



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR 60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

Point 4.7 de l'ordre du jour provisoire

CD48/11 (Fr.)

6 août 2008

ORIGINAL: ANGLAIS

AMÉLIORATION DE LA DISPONIBILITÉ DE SANG ET SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE AUX AMÉRIQUES

Données générales

1. Depuis 1975, l'Assemblée mondiale de la Santé, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé et le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé ont adopté plusieurs résolutions encourageant vivement les États membres à promouvoir la mise en place de services coordonnés de don de sang reposant sur le don de sang volontaire, non rémunéré et sur l'assurance de qualité, de promulguer des lois et de formuler des politiques nationales de don du sang qui facilitent une structuration et un fonctionnement des services de dons de sang efficaces au plan coût. Les Organes directeurs ont clairement indiqué que les États membres devaient placer la sécurité transfusionnelle au centre des efforts destinés à améliorer les soins aux malades et à alléger le fardeau de la transmission du VIH et d'autres infections au sein de la population en général.

2. En 1999, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé a adopté la résolution CD41.R15 et un Plan d'action dans l'optique d'assurer le dépistage universel du VIH, de l'hépatite B (HBV) et de l'hépatite C (HCV) et de la syphilis dans les unités de sang prélevées dans la Région, et de *T. cruzi* au sein de l'Amérique latine continentale, la participation universelle des banques de sang à des programmes d'évaluation externe de la performance, un pourcentage de dons de sang volontaires de 50 % et le suivi des groupes très exposés au risque des infections transmises par transfusion (ITT). Des résultats escomptés qui, en 2005, n'avaient pas été atteints.

3. En 2005, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé a adopté la résolution CD46.R5, laquelle priait instamment les États membres d'adopter le Plan d'action régional 2006-2010 pour la sécurité du sang et demandait à la Directrice de rendre compte périodiquement des progrès de sa mise en œuvre aux Organes directeurs.

4. Un rapport sur les obstacles rencontrés pour assurer une banque de sang suffisante, disponible et sans risques dans les Amériques a été présenté au Comité exécutif lors de sa 142^e Session de juin 2008. Le Comité exécutif a recommandé que le Conseil directeur adopte une résolution pour renforcer les efforts régionaux en vue d'atteindre l'objectif du Plan d'action régional sur la sécurité transfusionnelle 2006-2010.

5. L'objectif du Plan d'action régional pour la sécurité du sang est de contribuer à réduire la mortalité et à améliorer les soins aux malades en mettant à disposition de tous les patients qui en ont besoin du sang sécurisé, en temps opportun. Ce plan est composé de quatre stratégies : planification et gestion du système national de banques de sang, promotion des dons de sang à titre volontaire, assurance de la qualité et usage approprié du sang et des produits sanguins, et il retient neuf indicateurs de progrès en fonction des données de la région pour la période 2000-2003.

État d'avancement dans la Région en 2005

Couverture du dépistage

6. En 2003, la proportion d'unités prélevées dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes effectuant des rapports officiels à l'OPS qui ont subi un test de dépistage du VIH s'est élevée à 99,93 %, pour le HBV à 99,86 %, pour le HCV à 99,52 % et pour la syphilis à 99,84 %. Le pourcentage d'unités soumis à des tests pour les quatre marqueurs est tombé à moins de 99 % en 2004 et en 2005 (tableau 1). Une tendance au recul se note également pour *T. cruzi* dont le pourcentage de dépistage s'établit à 87,17 %, 86,20 % et 87,06 % en 2003, 2004 et 2005, respectivement (Tableau 2).

7. En 2003, 19 pays (46%) avaient déclaré effectuer un dépistage universel pour tous les marqueurs ; en 2004, 17 pays (41%) et en 2005, 22 nations (54%), ont fait tester toutes les unités de sang prélevé (Tableau 3). En 2005, la Bolivie, la Colombie, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Paraguay et le Pérou n'avaient pas testé toutes les unités de sang pour détecter les marqueurs des infections virales. Par contre, deux pays, le Mexique et le Pérou, totalisent respectivement 98,9 % et 99,6 % des unités échappant au test de détection du VIH en 2004 et 2005. Anguilla, le Belize, la Dominique ainsi que Saint-Kitts-et-Nevis ont notifié un dépistage nul pour l'hépatite C en 2005.

Evaluation externe de la performance

8. Les Programmes régionaux d'Évaluation Externe de la Performance (PEEP) ont été poursuivis avec l'aide de l'Agence espagnole pour la coopération internationale, UKNEQAS, le Consortium international pour la sécurité du sang, l'Hemocentro de Sao Paulo, au Brésil, ainsi que le Centre de transfusion de Séville, en Espagne (Tableaux 4 et 6). Ces programmes régionaux ont pour fonction d'apporter un soutien aux centres

nationaux de référence qui sont chargés d'organiser les programmes nationaux avec la participation de tous les services locaux. Mais, la participation locale reste de faible envergure. En 2003, seuls 1 330 (53,01 %) des centres nationaux participaient aux programmes d'évaluation externe de la performance menés à l'échelon du pays en matière de tests de dépistage des infections transmises par transfusion. Un pourcentage de participation qui recule à 46,66 % et 46,42 % respectivement en 2004 et en 2005 (Tableau 5).

9. D'après les résultats de l'évaluation externe de performance des programmes régionaux et nationaux, le dépistage des marqueurs sérologiques des ITT a gagné en qualité ces quatre dernières années, mais quelques points faibles persistent au plan des tests immunohématologiques.

Donneurs de sang

10. En 2003, le pourcentage de donneurs de sang volontaires en Amérique latine et dans les pays des Caraïbes s'est élevé à 36,06 % et à 0,34 % pour les donneurs rémunérés (Tableau 7). La part de donneurs de sang volontaires reste inchangée en 2003 et en 2005 en dépit d'un fléchissement à 33,05 % en 2004. En 2005, seul 0,19 % de toutes les unités prélevées en 2005 (Tableau 7) provenait de donneurs payés bien qu'on connaisse pas le nombre effectif de personnes qui ont été payées en échange de leur sang. Pour l'année 2003, sept pays (17%) indiquent que plus de la moitié des donneurs sont volontaires ; Aruba, le Brésil, les Iles Caïmans, la Colombie, Costa Rica, Curaçao, Sainte-Lucie et le Suriname l'ont fait en 2005.

11. Le taux médian de prévalence des marqueurs infectieux parmi les donneurs de sang a toujours été plus élevé dans les pays ayant moins de 50 % de donneurs volontaires que dans ceux où ce pourcentage est supérieur à la moitié (Tableau 8). Pour autant, il mérite d'être noté que si le taux de prévalence des marqueurs reste inchangé dans le premier groupe de pays, entre 2002 et 2005, la tendance est à la hausse dans les pays ayant plus de 50 % de donneurs volontaires (Tableau 8).

12. Le plus fort taux de prévalence de marqueurs infectieux parmi les donneurs de sang dans certains pays conjugué au plus grand nombre d'unités n'ayant pas subi de test de dépistage en 2004 et 2005 se traduit par une progression des estimations de TTI. En 2002 et en 2003, on estimait le nombre d'infections au VIH d'origine transfusionnelle à six par an. Les chiffres correspondants pour 2004 et 2005 sont, respectivement, de 57 et 55 (Tableau 9). On relève également une augmentation marquée du nombre estimatif d'infections d'hépatite B et C en rapport avec les transfusions (Tableau 9).

Disponibilité et innocuité du sang destiné aux transfusions

13. Le nombre d'unités de sang prélevé en Amérique latine et dans les Caraïbes a cru de 7 325 093 en 200 à 8 059 960 en 2005 (Tableau 10), ce qui correspond à un taux de don de sang de 121,5 pour 10 000 habitants en 2003 et de 145,0 pour 10 000 en 2005. Pour autant, l'éventail est large dans les taux nationaux de dons du sang en 2005, de 12,7 pour Haïti et de 439,6 à Cuba. Globalement, 15 pays (42%) ont un taux de don du sang inférieur à 100 pour /10 000 habitants alors que cinq autres (14%) dépassent le chiffre de 200 (Tableau 13).

14. La prévalence de marqueurs infectieux parmi les donneurs de sang affecte la disponibilité effective de sang au plan national, les unités provenant de donneurs avec un marqueur infectieux ne devant pas être utilisées. En 2005, le pourcentage cumulé des unités éliminées par suite de réaction ou de résultat positif aux tests de dépistage s'est échelonné de 0,03 % à Curaçao à 11,00 % en Bolivie, la valeur médiane étant de 3,11 (Tableau 13). Ce sont au moins 3 562 unités (4,28 %) dans les pays des Caraïbes et 235 134 unités en Amérique latine qui ont été rejetées par suite de réaction ou de résultat positif aux analyses de laboratoire bien que certains pays ne fassent pas de test de dépistage des marqueurs de HCV et de HTLVII et d'autres notifient le taux de donneurs qui ont été confirmés positifs après être réactif au test de dépistage. La mise au rebut de 238 696 unités, qui chacune coûte US\$ 56 en fournitures de base, représente une perte de \$13,4 millions.

15. Aux Caraïbes et en Amérique latine, le pourcentage de disponibilité de sang aux fins de transfusion dans un pays est inversement proportionnel aux taux national de mortalité maternelle imputable aux hémorragies.

16. En Amérique latine, les transfusions sont données essentiellement pour traiter des affections médicales et non pas pour les actes chirurgicaux. Un patient sur sept transfusé est un enfant de moins d'un an. La réduction de la mortalité infantile dépend donc bien de la disponibilité de sang.

17. Des transfusions sont également nécessaires pour le traitement des accidents de la route dont on pense qu'ils augmenteront de 67% d'ici l'an 2020. Pratiquement les deux tiers de sang utilisés pour les patients en soins intensifs sont donnés pendant les 24 premières heures des soins. Par conséquent, la disponibilité de sang dans les services d'urgence est-elle un facteur décisif de la survie du patient.

18. Le risque de recevoir une unité de sang contaminée au HIV, HBV ou HCV faute de test de dépistage a progressé de 1 pour 41 858 dons en 2003 to 1 pour 11 784 dons en 2005 (Tableau 10). Le risque est de 8,79 fois plus élevé pour le HCV et 2,67 fois plus marqué pour le HBV que pour le VIH (Tableau 9). En Amérique latine continentale, le

risque de recevoir une transfusion de sang positif au *T. cruzi* a été de 1 pour 3 377 dons de sang en 2005, un chiffre proche de celui observé en 2003, (1 pour 3 330) (Tableau 10).

Efficiencia des systèmes nationaux de dons de sang

19. En Amérique latine où les pays ont prélevé entre 42 771 et 3 738 580 unités de sang en 2005, large est l'éventail dans le nombre moyen d'unités manipulées par chaque service de transfusion par an, puisqu'il varie de 761 unités en Argentine à 10 320 unités à Cuba. Les sept pays ayant le plus faible chiffre annuel de collecte de sang par service comptaient, en moyenne, 11 % de donateurs de sang volontaires contre 51 % dans les six pays atteignant le chiffre annuel de collecte le plus élevé par service. (Tableau 11). Le taux moyen de suspension des donateurs était plus faible, 7,9%, dans les six pays avec la collecte annuelle la plus élevée par service que dans les deux autres groupes de pays, 20,1% et 24,7%. Par ailleurs, le taux de don de sang était de 100,85 pour 10 000 habitants dans le groupe de pays avec les systèmes de collecte les moins efficaces, 115,90 dans le groupe intermédiaire et 186,81 dans le groupe de pays avec des services de sang qui ont collecté une moyenne de 5 888 unités par an (Tableau 11). Aucune différence n'est notée dans la proportion d'unités de sang jetées : elle fluctue autour de 10% dans les trois groupes de pays (Tableau 11).

20. D'après les estimations, 603 950 unités de globules rouges avaient passé leur date en 2005 en Amérique latine. Ce sang périmé a été éliminé, s'élevant à une perte estimée de \$33,8 millions.

21. Dans les Caraïbes, où les pays ont prélevé entre 114 et 22 155 unités de sang en 2005, le taux de suspension des donateurs s'élevait entre 0% et 53%, pour une moyenne de 20%. D'après les estimations, le nombre de donateurs rejetés s'élevait à 29 152 en 2005. Sept pays avaient des taux de suspension inférieurs à 10%; le taux se situant entre 20% et 53% dans les huit autres pays (Tableau 12). Le taux médian de dons de sang dans le premier groupe de pays s'élevait à 167,6 (fourchette de 108,4 – 368,6) pour 10 000 habitants et 87,7 (fourchette 12,7 – 118,9) dans le deuxième groupe. La proportion médiane d'unités qui étaient réactives pour l'un quelconque des marqueurs infectieux était de 0,90% (fourchette 0,03% – 6,85%) dans le premier groupe et 4,09% (fourchette 0,40% – 10,25%) dans le second. Aruba, les Iles Cayman, Curaçao, et Suriname, les quatre pays avec 100% de donateurs de sang volontaire, se situaient dans le premier groupe.

22. D'après les estimations, en 2005, 6 425 unités de globules rouges étaient périmées et ont été jetées, entraînant une perte de \$360 000. La proportion médiane des globules rouges jetés était de 5,9% (fourchette 2%-15,7%) parmi les pays avec des taux plus faibles de suspension des donateurs de sang et 10,8% (fourchette 1,8%-14,7%) parmi les pays avec une proportion plus élevée de donateurs rejetés temporairement (Tableau 12).

Progrès depuis 2005

23. Le Plan d'action régional 2006-2010 compte neuf indicateurs de progrès :

- Il convient de revoir le cadre juridique pour renforcer les capacités organisationnelles et fonctionnelles des systèmes nationaux de collecte de sang. L'Argentine, la Colombie, le Costa Rica, la République dominicaine, l'Equateur, le Salvador, le Guatemala, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, la Guyana, Haïti et la Jamaïque ont soit démarré soit achevé le processus. Le Paraguay est le seul pays à avoir promulgué une loi revue sur les dons de sang.
- Le Plan d'action régional comportait des enquêtes structurées pour estimer les besoins en sang et composantes de sang tant sur le plan géographique que ponctuel. Ces enquêtes servent de base à l'élaboration des plans nationaux, à l'affectation des ressources et à l'évaluation des systèmes nationaux de collecte de sang. Aruba, Cuba, Curaçao, Haïti, le Paraguay et le Suriname disposent de telles estimations. L'Argentine, les Bahamas, les Iles vierges britanniques, la Colombie, Costa Rica, la Grenade, le Guatemala, le Salvador, Saint Vincent et les Grenadines comptent des estimations brutes ou partielles qui ne tiennent pas compte des variables géographique et temporelles.
- Sachant que seuls les dons de sang volontaires permettent d'arriver à la suffisance et à l'innocuité du sang, les pays se sont donnés pour objectif de collecter plus de 50% de leurs unités de sang auprès de donateurs de sang volontaires. Aruba, Brésil, les Iles Caïmans, la Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Sainte-Lucie et le Suriname ont atteint ce but.
- L'Argentine, le Brésil, la Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Haïti, le Paraguay et Suriname ont commencé à mettre en place un programme national d'assurance de qualité.
- Aux fins d'améliorer les soins aux patients et de faciliter la planification des systèmes nationaux de collecte de sang, il est indispensable de se donner des directives nationales pour l'utilisation clinique du sang. L'Argentine, Aruba, Belize, la Bolivie, le Brésil, Costa Rica, Cuba, Curaçao, L'Equateur, Le Salvador, Guyana, Haïti, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua et le Paraguay ont préparé leurs directives.
- Belize, le Costa Rica, Cuba, la Guyana, le Nicaragua et le Suriname ont mis sur pied des comités nationaux de transfusion du sang.

- Le Brésil, la Colombie, Cuba et le Nicaragua ont établi des systèmes d'hémovigilance.
- La Colombie, Cuba, Curaçao et le Nicaragua ont préparé des composantes dans au moins 95% des unités de sang collectées.
- Neuf pays de l'Amérique latine—Argentine, Brésil, Colombie, Cuba, Salvador, Mexique, Nicaragua, Panama et Paraguay—ont conçu une régionalisation de leurs systèmes nationaux de collecte et de traitement du sang.

Leçons retenues, facteurs propices et hostiles au progrès et recommandations

24. Entre 2000 et 2003, la Région des Amériques a fait des progrès considérables en matière de sécurité transfusionnelle (Tableaux 1,2,3,7,9,10). Il est regrettable cependant et malgré le fait que quelques pays ont commencé à effectuer des tests de dépistage universel de toutes les unités de sang, le risque global de recevoir une transfusion contaminée par virus – estimé en utilisant le nombre d'unités de sang non dépistées et la prévalence de marqueurs infectieux parmi les donneurs de sang- a été presque multiplié par quatre de 2003 à 2005 (Tableau 10).

25. Par ailleurs, le pourcentage de donneurs de sang volontaires dans la Région, qui avait augmenté de 15 % en 2000 à 36 % en 2003, est resté stationnaire les deux années suivantes (Tableau 7). Malgré l'augmentation du nombre de donneurs de sang volontaires, le nombre de donneurs présentant une réaction ou un test positif aux marqueurs infectieux a progressivement grimpé de 2003 à 2005 (Tableau 8). Cette observation est associée à des donneurs volontaires se présentant pour la première fois ou venant irrégulièrement, d'où toute l'importance des dons de sang volontaires répétés et réguliers.

26. C'est le nombre d'unités de sang collectées annuellement qui détermine les ressources nécessaires pour recruter des donneurs de sang, pour acheter des fournitures et pour collecter, traiter, garder et distribuer les composantes du sang. Il est difficile de planifier et de distribuer adéquatement les ressources nationales à des systèmes de collecte de sang sans connaître les besoins du pays en la matière.

27. Les autorités centrales de santé des pays ont du mal à organiser les différents secteurs (services de tutelle des provinces ou états, caisses de sécurité sociale, organisations privées et organismes sans but lucratif) dans la mise en place de systèmes de collecte, de traitement et de transfusion de sang car la planification ne tient pas compte des facteurs locaux qui déterminent la disponibilité, les possibilités, l'innocuité et l'efficacité du sang pour les transfusions. Dans les nations qui s'y emploient de manière structurée, le degré de succès est tributaire de la volonté politique et des compétences

techniques des décideurs responsables de la réglementation au sein du ministère de la santé. L'implication constante des bureaux de l'Organisation panaméricaine de la Santé dans les pays y contribue de manière importante.

28. En 1999 et en 2005, le Conseil directeur a approuvé des plans de travail régionaux qui visaient notamment un taux de 50 % de donneurs de sang volontaires. Ce but a été accepté par les programmes nationaux de collecte de sang afin d'arriver à des changements progressifs qui seraient acceptables pour les agents de santé. Mais, rétrospectivement, cet objectif de 50 % entraîne des complications d'ordre politique, déontologique et opérationnel car la moitié des patients devant recevoir du sang d'autres donneurs. Or, les services de collecte de sang traitent différemment les donneurs volontaires et les autres catégories de donneurs et les formalités administratives de recouvrement des coûts sont un frein à l'accès aux transfusions en hôpital. Un but officiel de 100 % de dons de sang volontaires sera favorable à la mise en place des approches opérationnelles multidisciplinaires qui avaient été définies en 2005.

29. Les services de sang doivent intervenir dans trois sphères différentes : (a) la communauté pour éduquer, recruter, choisir et maintenir un pool de donneurs sains et engagés ; b) dans le centre de traitement du sang, en tant qu'usine de médicaments essentiels et c) dans les services où sont traités les patients. Il faut un personnel qualifié doté des compétences appropriées, une infrastructure adéquate et des ressources suffisantes pour assurer l'éducation et la prise en charge des donneurs de sang volontaires, pour gérer les établissements de traitement du sang et administrer, suivre et évaluer les transfusions de sang.

30. Le système d'organisation actuel entraîne une perte de ressources financières et entrave l'efficacité des transfusions de sang avec toutes les implications négatives que cela suppose sur la morbidité et la mortalité.

31. Les concepts de la Résolution CD46.R5 continuent de s'appliquer à la Région des Amériques mais des mesures doivent être prises par les autorités nationales pour mettre en œuvre les stratégies du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010, approuvé par le 46^e Conseil directeur. On recommande que les Ministères de la santé soutiennent leurs systèmes nationaux de collecte de sang en utilisant l'Agenda de santé pour les Amériques 2008-2017 en tant que cadre général.

32. Le sang pour les transfusions doit être jugé un médicament essentiel, une ressource nationale et un bien public.

33. On recommande que les Ministères de la Santé confient à une entité spécifique au sein de leur niveau normatif la responsabilité de la planification, de la supervision et du

fonctionnement efficace de leur système national de collecte de sang. Le niveau normatif doit être clairement séparé du niveau opérationnel.

34. Le niveau normatif doit être composé d'un personnel polyvalent appartenant à de multiples disciplines avec des compétences en planification, gestion et santé publique. Le programme national de collecte de sang devrait collaborer étroitement avec d'autres groupes du Ministère de la santé – promotion sanitaire, santé maternelle et infantile, vaccinations, prévention et contrôle des maladies transmissibles, prévention et contrôle du cancer, santé des adolescents, pharmacovigilance, sécurité des patients – ainsi qu'avec d'autres secteurs – ministère de l'éducation, ministère du travail, sécurité sociale.

35. Le niveau opérationnel devrait envisager : (1) l'achat, la collecte, le traitement et la distribution des composantes du sang ainsi que (2) les services de transfusion. Les centres de traitement ne devraient pas faire partie des hôpitaux individuels. Des établissements de traitement consolidés devraient être responsables de la distribution de composantes suffisantes de sang à un groupe déterminé d'hôpitaux. Les pays plus petits des Caraïbes pourront utiliser des laboratoires d'hôpital pour traiter les unités de sang mais la responsabilité en ce qui concerne l'éducation, la sélection et le recrutement des donneurs ainsi que de la collecte de sang devrait être indépendante de l'administration hospitalière.

36. Il faut chercher dans la mesure du possible à estimer le besoin national annuel pour le sang et les composantes de sang, par zone géographique et par mois. Les guides nationaux pour l'utilisation clinique du sang et le nombre éventuel de cas cliniques nécessitant une transfusion, y compris les traumatismes volontaires et involontaires, seront utilisés comme base de l'estimation. Afin de couvrir toute urgence imprévue – catastrophe naturelle ou provoquée, épidémies, campagnes de vaccinations d'urgence- on recommande que les systèmes nationaux de sang comptent un stock supplémentaire équivalent à 4%, ou deux semaines, du besoin annuel.

37. Les estimations annuelles des besoins en sang devraient tenir compte des augmentations prévues dans a) la population en général et parmi les personnes âgées ; b) l'inclusion sociale de populations exclues actuellement ; c) les accidents de la route ; et d) l'adoption locale de technologies médicales (greffe d'organe). Des ressources financières suffisantes pour la collecte et la distribution du sang nécessaires devront être mises à la disposition de l'unité responsable correspondante au sein du Ministère de la Santé. Toute ressource financière nationale gaspillée à l'heure actuelle devra être investie à cette fin.

38. Le nombre de donneurs répétés nécessaires dans chaque pays devra être estimé à au moins 50% du besoin national en globules rouges. Un programme national devra être

mis en place pour éduquer et recruter des personnes en bonne santé comme donneurs réguliers en leur demandant de donner du sang au moins deux fois par an.

39. Les ministères de la santé devront chercher à mettre fin aux dons payés et dons de remplacement d'ici la fin de 2010, visant le but de 100% de donneurs volontaires, altruistes et non rémunérés, en utilisant l'information obtenue dans les enquêtes socio-anthropologiques réalisées dans au moins 18 pays des Caraïbes et de l'Amérique latine.

40. Un réseau social de volontaires sera mis en place pour aider à éduquer la communauté, pour encourager le don de sang volontaire et prendre en charge les donneurs. Des programmes de jeunes, tels que Pledge 25, devront recevoir une attention spéciale.

41. Des stratégies nationales d'information publique seront mises en place pour informer la communauté sur les besoins nationaux en sang et composants de sang, sur le coût de l'achat et du traitement des unités de sang, le niveau de couverture quotidienne du besoin estimé en sang et l'impact des transfusions sur le bien-être des patients.

42. Les services hospitaliers de transfusion devraient compter des spécialistes médicaux. Les laboratoires cliniques dans les hôpitaux participeront activement à l'évaluation des patients avant et après les transfusions. Les comités hospitaliers de transfusion évalueront la prise en charge clinique des patients et la pertinence des directives pour les transfusions.

43. Les bureaux de pays de l'OPS devraient compter un membre du personnel chargé tout spécialement de coordonner la coopération technique de l'OPS sur les questions se rapportant à l'innocuité du sang. Une approche coordonnée est nécessaire à tous les niveaux de l'Organisation.

44. Les données locales et nationales sur la disponibilité et l'innocuité du sang devront être analysées périodiquement par les autorités sanitaires nationales et autres parties concernées, y compris les groupes de patients, les donneurs de sang et les volontaires communautaires.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

45. Le Conseil directeur, après avoir revu l'information donnée, est prié d'envisager l'adoption de la résolution recommandée par la 142^e Session du Comité exécutif, dans sa Résolution CE142.R5 (voir Annexe C).

**Tableau 1: Nombre et pourcentage d'unités de sang dépistées dans la Région
2000-2005**

	2000	2003	2004	2005
Unités prélevées (N)	6 409 596	7 325 093	7 559 080	8 059 960
Unités testées pour HIV	6 387 790 (99.66)	7 320 292 (99.93)	7 466 769 (98.77)	7 972 085 (98.91)
Unités testées pour HBV	6 387 247 (99.65)	7 315 191 (99.86)	7 460 221 (98.69)	7 966 011 (98.83)
Unités testées pour HCV	6 332 331 (98.79)	7 290 038 (99.52)	7 448 173 (98.53)	7 963 998 (98.81)
Unités testées pour syphilis	6 381 752 (99.57)	7 313 335 (99.84)	7 383 987 (97.68)	7 900 040 (98.02)

Tableau 2: Nombre et pourcentage d'unités de sang dépistées pour *T. cruzi* en Amérique latine, 2000-2005

	2000	2003	2004	2005
Unités devant être testées (N)	5 700 259	7 097 339	6 888 289	7 419 274
Unités testées	4 502 114 (78, 98)	6 251 932 (88, 09)	5 938 183 (86, 20)	6 459 612 (87, 06)

**Tableau 3: Nombre et pourcentage de pays notifiant un dépistage universel
2000-2005**

	2000	2003	2004	2005
HIV	31/37 (83.8)	33/38 (89.2)	29/37 (78.4)	32/36 (88.9)
HBV	30/37 (81.1)	33/38 (89.2)	29/37 (78.4)	32/36 (88.9)
HCV	19/37 (51.3)	23/38 (62.5)	20/37 (54.1)	24/36 (66.7)
Syphilis	32/37 (86.5)	33/38 (89.2)	30/37 (81.1)	31/36 (86.1)
<i>T. cruzi</i>	6/17 (35.3)	7/17 (41.2)	8/17 (47.1)	12/17 (70.6)

Tableau 4: Participation au PEED régional pour les ITT, 2000-2005

	2000	2003	2004	2005
Nombre de pays de l'Amérique latine	18	18	18	18
Nombre de pays des Caraïbes	0	18	20	20
Nombre de banques de sang en Amérique latine	20	20	20	21
Nombre de banques de sang aux Caraïbes	0	22	21	24

Tableau 5: Participation au PEED national pour les ITT, 2002-2005

	2000	2003	2004	2005
Nombre de banques de sang en Amérique latine	4 738	2 509	3 071	2 546
Nombre de banques de sang participantes	1 129	1 330	1 433	1 182
% de participation	23.82	53.01	46.66	46.42
Nombre de pays avec un PEED national	11	16	16	17

Tableau 6 : Nombre de participants au PEED régional pour l'immunohématologie en Amérique latine et aux Caraïbes, 2002-2005

	2000	2003	2004	2005
Amérique latine	24	30	29	48
Caraïbes	0	24	24	24

Tableau 7: Nombre et pourcentage de donneurs de sang volontaires et payés, 2002-2005

	2000	2003	2004	2005
Unités prélevées (N)	6 409 596	7 325 093	7 559 080	8 059 960
Donneurs volontaires (N) (%)	989 885 (15, 44)	2 641 739 (36, 06)	2 498 174 (33, 05)	2 950 018 (36, 60)
Donneurs payés (N) (%)	31 725 (0, 50)	24 925 (0, 34)	25 398 (0, 34)	15 507 (0, 19)

Tableau 8: Prévalence moyenne (pourcentage) de marqueurs pour les ITT en fonction du pourcentage de donneurs de sang volontaires, 2002-2005

Marqueur	Pays avec	2000	2003	2004	2005
HIV	< 50% VBD	0, 21	0, 28	0, 23	0, 26
	> 50% VBD	0, 13	0, 01	0, 01	0, 02
HBsAg	< 50% VBD	0, 60	0, 60	0, 62	0, 60
	> 50% VBD	0, 37	0, 18	0, 19	0, 26
HCV	< 50% VBD	0, 56	0, 56	0, 52	0, 58
	> 50% VBD	0, 10	0, 06	0, 08	0, 11
Syphilis	< 50% VBD	0, 97	0, 92	0, 97	1, 00
	> 50% VBD	0, 55	0, 13	0, 14	0, 18

Tableau 9 : Indicateurs estimés de l'innocuité du sang, 2002-2005

Variable	2000	2003	2004	2005
Infections VIH transfusées (N)	30	6	57	55
Risque de VIH pour 100 000 dons	0, 47	0, 08	0, 75	0, 68
Infections HBV transfusées (N)	1 357	22	176	147
Risque de HBV pour 100 000 dons	21, 18	0, 30	2, 32	1, 82
Infections HCV transfusées (N)	211	147	537	482
Risque de HCV pour 100 000 dons	3, 29	2, 00	7, 10	5, 98
Infections <i>T. cruzi</i> transfusées (N)	7 483	2 193	2 374	2 362
Risque de <i>T. cruzi</i> pour 100 000 dons	131, 23	28, 22	34, 46	31, 88

Tableau 10 : Disponibilité et innocuité du sang, 2002-2005

	2000	2003	2004	2005
Nombre d'unités prélevées	6 409 596	7 325 093	7 559 080	8 059 960
Taux de donneurs par 10 000	126,8	138, 6	139, 4	145, 0
Risque de transfusion virale	1: 4 011	1: 41 858	1: 9 817	1: 11 784
Risque de transfusion de <i>T. cruzi</i>	1: 762	1: 3 340	1: 3 150	1: 3 377

Tableau 11: Efficience des systèmes nationaux de collecte de sang , 2005

Variable	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
	Argentine République dominicaine Uruguay Venezuela Guatemala Panama Pérou	Bolivie Nicaragua Chili Honduras Mexico El Salvador	Costa Rica Paraguay Colombie Equateur Brésil Cuba
Nombre moyen d'unités prélevées par banque	1.404	2.334	5.888
PNB moyen par habitant (US \$)	3.664	3.123	2.628
Population x 1,000	121.613	152.079	266.987
Unités prélevées	1.226.526	1.762.623	4.987.588
Taux moyen de don pour 10 000	100.85	115.90	186.81
Taux moyen de donateurs volontaires (%)	11.0	18.5	51.3
Taux moyen de suspension de donateurs (%)	20.1	24.7	7.9
Moyenne d'unités jetées (%)	10.7	9.9	10.3

Tableau 12: Efficience des systèmes nationaux de collecte de sang aux Caraïbes, 2005

Groupe 1	Taux de suspension des donateurs (%)	Donneurs volontaires (%)	Prévalence ITT (%)	Taux d'unités jetées (%)
St Kitts et Nevis	0	3	6.85	NR
Curaçao	0.3	100	0.03	2.0
Aruba	2	100	0.90	2.0
Suriname	4.6	100	0.14	5.9
Bahamas	5	15	2.23	15.70
Dominique	9	5	5.41	7.1
Iles Caïmans	10	100	0.11	20.0
Groupe 2				
St. Vincent et les Grenadines	20	13	6.68	12.7
Guyana	24	22	4.09	6.5
Grenade	26.7	30	4.20	10.8
Haïti	27	15	10.25	7.2
Belize	39.0	9	1.89	11.5
St. Lucie	39.1	82	1.55	14.7
Trinité-et-Tobago	44	13	4.69	NR
Anguilla	53	10	0.40	1.8

Tableau 13 : Taux de dons de sang pour 10 000 habitants et proportion d'unités réactives/positives pour des marqueurs infectieux en 2005

Pays	Taux de dons	% marqueurs ITT	Pays	Taux de dons	% marqueurs ITT
Anguilla	87,7	0,40	Argentine	94,2	6,49
Aruba	367,8	0,90	Bolivie	50,9	11,00
Bahamas	159,5	2,23	Brésil	200,5	2,93
Belize	115,1	1,89	Chili	109,2	1,54*
Iles vierges britanniques	194,3	0,22	Colombie	115,7	3,11
			Costa Rica	125,1	0,49*
Iles Caïmans	196,4	0,11	Cuba	439,6	1,65*
Curaçao	368,6	0,03	Equateur	94,3	0,39*
Dominique	109,7	5,41	El Salvador	116,5	3,98
Grenade	92,8	4,20	Guatemala	61,3	6,39
Guyana	70,1	4,09	Honduras	72,6	3,98
Haïti	12,7	10,25	Mexique	126,2	1,89
Jamaïque	83,6	5,40	Nicaragua	98,6	3,82
St Kitts et Nevis	108,4	6,85	Panama	132,3	1,28
St Lucie	118,9	1,55	Paraguay	76,4	9,98
St. Vincent et les Grenadines	69,0	6,68	Pérou	64,2	3,92
			République dominicaine	69,8	3,74
Suriname	167,6	0,14	Uruguay	276,3	1,32
Trinité et Tobago	104,4	4,69	Venezuela	150,8	3,71

* Test signalés qui ont été confirmés positifs. Le reste des pays ont signalé des tests réactifs au dépistage.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD48/11 (Fr.)
Annexe B

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX SECTEURS ORGANISATIONNELS**

1. Point de l'ordre du jour : 4.7

2. Titre du point de l'ordre du jour : Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques

3. Unité responsable : THR

4. Responsable de la préparation: José Ramiro Cruz

5. Liste des centres collaborateurs et d'institutions nationales liés au point de l'ordre du jour : Hemocentro/Fundacion ProSangue, Sao Paulo, Brazil; UK National External Quality Assessment Scheme; International Consortium for Blood Safety, New York; Centro de Transfusion de Sevilla, Spain; CAREC, Trinidad and Tobago; International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva; International Society for Blood Transfusion Regional Delegation, Caracas, Venezuela; International Blood Transfusion, London, UK; Grupo Cooperativo Ibero Americano de Medicina Transfusional; EUROsociAL, Madrid, Spain; Rotary Clubs in USA, Mexico, El Salvador, Colombia, Ecuador, Chile, Peru, Uruguay, Paraguay, St. Lucia, Cayman Islands; Health Canada, Canadian Blood Services, Hema-Quebec, Canada; USA Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, Mexico; Programa Nacional de Sangre. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala; Laboratorio Central Max Bloch, Cruz Roja Salvadoreña, El Salvador; Programa Nacional de Sangre, Cruz Roja Hondureña, Honduras; Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia, Cruz Roja Nicaraguense, Nicaragua; Dirección de Laboratorios, Caja Costarricense del Seguro Social, Costa Rica; Hospital Santo Tomás, Panama; Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Cruz Roja Colombiana, Colombia; Programa Nacional de Bancos de Sangre, Venezuela; Ministerio de Salud, Cruz Roja Ecuatoriana, Ecuador; Programa Nacional de Sangre, Bolivia; Programa Nacional de Sangre, Cruz Roja Chilena, Chile; Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre, Instituto Nacional de Salud, Peru; Programa Nacional de Sangre, Paraguay; Plan Nacional de Sangre, Argentina; Centro Nacional de Transfusión, Uruguay; Coordinación da Política Nacional de Sangre e Hemoderivados, Agencia de Vigilancia Sanitaria, HEMOBRAS, Brazil; Instituto Nacional de Hematología e Inmunología, Cuba; Secretaría Estatal de Salud Pública y Asistencia Social, Cruz Roja Dominicana, Dominican Republic; National Blood Safety Program, Croix Rouge Haitienne, Haiti; Princess Alexandra Hospital, Anguilla; Stichting Bloedbank, Aruba; Princess Margaret Hospital, Bahamas; Belize National Blood Transfusion Service, Belize; Peebles Hospital, BVI; Cayman Islands Hospital, CI; Red Cross Blood Bank Foundation, Curacao; Princess Margaret Hospital, Dominica; Pathology Laboratory, Grenada; National Blood Transfusion Service, Guyana; National Blood Transfusion Service, Jamaica; Joseph N. France General Hospital, St. Kitts; St. Lucia Blood Bank Service; Milton Cato Memorial Hospital, St. Vincent; National Blood Bank, Suriname; National Blood Transfusion Service, Trinidad and Tobago.

6. Lien entre le point de l'ordre du jour et l'Agenda de la santé pour les Amériques :

PRINCIPES

Droits humains, universalité, accès et inclusion : Le Plan d'Action pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 vise à promouvoir la suffisance, la disponibilité, l'accès et la ponctualité du sang pour les transfusions dans la

Région des Amériques, au regard du droit humain à atteindre le meilleur état de santé possible.

Solidarité panaméricaine : Le Plan d'Action encourage la collaboration entre les pays des Amériques avec la participation des centres collaborateurs et des associations professionnelles de l'OPS.

Un accès équitable à la santé : Le Plan d'Action vise à éliminer les différences entre les pays et à l'intérieur de ces derniers sur le plan de la disponibilité, de l'accès, des possibilités et de la qualité du sang pour les transfusions dans l'optique d'une approche de santé publique.

Participation sociale : Le document CE48/11 indique clairement qu'un réseau social est indispensable pour atteindre 100% des dons de sang volontaires et une réserve de sang suffisante.

DOMAINES D'ACTION

Renforcer les autorités de santé: Le Plan d'Action 2006-2010 comprend quatre stratégies. La première, Planification et gestion d'un système national de réseaux de sang nécessite le leadership du ministère de la santé. Les paragraphes 27, 29, 30, 31, 33, 34, 39 du document CD48/11 se rapportent au rôle directeur du Ministère de la santé.

Considérer les déterminants de la santé; Réduire le risque et la charge de morbidité : L'innocuité du sang dépend essentiellement de la qualité du sang du donneur. Les conditions nationales liées au sang dépendent de l'état de santé en général de la population. La promotion de la santé, l'éducation sanitaire et les interventions sanitaires en vue de protéger la population favoriseront un sang sécurisé et diminueront le recours aux composantes du sang. Un sang sécurisé aide à diminuer la prévalence des infections à VIH, HBV, HCV, T. cruzi et autres infections. Les paragraphes 6-9, 11-18, 24, 29, 34, et 37, et les tableaux 1-5 se concentrent sur ces questions.

Renforcer la protection sociale et l'accès à des services de santé de qualité ; Réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les pays et les inégalités au sein du pays : La disponibilité du sang et l'accès au sang varient d'un pays et l'autre et au sein d'un pays. L'objectif général du Plan d'Action 2006-2010 est de promouvoir un accès équitable en prévoyant une plus grande inclusion sociale. Les tableaux 10-13 et les paragraphes 13, 14, 15, 35, 36, 37, et 41 traitent de la protection sociale et de l'accès au sang.

Renforcer la sécurité du sang : Le sang pour les transfusions est une composante essentielle pour la prise en charge des urgences. Le paragraphe 36 du document fait tout spécialement référence des urgences.

De plus, le document CE48/11 stipule que, dans le paragraphe 31:

“31. Les concepts de la Résolution CD46.R5 continuent de s'appliquer à la Région des Amériques mais des mesures doivent être prises par les autorités nationales pour mettre en œuvre les stratégies du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010, approuvé par le 46^e Conseil directeur. On recommande que les Ministères de la santé soutiennent leurs systèmes nationaux de collecte de sang en utilisant l'Agenda de santé pour les Amériques 2008-2017 en tant que cadre général.”

7. Lien entre le point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012:

Le Plan d'Action régional pour la sécurité transfusionnelle traite des questions sur le plan suivant:

- OS1. Alléger le fardeau sanitaire, social et économique des maladies transmissibles –T.cruzi, HBV, HCV, HTLVII en améliorant la sélection des donneurs et le dépistage en laboratoire.
- OS2. Lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme en améliorant la sélection des donneurs et le dépistage en laboratoire.
- OS3. Prévenir et diminuer les maladies, invalidités et décès prématurés provenant des affections chroniques non transmissibles en assurant à temps la disponibilité d'un sang sans risque.
- OS4. Réduire la mortalité et améliorer la santé lors des étapes clés de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé

sexuelle et reproductive et un vieillissement pour toutes les personnes en encourageant le don de sang volontaire et en veillant à la disponibilité du sang au moment nécessaire.

- SO5. To reduce the health consequences of emergencies, disasters, crises and conflicts, and minimize their social and economic impact by providing blood for transfusion when necessary.
- OS6. Promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs risques tels que le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie, les régimes alimentaires malsains, l'inactivité physique et les rapports sexuels à risques qui affectent les conditions de santé en encourageant l'éducation des donneurs de sang volontaires.
- OS7. Traiter des déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé par le biais des politiques et programmes qui renforcent l'accès équitable à la santé et intègrent l'approche basée sur les droits humains d'aide au pauvre et de respect du genre en assurant un accès équitable au sang sécurisé.
- OS10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé en améliorant la planification et la gestion du système national de réseau de collecte de sang.
- OS11. Renforcer le leadership, la gouvernance et la base des données probantes des systèmes de santé en améliorant la planification et la gestion du système national de réseau de collecte de sang.
- OS12. Vérifier un accès élargi, une meilleure qualité et une plus grande utilisation de technologies et de produits médicaux.

8. Pratiques optimales appliquées dans ce secteur et exemples tirés d'autres pays au sein des BR :

Canada: Organisation des services de collecte de sang. Aruba, Iles Caïmans, Cuba, Curaçao, Suriname pour les dons de sang volontaires.

9. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour :

Une meilleure planification et une meilleure gestion au niveau des pays permettront une utilisation plus efficace des ressources nationales. Environ US\$ 48 millions ont été gaspillés en 2005 par les pays des Caraïbes et de l'Amérique latine. Les paragraphes 14, 20 et 22 se rapportent aux ressources financières.

Le financement régulier et extra-budgétaire au niveau regional ne devrait pas être diminué à nouveau dans les années à venir. Le Siège de l'OPS, le BR et les initiatives sous-régionales devraient chercher à mettre en œuvre des approches coordonnées pour la coopération technique. Le paragraphe 43 du document traite de cette question.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U, 23-27 juin 2008

CD48/11 (Fr.)
Annexe C

ORIGINAL: ANGLAIS

RÉSOLUTION

CE142.R5

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE : RAPPORT DE SITUATION

LA 142^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de situation présenté par la Directrice sur la sécurité transfusionnelle (document CE142/20), qui résume les difficultés observées dans l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010;

Préoccupée par l'insuffisance et la mauvaise qualité du sang disponible pour les transfusions dans la majorité des pays de la Région, et

Prenant en considération l'Agenda de la santé pour les Amériques 2008-2017,

DÉCIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution rédigée selon les lignes suivantes :

LE 48^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de situation présenté par la Directrice sur la *Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques* (document CD48/11), qui résume les difficultés observées dans l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010;

Conscient du rôle central que jouent les transfusions dans les soins médicaux appropriés des patients et dans la réduction de la mortalité parmi les mères, les nourrissons, les victimes d'accidents du trafic et d'autres traumatismes, les patients souffrant de cancer ou de troubles de coagulation sanguine et les patients transplantés;

Préoccupé du fait que les niveaux actuels de disponibilité et de sécurité du sang pour transfusion dans la Région sont insatisfaisants;

Reconnaissant que les systèmes organisationnels nationaux en place limitent l'efficacité des transfusions sanguines, ont des effets négatifs sur la morbidité et la mortalité et ont pour résultats des pertes financières majeures;

Considérant que les concepts des résolutions CD41.R15 (1999) et CD46.R5 (2005) sont toujours applicables à la Région des Amériques, et qu'une action est requise par les autorités nationales afin de mettre en œuvre les stratégies du Plan d'action régional 2006-2010, approuvé par le 46^e Conseil directeur; et

Reconnaissant que des modifications dans les approches nationales actuelles sont requises afin d'atteindre les buts régionaux établis pour la sécurité transfusionnelle d'ici 2010,

DÉCIDE :

1. D'exhorter les États Membres à :
 - (a) exécuter de manière proactive le Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 en :
 - i. définissant une entité spécifique au sein du niveau normatif de leur ministère de la santé responsable de la planification, du contrôle et du fonctionnement efficace global du système de sang national;
 - ii. estimant le besoin national annuel des composantes sanguines, tenant en compte les urgences imprévues, les augmentations attendues de la population générale et de la population âgée, l'inclusion sociale des populations actuellement exclues, les accidentés du trafic routier, et l'adoption locale de technologies médicales, telles que les transplantations et le traitement du cancer, et les ressources financières nécessaires pour couvrir ces besoins;
 - iii. établissant un réseau de volontaires pour éduquer la communauté et promouvoir le don volontaire de sang et traiter les donneurs de sang, une attention particulière étant accordée aux programmes pour la jeunesse;

- (b) terminer le remplacement et le don rémunéré du sang avant la fin de 2010, dans une optique de don du sang 100% volontaire, altruiste, non rémunéré, en utilisant l'information obtenue d'enquêtes socio-anthropologiques menées dans les pays, étant donné que la collecte du sang ne devrait pas être la seule responsabilité des équipes médicales hospitalières;
 - (c) partager les bonnes pratiques dans le recrutement et la rétention des donneurs de sang volontaires.
2. De demander à la Directrice de :
- (a) coopérer avec les États Membres dans l'exécution du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 en utilisant une approche multidisciplinaire et coordonnée pour la promotion de la santé, l'éducation publique, les droits humains et des patients, l'assurance de la qualité et l'efficacité financière;
 - (b) travailler avec les États Membres et les organisations internationales pour évaluer l'exécution du Plan d'action régional 2006-2010 et identifier les interventions spécifiques aux pays qui sont requises pour assurer la suffisance, la qualité et la sécurité acceptables du sang pour les transfusions au niveau national;
 - (c) préparer des rapports annuels sur la situation de la sécurité transfusionnelle dans la Région.

(Septième réunion, 26 juin 2008)



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



48^e CONSEIL DIRECTEUR 60^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, du 29 septembre au 3 octobre 2008

CD48/11 (Fr.)

Annexe D

Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées aux fins d'adoption par le Conseil directeur

1. Résolution : Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques				
2. Lien avec le budget programme <table><tr><td>Domaine d'activité</td><td>21 ;01</td><td>Résultat escompté</td><td>3 ;5</td></tr></table>	Domaine d'activité	21 ;01	Résultat escompté	3 ;5
Domaine d'activité	21 ;01	Résultat escompté	3 ;5	
3. Incidences financières <p>a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : \$1,780.000</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) : \$ 1,420.000</p> <p>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? 100%</p>				
4. Incidences administratives <p>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions : Siège, Unités sous-régionales, BR et centres collaborateurs.</p> <p>b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent à plein temps, en précisant les qualifications requises) : Points focaux spécifiques pour la sécurité transfusionnelle dans chaque unité sous-régionale et BR.</p> <p>c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation) : La mise en oeuvre des activités a commencé en 2005 et doit continuer jusqu'en 2010. Les progrès régionaux et nationaux doivent être évalués chaque année.</p>				