sur la pathogénicité et permettre ainsi le développement de traitements et de vaccins. Cela a déjà aidé la communauté scientifique à séquencer le plus grand nombre possible de génomes du SARS-CoV-2.

53. Renforcer la surveillance événementielle pour relever les défis de la détection précoce dans les populations en situation de vulnérabilité, y compris les populations

autochtones et d'ascendance africaine, pour qui le manque d'accès aux services de santé, de communication et de transport augmente la vulnérabilité au SARS-CoV-2.

Renforcer les systèmes de santé et les réseaux de prestation de services

54. Renforcer la gouvernance des systèmes de santé et la gestion des réseaux de services de santé en vue d'accroître leur capacité de réponse adaptative. Dans le cadre du scénario d'évolution de la COVID-19 qui est considéré comme le plus probable, les services de santé doivent s'adapter rapidement, en maintenant et en accroissant les capacités de santé publique et de soins intensifs développés pour la riposte à la COVID-19. Des ajustements doivent également être effectués pour continuer à fournir les services de santé de routine, en veillant à ce que les services essentiels ne soient pas compromis.

55. Élaborer des plans définis pour se préparer à de nouvelles flambées épidémiques ou catastrophes pendant la pandémie, y répondre et les atténuer. Diffuser et appliquer les documents et les outils de mise à jour des plans et procédures de la riposte et du relèvement de manière interdisciplinaire et multisectorielle, afin d'améliorer l'efficacité, de réduire les doublons et de permettre des actions collectives coordonnées.

56. Mettre en œuvre des stratégies de crise médicale conformément aux directives pour les équipes médicales d'urgence afin de garantir des réponses durables et autonomes des équipes médicales. Prendre en compte les lacunes identifiées lors de la riposte dans les processus de planification, d'estimation des besoins et d'élargissement de la capacité du réseau des services sanitaires.

57. Investir dans la capacité de résolution du premier niveau de soins et l'accroître, ce qui sera essentiel pour identifier les cas, pour contenir l'expansion, pour la prise en charge rapide des cas de COVID-19 ambulatoires dans la communauté et pour la continuité des services de santé essentiels. Il s'agit notamment d'accroître les capacités en ressources humaines (en accordant une attention particulière au transfert ou à la réaffectation du personnel) et les capacités de télécommunications et de transports, de garantir la disponibilité des médicaments, des fournitures, des dispositifs et équipements médicaux et des ÉPI, d'adapter les structures physiques le cas échéant, ainsi que de mettre en place des mesures pour les soins à domicile. Ces dernières comprennent le suivi des cas actifs et des patients guéris et la prestation de services de santé essentiels nécessitant des équipements pour les téléconsultations, la logistique de mobilisation et des fournitures pour les soins médicaux et infirmiers.

58. Identifier les obstacles à l'accès et mettre en œuvre des stratégies pour assurer la couverture des populations en situation de vulnérabilité ou présentant des vulnérabilités spécifiques pendant la pandémie, en accordant toute l'attention nécessaire aux besoins spécifiques et différenciés. La mise en œuvre de mécanismes de collaboration avec la communauté et d'action intersectorielle est essentielle pour répondre aux besoins sanitaires de la population pendant la pandémie de COVID-19.

59. Mettre en œuvre des actions alignées sur la stratégie et le plan d'action sur les ressources humaines pour la santé. Cela comprend la mise en place de systèmes d'information unifiés, fiables et actualisés sur les ressources humaines pour la santé afin de permettre une mobilisation rapide et un partage des tâches en fonction des besoins de la riposte. Il faudra revoir les accords, les normes et les réglementations en matière de mobilité et de migration du personnel de santé, ce qui s'est avéré particulièrement important pour les Caraïbes et l'Amérique du Sud pendant la pandémie, ainsi que les conditions d'emploi des agents de santé afin de garantir que ceux qui sont contaminés par la COVID-19 soient couverts par les régimes d'indemnisation. Il est également essentiel de renforcer les programmes de santé au travail pour les agents de santé.

60. Renforcer les programmes de prévention et contrôle des infections, en tenant compte de la gouvernance, du leadership et de l'allocation de ressources, pour contenir les pathogènes endémiques ou épidémiques. Utiliser une approche stratégique multimodale pour mettre en œuvre les activités programmatiques de prévention et contrôle des infections au niveau national. Intégrer les activités de prévention et contrôle des infections à d'autres programmes connexes, tels que ceux sur le VIH, la tuberculose et l'hépatite virale, et à la vaccination.

61. Continuer à accélérer le renforcement des systèmes d'information pour la santé et l'adoption de solutions numériques pour améliorer l'accès aux services de santé. Cela facilitera l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge des cas suspects et positifs de manière sûre et efficace, en réduisant au minimum le risque de transmission tout en favorisant une plus grande équité dans l'accès à des soins médicaux en temps opportun. Pour renforcer le premier niveau de soins pendant la pandémie, il faudra au moins adopter les éléments suivants : *a)* des registres numériques des maladies, *b)* des applications pour la collecte de données éthique, *c)* des applications pour une interaction sécurisée avec les patients, *d)* des dossiers médicaux électroniques et des portails pour les patients, *e)* des systèmes de prescription électronique, *f)* des outils de télésanté et *g)* des outils de deuxième avis médical.

62. Tirer parti des avancées et des innovations de la riposte à la COVID-19 pour progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, avec des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires.

Renforcer la riposte des opérations d'urgence et la chaîne d'approvisionnement

63. Veiller à ce que l'engagement financier et politique soit en place pour fournir un accès en temps utile aux dispositifs médicaux de diagnostic, aux nouveaux vaccins et traitements pour tous les États Membres. Pour ce faire, il sera nécessaire de prendre part à des discussions et des initiatives mondiales telles que l'Accélérateur d'accès aux outils contre la COVID-19 (accélérateur ACT) et l'Équipe spéciale de la chaîne d'approvisionnement COVID-19 des Nations Unies.

64. Contribuer à l'adoption de critères transparents pour un accès et une attribution équitables des technologies de la santé essentielles. L'utilisation des capacités mises en commun d'achats et de coopération technique disponibles dans le cadre du Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins et du Fonds stratégique pourrait contribuer à améliorer l'accessibilité financière, la disponibilité et l'utilisation appropriée de ces technologies dans les États Membres.

65. Préparer les mécanismes nationaux requis pour une introduction, une utilisation et une supervision rapides et efficaces des nouveaux produits médicaux susceptibles d'atténuer la pandémie. Garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des nouveaux produits doit être une priorité dans le contexte des autorisations d'urgence pour l'utilisation de ces produits. Il est également important de renforcer les capacités des chaînes d'approvisionnement afin de déployer efficacement les nouvelles technologies tout en garantissant un accès approprié à toutes les autres technologies de la santé essentielles.

66. Renforcer les capacités sectorielles et intersectorielles de coordination et de prise de décisions en matière de santé aux niveaux national, infranational et municipal, en s'appuyant sur des données scientifiques.³⁷ Appliquer les enseignements tirés des grandes villes durement touchées aux petites villes qui n'ont pas encore connu le pic épidémique et qui peuvent bénéficier d'un transfert de connaissances sur les meilleures pratiques, les protocoles et la mise en œuvre de mesures publiques.

67. Renforcer et intégrer les chaînes d'approvisionnement nationales, l'entreposage et les capacités et ressources logistiques, en particulier dans le contexte des incertitudes liées aux chaînes d'approvisionnement mondiales.

68. Développer les capacités de la Région pour la fabrication et la production de fournitures et de technologies essentielles.

Suivi et évaluation

69. Cette politique contribuera à la mise en œuvre des résultats intermédiaires 1, 2, 4, 5, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24 et 25 du Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS, ainsi qu'aux objectifs du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.

70. Le suivi et l'évaluation de ce plan seront alignés sur le cadre de gestion axé sur les résultats de l'Organisation et sur ses processus de performance, de suivi et d'évaluation. Un rapport d'avancement sera publié en 2023, date à laquelle on suppose que le vaccin ou les traitements contre la COVID-19 pourraient être disponibles.

³⁷ Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19 guidance and the latest research in the Americas. Disponible sur <https://covid19-evidence.paho.org/?locale-attribute=en>

Implications financières

71. Le coût total estimé de la coopération technique du BSP pour soutenir les États Membres dans la mise en œuvre des mesures liées à cette politique, de 2020 à 2022, y compris les coûts de personnel et d'activités, se monte à US\$ 30 millions. Le financement des initiatives nationales sera pris en charge par les États Membres.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

72. Le Conseil directeur est invité à examiner le présent document, à formuler les recommandations qu'il juge pertinentes et à envisager d'approuver le projet de résolution présenté à l'annexe A.

Annexes

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005) 3^e éd. [consulté le 12 juin 2020]. Disponible sur <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246187/1/9789242580495-fre.pdf?ua=1>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2014 (résolution CD53.R14) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27599&Itemid=270&lang=fr
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC) États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2014 (résolution CD53.R9) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27562&Itemid=270&lang=fr
4. Organisation des Nations Unies. Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030) [Internet]. Soixante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies; 23 juin 2015; New York (NY), États-Unis. New York (NY) : ONU; 2015 (résolution A/RES/69/283) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur <https://undocs.org/fr/A/RES/69/283>

5. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'OPS, 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington (DC) États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2016 (résolution CD55.R10) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36396&Itemid=270&lang=fr
6. Organisation des Nations Unies. Solidarité mondiale dans la lutte contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. Soixante-quatorzième session de l'Assemblée générale des Nations Unies; 3 avril 2020; New York (NY) États-Unis. New York (NY) : ONU; 2020 (résolution A/RES/74/270) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur <https://undocs.org/fr/A/RES/74/270>
7. Organisation des Nations Unies. Coopération internationale visant à assurer l'accès mondial aux médicaments, aux vaccins et au matériel médical pour faire face à la COVID-19 [Internet]. Soixante-quatorzième session de l'Assemblée générale des Nations Unies; 21 avril 2020; New York (NY) États-Unis. New York (NY) : ONU; 2020 (résolution A/RES/74/274) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur <https://undocs.org/fr/A/RES/74/274>
8. Organisation mondiale de la Santé. Riposte à la COVID-19 [Internet]. Soixante-treizième Assemblée mondiale de la Santé; du 18 au 19 mai 2020 (session virtuelle); Genève, Suisse. Genève : OMS; 2020 (résolution WHA73.1) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf
9. Organisation mondiale de la Santé. COVID-19 strategy update, 2020. Disponible en anglais sur <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-strategy-update---14-april-2020>
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 [Internet]. 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2019 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2019 (résolution CD57.R2) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=50586-cd57-r2-f-plan-strategique-ops&category_slug=cd57-fr&Itemid=270&lang=fr

11. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 [Internet]. 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 25 au 29 septembre 2017 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2017 (résolution CSP29.R2) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42291&Itemid=270&lang=fr
12. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies; 21 octobre 2015; New York (NY), États-Unis. New York (NY) : ONU; 2015 (résolution A/RES/70/1) [consultée le 12 juin 2020]. Disponible sur <https://undocs.org/fr/A/RES/70/1>
13. Organisation panaméricaine de la Santé. Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma Ata, Revised Edition. Washington (DC): OPS; 2019 [consulté le 12 juin 2020]. Disponible en anglais sur <https://www.paho.org/en/documents/universal-health-21st-century-40-years-alma-ata-report-high-level-commission-revised>
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapid Assessment of COVID-19 Impact on NCD Programs in the Region of the Americas, 4 juin 2020 [consulté le 12 juin 2020]. Disponible en anglais sur <https://www.paho.org/en/documents/rapid-assessment-covid-19-impact-ncd-programs-region-americas>
15. Organisation mondiale de la Santé. 2019 novel Coronavirus Global research and innovation forum: towards a research roadmap; R&D Blueprint, 2020 [consulté le 12 juin 2020]. Disponible en anglais sur <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Roadmap-version-FINAL-for-WEB.pdf?ua=1>
16. Organisation mondiale de la Santé. Système d'enregistrement international des essais cliniques, 2020. Recherche faite le 10 juin 2020 [consulté le 12 juin 2020]. Disponible sur <https://www.who.int/ictrp/fr/>
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Regulatory considerations on authorization of the use of convalescent plasma (PC) to address the COVID-19 emergency, 2020. [consulté le 12 juin 2020]. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52036>
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Safety of COVID-19 Patients and Use of Medicines without Scientific Evidence of Their Benefit, 2020. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52256>

19. Organisation panaméricaine de la Santé. Considerations for Regulatory Oversight of Clinical Trials in the COVID-19 Pandemic, 2020. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52266>
20. Organisation panaméricaine de la Santé. Ethics guidance on issues raised by the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic, 2020. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52091>
21. Organisation mondiale de la Santé. R&D Blueprint and COVID-19, 2020. Disponible en anglais sur <https://www.who.int/teams/blueprint/covid-19>
22. Organisation panaméricaine de la Santé. Ethics guidance on issues raised by the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic Guidance and strategies to streamline ethics review and oversight of COVID-19- related research, 2020. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52089>
23. Organisation panaméricaine de la Santé. Template and operational guidance for the ethics review and oversight of COVID-19-related research, 2020. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52086>
24. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices pour la gestion des questions éthiques lors des flambées de maladies infectieuses, 2018 [consulté le 12 juin 2020]. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275799>
25. Organisation panaméricaine de la Santé. Guidelines for Critical Care of Seriously Ill Adult Patients with Coronavirus (COVID-19) in the Americas (short version), 2020. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52184>
26. Organisation mondiale de la Santé. Clinical Management of COVID-19 – Interim guidance, 2020. Disponible en anglais sur <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>
27. Organisation panaméricaine de la Santé. Ongoing Living Update of Potential COVID-19 Therapeutics: summary of rapid systematic reviews, 23 mai 2020. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52193>
28. Organisation panaméricaine de la Santé. Ethics guidance for the use of scarce resources in the delivery of critical health care during the COVID-19 pandemic, 5 mai 2020. Disponible en anglais sur <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52096>
29. Organisation mondiale de la Santé. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting, 2020 [consulté le 12 juin 2020]. Disponible en anglais sur <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-covid-19-resource-allocation.pdf?ua=1>

30. Nuzzo, J. B., Meyer, D., Snyder, M., et. al.. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. BMC Public Health 19(1310), 2019. Disponible en anglais sur <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7707-z#citeas>

58^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Session virtuelle, 28 et 29 septembre 2020

CD58/6*
Annexe A
Original : anglais

PROJET DE RÉSOLUTION

PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES

LE 58^e CONSEIL DIRECTEUR,

(PP1) Ayant examiné le document *Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques* (document CD58/6) ;

(PP2) Rappelant les résolutions *Riposte à la COVID-19* (résolution WHA73.1 [2020]), *Coopération internationale visant à assurer l'accès mondial aux médicaments, aux vaccins et au matériel médical pour faire face à la COVID-19* (résolution A/RES/74/274 [2020]), *Solidarité mondiale dans la lutte contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)* (résolution A/RES/74/270 [2020]), *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* (résolution CD55.R10 [2016]), *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030* (résolution A/RES/70/1 [2015]), *Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030)* (résolution A/RES/69/283 [2015]), *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (résolution CD53.R14 [2014]), *Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire* (résolution CD53.R9 [2014]) et *Révision du Règlement sanitaire international* (résolution WHA58.3 [2005]) ;

(PP3) Reconnaissant que, dans chaque pays et territoire, la pandémie de COVID-19 exige et exigera une direction et une responsabilité nationales ainsi que l'engagement de l'ensemble du gouvernement et de la société toute entière pour soutenir une riposte et des efforts d'atténuation et de rétablissement cohérents et solides à moyen et long terme ;

* Le projet de résolution comporte des ajustements éditoriaux apportés aux paragraphes (OP)1e et (OP)2g pour garantir sa conformité au document CD58/6.

(PP4) Considérant qu'il est justifié que l'engagement et les demandes exprimés dans la résolution WHA73.1 de l'Assemblée mondiale de la Santé, *Riposte à la COVID-19*, concernant la riposte à la pandémie de COVID-19, l'atténuation de ses conséquences et le relèvement soient de nouveau soulignés et renouvelés dans la Région des Amériques ;

DÉCIDE :

(OP)1. De prier instamment tous les États Membres, en tenant compte de leur contexte, de leurs besoins, de leurs vulnérabilités et de leurs priorités :

- a) de maintenir, d'améliorer, d'élargir et de planifier des politiques, des stratégies et des actions soutenues et durables, à l'échelle de l'ensemble du gouvernement et de la société toute entière, pour continuer à répondre à la pandémie de COVID-19 ;
- b) de continuer à investir et à tirer parti des avantages et des innovations résultant de la riposte à la pandémie de COVID-19, que ce soit au niveau des services individuels ou collectifs, dans tout le système de santé, en mettant l'accent sur les fonctions essentielles de santé publique ;
- c) de démarrer les activités préparatoires à la vaccination en prévision de la disponibilité d'un vaccin anti-COVID-19 sûr, efficace et accessible ;
- d) de se conformer aux dispositions du Règlement sanitaire international (RSI), en particulier celles relatives au partage des informations en temps opportun, afin de permettre (i) le suivi complet de l'évolution de la pandémie de COVID-19, (ii) la mise en œuvre par les États Parties des activités de gestion des risques en conséquence, (iii) le déploiement par le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) d'un soutien sur le terrain ;
- e) de mener et de documenter – avec l'appui du Bureau tel que nécessaire – des bilans de la riposte nationale à la pandémie de COVID-19 ;
- f) de prendre en compte la circulation des personnes (telles les travailleurs humanitaires, les agents de santé, les travailleurs essentiels et les membres d'équipage des avions et des navires), des équipements et des fournitures nécessaires aux opérations de riposte à la pandémie de COVID-19, ainsi que des produits de première nécessité ;
- g) de fournir un financement durable à l'Organisation panaméricaine de la Santé afin qu'elle puisse s'acquitter de ses mandats tout en menant les activités de riposte, d'atténuation de l'impact et de relèvement face à la pandémie de COVID-19.

(OP)2. De demander à la Directrice :

- a) de continuer à fournir aux États Membres une coopération technique fondée sur des données factuelles, ainsi qu'à promouvoir l'innovation et le partage d'expériences, afin de rétablir le fonctionnement du système de santé et de maintenir ses interventions de manière ininterrompue dans tous les aspects pertinents nécessaires pour la riposte à la pandémie de COVID-19 ;
- b) de faire preuve de transparence, d'indépendance et d'impartialité lorsqu'elle exhorte les États Parties pour que, conformément aux dispositions du RSI, ils partagent en temps opportun et de manière responsable des informations avérées sur l'évolution de la pandémie de COVID-19 sur leur territoire ;
- c) de maintenir le réseau régional de surveillance de la grippe et d'autres virus respiratoires, et de l'élargir en créant un réseau régional de surveillance génomique ;
- d) d'apporter un soutien aux États Membres par le biais des domaines techniques du Bureau, du Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins (le Fonds renouvelable) et du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (le Fonds stratégique) pour améliorer l'accès équitable et l'utilisation adéquate des vaccins, traitements thérapeutiques, tests diagnostiques, équipement biomédical et équipements de protection individuelle qui soient abordables, sûrs, efficaces et de qualité, et qui puissent améliorer les résultats de santé et réduire l'impact de la pandémie ;
- e) de soutenir les États Membres dans leur participation à des initiatives mondiales, telles l'Accélérateur d'accès aux outils contre la COVID-19 pour les vaccins, les tests diagnostiques et les traitements thérapeutiques, l'Appel solidaire à l'action et toutes les autres initiatives pertinentes pour le développement et l'accès aux technologies sanitaires essentielles pour la COVID-19 ;
- f) d'informer les États Membres de manière régulière sur les avancées en matière de recherche et développement concernant les vaccins, les traitements thérapeutiques et les tests diagnostiques pour la COVID-19, ainsi que sur les recommandations concernant leur utilisation, les principes régissant l'accès et l'allocation, les dispositions réglementaires et les mesures que le Fonds renouvelable et le Fonds stratégique de l'OPS ont entreprises pour garantir l'accès aux vaccins et produits pour la COVID-19 ;
- g) de promouvoir, de faciliter et de consolider les bilans de la riposte à la pandémie de COVID-19 menés par les États Membres, ainsi que de réaliser et de documenter un exercice équivalent axé sur la réponse du Bureau, conformément à la résolution WHA73.1 ;
- h) de maintenir et de continuer à renforcer la capacité du Bureau à tous les niveaux organisationnels pour répondre à la pandémie de COVID-19 et à d'autres situations d'urgence et catastrophes ;

- i) de faire régulièrement rapport aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur les progrès réalisés et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la présente résolution.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. Point de l'ordre du jour : 4.2 Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques

2. Lien avec le [Budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021](#) :

Résultat intermédiaire 1 : Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle

Résultat intermédiaire 2 : Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité

Résultat intermédiaire 4 : Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination

Résultat intermédiaire 5 : Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) et des troubles de santé mentale

Résultat intermédiaire 9 : Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités sanitaires nationales, leur permettant de diriger la transformation des systèmes de santé et de mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique pour la santé universelle

Résultat intermédiaire 15 : Amélioration de l'action intersectorielle pour contribuer à la réduction de la violence et des traumatismes

Résultat intermédiaire 16 : Promotion accrue de la santé mentale, réduction des troubles liés à la consommation de substances psychoactives, prévention des troubles mentaux et du suicide, et diminution de la stigmatisation, grâce à une action intersectorielle

Résultat intermédiaire 17 : Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées

Résultat intermédiaire 18 : Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité

Résultat intermédiaire 20 : Systèmes d'information intégrés pour la santé élaborés et mis en œuvre avec des capacités renforcées dans les États Membres et au sein du Bureau panaméricain de la santé

Résultat intermédiaire 21 : Capacité accrue des États Membres et du Bureau sanitaire panaméricain à produire, analyser et diffuser des données probantes sur la santé et à appliquer les connaissances à la prise de décisions aux niveaux national et infranational

Résultat intermédiaire 23 : Renforcement des capacités des pays en matière de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe, quel que soit le danger, pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes

Résultat intermédiaire 24 : Renforcement des capacités des pays en matière de prévention et de lutte contre les épidémies et les pandémies causées par des agents pathogènes à fort impact ou ayant des conséquences importantes

Résultat intermédiaire 25 : Détection, évaluation et riposte rapides en cas d'urgence sanitaire

3. Incidences financières

- a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) : \$30 millions**

Catégories	Coût estimatif (en US\$)
Ressources humaines	3 800 000
Formation	10 000 000
Contrats de consultants/services	4 000 000
Déplacements et réunions	1 800 000
Publications	900 000
Fournitures et autres dépenses (ÉPI, tests diagnostiques, etc.)	9 500 000
Total	30 000 000

- b) **Coût estimatif pour l'exercice 2020-2021 (activités et personnel compris) :**

\$18 000 000, principalement lié aux actions au niveau régional, y compris la constitution de stocks.

- c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :**

\$12 000 000

4. Incidences administratives

a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :

Les niveaux régional, sous-régional et national, en mettant l'accent sur le niveau national.

b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :

Pas de nouveau personnel prévu. Il est toutefois essentiel que la capacité actuelle de l'Organisation soit au moins maintenue à tous les niveaux organisationnels pour préparer et se préparer à d'autres pathogènes à potentiel pandémique et épidémique éventuels, et pour répondre à la pandémie de COVID-19 et à d'autres situations d'urgence et catastrophes.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :

Les orientations définies dans le présent document stratégique devront être examinées, évaluées et révisées dans un délai de deux ans (2022).



Formulaire analytique visant à lier un point de l'ordre du jour aux missions de l'Organisation

1. **Point de l'ordre du jour** : 4.2 Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques

2. **Unité responsable** : Urgences sanitaires (PHE)

3. **Fonctionnaire chargé de la préparation** : Dr Ciro Ugarte, Directeur du Département des Urgences sanitaires (PHE)

4. **Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030](#)** :

Ce document stratégique proposé est conforme aux objectifs suivants du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 :

Objectif 1 : élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Objectif 5 : garantir l'accès aux médicaments et aux vaccins essentiels, et à d'autres technologies sanitaires prioritaires, selon les données scientifiques disponibles et le contexte national.

Objectif 6 : renforcer les systèmes d'information en santé pour soutenir l'élaboration de politiques et de prises de décisions fondées sur des données probantes.

Objectif 8 : renforcer les capacités nationales et régionales pour la préparation aux flambées de maladie, aux urgences et aux catastrophes qui affectent la santé de la population, les prévenir, les détecter, les surveiller et y riposter.

Objectif 9 : réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale.

Objectif 10 : réduire la charge des maladies transmissibles et éliminer les maladies négligées.

Objectif 11 : réduire l'inégalité et l'iniquité en matière de santé au moyen d'approches intersectorielles, multisectorielles, régionales et infrarégionales concernant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

5. **Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025](#)** :

Comme indiqué à l'annexe B, ce Plan d'action contribuera à la réalisation des résultats intermédiaires 1, 2, 4, 5, 9, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24 et 25 du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025.

6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Centre collaborateur de l'OMS sur la **sécurité biologique en laboratoire** (Departamento de Control de Muestras y Servicios, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), Secretaria de Salud)
- Centre collaborateur de l'OMS sur la **gestion de la qualité dans les laboratoires** (Dirección de Servicios y Apoyo Técnico DSAT, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE), Secretaria de Salud)
- Centre collaborateur de l'OMS sur la **sécurité et sûreté biologiques** (Centre for Biosecurity, Health Security Infrastructure Branch, Public Health Agency of Canada [PHAC])
- Centre collaborateur de l'OMS sur la **sécurité et sûreté biologiques** (Office of the Associate Director for Laboratory Science, Center for Global Health, Centers for Disease Control and Prevention [CDC])
- Centre collaborateur de l'OMS sur la **mise en œuvre des capacités de base du RSI** (Programs and Partners Team, Global Health Security Branch, Division of Global Health Protection, Center for Global Health, Centers for Disease Control and Prevention [CDC])
- Centre collaborateur de l'OMS sur le **Règlement sanitaire international (RSI)** (Center for Epidemiology and Health Policy, Faculty of Medicine, Universidad del Desarrollo)
- Centre collaborateur de l'OMS sur la surveillance, l'**épidémiologie et la lutte contre la grippe** (Influenza Division, National Center for Immunization and Other Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention [CDC])
- Centre collaborateur de l'OMS sur la recherche et les directives en matière d'**assistance humanitaire en santé** (Center for Humanitarian Health, Department of International Health, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University)
- Centre collaborateur de l'OMS sur la **recherche en matière de préparation et de riposte aux maladies infectieuses émergentes** (Office of the Director, National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), National Institutes of Health [NIH])

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Les États Parties de la Région des Amériques ont historiquement adopté les principes de responsabilité partagée en matière de santé publique mondiale qui sous-tendent le Règlement sanitaire international (RSI). À cet effet, à des fins de responsabilité mutuelle, ils ont systématiquement soumis leur rapport annuel des États Parties sur la mise en œuvre du RSI à l'Assemblée mondiale de la Santé et, surtout, en adoptant l'approche de l'amélioration de la qualité, ils ont encouragé les examens après l'action pour les événements de santé publique graves en tant qu'outil pour améliorer leur degré de préparation. En outre, comme communiqué aux Organes directeurs de l'OPS, conformément aux dispositions du RSI, on peut généralement se féliciter du volume et de la rapidité du partage des informations concernant les événements susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé publique internationale. En réponse à la pandémie de COVID-19, à quelques exceptions près, les États Parties ont fait preuve d'une capacité extraordinaire à renforcer leur capacité de réponse adaptative, avec un engagement de l'ensemble du gouvernement.

D'autres exemples de renforcement de la résilience des systèmes de santé ont été observés dans le cadre de programmes tels que *Remediar* en Argentine, où des investissements anticycliques dans les systèmes de santé, en particulier pour la fourniture de médicaments essentiels dans le cadre de programmes de soins primaires, ont été réalisés en période de crise économique, augmentant ainsi la capacité du réseau de soins primaires de santé publique du pays à fournir des services de santé à la population.

Plusieurs pays de la Région sont en train d'élaborer des stratégies pour répondre aux besoins de santé des migrants. Par exemple, au Brésil, les migrants ont un accès illimité aux soins de santé et aux médicaments, et le gouvernement colombien a adopté une résolution visant à fournir des soins d'urgence aux migrants.

En outre, l'élaboration des plans nationaux de vaccination par les pays au cours des dix dernières années à la suite de la grippe H1N1 a servi de base à l'élaboration des plans de riposte contre la COVID-19, y compris l'élargissement des systèmes de surveillance de la grippe avec des capacités de test moléculaire pour les virus respiratoires existant dans la plupart des pays des Amériques.

- - -