



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 132<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

*Washington, D.C., E-U A, 23-27 juin 2003*

---

*Point 4.3 de l'ordre du jour provisoire*

CE132/11 (Fr.)

14 mai 2003

ORIGINAL : ESPAGNOL

### **ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PROGRAMMATIQUES : RÉSULTATS OBTENUS POUR LA PÉRIODE 1999-2002**

La 25<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé les orientations stratégiques et programmatiques (OSP) pour la période 1999-2002, et a demandé au Secrétariat d'informer les Organes directeurs sur les progrès accomplis en ce qui concerne la réalisation des objectifs régionaux, l'application des orientations programmatiques et la mesure dans laquelle les pays ont tenu compte des OSP dans la formulation de leurs plans et politiques nationaux de santé. Ce rapport a été présenté à la 26<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine qui l'a examiné et qui a décidé de demander à la Direction de présenter un nouveau rapport au Conseil directeur en 2003 dans lequel sera actualisé l'accomplissement des objectifs régionaux.

Ce document est présenté à cette fin. Il comporte l'information mise à jour sur les progrès accomplis par les pays par rapport aux objectifs établis. En outre, il faut tenir compte dans certains cas de la difficulté de rassembler et d'analyser l'information respective.

Il y a enfin une série de leçons à tirer de cet exercice et des antérieurs que le Bureau a effectués dans le but d'évaluer les orientations des politiques du BSP.

Les délégués au Comité exécutif sont priés d'examiner le rapport et d'exprimer leurs opinions quant à son contenu.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Introduction.....	3
Méthodologie .....	3
Les objectifs des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002 .....	4
Résultats de l'évaluation finale des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002 .....	6
Leçons tirées .....	20
Mesures à prendre par le Comité exécutif .....	22

## **Introduction**

1. En tenant compte de la résolution de la 25<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine qui a approuvé les orientations stratégiques et programmatiques (OSP) pour la période 1999-2002, le Bureau sanitaire panaméricain a élaboré un rapport sur les progrès accomplis en ce qui concerne les objectifs régionaux, l'application des orientations programmatiques et la mesure dans laquelle les pays ont tenu compte des OSP dans la formulation de leurs plans ou de leurs politiques nationales de santé. Ce rapport a été présenté à la 36<sup>e</sup> session du Sous-Comité de Planification et Programmation et a été présenté ensuite, avec les modifications proposées par les délégués, à la 130<sup>e</sup> session du Comité exécutif en 2002.

2. La 26<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a étudié le rapport et a décidé de demander à la Direction de présenter au Conseil directeur en 2003 un nouveau rapport qui précise les aspects relatifs à la réalisation des objectifs régionaux. Ce document qui comporte l'information mise à jour sur les progrès des pays par rapport aux objectifs établis, est présenté ici en conformité au mandat de la Conférence..

## **Méthodologie**

3. En 2001, une évaluation intermédiaire des OSP a été effectuée à l'aide d'une étude d'échantillons (par échantillonnage aléatoire simple avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 8%) parmi le personnel professionnel du Bureau, non seulement du siège mais aussi des bureaux de représentation dans les pays. Elle a impliqué le personnel associé au régime des Nations unies tout comme le personnel recruté localement. L'étude comportait trois objectifs : a) enquêter sur les connaissances, comportements et méthodes des fonctionnaires du Bureau concernant le processus de formulation des OSP et leur utilisation postérieure; b) estimer le niveau des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs régionaux; et c) déterminer l'application des orientations stratégiques dans la programmation de la coopération technique. Cette étude a montré que dans le domaine technique, 87% des professionnels faisant partie de l'étude connaissaient les OSP, et les utilisaient tous dans leur travail, 85% les considéraient comme des orientations de la coopération technique, mais la moitié d'entre eux seulement connaissaient le processus qui a été entrepris pour leur élaboration. L'étude s'est rendue compte de plus que les projets de coopération technique avaient une concordance d'environ 90% avec les orientations programmatiques des OSP.

4. Les possibilités méthodologiques d'évaluation de la réalisation des objectifs régionaux des OSP ont été révisées et il s'est avéré que plusieurs objectifs avaient été atteints en juin 2001. Il est également apparu que pour certains d'entre eux, il serait nécessaire de recourir à des sources diverses des indicateurs de base publiés par le Bureau

pour pouvoir les évaluer et qu'il était probable que dans certains cas, il ne serait pas possible de disposer des données qui permettraient d'évaluer leur réalisation.

5. Le procédé utilisé et les conclusions principales ont été présentés à la 36<sup>e</sup> réunion du Sous-Comité de Planification et Programmation. En fonction des résultats de cette évaluation intermédiaire et des suggestions du SPP, l'approche a été établie pour l'évaluation finale des OSP.

6. Pour tous les pays de la Région, à l'exception des territoires, les données disponibles dans le système régional de données de base en santé produit par le Bureau ont été révisées dans le but de déterminer la réalisation des objectifs régionaux en comparant la situation en 1998, par rapport aux objectifs respectifs, en se servant de la situation de l'année disponible la plus récente et la plus proche de 2002. De cette façon il est possible d'apprécier la concrétisation ou le retard de la réalisation des objectifs. Pour les cas dans lesquels les données de base ne disposaient pas des renseignements requis ou si l'information nécessaire ne faisait pas partie de cette base de données, il a fallu dans la mesure du possible identifier une source alternative. Et il se fait que dans des cas exceptionnels, la Région ne dispose pas de sources différentes d'information.

### **Les objectifs des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002**

7. Les OSP ont arrêté 29 objectifs régionaux qui représentent l'engagement conjoint des pays et du Bureau à améliorer la santé de la population de la Région.

8. Ces objectifs adoptés ont été regroupés en trois groupes dont le premier se rapporte aux résultats en santé :

- . l'espérance de vie à la naissance augmentera d'au moins deux ans dans tous les pays qui en 1998 avaient une espérance de vie inférieure à 70 ans ;
- . dans tous les pays, le taux de mortalité infantile diminuera de 10% ;
- . la mortalité périnatale diminuera de 20% ;
- . la mortalité néonatale tardive diminuera de 30% ;
- . la mortalité de l'enfance diminuera de 40% et sera inférieure à 50 pour 1.000 naissances vivantes ;
- . la mortalité maternelle diminuera de 25% ;
- . au moins 60% des femmes âgées de 15 à 44 ans auront accès aux contraceptifs ;
- . dans tous les pays, moins de 20% des enfants âgés de moins de 5 ans souffriront de retard de la croissance ;

- . moins de 10% des nouveaux-nés pèseront moins de 2.500 grammes à la naissance ;
- . les maladies imputables à la carence d'iode auront été éliminées ;
- . la prévalence d'hypovitaminose A sous-clinique chez les enfants de moins de 5 ans sera inférieure à 10% ;
- . la prévalence de carence de fer chez les femmes âgées de 15 à 44 ans et les femmes enceintes aura diminué de 30% ;
- . l'élimination de la transmission du poliovirus sauvage sera maintenue ;
- . dans tous les pays, la transmission de la rougeole aura été éliminée ;
- . l'incidence du tétanos néonatal sera inférieure à 1 pour 1.000 naissances vivantes au niveau de district (municipal, cantonal, etc.) ;
- . la prévalence de la lèpre sera inférieure à 1 pour 10.000 habitants ;
- . la prévalence de caries dentaires endémiques diminuera de 50% ;
- . la transmission de la rage humaine par le chien aura été éliminée ;
- . la transmission de la maladie de Chagas par *Triatoma infestans* aura été éliminée de tous les Pays du Cône Sud, et
- . la fièvre aphteuse aura été éliminée de tous les pays du Cône Sud.

9. Un deuxième groupe lié aux actions intersectorielles se rapporte aux facteurs déterminants de la santé :

- . dans tous les pays, 80% au moins de la population totale disposeront de services appropriés d'évacuation des eaux résiduelles et d'élimination des excréments, et
- . au moins 75% de la population totale auront accès à l'eau potable, et dans les pays qui en 1998 avaient un accès supérieur à 75%, la couverture augmentera de 10%.

10. Et un troisième groupe qui se rapporte aux politiques et systèmes de santé :

- . tous les pays auront adopté des politiques pour promouvoir la santé pour tous et l'accès équitable à des services de santé de bonne qualité ;
- . l'intégralité du sang destiné à la transfusion sera examinée pour détecter l'infection par le virus de l'hépatite B y C, la syphilis, le *Trypanosoma cruzi* et le VIH ;

- toutes les banques du sang participeront à des programmes de contrôle de la qualité ;
- tous les pays auront adopté des politiques destinées à prévenir la consommation de tabac par les enfants et les adolescents ;
- tous les pays disposeront d'un système d'information sanitaire qui fournit des données de santé de base répondant à des critères de validité et de fiabilité ;
- en coordination avec les entités concernées, des efforts auront été faits pour que les décès qui ne sont pas notifiés soient inférieurs à 20%, et
- moins de 10% des décès notifiés seront attribués à des « causes mal définies ».

### **Résultats de l'évaluation finale des orientations stratégiques et programmatiques 1999-2002**

11. La 25<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a demandé au Directeur non seulement d'appliquer les OSP mais aussi d'évaluer l'impact de la coopération technique en utilisant les OSP comme cadre de référence. Dans ce but est présentée à la suite l'évaluation la plus précise possible sur l'accomplissement des objectifs régionaux, la réalisation des orientations programmatiques et le degré d'influence des OSP dans les plans et les politiques nationaux de santé.

12. Cet exercice peut d'autre part offrir à l'Organisation une possibilité d'apprendre en ce qui concerne le processus de définition des orientations de politiques et de planification, ainsi que la programmation et la gestion de la coopération technique. Par conséquent, le chapitre suivant décrit une série de leçons pour le Bureau, tirées de l'évaluation intermédiaire et de l'évaluation présentée dans ce document.

13. La situation la plus à jour sur les progrès des réalisations des objectifs régionaux est présentée ci-dessous.

#### ***Espérance de vie à la naissance***

**Objectif :** *L'espérance de vie à la naissance augmentera d'au moins deux ans dans tous les pays qui, en 1998, avaient une espérance de vie inférieure à 70 ans.*

14. Selon les calculs du Programme mondial de la population des Nations unies, dans tous les pays de la Région avec une espérance de vie inférieure à 70 ans à l'exception de la Grenade, l'espérance de vie a augmenté entre 1998 et 2002. Le nombre de pays avec une espérance de vie inférieure à 70 ans est passé de 16 en 1998 à 10 en 2002. L'augmentation de l'espérance de vie au cours de la même période a été de 0,9 an en

moyenne pour tous les pays. À Saint Kitts & Nevis, l'objectif d'accroître l'espérance de vie de 2 ans a été dépassé, une augmentation de 2,8 ans ayant été enregistrée.

### ***Mortalité infantile***

**Objectif :** *Dans tous les pays, le taux de mortalité infantile diminuera de 10%.*

15. Selon les taux estimés dans tous les pays de la Région sans aucune exception, la mortalité infantile a baissé au cours de la période, atteignant une diminution de 9% en moyenne. Dans sept pays cet objectif a été dépassé, avec une réduction supérieure à 10% (Bolivie, Colombie, El Salvador, Panama, Pérou, Trinidad et Tobago, et Uruguay). Dans le même temps, dans trois pays (Canada, Cuba et les Etats-Unis d'Amérique) le taux de mortalité infantile était inférieur à 10% en 1998, et continue à l'être maintenant, ce qui, en plus de représenter une réussite marquante pour la population, signifie qu'une diminution quelle qu'elle soit, aussi petite soit-elle, implique des efforts plus poussés que pour les pays avec des taux plus importants. Il s'est cependant produit également dans ces pays une réduction du taux de mortalité infantile.

### ***Mortalité périnatale***

**Objectif :** *La mortalité périnatale diminuera de 20%.*

16. Les insuffisances de l'enregistrement de la mortalité fœtale intermédiaire et de la mortalité fœtale tardive sont considérables dans la Région et il s'agit là de données indispensables pour l'estimation des taux de mortalité périnatale, raison pour laquelle dans la pratique il y a très peu de pays qui réussissent à estimer le taux de ce type de mortalité.

17. Pour la majorité des pays, les données disponibles les plus récentes en la matière remontent à 1995. Elles ont été publiées en 1997 conjointement par l'OMS et la Banque mondiale et sont disponibles sur la page Internet du Centre latino-américain de Périnatalogie (CLAP). Le fait que ces données ont été publiées un an avant l'approbation des OSP et que dans très peu de pays il existe des données postérieures qui permettent de faire une comparaison et d'établir des changements, rend par conséquent impossible de déterminer la mesure dans laquelle cet objectif a été atteint.

### ***Mortalité néonatale tardive***

**Objectif :** *La mortalité néonatale tardive diminuera de 30%.*

18. Dans la majorité des pays de la Région, les insuffisances du registre de la mortalité dans les âges plus précoces sont considérables du fait que les taux de mortalité

ne sont pas estimés de manière systématique, en particulier pour les groupes de populations comme celui des nouveaux-nés (moins de 28 jours après la naissance), groupe dans lequel se situe la mortalité néonatale tardive (7 à 28 jours).

19. Les registres qui se réalisent à travers la base de données du Centre latino-américain de Périnatalogie, sont des registres d'établissement de prise en charge qui ne donnent pas la vue d'ensemble du niveau national. Toutefois, il existe des registres pour cinq pays seulement, qui ne coïncident pas dans les années d'enregistrement. Par conséquent, il n'existe pas de données sur les taux de mortalité néonatale tardive dans la Région suffisantes pour déterminer la mesure dans laquelle cet objectif a été atteint.

### ***Mortalité des enfants de moins de cinq ans***

**Objectif :** *La mortalité de l'enfance diminuera de 40% et sera inférieure à 50 pour 1.000 naissances vivantes.*

20. Dans les pays d'Amérique pour lesquels l'information est disponible, les taux estimés de mortalité de l'enfance ont enregistré une diminution moyenne de 9,5%, de ce qui représente une baisse du taux de 3,7 pour 1.000 naissances vivantes. Les progrès dans la réduction de la mortalité de ce groupe d'âge sont apparentés au contrôle des maladies infectieuses (60%) et à la diminution de la mortalité par affections périnatales.

21. En ce qui concerne l'objectif de réduire de 40% le taux de mortalité des moins de cinq ans sur la période en question, 19 pays ont enregistré une diminution variant entre 7% et moins de 20%, dans quatre pays, la diminution s'est située entre 20% et 27%, et dans un pays, la République dominicaine, les données ne permettent pas d'évaluer cet indicateur en raison d'incohérences dans l'information donnée.

22. Les estimations disponibles pour 2002 indiquent que pour les sept pays qui avaient un taux de mortalité supérieur à 50 pour 1.000 naissances vivantes chez les enfants âgés de moins de cinq ans au début de la période, quatre ont continué à avoir des taux supérieurs à ce chiffre, ce qui veut dire que trois ont atteint l'objectif de réduire ce taux à moins de 50 pour 1.000 naissances vivantes.

### ***Mortalité maternelle***

**Objectif :** *La mortalité maternelle diminuera de 25%.*

23. Les insuffisances de l'enregistrement de la mortalité maternelle dans la Région sont considérables et sont liées à divers aspects des insuffisances de l'enregistrement de la mortalité en général, la classification incorrecte des décès maternels par certification inadéquate et le manque de comparabilité des données à cause des changements dans la

méthodologie d'estimation. De plus, il existe des différences énormes dans les années d'enregistrement ou d'estimation des taux, et dans de nombreux pays, les données existantes ne permettent pas de faire des comparaisons à l'intérieur même du pays.

24. Conformément aux données disponibles pour 35 pays dans les indicateurs de base de l'OPS, en général peu de progrès sont observés en matière de réduction de la mortalité maternelle sur la période 1998 -2001. La tendance reste inchangée dans cinq pays, dans cinq autres pays il existe une augmentation importante du rapport de la relation de la mortalité maternelle, et dans sept pays, une augmentation minimale ou modérée. Six pays offrent une donnée unique pour la période, et un pays ne donne aucune information. Dans 11 pays, la tendance du rapport de mortalité maternelle est en baisse.

25. Les causes de la mortalité maternelle dans la Région témoignent des tendances globales qui correspondent à environ 75% de causes obstétriques diverses, imputables à des complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, parmi lesquelles ressortent les hémorragies, éclampsies, septicémies et complications de l'avortement.

26. La coopération technique encourage actuellement une nouvelle stratégie régionale pour réduire la mortalité maternelle, portant sur la promotion d'interventions efficaces basées sur des preuves, la prestation de services obstétriques de qualité, le renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique, l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié et l'interaction permanente avec des stratégies d'autonomisation des femmes, des familles et des communautés.

### *Accès aux contraceptifs*

**Objectif :** *Au moins 60% des femmes âgées de 15 à 44 ans aura accès aux contraceptifs.*

27. Il n'existe pas d'information disponible pour l'année 2002 en ce qui concerne cet objectif. Toutefois, conformément aux indicateurs de base de l'OPS, entre 1998 et 2000, sur 35 pays, 11 ont atteint l'objectif de 60% ou plus de couverture d'emploi de méthodes contraceptives, avec une moyenne approximative du groupe de 70%. Egalement au cours de la période, 12 pays ont maintenu la même proportion de couverture avec une moyenne de 50% de prévalence de l'usage de contraceptifs et enfin, 10 pays ont réduit leur prévalence entre 4% et 32 %, atteignant en moyenne une proportion de 38%. Sur les deux pays qui restent, l'un donne des information pour une seule année et l'autre n'en donne aucune.

28. De plus, les données ne sont pas forcément comparables entre pays du fait que dans certains cas il s'agit de la proportion de femmes fécondes (entre 15 et 49 ans) et dans d'autres cas il s'agit des femmes en relation de couple stable et dans quelques cas il s'agit seulement de déterminer la proportion de femmes des zones urbaines.

### ***Retard de la croissance***

**Objectif :** *Dans tous les pays, moins de 20% des enfants âgés de moins de 5 ans souffrira de retard de la croissance.*

29. Il est possible de mesurer le retard de la croissance par rapport à l'adéquation de la taille pour l'âge, du poids pour l'âge ou du poids pour la taille. En général, on utilise le nombre d'écart types relatifs à la taille ou l'âge.

30. Il ne se fait pas d'enregistrements systématiques de ces paramètres nutritionnels, raison pour laquelle il est nécessaire de recourir à des études ou des enquêtes spécifiques qui ne peuvent pas être réalisées périodiquement à cause de leur coût élevé. Les données disponibles provenant d'études de 14 pays, indiquent une tendance constante à la diminution générale du retard de la croissance depuis 1978, et pris individuellement, cinq pays montrent une proportion inférieure à 20% du retard de la croissance. Ces données ne sont cependant pas suffisantes pour établir que l'objectif a été atteint au niveau régional, étant donné que sur les 14 pays, 12 possèdent plus d'une donnée, mais parmi ceux-ci, trois seulement font état d'une information concernant la période d'évaluation des objectifs des OSP.

### ***Faible poids à la naissance***

**Objectif :** *Moins de 10% des nouveaux-nés pèsent moins de 2.500 grammes à la naissance.*

31. Selon l'information disponible sur la page de l'Internet du Centre panaméricain de Périnatalogie, l'objectif régional a été réalisé aux environs de l'an 2001 quand on a estimé 8,48% de faible poids à la naissance pour 38 pays de la Région prise dans son ensemble. Toutefois, 5 pays continuent à avoir des chiffres supérieurs à 10%, même si aucun d'entre eux ne dépasse 15% de faible poids à la naissance.

### ***Carence d'iode***

**Objectif :** *Les maladies imputables à la carence d'iode auront été éliminées.*

32. Il est possible de déterminer la carence d'iode par différents moyens, dont l'un consiste à vérifier la proportion de la population ayant un goitre et la concentration d'iode

dans les urines. Il n'existe pas de données suffisantes dans la Région pour savoir si l'objectif régional a été atteint. Les données disponibles de 18 pays sur la carence d'iode datent d'avant 1998 et il n'existe pas de données ultérieures à cette année pour ces mêmes pays.

33. Cependant, l'information sur l'iodisation du sel pourrait indiquer des changements possibles dans la carence d'iode dans les pays. Il existe des programmes d'iodisation du sel dans 26 pays, dont neuf ont besoin d'amélioration, mais dans certains pays il y a encore des endroits où l'on ne dispose pas de sel iodé et d'autres pays dans lesquels l'iodisation du sel est insuffisante. Les pays font également état de la carence d'iode dans des endroits où ce problème se manifestait généralement sous la forme de goitre endémique, mais cela ne constitue pas un échantillon représentatif de la Région.

### ***Hypovitaminose A***

**Objectif :** *La prévalence d'hypovitaminose A sous-clinique chez les enfants de moins de 5 ans sera inférieure à 10%.*

34. L'information sur cette déficience n'est pas collectée de façon systématique, raison pour laquelle il est nécessaire de recourir à des études spécifiques qui ne peuvent pas être réalisées fréquemment à cause de leur coût élevé.

35. Il existe des informations provenant de diverses sources pour 16 pays de la Région, mais elles ne sont pas suffisantes pour déterminer la mesure dans laquelle cet objectif régional a été atteint au cours de la période comprise dans l'évaluation. Les données dans leur majorité sont antérieures à 1998, et seul le Nicaragua signale une prévalence d'hypovitaminose sous-clinique de 8% pour l'an 2000. Aucun autre pays ne dispose de données postérieures à 1998. D'autres études plus récentes incluent les niveaux de supplément de vitamine A dans quelques pays de la Région, l'effet des programmes de fortification sur des périodes comprises entre 1965 et 1996, et des études sur la concentration de rétinol dans le sérum réalisées entre 1991 et 2000, mais ces études ne sont pas comparables entre elles.

### ***Carence de fer chez les femmes en âge de reproduction et chez les femmes enceintes***

**Objectif :** *La prévalence de carence de fer chez les femmes âgées de 15 à 44 ans et les femmes enceintes aura diminué de 30%.*

36. Les données les plus récentes pour 24 pays sont antérieures à 1998, à l'exception du Pérou et d'Haïti qui disposent de données pour 2000, et il n'existe pas d'autres données postérieures à ces dates pour déterminer si l'objectif régional a été atteint. La difficulté majeure pour disposer de cette information réside dans le fait que la source

commune pour obtenir ces données signifie des études de recherche qui ne couvrent pas toujours le même domaine ou qui se fondent sur des estimations provenant d'études locales.

### ***Poliomyélite***

**Objectif :** *L'élimination de la transmission du poliovirus sauvage sera maintenue.*

37. Le dernier cas de poliomyélite causé par le poliovirus sauvage s'est produit en Amérique en 1991. En 1994, la Commission internationale pour l'homologation de l'éradication de la poliomyélite (CICEP) a déclaré que la transmission du poliovirus sauvage avait cessé dans les Amériques. Aucun autre cas n'a été notifié dans notre continent à la suite de l'épidémie de la République dominicaine et Haïti qui s'est produite à cheval sur les années 2001 et 2002, qui a enregistré 21 cas, et qui a été provoquée par un poliovirus type 1 dérivé du vaccin.

38. La surveillance des paralysies flasques aiguës a toujours été conforme aux normes exigées par la Commission internationale pour l'homologation de l'éradication de la poliomyélite.

### ***Rougeole***

**Objectif :** *Dans tous les pays, la transmission de la rougeole aura été éliminée.*

39. En avril 2002, le Venezuela était le seul pays des Amériques où se poursuivait la transmission autochtone de la rougeole. A cette même date, des cas ont été enregistrés dans quatre autres pays, mais tous ces cas étaient importés. Des mesures importantes ont été prises au Venezuela pour maîtriser cette flambée et il n'y a pas eu de notification de cas dans la Région des Amériques imputables à la transmission autochtone du virus depuis le 16 novembre 2002. Toutefois jusqu'à la seizième semaine de 2003, il y a eu 11 cas, sept au Canada, 1 au Chili et 4 aux États-Unis, tous ces cas étant importés d'endroits extérieurs à la Région.

### ***Tétanos néonatal***

**Objectif :** *L'incidence du tétanos néonatal sera inférieure à 1 pour 1.000 naissances vivantes au niveau de district (municipal, cantonal, etc.).*

40. Entre 1998 et 2002 dans les Amériques, l'incidence du tétanos néonatal s'est maintenue à un niveau inférieur à 1 pour 1.000 naissances vivantes dans 99,4% des

14.285 districts des pays d'Amérique latine. Depuis que s'est intensifiée la vaccination des femmes en âge de reproduction en 1988, les cas de tétanos néonatal notifiés ont baissé à 92%. La comparaison des cas notifiés en 1998 et 2002, indique qu'il s'est produit une diminution de 39% des cas, qui ont baissé de 199 en 1998 à 122 en 2002.

41. Même si la situation générale actuelle est en progrès, il existe d'importantes situations dissemblables du fait que l'incidence majeure se concentre dans quatre pays (Haïti, Brésil, Colombie et Mexique) et que seuls 11 pays se situent au-dessus de l'objectif, car ils ont des districts avec des taux supérieurs à 1 pour 1.000 naissances vivantes, parmi lesquels deux seulement (Costa Rica et Paraguay) ont entre 1% et 2% de districts avec des taux supérieurs à 1 pour 1.000, alors que les autres maintiennent moins de 1% de leurs districts dans cette condition. En Haïti, qui a signalé en 2002 26% du total des cas de l'Amérique latine et où 49 (37%) de ses 133 municipalités ont connu des taux supérieurs à 1 pour 1.000 naissances vivantes en 2001, l'exécution du Plan d'élimination du tétanos maternel et néonatal a été initiée. Ce plan envisage parmi ses objectifs le renforcement de l'infrastructure des services de santé.

### ***Lèpre***

**Objectif :** *La prévalence de la lèpre sera inférieure à 1 pour 10.000 habitants.*

42. Selon l'information disponible en 2001, le problème de santé publique de la lèpre a été éliminé dans 14 pays où il existait encore en 1992. Tous les pays d'Amérique latine ont des taux de prévalence inférieurs à 1 pour 10.000 habitants. Il ne reste qu'un seul pays avec une prévalence majeure, le Brésil (4,24 pour 10.000) où il existe 88,7% des cas de la sous-région.

### ***Caries dentaires***

**Objectif :** *La prévalence de caries dentaires endémiques diminuera de 50%.*

43. Les estimations de la prévalence des caries dentaires englobent des périodes d'environ 10 années, et il n'est pas possible de calculer la prévalence correspondante à la période comprise dans l'évaluation. Toutefois et même si la date des données varie selon le pays, au cours de la période allant de 1977 à 2001, dans 11 pays les caries dentaires ont diminué de 50% ou plus. La réduction correspondant à tous les pays au cours de cette période a été d'environ 49% en moyenne.

### ***Rage humaine***

**Objectif :** *La transmission de la rage humaine par le chien aura été éliminée.*

44. La tendance décroissante du nombre de cas de rage humaine s'est maintenue au cours de la période, avec une réduction de 75% au cours des dix dernières années. De

1998 à 2000, les cas de rage humaine ont diminué de 28%, passant de 89 en 1998 à 64 en 2000. Pendant ce temps, de 1998 à 2002, les cas sont tombés à 68,5%, avec un total de 28 cas dans neuf pays de la Région. En 2000, la rage humaine avait déjà été éliminée dans 19 des 21 capitales de l'Amérique latine.

45. En 2001, le chien a été la source d'infection de 71,2% (37 cas), des 52 cas humains notifiés, avec une information sur l'animal transmetteur. Ces cas se sont produits dans 7 pays, qui représentent 38% de la population humaine de la Région, des 48 pays et territoires qui constituent les Amériques.

46. La rage chez le chien poursuit une tendance similaire à la rage humaine transmise par le chien. Au cours des dernières 10 années, le numéro de cas est tombé à 76%. En 2001, 1.652 cas ont été notifiés. En 2002, des données partielles indiquent que 432 cas de rage chez le chien ont été notifiés. Cet impact est apparenté à l'effort entrepris par les gouvernements des pays d'Amérique latine consistant essentiellement à vacciner massivement les chiens.

### ***Maladie de Chagas***

**Objectif :** *La transmission de la maladie de Chagas par *Triatoma infestans* aura été éliminée de tous les Pays du Cône Sud.*

47. Des six pays du Cône Sud, en 2002 le Chili et l'Uruguay ont eu la certification que sur 100% de leur territoire, la transmission du *Tripanosoma Cruzi* par *Triatoma Infestans* s'était arrêtée. Entre-temps, le Brésil a obtenu la certification que 85% de son territoire avait réussi à interrompre la transmission par ce vecteur, l'Argentine a obtenu une certification de 21% et le Paraguay de 6%. La Bolivie est le seul pays qui ne possède pas de zones certifiées d'interruption de la transmission vectorielle par *T. Infestans*.

### ***Fièvre aphteuse***

**Objectif :** *La fièvre aphteuse aura été éliminée de tous les pays du Cône Sud.*

48. La situation actuelle de la fièvre aphteuse dans les pays du Cône Sud (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Paraguay et Uruguay) a été maintenue sous contrôle par rapport à l'année 1998, même s'il y a eu des hauts et des bas au cours des quatre années de la période.

49. Jusqu'au milieu de l'année 2000, la région du Cône Sud (Argentine, Chili, Paraguay et Uruguay) et une grande partie des états brésiliens qui composent les circuits de l'élevage du Sud, du Centre Ouest et de l'Est ont été exempts de fièvre aphteuse avec une zone d'environ 6,2 millions de km<sup>2</sup> et une population de 140 millions de bovins

(49% du cheptel bovin de l'Amérique du Sud). L'Argentine, le Chili et l'Uruguay avaient déjà obtenu la reconnaissance internationale de leur statut d'absence de fièvre aphteuse sans vaccination, et le Paraguay et des régions du Brésil de leur statut d'absence de fièvre aphteuse avec vaccination. Cette situation épidémiologique favorable a représenté un avantage économique pour les pays du Cône Sud. Ils ont éliminé les pertes provoquées par la maladie, ont économisé sur le coût des vaccins et des traitements, ont entamé de nouvelles exportations de viande à l'Amérique du Nord et ont intensifié leurs échanges commerciaux avec les pays de l'Europe et de l'Orient.

50. A partir du deuxième semestre de 2000, des flambées ont été enregistrées dans le Sud du Brésil et de l'Uruguay. L'Argentine a subi une grave épidémie à partir de février 2001, qui s'est étendue dans le pays à l'exception de la zone de la Patagonie exempte de fièvre aphteuse. Le Chili, le Paraguay et le reste des états du Brésil de la zone exempte de fièvre aphteuse se sont maintenus dans ce statut. En octobre 2002, le Paraguay a connu un foyer de fièvre aphteuse et a perdu son statut de zone exempte de la maladie.

51. Actuellement, l'Argentine ne présente pas de cas depuis plus d'un an et doit attendre un an de plus pour obtenir la certification de zone exempte de fièvre aphteuse. Le Chili est exempt de la maladie. L'Uruguay a passé deux ans sans notifier de cas et fait maintenant les démarches pour obtenir la certification de zone exempte de la fièvre aphteuse avec vaccination. Le Paraguay n'a pas notifié de cas depuis la fin de 2002. La Bolivie continue à avoir des régions spécifiques endémiques de la maladie et le Brésil n'a pas présenté de notification de la maladie sur tout son territoire au cours de l'année 2002.

### *Assainissement de base*

**Objectif :** *Dans tous les pays, 80% au moins de la population totale disposera de services appropriés d'évacuation des eaux résiduelles et d'élimination des excréments.*

52. Les données les plus récentes rassemblées dans la Région datent de 1998. Toutefois, au vu des tendances régionales des 40 dernières années, on calcule qu'en 2000, environ 79% de la population des Amériques avaient un accès suffisant aux services d'assainissement et on estime que la couverture a dépassé 80% à la fin de 2002.

53. Même si la situation représente une réussite importante pour la Région, les disparités entre les zones urbaines et rurales continuent à être profondes. La population rurale qui ne dispose pas d'un accès suffisant aux services d'assainissement (50,4%) est environ cinq fois plus élevée que la population urbaine n'ayant pas accès à ce service (10,2%) en Amérique latine et dans les Caraïbes.

### ***Eau potable pour la consommation***

**Objectif :** *Au moins 75% de la population totale aura accès à l'eau potable.*

**Objectif :** *Dans les pays qui en 1998 avaient un accès supérieur à 75%, la couverture augmentera de 10%.*

54. Les données les plus récentes rassemblées dans la Région datent de 1998. Toutefois, au vu des tendances régionales des 40 dernières années, on calcule qu'en 2000, environ 85% de la population des Amériques avaient un accès suffisant aux services d'eau potable, excédant l'objectif escompté pour 2002.

55. Même s'il s'agit d'une réussite importante pour la Région, il faut signaler que la population rurale qui ne dispose pas d'un accès suffisant à l'eau potable pour la consommation (38,8%) est plus de cinq fois plus élevée que la population urbaine n'ayant pas accès à ce service (7%) en Amérique latine et dans les Caraïbes. On calcule que les pays qui en 1998 avaient un accès de 75% n'ont pas augmenté la couverture de 10%. Toutefois, au cours de la période, ils ont atteint une augmentation plus conforme à la réalité, se situant entre 2% et 3%.

### ***Santé pour tous et accès équitable à des services de santé de qualité***

**Objectif :** *Tous les pays auront adopté des politiques pour promouvoir la santé pour tous et l'accès équitable à des services de santé de bonne qualité.*

56. En 2001, il y avait 22 pays qui avaient adopté des politiques ou des lois destinées spécifiquement à promouvoir la santé pour tous ou l'accès de tous à la santé et 24 pays qui avaient adopté des politiques ou des lois promouvant l'accès équitable à des services de bonne qualité. Deux pays qui ne disposaient pas de politiques ou de lois explicites de promotion de la santé pour tous avaient exprimé leur engagement en la matière, avaient formulé des objectifs ou mis en route des programmes destinés à étendre les services de santé à l'ensemble de la population. Six pays qui ne disposaient pas de politiques en matière d'accès équitable avaient exprimé leur engagement, formulé des objectifs ou mis en route des programmes destinés à accroître l'équité dans l'accès aux services de santé.

### ***Transfusion de sang***

**Objectif :** *L'intégralité du sang destiné à la transfusion sera examinée pour détecter l'infection par le virus de l'hépatite B y C, la syphilis, le Trypanosoma cruzi et le VIH.*

57. En 2002, il y avait 20 pays d'Amérique latine qui avaient notifié un dépistage de 100% pour le VIH, l'hépatite B et C, et la syphilis par rapport à 10 en 1998. Dans le même temps, 15 pays ont signalé qu'ils pratiquaient le dépistage de 90% à 99% du sang pour ces mêmes maladies. Ceci indique que 35 pays ont pratiqué un dépistage se situant entre 90% et 100% en 2002 pour les quatre pathologies mentionnées, par rapport à 15 pays en 1998.

58. Au commencement de la période en 1998, il y avait 29 pays qui n'avaient pas indiqué leur taux de couverture du dépistage alors qu'en 2002, ils n'étaient plus que huit pays à ne pas le faire.

59. En ce qui concerne le Trypanosoma Cruzi, en 1998, quatre pays faisaient état de 100% de dépistage du sang et six pays faisaient état de 5.6% à 99%. En 2002, six pays ont indiqué un dépistage de 100% et 11 pays entre 27% et 99%. Il y a un changement notable dans les progrès du dépistage du sang dans la Région pour la maladie de Chagas, avec une augmentation de 70%, de 10 à 17 pays.

**Objectif :** *Toutes les banques du sang participeront à des programmes de contrôle de la qualité.*

60. En 1998, 16 seulement des 43 pays et territoires de la Région (37%) ont participé à des programmes de contrôle de qualité concernant les maladies transmises par l'intermédiaire de transfusions et en 2002, le nombre des pays participant à ces programmes est passé à 37 (86%).

61. En ce qui concerne les programmes de contrôle de la qualité en immunohématologie, en 1998 il y avait 18 pays qui participaient (42%) et en 2002, ils étaient 41 pays (95%), ce qui indique qu'un pays seulement ne participe à ces programmes de contrôle de la qualité. Il existe un seul pays sur lequel il n'y a pas d'information disponible et actuellement, 37 pays participent aux deux programmes, alors qu'en 1998 ils n'étaient que 15 pays seulement.

### ***Consommation de tabac***

**Objectif :** *Tous les pays auront adopté des politiques destinées à prévenir la consommation de tabac par les enfants et les adolescents.*

62. De nombreux pays de la Région ont adopté des politiques de grande envergure en matière de contrôle du tabagisme. Pour 2001, trois pays de la Région (Brésil, Canada et États-Unis) avaient adopté des politiques pour prévenir la consommation de tabac par les enfants et les adolescents.<sup>1</sup>

63. L'analyse des mesures et des politiques adoptées par 35 pays de la Région et qui sont en vigueur actuellement, indique que 25 pays exigent la diffusion de messages et d'avertissements sur les effets nocifs du tabac pour la santé sur les articles à la vente et ont des interdictions ou restrictions de fumer sur les lieux de travail, dans les écoles, les lieux sanitaires, le transport, les restaurants ou les lieux publics.

64. Dix-huit pays transmettent des messages publics par les moyens de communication de masse qui informent sur les risques de l'habitude de fumer pour la santé et 26 pays ont des programmes d'éducation et de promotion de la lutte antitabac.

65. Dix-neuf pays interdisent de manière spécifique la vente de cigarettes aux mineurs et 23 pays interdisent la publicité pour les cigarettes dans des moyens déterminés de communication sociale de masse. De plus, 10 pays ont adopté des mesures pour empêcher la vente de cigarettes à l'unité.

66. Toutes ces mesures exigent un plus grand effort de restriction et de promotion de la santé, car des enquêtes réalisées dans divers pays de la Région indiquent que la consommation de cigarettes par les adolescents constitue encore un sérieux problème et qu'elle varie entre 13,5% et 39,5%.

---

<sup>1</sup> Les critères utilisés pour les politiques efficaces de contrôle du tabagisme chez les jeunes ont été l'augmentation réelle du prix du tabac et de ses dérivés à l'aide d'augmentations des taxes sur le tabac, l'élimination de la promotion du tabac et l'institutions d'environnements sans fumée de cigarette. Ces politiques se fondent sur la résolution CD43.R12 du 43<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS « Convention cadre pour la lutte antitabac ».

### ***Systèmes d'information sanitaire***

**Objectif :** *Tous les pays disposeront d'un système d'information sanitaire qui fournit des données de santé de base répondant à des critères de validité et de fiabilité.*

67. L'information en santé est essentielle pour que les pays puissent prendre des décisions et mettre en œuvre des mesures cherchant à réaliser des progrès dans l'amélioration de la santé de la population et dans la qualité du milieu ambiant. Les pays sont la source des données et par conséquent, les progrès doivent être recherchés à ce niveau afin d'obtenir l'information la plus actualisée et la plus fiable possible. Étant donné qu'il n'est pas possible d'enregistrer tous les événements qui concernent la santé de manière systématique, dès le début de la décennie de 1990, le Bureau a réalisé un effort extraordinaire pour définir, maintenir et publier un ensemble d'indicateurs de base de la santé et il a fait participer les pays de la Région à cet effort.

68. Entre 1998 et 2002, le nombre de pays qui publient des données de base sur la santé fournies par les systèmes nationaux d'information sanitaire, a pratiquement triplé. En 1998 ils étaient au nombre de 8 et en 2002, le nombre de pays qui publient au moins deux prospectus par an de données de base sur la santé était passé à 22.

### ***Notification des décès***

**Objectif :** *En coordination avec les entités concernées, des efforts auront été faits pour que les décès qui ne sont pas notifiés soient inférieurs à 20%.*

69. Les pays requièrent des données vitales opportunes et fiables pour pouvoir planifier des actions en santé. L'une d'entre elles est la mortalité dont la déclaration est obligatoire dans tous les pays. Toutefois, les insuffisances de l'enregistrement de la mortalité constituent l'un des faits de transcendance majeure pour maintenir les tendances démographiques actualisées.

70. Selon les estimations basées sur l'information disponible dans la banque de données de mortalité de l'OPS, en 1998 il y avait sept pays dont les insuffisances de la déclaration des décès étaient supérieures à 20% et cette situation a subsisté dans ces sept pays en 2000, sauf que trois autres pays sont venus s'y ajouter, élevant ainsi à 10 le nombre de pays avec des insuffisances de l'enregistrement des décès de plus de 20%.

71. Il s'agit là d'un domaine qui requiert de grands efforts nationaux et de la coopération technique pour accomplir des progrès depuis la collecte même des données jusqu'à leur traitement opportun. De plus, il faut tenir compte du fait que les estimations peuvent présenter des fluctuations de quelques points de pourcentage d'une année à

l'autre, dépendant de la révision de population des Nations unies qui est utilisée, sans que cela signifie nécessairement une détérioration de l'enregistrement des décès. De plus, les estimations ont été faites en utilisant la codification de la 10<sup>e</sup> Classification internationale des maladies (CIE-10) et certains pays n'étaient pas passés de la 9<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> révision et peuvent apparaître dans la banque de données sans données remises à jour.

**Objectif :** *Moins de 10% des décès notifiés sera attribué à des causes mal définies.*

72. En 1998, sur 35 pays de la Région sur lesquels il y avait des informations concernant l'attribution des décès à l'une ou l'autre cause spécifique, huit pays continuaient à notifier que plus de 10% des décès étaient imputables à des causes mal définies. En 2000, conformément à l'information signalée par les pays, il n'existe plus que deux pays qui ont encore plus de 10% de causes mal définies. Toutefois, si l'on compare les deux séries, il n'est pas nécessaire de tenir compte du fait qu'en 2000, seuls 18 pays ont notifié les décès.

### **Leçons tirées**

73. La conception et l'approbation des politiques qui orientent la coopération technique du Bureau avec les pays sont un processus complexe mais essentiel pour l'avenir de la santé dans la Région. La complexité du processus et la diversité des situations et les défis qui émergent dans le continent impliquent la nécessité d'organiser ce processus de façon à ce que la participation soit très large et enrichissante. A partir de l'expérience des itérations antérieures et de l'exercice mené à bien pour préparer ce rapport, des leçons sont tirées ci-dessous concernant le processus de définition, de contenu des orientations de politique et de l'application de ces orientations.

74. En ce qui concerne le processus d'élaboration, il est souhaitable que celui-ci envisage la participation la plus grande possible, pour que le produit final témoigne de la diversité des pays et de la pluralité des opinions, des propositions et des points de vue portant sur la façon d'aborder les problèmes de santé de la Région, en plus de constituer la possibilité d'arriver à des consensus nécessaires et des propositions communes. Il faut mettre en priorité l'accent sur le fait que ces politiques tiennent compte des nécessités collectives ressenties par les pays, et sur le fait qu'elles concordent avec leurs principes d'action.

75. Outre la concordance avec les priorités nationales, ces politiques sont également liées à l'engagement des pays à l'accomplissement des objectifs. Plusieurs exemples au cours de la période 1999-2002 illustrent de manière éloquent le fait que quand il y a un engagement national et que la coopération s'engage dans ce sens, les réussites obtenues sont remarquables. La mortalité infantile a diminué pour se situer aux environs de l'objectif établi; il n'y a plus de cas de poliomyélite ni de rougeole dans la Région; et la

lèpre de manière générale, ne représente plus un problème de santé publique dans la majorité des pays. De plus, la rage humaine transmise par le chien a été éliminée dans 19 des 21 capitales de la Région, la fièvre aphteuse est maîtrisée et les actions d'urgence pour la contrôler se mettent en mouvement dès qu'une situation anormale est détectée. Egalement, la couverture de l'eau et l'élimination des déchets sont supérieures à 90% dans les zones urbaines, et ce progrès se maintient en dépit de la croissance démographique urbaine qui se poursuit sans relâche.

76. Il convient de souligner l'effort accompli par les pays dans le domaine du contrôle de la transmission des maladies par voie sanguine, car le nombre des pays qui réalisent un dépistage de 100% du sang pour le VIH, l'hépatite B et C et la syphilis a doublé, et le nombre de pays participant à des programmes de contrôle de la qualité pour la transmission de maladies par transfusion sanguine est passé de 37% au début de la période à 86% en 2002. Peut-être ce sont là les leçons les plus utiles de la définition, adoption et réalisation des objectifs régionaux parce qu'elles contribuent toutes à l'amélioration de la santé de la population et à celle de l'environnement.

77. Pour ce qui est de favoriser la coopération technique avec les pays, il convient de tenir compte du fait qu'il existe d'autres organismes dont l'activité s'apparente à celle du BSP. Il serait par conséquent utile qu'ils puissent participer aux premières étapes de l'élaboration des politiques, dans le but de trouver des synergies ou des contradictions éventuelles dès le début, et d'avoir la possibilité d'agir en conséquence pour corriger les discordances et tirer parti des coïncidences.

78. En ce qui concerne le contenu, il est souhaitable d'établir un nombre restreint et gérable d'objectifs en vue de la coopération technique, de façon à ce que cette dernière concentre ses efforts sur la réalisation de résultats pour lesquels un consensus a été dégagé avec les pays, que ce soit en raison de leur importance épidémiologique ou de leur transcendance éthique, ou encore pour tous les critères utilisés pour leur sélection. Quoi qu'il en soit, mais s'ils peuvent être atteints, ces objectifs doivent constituer de véritables défis pour le Bureau.

79. Il est très important que la sélection des objectifs tienne compte de la possibilité de leur assurer un suivi et de pouvoir les évaluer à la fin de la période parce que les données nécessaires sont disponibles ou parce que les systèmes d'information des pays incluent ces variables d'une façon permanente. Le suivi et l'évaluation ne doivent pas se transformer en une tâche difficile et complexe, et non plus en une charge excessive vis-à-vis des tâches quotidiennes mais doivent au contraire s'inscrire dans un processus naturel d'analyse et d'évaluation de la fonction institutionnelle.

80. Un aspect important de l'exercice d'évaluation des OSP actuelles a été, dans certains cas, la difficulté de pouvoir trouver l'information requise, et de la qualité nécessaire pour évaluer l'accomplissement des objectifs de ces orientations. Par conséquent, il est nécessaire de considérer comme une priorité tant pour les pays que pour le Bureau, les systèmes d'information en santé, non seulement dans les aspects de production opportune et constante de données, mais aussi dans le traitement, l'analyse et la disponibilité de l'information mise à jour.

81. Afin de maintenir l'élan nécessaire pour participer à l'exécution des politiques, non seulement au Bureau mais également parmi les organismes s'intéressant au domaine de la santé dans la Région et en dehors de la Région, il faut une information et un retour d'information appropriés, à travers les mécanismes institutionnels qui existent ou qui sont établis à cette fin, non seulement concernant l'établissement, l'exécution, le progrès et la réussite, mais aussi concernant les limitations que l'on peut trouver.

82. Enfin, une caractéristique qui détermine l'enthousiasme et l'engagement envers l'accomplissement des orientations de politique et une condition pour établir des alliances et des réseaux de coopération en vue de l'exécution des politiques, est le niveau des connaissances que l'on a d'elles, au Bureau et en dehors du Bureau. Pour cette raison, il est fortement souhaitable et nécessaire que ces politiques fassent l'objet d'une diffusion et d'une promotion non seulement parmi le personnel du Bureau mais aussi parmi tous les autres organismes apparentés à la santé publique.

### **Mesures à prendre par le Comité exécutif**

83. Ce rapport est présenté au Comité exécutif pour qu'il en examine le contenu et qu'il fasse des recommandations sur des aspects qui peuvent être améliorés en vue de leur présentation au Conseil directeur, comme demandé par la 26<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine dans la résolution CSP26.R18.