



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



50^e CONSEIL DIRECTEUR
62^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CD50/3, Rév. 1 (Fr.)
13 septembre 2010
ORIGINAL : ANGLAIS

**RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR
DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

Promotion de la santé, du bien-être et de la sécurité humaine aux Amériques

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Message de la Directrice.....	3
Chapitre I. Sécurité humaine : une vision d'ensemble	4
Chapitre II. Promotion d'une sécurité centrée sur les personnes.....	8
Chapitre III. Leçons retenues et futurs défis	48
Acronymes et abréviations.....	58

Message de la Directrice

À l'attention des États membres :

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel 2009-2010 sur le travail du Bureau sanitaire panaméricain, Comité régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé. Le rapport met en exergue les principales activités liées à la coopération technique entreprises par le Bureau dans le cadre du Plan stratégique 2008-2012 du Bureau sanitaire panaméricain, définis par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé.

Mirta Roses Periago
Directrice

Chapitre I. Sécurité humaine : une vision d'ensemble

« La sécurité humaine se reflète dans le fait qu'un enfant ne meure pas, qu'une maladie ne s'étende pas, qu'un emploi soit épargné, que des tensions ethniques n'explorent en violence, qu'un dissident ne soit pas réduit au silence. La sécurité humaine ne se soucie guère des armes à feu, mais se préoccupe de la vie et de la dignité humaine »

*Dr Mirta Roses Periago
Directrice de l'Organisation panaméricaine de la Santé*

1. En 2009-2010, des événements s'étant produits dans les Amériques, ont fortement mis l'emphase sur l'importance et l'interdépendance de la santé, de la sécurité et du bien-être humain. La manière effrayante dont la pandémie grippale H1N1s'est déclarée a permis de tester et de largement valider plusieurs années d'efforts de préparation en matière de santé publique ancrés dans les principes de sécurité sanitaire internationale. Le tremblement de terre de janvier 2010 à Haïti, a révélé les conséquences tragiques d'une expansion urbaine tentaculaire, non planifiée ainsi que l'extrême vulnérabilité de populations vivant dans la pauvreté. En se remémorant ces événements, l'on peut comprendre à un niveau intuitif, que la sécurité humaine ne peut être prise pour acquise. Elle doit être protégée et promue en tant qu'exigence de base si l'on veut que les individus, communautés et pays puissent poursuivre leurs objectifs de manière significative.

2. Le concept de sécurité humaine, en dehors du contexte des pandémies et des catastrophes naturelles, a fait l'objet, ces dernières années, de beaucoup d'attention. Depuis la fin de la guerre froide, l'on constate, un fort déclin du nombre de conflits armés et de leur intensité, tandis que l'interdépendance globale s'est accrue de manière significative. Dans ce contexte les continuelles souffrances et la vulnérabilité de millions de personnes parmi les plus démunies au monde s'érigent en un contraste préoccupant devant la richesse et le confort des plus nantis. L'injustice inhérente et l'instabilité résultant de ces tendances ont contribué à déplacer le centre d'intérêt des questions de sécurité de la protection et de souveraineté du territoire national à celle du bien-être humain.

3. Ce changement a été exprimé dans le détail et défini comme priorité du plan d'action mondial en faveur du développement par le *Rapport mondial sur le développement humain 1994*, du Programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD). On peut arguer que, l'insécurité des individus, dans l'ère de l'après guerre froide découlait bien moins des menaces que constituent les conflits internationaux que de celles liées à leurs vies quotidiennes, affectant leur emploi et leur revenu, leur santé, leur environnement et résultant du crime. Une telle situation requière l'adoption d'une

nouvelle approche à la sécurité, qui réponde pleinement à l'intégralité des menaces au bien-être des individus.

4. Le concept selon lequel la sécurité humaine est aussi cruciale à la paix et au développement que ne l'est la sécurité militaire n'est pas nouveau. Après avoir assisté à la conférence sur la Charte des Nations-Unies qui s'est tenue à San Francisco en 1945, le Secrétaire d'État des États-Unis de cette époque disait à son gouvernement :

La bataille pour la paix doit être combattue sur deux fronts. Le premier est celui de la sécurité pour lequel la victoire consiste à s'affranchir de la peur. Le second est le front économique et social pour lequel la victoire consiste à s'affranchir du besoin. Seule une victoire sur les 2 fronts peut garantir au monde un État de paix durable... Aucune disposition écrite, introduite dans la Charte ne permettra au Conseil de sécurité d'épargner le monde du fléau de la guerre, tant que les hommes et les femmes ne connaîtront pas de sécurité dans leurs foyers et dans leur travail.

5. L'idée de l'existence d'une dimension humaine à la sécurité a perdu de son importance au cours des décennies de la guerre froide, mais a refait surface au sein du rapport du PNUD de 1994. Ce dernier a fait État de la difficulté de définir, de façon rigoureuse, la « sécurité humaine » et proposé, en contrepartie, quatre caractéristiques essentielles du concept :

- **Universalité** : les préoccupations liées à la sécurité humaine y compris le chômage, la drogue, le crime, la pollution et le non respect des droits de l'homme sont de plus en plus partagées par les individus du monde entier, que ces derniers proviennent de pays industrialisés ou en voie de développement.
- **Interdépendance** : le fait que la sécurité des personnes puisse être menacée en un quelconque endroit du globe, a des répercussions sur la vie d'autres individus de par le monde. Les conséquences qu'engendrent la faim, la maladie, le trafic de drogue, le terrorisme, les conflits ethniques et la désintégration sociale ne peuvent plus se confiner aux frontières nationales.
- **Accent sur la prévention** : il est plus facile de répondre, de manière préventive, aux préoccupations liées à la santé humaine que d'avoir recours à une intervention à posteriori. Des investissements en matière de soins de santé primaire et d'enseignement en planification familiale, par exemple, auraient pu aider à contenir la prolifération du VIH /SIDA au cours des années 1980.
- **Accent sur les personnes** : la sécurité humaine se préoccupe de la manière dont les individus vivent aujourd'hui en société, du libre arbitre dont ils peuvent jouir dans les choix qu'ils sont amenés à faire, de la mesure dans laquelle ils ont accès aux opportunités économiques et sociales, et du fait qu'ils vivent ou non en situation de conflit ou de paix.

6. Le rapport a souligné deux types de menaces à la sécurité humaine : celles de nature chronique telles que la faim, la maladie et la répression, et celles de nature soudaine qui causent des perturbations préjudiciables à la vie quotidienne. Le fait de ne pas protéger les populations contre ces deux types de menaces peut constituer un frein au développement humain et conduire à des conflits sociaux et même à la violence. Par conséquent, il apparaît donc que la sécurité humaine — celle des personnes au quotidien — est clairement liée à la sécurité collective et à l'État.

7. Lors du sommet du millénaire de l'an 2000, Kofi Annan, Secrétaire Général des Nations-Unies, a parlé de l'importance de voir les individus « s'affranchir aussi bien de la peur que du besoin », invoquant le concept de sécurité humaine pour inciter les pays riches et pauvres à œuvrer de concert pour réduire les privations humaines. Bien que les objectifs ultérieurs de développement pour le millénaire se soient polarisés sur ces dernières, le Sommet a lancé un appel à la création d'une Commission indépendante sur la sécurité humaine pour explorer ce qui précède. Le rapport 2003 de cette Commission, *Human Security now (Sécurité humaine maintenant)*, a recommandé un changement de paradigme et une réponse plus forte et mieux intégrée aux questions des communautés et des États.

8. Le rapport de la Commission sur la sécurité humaine, a réaffirmé et élaboré le concept selon lequel, il est tout aussi important de « s'affranchir de la peur que du besoin ». Il a par ailleurs mis l'accent sur la faculté qu'à la sécurité centrée sur les personnes de promouvoir l'initiative personnelle, notant qu'elle impliquait également la « liberté de prendre des décisions personnelles ». La sécurité humaine vise à protéger les « fonctions essentielles de toutes les vies humaines de façon à ce que les libertés et l'épanouissement humains soient renforcés ». Cela signifie bien plus que l'absence de conflits ; cela implique la création de systèmes — politiques, sociaux, environnementaux, économiques, militaires, et culturels — procurant aux individus les éléments de base de leur survie, de leur existence et de leur dignité.

9. Le rapport sur la Santé dans le monde 2007, *Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au xxi^e siècle*, a souligné la manière dont une interdépendance accrue et une nouvelle mobilité ont augmenté la vulnérabilité des personnes de par le monde aux menaces nouvelles et émergentes telles que poussées épidémiques, actes de terrorisme, et incidents chimiques et radioactifs. Le rapport a mis l'accent sur l'importance d'une collaboration étroite des pays à la protection de leurs populations contre de telles menaces, et ceci par le biais du Règlement Sanitaire International et autres mécanismes similaires ainsi que par l'augmentation de leurs investissements en matière de santé publique et de sécurité.

10. Aux Amériques, le concept de sécurité humaine a fait son apparition dans le programme hémisphérique, en début de décennie, tandis que l'Organisation des États Américains répondait à de nouvelles menaces portées à la sécurité régionale telles que le

crime organisé, le terrorisme, la dégradation de l'environnement et le changement climatique. Dans la Déclaration de Bridgetown de l'an 2000, les États membres de l'OEA ont reconnu la nature « multidimensionnelle » de la sécurité hémisphérique, intégrant ses composantes politiques, économiques, sociales, sanitaires et environnementales. Au sein de la Déclaration de 2003 sur la sécurité aux Amériques, les pays ont stipulé que « l'objectif ultime de la sécurité est celui de la protection des êtres humains. »

11. Dans le cadre de ces délibérations, il a été demandé à l'OPS, de joindre un groupe de travail du Comité sur la Sécurité hémisphérique, pour fournir des recommandations en matière de santé. L'OPS a produit un rapport intitulé, *Health and Hemispheric Security* (Santé et sécurité hémisphérique), selon lequel « la santé est une question d'intérêt national et international » faisant partie intégrante de la sécurité humaine ; un meilleur État de santé se traduit en une meilleure sécurité humaine, et une plus grande sécurité humaine, résulte en une meilleure santé et en une meilleure qualité de vie. Le rapport a également exploré l'interdépendance de la santé et d'autres composants de la sécurité humaine, particulièrement la pauvreté, la démocratie et la paix, l'environnement et les désastres, tant naturels que ceux causés par l'homme. L'on constate que la santé des peuples dépend non seulement des soins de santé et des systèmes de prévention des maladies, mais aussi de facteurs tels que l'éducation, les revenus, l'accès aux ressources essentielles, la participation sociale et politique et l'environnement.

12. Cette perspective de la santé et son interdépendance avec les autres aspects de la sécurité humaine confirme la vision d'ensemble des OMD qui reconnaît l'existence d'une interdépendance entre la santé et les facteurs politiques, économiques, sociaux et culturels dans la détermination du bien-être humain. Cette vision a été élaborée à partir d'une perspective de santé publique définie au sein du rapport 2008 de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui demandait avec insistance, aux pays riches, comme aux pays pauvres de réduire les inégalités dans la distribution du pouvoir, de l'argent, des ressources et de travailler sur tous les fronts à l'amélioration de la vie quotidienne des individus — y compris, les circonstances dans lesquelles ces derniers naissaient, étaient élevés, vivaient, travaillaient et vieillissaient. Bien que l'accent ait été porté sur les questions de santé et de justice sociale, le rapport a fourni une analyse solide des divers composants de la sécurité humaine ainsi que des recommandations pertinentes sur la façon d'y répondre.

13. Au cours de discussions sur le sujet et d'entretiens plus récents, l'on constate que les composants principaux de la sécurité humaine, se départagent en sept catégories principales : économique, alimentaire, environnementale, personnelle, communautaire, politique et de santé. D'un point de vue de santé publique, cependant, l'ensemble de ces sept domaines comportent des menaces, soit aux composants de la santé ou à leurs déterminants, et tous sont susceptibles de faire l'objet d'interventions en matière de santé publique. Il est vrai que la coopération technique continue de l'OPS, intègre tous ces domaines. Le Chapitre II illustre une telle initiative déployée au sein des États membres de l'OPS au cours de 2009-2010.

Chapitre II. Promotion d'une sécurité centrée sur les personnes

14. La coopération technique continue de l'OPS avec ses États membres répond à un large éventail de questions liées à la santé ainsi qu'aux soins de santé qui, comme traités au sein du chapitre I, sont directement ou indirectement associés à la santé humaine. Le chapitre ci-contre met l'emphase sur les initiatives de l'OPS prises dans ces différents secteurs entre 2009 et 2010. Les exemples cités sont groupés par thème, selon les sept composants principaux de la sécurité : économique, alimentaire, environnemental, personnel, communautaire, politique et sanitaire.

Sécurité sanitaire et crise économique mondiale

15. Le ralentissement mondial de l'activité économique a mis une forte pression sur les dépenses sociales effectuées au sein des États membres de l'OPS. Cette situation n'a guère facilité la tâche des pays concernés qui n'ont pu maintenir leurs budgets sanitaires nationaux ou celle des pays s'efforçant à obtenir une couverture universelle, qui n'ont pu augmenter, pour leur part, leurs budgets. La coopération technique de l'OPS entre 2009 et 2010 a traité de ces questions en mettant l'accent, tout particulièrement sur la recherche de solutions financières sanitaires durables, sur la réorganisation des systèmes de santé en utilisant l'approche renouvelée aux soins de santé et sur l'augmentation de capitaux propres dans la répartition des ressources sanitaires peu abondantes.

16. En **Équateur**, l'OPS a soutenu les initiatives du gouvernement destinées à se conformer, progressivement — malgré la crise économique globale — à un mandat constitutionnel qui appelle à un accroissement du financement dans le cadre du Système national de santé d'au moins 0,5 pourcent du PIB chaque année jusqu'à ce que le financement atteigne 4 pourcent du PIB. L'OPS a contribué au développement d'une série de services sanitaires garantis et proposés par le réseau de santé publique dans le cadre du Régime au droit à la santé, ainsi qu'à l'établissement d'un cadre méthodologique destiné à évaluer l'incidence des investissements en matière de santé au cours des trois dernières années, qui inclut la formulation et la publication de « comptes satellites nationaux ».

17. L'OPS a encouragé un dialogue entre les ministères de la santé des États et territoires des Caraïbes orientales—**Anguilla, Antigua-et-Barbuda, la Barbade, les Îles-vierges-britanniques, la Dominique, Montserrat, la Grenade, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, et Saint-Vincent-et-Grenadines**—sur les options de financement collectif durables destinées à améliorer les systèmes sanitaires et assurer une protection sociale tout en préservant les foyers contre des dépenses de santé catastrophiques. Trois pays ont effectué des consultations sur les soins de santé primaires pour lancer ce processus. En outre, l'OPS a organisé une réunion de haut niveau avec les autorités sanitaires pour traiter des questions liées à la stratégie de renouvellement des soins de santé primaires en vue d'échanger les leçons retenues et passer en revue les progrès

accomplis par les États dans ce secteur. L'OPS a également fourni une coopération technique à **la Grenade, la Barbade et Saint-Lucie** afin de renforcer leur capacité institutionnelle à améliorer le financement des systèmes de santé nationaux, tout particulièrement grâce à l'utilisation des comptes sanitaires.

18. Au **Venezuela**, l'OPS a soutenu un groupe de travail technique chargé des comptes sanitaires nationaux et contribué à l'élaboration d'une nouvelle matrice incorporant les déterminants sociaux de l'approche à la santé. L'OPS a travaillé en partenariat avec le Ministère de la Santé, la Banque centrale du Venezuela et l'Institut national des statistiques.

19. À **Cuba**, l'OPS a fourni une analyse et une documentation sur les leçons retenues et les pratiques exemplaires adoptées au cours de la crise économique des années 1990, afin de guider les initiatives actuelles et futures destinées à répondre aux pressions économiques. Ces dernières incluaient les stratégies liées à la protection sociale, aux réductions des dépenses publiques, à la gestion efficace des services de santé et à l'introduction de nouvelles technologies de soins de santé.

20. Le Ministère de la Santé de **Colombie** a appliqué la stratégie PERC (production, efficacité, ressources, et coûts), un outil développé par l'OPS pour conduire les évaluations des systèmes de santé et de gestion, dans le cadre d'un nouveau modèle de services de soins de santé primaires pour les populations dispersées des zones difficiles à atteindre. L'utilisation de PERC a promu l'organisation des services de manière à accroître l'efficacité en matière de dépenses et prouvé que le nouveau modèle était efficace et durable dans son utilisation des ressources du Système générale de sécurité sociale en matière de santé (SGSSS). La Colombie considère actuellement étendre le modèle du district de Chocó aux autres populations dispersées au sein de zones géographiques isolées, au travers du pays, et dans certaines zones du district de Nariño.

21. Entre 2009 et 2010, l'OPS a collaboré avec le Fond de sécurité sociale du **Costa Rica** (CCSS) pour renforcer son réseau de services en tirant parti de l'approche de renouvellement des soins de santé primaires, un processus censé résulter en une meilleure distribution des ressources financières et humaines ainsi qu'en une meilleure gestion des services. Ceci comprenait la conception et la redéfinition des réseaux par niveau de complexité qui s'appuyait sur l'utilisation des éléments structurels et fonctionnels des soins de santé primaires en tant que base. Les résultats attendus comprenaient une demande réduite de soins hospitaliers, un besoin accru de soins ambulatoires et à domicile, l'intégration de la promotion de la santé au sein de tous les niveaux de soins et une détection préalable et un traitement des affections chroniques.

22. L'OPS a assisté le **Brésil** dans l'élaboration de politiques destinées à améliorer l'équité dans le financement du Système de santé unifié en transférant les ressources selon les besoins des municipalités et en réduisant les inégalités entre les régions riches et

pauvres.

Promotion de la sécurité financière

23. Selon le Sommet mondial de l'alimentation qui s'est tenu en 1996, « la sécurité sanitaire existe lorsque tous les peuples, bénéficient, à tout moment, d'un accès physique, social et économique aux produits alimentaires suffisants, sûrs et nutritifs destinés à répondre à leur besoins en régimes et à leurs préférences alimentaires pour une vie active et saine. » La coopération technique de l'OPS reflète cette perspective, en tenant compte tant de la nutrition que de la sécurité financière — non pas seulement en termes de calories suffisantes — mais en tant qu'aspects fondamentaux de la sécurité alimentaire.

24. En au cours de 2009-2010, la coopération technique de l'OPS dans ce secteur allait du soutien aux familles et aux projets communautaires destinés à la promotion de l'objectif du Millénaire pour le développement-1 à l'assistance aux organismes chargés de la salubrité des aliments. Elle comprenait une assistance à la planification et à l'élaboration des politiques, à la législation et à la défense des droits, à la formation des ressources humaines, à l'adaptation et la mise en œuvre des normes, ainsi qu'à la recherche sur la malnutrition et le fardeau que représentent les maladies d'origine alimentaire.

25. Au **Costa Rica**, l'OPS a collaboré avec l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) au sein des communautés prioritaires situées le long de la frontière nord du pays, apportant une assistance technique aux organisations communautaires, principalement composées de pauvres femmes vivant en milieu rural, en vue de les aider à produire des aliments sûrs et nutritifs. En outre, en collaboration avec INCAP, l'OPS a apporté une assistance technique et financière destinée à améliorer la nutrition des plus jeunes au sein des garderies publiques de la **République dominicaine**.

26. L'OPS a soutenu les initiatives de développement et de mise en œuvre d'un certain nombre de projets relatifs à la sécurité alimentaire financés grâce au Fonds de réalisation des OMD (objectifs du Millénaire pour le développement), et parrainés par le Gouvernement **Espagnol**. Ces initiatives comprenaient les projets en **Bolivie**, au **Brésil**, en **Colombie**, au **Salvador**, au **Guatemala**, au **Nicaragua** et au **Pérou** dont l'emphase portait sur les aliments pour enfants et la sécurité nutritive, ainsi que sur 27 projets liés à la famille au sein des communautés indigènes du **Costa Rica**. A **Cuba**, l'OPS a eu la responsabilité d'un budget de plus d'1 million USD faisant partie d'un projet de US\$ 8,5 millions financé par le Fonds de l'OMD en vue de combattre l'anémie chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. L'OPS a contribué à renforcer la capacité des maternités et des centres d'observation de la santé maternelle et infantile et a fourni une assistance dans le cadre de la surveillance nutritionnelle, les systèmes d'information, et la formation des ressources humaines.

Urgence de famine au Guatemala

En 2009, le **Guatemala** a connu l'une des sécheresses les plus dramatiques de l'histoire, produisant des pertes substantielles de blé et de haricots—les cultures vivrières principales du pays—dans une zone connue sous le nom de « couloir de la sécheresse ». Couplé à l'impact du ralentissement économique mondial, cet État de fait a conduit à une situation critique d'insécurité alimentaire, tout particulièrement pour les familles les moins nanties qui dépendent fortement de subventions diverses.

Suite à la déclaration d'urgence de famine faite par le Gouvernement du Guatemala en septembre 2009, le Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies (CERF) a octroyé US\$ 5 millions à la FAO, au WFP, au FNUAP, à l'UNICEF, et à l'OPS pour mettre en œuvre des programmes d'agriculture d'urgence, de nutrition alimentaire et de soins de santé et apporter une assistance immédiate aux 65 000 familles affectées et à risques. L'OPS a été responsable de la gestion des US\$ 700 000 du Fonds, qui ont été utilisés pour soutenir les initiatives prises de manière à réduire une malnutrition aigüe sévère au sein des 11 départements prioritaires. L'OPS a travaillé en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé du Guatemala pour développer un plan d'action destiné à améliorer la détection précoce, le traitement ainsi que le suivi de la malnutrition aigüe grâce à la mise en œuvre de traitements et protocoles de référencement, d'une formation du personnel de santé, et amélioré la surveillance et la notification, y compris la déclaration quotidienne de cas de malnutrition aigüe sévère.

Suite à la tempête Tropicale Agatha de mai 2010, qui a coûté la vie à plus de 150 personnes au Guatemala et forcé 27 000 à rejoindre les abris, l'OPS a aidé à identifier des cas de malnutrition survenant au sein des abris de huit municipalités dans le département du Totonicapán.

27. Le **Nicaragua**, tout comme le Guatemala, a également connu une forte sécheresse en au cours de 2009-2010, et dans ce contexte, l'OPS a promu avec succès l'intégration d'interventions nutritionnelles spécifiques au sein du plan d'intervention contre les désastres naturels des équipes locales de l'ONU. Ceci comprenait le soutien à l'allaitement exclusif, les suppléments de micronutriments, la fourniture de sels de réhydratation orale, le suivi de la croissance des jeunes enfants et la surveillance des mères et enfants de moins de 5 ans en vue de détecter des changements en matière de nutrition suite aux désastres et une fois l'assistance alimentaire en place.

28. Les travaux comprenaient une revue de la Politique nationale de sécurité alimentaire et nutritionnelle 2001 de Belize et du plan d'action 2005-2010 ainsi que le renforcement des capacités du CONASAN à développer des politiques publiques, créer des environnements sains et protectifs, renforcer la participation sociale et changer le cap de la politique afférente aux services de santé pour se focaliser davantage sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, tout spécialement au sein des municipalités connaissant une prévalence élevée de la malnutrition chronique.

29. L'OPS a continué d'apporter son soutien aux initiatives de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et de développement, créée en 2008. En tant que l'un des 14 membres d'une équipe technique inter-institutions, l'OPS a contribué au développement et à la diffusion de principes conceptuels et opérationnels dans le cadre d'une alliance entre différents forums académiques et politico-techniques tant au niveau national que régional. Au début de l'année 2010, des initiatives visant à développer des interventions intersectorielles intégrées ont été lancées pour adresser les déterminants sociaux nutritionnels au **Guatemala, au Salvador, au Nicaragua**, et au **Paraguay**. De telles interventions s'attaquent à des problèmes allant des questions d'eau potable et d'assainissement à celles relatives à la santé en matière de sexualité et de reproduction, et aux revenus et conditions de travail, ainsi qu'à la participation et la prise d'initiative dans le domaine social.

30. Dans le domaine de la sécurité alimentaire, l'OPS a œuvré en au cours de 2009-2010 à la promotion du programme *Cinq clefs pour des aliments plus surs* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en tant qu'outil de formation et de communication sociale destiné à réduire les risques de sécurité alimentaire dans les pays de la Région. Au **Guatemala** par exemple, l'OPS a participé à la production de manuels basés sur le programme *Cinq clefs* destinés aux enseignants et administrateurs scolaires qui ont ultérieurement été adaptés et validés par 4 départements de 12 écoles primaires rurales et urbaines. En s'appuyant sur l'expérience du Guatemala, l'OPS a collaboré avec le Programme alimentaire mondial et l'INCAP ainsi qu'avec les autorités sanitaires nationales dans la mise en œuvre de projets similaires à **Bélize**, au **Salvador**, et au **Honduras**. L'OPS a également apporté son soutien à la mise en œuvre du programme *Cinq clefs* au sein des écoles rurales des régions Altiplano et Chaco de **Bolivie** et au sein des communautés d'Amazonie, au **Venezuela**. Les manuels sont actuellement disponibles en Espagnol, en Anglais et en Portugais.

31. L'OPS a apporté sa coopération technique à l'établissement de politiques et projets afférents à la sécurité alimentaire à **Antigua-et-Barbuda, à Dominique, à la Grenade, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines**, ainsi qu'aux **territoires d'outre-mer du Royaume-Uni**. En outre, le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) de l'OPS a fourni une coopération technique en vue de renforcer la surveillance des maladies d'origine alimentaire, les enquêtes épidémiologiques et les capacités des laboratoires dans 11 pays des Caraïbes par le biais de la formation et mise à jour de protocoles sur la surveillance basée sur les services intégrés de laboratoire, la collecte des spécimens, le transport et de diagnostic ainsi que le signalement de pathogènes d'origine alimentaire.

32. Dans le même ordre d'idées, l'OPS a soutenu les efforts de **Cuba** visant à améliorer la gestion nationale des vagues d'intoxication alimentaire grâce à une meilleure détection, un meilleur diagnostic et une meilleure réponse et à prévenir les épidémies par le biais des inspections sanitaires. L'OPS a également apporté son soutien à la stratégie afférente aux « municipalités productives » de Cuba, dont l'objectif est d'accroître la

production des aliments d'origine animale tout en renforçant la prévention, la surveillance, et le contrôle des zoonoses.

33. En **République dominicaine**, l'OPS a soutenu les initiatives visant à harmoniser la législation et la réglementation ainsi que l'inspection et le contrôle des risques alimentaires dans le contexte de l'accord de libre échange—Etats-Unis, République dominicaine, Amérique centrale— (CAFTA–DR). En **Équateur**, l'OPS a contribué à l'élaboration de guides et d'outils de surveillance ainsi qu'à la détection précoce des vagues d'épidémies alimentaires, en tant que partie intégrante du Système national de surveillance épidémiologique (SIVE ALERTA).

34. D'une manière similaire, au **Chili**, l'OPS a assisté l'Agence chilienne (ACHIPIA) à mettre en place un nouveau cadre réglementaire et juridique, qui est actuellement en cours de discussion au parlement chilien. En outre, l'OPS a apporté son concours au Chili pour adresser les préoccupations liées à la sécurité alimentaire dans les zones ayant été affectées par le tremblement de terre de février 2010 et le tsunami. Les initiatives comprenaient la formation et la promotion au niveau communautaire basé sur le programme de cinq clefs de l'OMS.

35. Dans les pays de la Région, l'OPS apporte son soutien à la recherche en tant que partie intégrante du fardeau mondial de l'initiative liée aux maladies d'origine alimentaire, un programme mis en place par l'OMS pour générer des données plus complètes sur l'étiologie et l'envergure des vagues d'intoxication alimentaire et facteurs de risques associés à la manipulation, préparation, distribution, et consommation des aliments. Les informations recueillies ont pour objectif d'aider les élaborateurs de politiques à justifier les investissements effectués dans cette Région, établir l'ordre de priorité des problèmes en question et concevoir de meilleurs programmes d'intervention liés à la sécurité alimentaire. En l'an au cours de 2009-2010, des études ont été lancées ou effectuées en **Dominique, Guyane, Grenade, Jamaïque, Sainte-Lucie, Trinidad-et-Tobago** ainsi qu'en **Argentine et au Chili**, en collaboration avec le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA). Les résultats finaux relatifs à **Cuba** ont été publiés en juin 2010. Dans le cadre de ces initiatives, le CAREC a organisé, en novembre 2009, un atelier sous-régional d'analyse du poids de la maladie, dans lequel 18 participants des neuf pays et territoires des Caraïbes—**Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Guyane, Jamaïque, Sainte-Lucie, Trinidad-et-Tobago, et les îles Turques et Caïques**—furent formés à l'utilisation des données d'enquêtes de leurs propres pays afin de calculer le poids de la maladie du fait d'une gastro-entérite aigüe.

36. En au cours de 2009-2010, l'OPS a soutenu et promu « les marchés d'aliments sains » en **Bolivie, République dominicaine, Guyane, et Paraguay**. L'assistance dispensée par l'OPS a combiné une formation en matière de sécurité alimentaire à la coopération technique en matière d'assainissement de base, comprenant l'élimination des déchets solides et liquides. En Bolivie, l'initiative a connu un tel succès, qu'elle s'est vue s'étendre à de nombreux départements.

Mise en place d'un environnement sécurisé

37. La sécurité de l'environnement est un point d'intérêt de longue date de la coopération technique de l'OPS qui identifie et adresse un large éventail de risques liés à la santé. Parmi ces derniers, on compte l'eau contaminée, l'eau non traitée, l'infestation de moustiques et autres vecteurs de maladie, l'exposition aux produits agrochimiques et industriels, ainsi que les vulnérabilités liées aux désastres naturels et causés par l'homme. Au cours de l'année au cours de la période 2009-2010, les initiatives entreprises par l'OPS dans ce secteur allaient de la réduction du risque et de la prévention des désastres aux soins écologiques primaires, à la promotion des « espaces sains », et aux efforts visant à protéger les enfants et les ouvriers des expositions aux risques environnementaux.

Santé des enfants et des ouvriers

38. L'OPS et les autres organismes de l'ONU ont apporté leur soutien à l'**Argentine** dans le cadre du développement de l'Atlas des risques environnementaux liés à l'enfance, publié en 2009, et qui documente l'incidence, la distribution, et les sources de contaminants environnementaux impactant la santé des enfants. Selon cet atlas, 58 pour cent des enfants vivant en Argentine (plus de 5 millions) sont exposés à des contaminants environnementaux ; la majorité d'entre eux vivent dans des zones déshéritées n'ayant pas d'accès aux services en approvisionnement d'eau ainsi qu'en assainissement et sont exposés aux produits agrochimiques et industriels ainsi qu'aux déchets. Dans le cadre du suivi de l'atlas, l'OPS participe à la production d'un manuel de procédures et de procédés destiné à lutter contre la contamination de l'environnement, grâce à l'usage d'outils visant à détecter et à répondre aux problèmes de santé connexes, au niveau local. La méthodologie sera rendue disponible aux autres pays afin que ces derniers développent leurs propres atlas sur les risques environnementaux.

39. En outre, dans le secteur de la salubrité de l'environnement des enfants, l'OPS a soutenu un projet de coopération technique horizontale pour l'**Argentine** et le **Chili** qui a conduit à la création de nouvelles unités pédiatriques spécialisées en santé environnementales au sein de deux hôpitaux du Chili ainsi qu'à la publication conjointe de manuels, de guides et autres matériels de support dans ce domaine.

40. Au cours de 2009-2010, l'OPS a facilité la création d'un groupe binational de conseillers techniques et académiques dont le but était de soutenir le programme environnemental entre les États-Unis et le Mexique : le programme Frontière 2012, coordonné par l'Agence des États-Unis pour la protection de l'environnement (EPA) et le Secrétariat mexicain à l'environnement et aux ressources naturelles. Avec le soutien de l'OPS, le groupe a mis en place puis démarré la mise en œuvre d'un plan d'action destiné à renforcer la capacité technique de la Commission de coopération environnementale du programme Border dans le domaine de la salubrité environnementale. Le plan

comprenait le développement d'un projet de recherche inter-institutions binational destiné à évaluer la vulnérabilité des enfants au sein de la région El Paso del Norte par rapport aux risques de santé associés au changement de climat, le développement d'une stratégie de communication des risques en matière de salubrité de l'environnement des enfants et la formation des étudiants du premier et du second cycle au sein de la région près de la frontière des États-Unis et du Mexique, dans une approche d'équipes interdisciplinaires pour répondre à la question relative à salubrité de l'environnement des enfants.

41. En **Colombie**, l'OPS a apporté son soutien aux groupes de travail intersectoriels dirigés par l'Université nationale de Colombie et le Secrétaire à la santé du département de Cundinamarca dans une initiative pour développer une politique départementale sur la santé des ouvriers et des politiques locales à l'intention de 11 municipalités. L'OPS a également collaboré avec l'Institut National américain pour la sécurité et la santé au travail (NIOSH) et le Ministère de la protection sociale de Colombie pour organiser la *Réunion régionale sur la protection sanitaire pour les travailleurs du secteur de la santé*, qui s'est tenue en mars 2010.

42. En **Guyane**, l'OPS a travaillé en collaboration avec les hôpitaux Fuddie, West Demarara, et Georgetown Public Hospital pour établir les comités de santé et de sécurité au travail susceptibles de répondre aux questions relatives à la santé des ouvriers dans le contexte du fonctionnement des hôpitaux, y compris la gestion de la sécurité des aiguilles et des déchets infectieux. L'OPS a également contribué à développer de nouvelles politiques sur la santé et la sécurité des travailleurs de santé de la **République dominicaine**.

43. À la fin de l'an 2009, y OPS a mobilisé des experts du NIOSH pour visiter un grand hôpital public des **Bahamas** et conduire une évaluation détaillée d'une infestation de moisissures. La visite a résulté en des recommandations extensives sur la manière de résoudre le problème et a donné l'occasion de renforcer les capacités sanitaires et sécuritaire pour le bien-être des employés et de la direction de l'hôpital, des membres des syndicats et du personnel du département de l'hygiène de l'environnement du Ministère de l'environnement des Bahamas. La consultation a permis à la direction de l'hôpital des Bahamas de mettre en œuvre une série d'actions correctives en vue de prévenir ou de détruire les moisissures, ainsi qu'éliminer les dangers chimiques et physiques, et promouvoir la santé et la sécurité de manière générale pour les employés et les patients.

44. À **Trinidad-et-Tobago**, l'OPS a mobilisé des ressources financières et humaines du Gouvernement du Canada pour soutenir les efforts destinés à protéger la santé et la sécurité des travailleurs de la santé et du public : Le cinquième Sommet des Amériques et la réunion des chefs de gouvernement des pays membres du Commonwealth. L'OPS a contribué à mobiliser une équipe de l'Université de la Colombie-Britannique et de *Vancouver Coastal Health* (santé côtière de Vancouver) pour conduire une évaluation

rapide et dispenser une formation sur la surveillance et le contrôle des pathogènes respiratoires. L'OPS a par ailleurs facilité l'acquisition d'équipement de protection personnel pour les travailleurs de la santé et de cabinets biosécurité pour trois laboratoires. En outre, des ressources financières ont été octroyées à chacune des autorités régionales des soins de santé du pays dans le cadre du développement et de la mise en œuvre de projets visant à renforcer les capacités locales relatives à l'hygiène du travail et à la prévention ainsi qu' au contrôle des infections.

45. Au cours de 2009-2010, le campus virtuel de santé publique de l'OPS a lancé la seconde édition de son cours virtuel sur le travail et la santé, développé conjointement avec l'École de Santé Publique de l'Université Nationale d'**Argentine**. Le cours a essentiellement pour cible les éducateurs en santé publique et les officiels des départements des ressources humaines des Ministères de la santé. L'OPS a également apporté son concours à la mise en place d'ateliers et de séminaires dans le cadre de mises à jour méthodologiques et techniques afférentes à la santé des travailleurs à **Cuba**, ainsi que de formations et guides d'évaluation et de contrôle des risques professionnels en **Équateur** et au **Salvador**.

Soins écologiques primaires

46. Dans le secteur des soins écologiques primaires, la coopération technique de l'OPS s'étendait du soutien au développement et à la mise en œuvre de plans et programmes liés à la sécurité de l'eau à la participation de la communauté en matière de mise en place d'environnements sains.

47. L'OPS, en collaboration avec les autres organismes de l'ONU, a soutenu plusieurs projets financés par le Fonds de réalisation des OMD visant à renforcer les politiques afférentes à la gestion des ressources en eau et services d'assainissement ainsi que des risques liés à l'environnement, en mettant l'accent sur la participation du citoyen. Au **Paraguay**, l'OPS a encouragé la contribution de huit communautés indigènes dans la région du Chaco pour effectuer un diagnostic des communautés dans le cadre des risques liés à l'environnement et au logement. En **Équateur**, l'OPS a soutenu la conception et la mise en œuvre d'un plan de surveillance de la qualité des eaux ainsi que renforcé les capacités administratives du bureau. Au **Nicaragua**, l'OPS s'est érigé en défenseur de la nouvelle législation pour promouvoir la consommation d'eau potable de concert avec les groupes de protection de l'environnement axés sur la jeunesse.

48. Dans le même ordre d'idées, au **Salvador**, l'OPS a fourni une coopération technique dans la planification et la gestion de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement, de l'élimination des déchets solides et de la protection des sources d'eau.

Préparation aux accidents écologiques au Costa Rica

Le **Costa Rica** est exposé à un certain nombre de risques environnementaux, incluant les phénomènes météorologiques extrêmes, les tremblements de terre, éruptions volcaniques, et produits chimiques émanant d'installations industrielles. Ces risques variés requièrent la coopération technique du pays — et de l'OPS — pour dresser la liste des priorités des efforts de préparation et d'intervention. Parce que 80 percent des urgences sont liées aux problèmes de gestion des eaux pluviales, l'OPS a concentré son travail au sein du pays sur le renforcement des capacités dans la région. Ceci incluait le soutien et la formation du personnel du Ministère de la santé, de la Caisse de sécurité sociale du Costa Rica (CCSS), de l'Institut des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement du Costa Rica et de la Croix Rouge, en coordination avec la Commission nationale de prévention des risques et des soins d'urgence du Costa Rica (CNE).

En au cours de 2009-2010, quelques 60 membres du personnel ont participé à la formation sur la mise en place d'équipes d'intervention, de techniques d'évaluation des dommages et d'analyse des besoins en matière de santé, de gestion intégrée des approvisionnements, et de collecte d'informations ainsi que sur la prise de décision au sein de centres spécialisés de coordination sanitaire pour la prévention des catastrophes naturelles (CCSD). L'OPS a également soutenu l'initiative portant sur la gestion améliorée des eaux pluviales par le biais du plan national de gestion des ressources en eau et produit une analyse de la situation des risques associés aux services environnementaux de base. L'OPS a également assisté l'Institut des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement du Costa Rica à mettre en place un programme d'installation sanitaire domestique en accord avec l'engagement du Costa Rica dans le cadre du Forum sur l'eau potable et l'assainissement à l'intention de l'Amérique centrale et de la République dominicaine (FOCARD-PHC).

Environnements sains

49. L'OPS a poursuivi ses initiatives de soutien à l'établissement d'environnements sains au travers de la Région, incluant les communautés saines, les lieux de travail sains, les écoles saines ainsi que les mouvements de clubs pour l'environnement axés sur les jeunes.

50. En **Colombie**, l'OPS a collaboré avec le PNUD, l'UNICEF, et la FAO à un projet financé par le Fonds des objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire les vulnérabilités causées par la dégradation de l'environnement et le changement climatique dans les zones et au sein des populations les plus affectées et les plus démunies du pays. L'OPS a participé à l'introduction des interventions connues sous le nom « environnement sains » en tant que mesures d'adaptation au changement climatique au sein de l'écosystème du Massif de Colombie et a de plus participé à l'élaboration de recommandations promulguées par le Conseil national de politique économique et sociale de Colombie.

51. L'OPS a contribué au renforcement des réseaux nationaux pour des écoles saines de pays tels que le **Chili**, **Cuba**, et l'**Équateur**. Au **Chili**, le bureau national de l'OPS a organisé un concours visant à identifier les meilleures pratiques de promotion de la santé au sein des écoles. À **Cuba** et en **Équateur**, l'OPS a contribué au renforcement de la participation des réseaux nationaux pour des écoles saines. En fin 2009, le réseau de l'Équateur comptait 2 700 membres, représentant 20 pourcent des écoles publiques du pays.

52. Au **Suriname**, l'OPS a soutenu un projet d'hygiène axé sur les écoles lancé au cours de la seconde journée mondiale d'hygiène des mains, le 15 octobre 2009. L'objectif de ce projet était de sensibiliser les enfants d'âge scolaire, les enseignants et leurs communautés à l'importance de l'hygiène des mains de façon à réduire les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. L'OPS a contribué à la mobilisation du secteur privé—incluant les distributeurs de savons, les sociétés de services de distribution d'eau ainsi que les laboratoires privés—en vue de fournir un soutien financier et non-financier, participer au développement de matériels didactiques, faciliter la formation de 31 équipes scolaires et assister à la création de documentation dans le cadre du projet.

53. Au **Panama**, l'OPS a contribué à la mobilisation d'environ 3 000 jeunes provenant de plus de 20 Ecoclubs situés sur l'ensemble du territoire du Panama dans le but d'entreprendre des études sur les déterminants sociaux de la santé et procéder à des projets axés sur la communauté et sur les activités destinées à protéger et à améliorer l'environnement.

54. Les efforts de l'OPS destinés à promouvoir des environnements sains comprenaient une assistance aux activités préparatoires de la Journée mondiale de la Santé 2010, dont les thèmes étaient l'urbanisme et la vie saine. Parmi les activités les plus notables, on pouvait compter la première exposition universelle sur les municipalités et la santé, organisée par l'OPS et le Ministère de la santé de l'**Argentine**, à Buenos Aires, en août 2009. Cette conférence de quatre jours a attiré environ 5 000 participants et a constitué un forum à forte visibilité destiné à promouvoir un développement local participatif durable ainsi que l'importance du facteur « santé pour l'ensemble des politiques »

55. En outre, au cours de 2009-2010, le siège de l'OPS situé à **Washington, D.C.**, a adopté l'initiative de l'OPS Ecologie et Santé destinée à réduire l'impact environnemental de l'Organisation. Cette initiative est supervisée par le Comité responsable des questions afférentes à la santé, à la sécurité et au bien-être et contribue à l'initiative ONU et développement durable.

Lutte contre le tabagisme

56. Au cours de 2009-2010, l'OPS a fourni une coopération technique en vue d'assister ses États membres à mettre en œuvre les mesures de lutte contre le tabagisme recommandées au sein de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC). Au **Venezuela**, par exemple, l'OPS a soutenu la consolidation des plans et programmes nationaux du pays pour la prévention et la lutte contre le tabagisme en tant que cadre légal et conformément aux termes du FCTC. L'OPS a apporté son concours à l'application par le Venezuela de l'article 11 du FCTC, sur l'emballage et l'étiquetage du tabac, par le biais de la publication de 10 nouvelles notices d'avertissement graphiques en 2010. L'OPS a également confirmé qu'elle soutenait l'augmentations des taxes sur le tabac ainsi que la proposition législative qui imposerait à tous les lieux publics et lieux de travail d'être interdits aux fumeurs, comme stipulé à article 8 du FCTC.

57. Au cours de 2009-2010, trois pays—**Trinidad-et-Tobago, le Paraguay, et le Pérou**— ont promulgué l'interdiction totale de fumer, joignant les cinq autres pays de la région où il est formellement interdit de fumer : **Canada, Colombie, Guatemala, Panama et Uruguay**.

58. Au **Bahamas**, l'OPS a organisé un atelier de formation des instructeurs dont le but était de piloter un programme de formation de l'OMS de conception récente sur le traitement de la tabacomanie. Quarante—trois participants ont été formés aux modèles « 5A » par ses sigles en anglais (demander, conseiller, évaluer, assister, et arranger) et « 5R » par ses sigles en anglais (pertinence, risques, rétribution, obstacles, et répétition) ainsi qu'à l'identification de traitements de la tabacomanie axés sur des données probantes, à l'évaluation de la dépendance à la nicotine, aux traitements pharmacologiques, et à la prescription de produits de substitution à la nicotine. A la fin des ateliers, les participants ont recommandé que les Bahamas mettent en œuvre des mesures de lutte contre le tabagisme au niveau des populations telles que la mise en place d'espaces publics et de lieux travail interdits aux fumeurs et intègrent le traitement contre la tabacomanie au sein du curriculum de formation pratique des professionnels de la santé.

Action en cas de catastrophe

59. La coopération technique continue de l'OPS en matière de préparation aux situations d'urgence et de réduction des risques a porté ses fruits ces dernières années, tandis qu'un plus grand nombre de États membres d'Amérique latine et des Caraïbes sont en mesure de répondre aux urgences et désastres en utilisant leurs propres ressources, sans rechercher une assistance auprès de la communauté internationale. En 2009, ceci a été le cas au cours de la période ayant suivi plusieurs catastrophes naturelles. Cependant, les tremblements de terre d'**Haïti** et du **Chili** qui ont eu lieu en début 2010 se sont avérés être des exceptions. Lors d'évènements de telles magnitudes, aucun niveau de préparation

n'aurait permis aux pays de répondre efficacement sans le soutien de la communauté internationale.

Le tremblement de terre de 2010 d'Haïti

60. Le tremblement de terre massif d'**Haïti** qui s'est produit le 12 janvier 2010 a causé des pertes énormes en vies humaines et d'innombrables blessures nécessitant des interventions chirurgicales et une gestion des traumatismes. Les responsables gouvernementaux ont reporté plus de 220 000 décès et plus de 300 000 blessés. Environ 2 million de personnes ont perdu leurs logements, et plus de 500 000 ont cherché refuge en dehors des zones les plus sévèrement touchées. Un grand nombre de personnes devenues handicapées nécessiteront des soins spécialisés. Six mois après le tremblement de terre, un grand nombre de sans-abris restaient encore dans les foyers d'accueil d'urgence ou camps, créant un surpeuplement et des conditions sanitaires déplorables qui augmentent le risque de maladies transmises par l'eau, l'air, ou des vecteurs d'infection et le potentiel de poussées épidémiques.

61. Au sein des trois départements les plus affectés—l'Ouest, le Sud-est et Nippes—60 pourcent des hôpitaux furent sévèrement endommagés ou détruits, y compris l'unique hôpital d'enseignement et de référence national d'Haïti. Le bâtiment du Ministère de la santé d'Haïti s'est écroulé, tuant 200 membres du personnel.

62. Suite au tremblement de terre, l'OPS a complété son équipe de 52 employés stationnés dans les différents pays avec plus de 60 experts internationaux en gestion des opérations en cas de catastrophes, logistique, épidémiologie, surveillance, contrôle des maladies transmissibles, eau et assainissement, santé néonatale, santé mentale, réhabilitation, et autres domaines. L'OPS a établi un bureau extérieur à Jimaní, en République dominicaine, en tant que centre logistique destiné à assister les infrastructures de santé locales, ayant reçu plus de 3 000 patients au cours des premiers jours. L'équipe en charge du système de soutien logistique de l'OPS (LSS/SUMA) a fourni un support clé lors de la réception, du tri et de la distribution d'un influx massif de fournitures humanitaires provenant des bases opérationnelles de Jimaní, au dépôt humanitaire PROMESS administré par l'OPS, à l'aéroport de Port-au-Prince, et plus tard, au terminal portuaire de Port-au-Prince.

63. En sa qualité d'organisme principal du Cluster Santé organisé par l'ONU, l'OPS a joué un rôle clé dans la coordination et la définition des priorités des efforts d'assistance dans le secteur de la santé. Parmi ses contributions les plus importantes, l'on comptait la coordination des équipes médicales étrangères et des cliniques mobiles. L'OPS a assisté les autorités sanitaires Haïtiennes à définir un plan de santé de base que les cliniques mobiles fourniraient gratuitement, à organiser un système de référence pour faciliter l'accès aux services de santé pour différents niveaux de soins, établir un système d'information pour enregistrer les activités des cliniques, et coordonner l'intégration de différents acteurs travaillant au sein des cliniques mobiles.

64. Au cours de la phase de reconstruction, l'OPS a également apporté son concours aux autorités sanitaires dans la conception d'un programme de formation pour la gestion des déchets des foyers d'accueil d'urgence ainsi que la mise en place d'un système d'enregistrement visant à s'assurer que les patients retournant en Haïti depuis la République dominicaine fassent l'objet d'un excellent suivi de santé. L'OPS a également aidé le Ministère de la santé de Haïti à former son personnel aux services de réadaptation et, en coordination avec l'organisation non gouvernementale «Love a Child», a soutenu l'initiative d'évaluation des besoins destinée aux patients ayant subi des amputations ou blessures liées au tremblement de terre.

65. Au cours de la phase de réponse, l'OPS a également apporté son concours à la République dominicaine, qui a fourni quelques \$28 million de services de santé grâce à son réseau de services publics, à plus de 18 000 Haïtiens affectés. Le support de l'OPS comprenait une assistance administrative, logistique, et technique dans des secteurs tels que l'organisation des services de santé, l'épidémiologie, l'eau et l'assainissement, ainsi que l'information et la communication.

66. Les activités de l'OPS en Haïti furent appuyées par le **Canada** (par le biais du CIDA), la Commission Européenne (par le biais d'ECHO), l'Italie, le Japon, **l'Espagne** (par le biais de l'AECID), le Royaume-Uni (par le biais du DFID), les **États-Unis** (par le biais du Département d'État et de l'USAID), la Banque Mondiale, le CERF, la Principauté de **Monaco**, la Fondation panaméricaine pour l'éducation et la santé (PAHEF), l'Association japonaise des jardins d'enfants privés, EISAI Co. Ltd., et d'autres.

Réponse aux catastrophes du Chili

67. Le tremblement de terre de magnitude 8,8 sur l'échelle de Richter qui a frappé le **Chili** le 27 février 2010 a affecté six régions qui abritaient 80 pourcent de la population du pays. Le tremblement de terre et le tsunami qui a suivi a coûté la vie à plus 500 personnes, affecté quelques 2 million d'individus, et causé environ \$30 milliards de dommages (17 pourcent du PNB du Chili). Dans le secteur de la santé, 79 hôpitaux furent affectés (60 pourcent de l'ensemble des hôpitaux), parmi lesquels 54 avaient besoin de réparations et 17 ont cessé de fonctionner. Le gouvernement du Chili a estimé le coût de la reconstruction du secteur de santé à US\$ 180 millions.

68. L'OPS a étroitement et activement collaboré avec les autorités chiliennes et autres agences de l'ONU faisant partie du de l'équipe locale de l'ONU au lendemain du désastre. L'OPS a mobilisé des experts internationaux en matière de désastres, infrastructures hospitalières, salubrité de l'environnement, santé mentale, et communication de masse pour étayer la réponse du Chili. Elle a en outre coordonné les dons de 175 000 doses de vaccins d'hépatite A et 5 000 doses vaccin antipneumococcique, l'achat d'un centre de vaccination mobile et 1,5 million de dollars

américains d'équipement biomédical et de générateurs électriques, ainsi que la livraison de 30 000 guides sur la prévention des maladies au sein des environnements post-désastres.

69. Une des contributions clé de l'OPS a été son soutien dans le développement et la mise en œuvre d'un plan étendu de salubrité de l'environnement une fois le tremblement de terre, passé. Ce programme incluait les mesures relatives à la consommation d'eau potable, la gestion des eaux, le contrôle des vecteurs, la sécurité alimentaire, et l'hygiène. L'OPS a également participé à la mise en place d'un plan d'action de santé mentale et assisté le Service national des handicapés du Chili à mettre sur pied une stratégie et un manuel sur les soins post-désastres pour les handicapés.

70. En outre, l'OPS a mobilisé plus de US\$ 2,8 millions auprès de la Commission Européenne (par le biais d'ECHO), **Canada** (CIDA), CERF, et le Gouvernement du Japon pour soutenir des projets de reconstruction et renforcer le réseau sanitaire tout en réduisant le risque d'apparition de problèmes de santé publique.

Des hôpitaux sûrs et sécurisés

71. Le thème de la Journée mondiale de la Santé 2009 « Sauver des vies : assurer la sécurité des hôpitaux dans les situations d'urgence » a donné un nouvel élan et une visibilité accrue à l'initiative Hôpitaux sûrs de l'OPS. En septembre 2009, le 49^e Conseil directeur de l'OPS a organisé une table ronde autour du même thème. Son rapport final révélait que 67 pour cent des quelques 18 000 hôpitaux d'Amérique latine et des Caraïbes étaient situés dans des zones où le risque de catastrophe était élevé et que bon nombre d'entre eux sont tombés en désuétude à la suite de grands tremblements de terre, d'ouragans et d'inondations. Par conséquent, plus de 45 millions de personnes n'ont pu recevoir des soins médicaux en milieu hospitalier au fil des ans et la perte économique directe de la destruction des installations et des équipements dépasserait les 4 milliards de dollars sur les 25 dernières années

72. Le rapport de la table ronde 2009 a formellement avalisé le plan d'action de l'OPS pour soutenir et suivre les initiatives entreprises par les États membres dans la promotion d'hôpitaux sûrs. Le plan appelle tous les États membres à établir des programmes nationaux d'hôpitaux sûrs, à créer des systèmes d'information susceptibles d'enregistrer les réparations et les constructions, à installer des mécanismes de supervision de toutes les nouvelles installations de santé, intégrer des mesures d'atténuation en cas d'urgence dans toute nouvelle infrastructure de santé et s'assurer que les installations existantes peuvent être modifiées afin d'être plus sûres en cas d'urgence.

73. Pendant 2009-2010, l'OPS a soutenu les efforts entrepris dans le cadre de ce plan dans les pays suivants : **Argentine, Bolivie, Costa Rica, Cuba, République dominicaine, Équateur, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou** et les îles

des Caraïbes **d'Anguilla et Saint Vincent–et–Grenadines**. Les travaux de l'OPS sur les Hôpitaux sûrs ont été soutenus par le **Canada** (par le biais de l'ACDI), la Commission européenne (par l'intermédiaire de DIPECHO), **l'Espagne** (grâce à l'AECID), **les États-Unis** (par le biais de l'USAID), la Banque Mondiale et l'UNISDR.

Utilisation de l'indice de sécurité des hôpitaux

L'indice de Sécurité des Hôpitaux, élaboré par l'OPS en collaboration avec des experts de la réduction des risques, a été appliqué à 327 hôpitaux dans 27 États membres et territoires de l'OPS en milieu d'année 2010 et une version adaptée de l'indice était appliquée dans les infrastructures de santé de niveau inférieur. Cet indice a permis à des équipes qualifiées et à des évaluateurs d'évaluer la possibilité qu'un hôpital ou que des installations de santé demeurent fonctionnelles durant une catastrophe ou d'urgence. Il a également permis aux agents de donner la priorité aux investissements nécessaires à l'amélioration de la sûreté.

Jusqu'à présent, l'utilisation de l'indice de Sécurité des Hôpitaux a révélé que pour seulement 39 pourcent des hôpitaux évalués en Amérique latine et dans les Caraïbes, il existe une forte probabilité qu'ils demeurent fonctionnels lors d'une catastrophe. Quinze pour cent exigent une attention immédiate car il se peut qu'ils ne soient pas en mesure de protéger la vie des patients en cas de sinistre. L'indice indique également que la plupart des hôpitaux et des installations de santé sont plus exposés à des problèmes d'ordre fonctionnel qu'à des défaillances structurelles.

Pendant au cours de 2009-2010, les pays incluant **l'Argentine, Belize, la Bolivie, le Costa Rica, Cuba, la République dominicaine, le Guatemala, le Panama, le Paraguay, le Pérou, le Suriname, et Trinidad–et–Tobago** ont appliqué l'indice de sécurité des hôpitaux, reçu une formation relative à son utilisation et / ou ont pris des mesures en vue de trouver une solution aux vulnérabilités qui ont été détectées grâce à son utilisation. Une version adaptée de l'indice est utilisée au sein d'une nouvelle initiative sur la sécurité des écoles parrainée par le Bureau du Vice-président au **Guatemala**. L'OPS continue à promouvoir l'indice comme étant un outil permettant d'évaluer et d'améliorer les quelques 17 000 hôpitaux que compte la Région

Sécurité centrée sur l'être humain

74. La coopération technique de l'OPS s'est développée dans différents domaines ayant un impact sur la santé mais se situant en dehors des domaines phares que sont le contrôle et la prévention des maladies. Ces secteurs incluent les efforts accomplis pour aborder les questions des déterminants sociaux de la santé, comme cela a été décrit dans certains des exemples donnés ci-dessus, mais également les programmes et les interventions qui traitent de questions telles que les violences intrafamiliales et liées au genre, les stigmates et l'homophobie et la santé mentale. Toutes ces questions affectent directement les perceptions des individus vis à vis de la sécurité humaine et de leur statut relatif à une telle sécurité. L'OPS et ses États membres ont élaboré et mis en œuvre des interventions efficaces en matière de santé publique afin d'y répondre.

Violence liée au genre

75. La violence liée au genre est un problème de santé publique majeur aux Amériques et représente un obstacle important à la sécurité personnelle. Bien que les données ne soient pas complètes, les études actuelles suggèrent que près de la moitié des femmes en Amérique Latine ont été menacées ou victimes de violence. Pendant la période au cours de 2009-2010, l'OPS a créé un nouveau poste de Conseiller Régional en Violence Intrafamiliale et a continué à soutenir les efforts des États-membres pour réduire les violences intrafamiliales ou liées au genre. Les activités incluent, au **Guatemala**, au **Mexique** et en **Jamaïque**, des ateliers nationaux ou sous-régionaux sur la prévention de la violence émanant de partenaires intimes et de la violence sexuelle mais également la surveillance et l'évaluation des programmes traitant des violences faites aux femmes.

76. En outre, l'OPS a publié plusieurs rapports sur la violence causée par les partenaires intimes ainsi que les abus sexuels dans la Région. Ces rapports incluent la traduction espagnole de *Unhappy Hours: Alcohol and Partner Aggression in the Americas* (Heures de tristesse : l'alcool et l'agression des partenaires aux Amériques); la seconde édition de *Improving the Health Sector Response to Gender-Based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries* (June 2010) (L'amélioration de la réponse du secteur de la santé à la violence sexiste : un manuel de ressources pour les professionnels de la santé dans les pays en développement), publiée en collaboration avec la Fédération internationale des plannings familiaux ; et la *Violence sexuelle en Amérique Latine et au sein des Caraïbes* (June 2010), une révision sommaire publiée conjointement avec l'Initiative de recherche sur les violences sexuelles, l'UNFPA, et l'Ipas.

77. À la **Barbade**, l'OPS a soutenu les initiatives des bureaux en faveur de l'égalité des sexes au sein des pays et territoires **des Caraïbes orientales — Anguilla, Antigua et Barbuda, les Barbades, les îles vierges Britanniques, Dominique, Montserrat, Grenade, Sainte-Lucie, Saint-et-Nevis, et Saint-Vincent-et -les Grenadines** — pour faire connaître au grand public les questions liées au genre et faire participer les hommes aux solutions afférentes aux inégalités de genre, tout particulièrement la violence.

78. Au **Salvador**, l'OPS a soutenu la mise en œuvre d'un plan national de prévention et de soins de violence intrafamiliale, comprenant une approche exhaustive impliquant les secteurs de la santé, de l'éducation et de la justice ainsi que la société civile. Parmi les accomplissements clés réalisés au cours de 2009-2010, on comptait le renforcement de quatre centres de traitement spécialisés répartis dans différentes régions du pays, un projet de recherche sur la violence intrafamiliale et le VIH, l'intégration de normes destinés à répondre à la violence à contre les femmes et à la violence sexuelle au sein du programme de santé de la famille du Ministère de la santé, et le renforcement d'un réseau d'intervention contre la violence basée sur le genre.

79. Dans le même ordre d'idées, en **Équateur**, l'OPS a collaboré avec l'UNIFEM pour le développement et la distribution de nouvelles normes et protocoles destiné au traitement intégré et au soin des victimes de violence basées sur le genre, violence intrafamiliale et violence sexuelle comme partie intégrante du plan national pour éradiquer la violence contre les femmes et contre les enfants en Équateur.

80. L'OPS a également apporté son concours au programme conjoint de l'ONU «Consolidation de la paix au **Guatemala** grâce à la prévention de la violence et à la gestion du conflit,» un projet d'une durée de trois ans financé grâce au Fonds de réalisation des OMD, également supporté par le PNUD, l'UNICEF, UN-HABITAT, l'UNESCO, le FNUAP ainsi que les autorités nationales. Au cours de 2009-2010, l'OPS a démarré la mise à jour de protocoles de soins et de gestion des victimes de la violence et collaboré avec le personnel du maintien de l'ordre public, de la justice et de la santé, sur l'application adéquate du cadre législatif, tout spécialement en ce qui concerne la violence basée sur le genre. Cette initiative a également été soutenue par la Suède (par le biais de SIDA).

81. En **Haïti**, l'OPS a effectué une évaluation des besoins de la réponse du secteur de la santé aux survivants de la violence, et souligné les principaux secteurs d'intervention visant à guider la coopération technique dans ce domaine.

82. Avec le soutien de la Norvège, (grâce au NORAD), l'OPS a apporté son assistance à l'organisation de femmes du **Nicaragua** en entreprenant des initiatives destinées à prévenir et à répondre à la violence intrafamiliale, qui a coûté la vie à 79 femmes Nicaraguayennes au cours de l'année 2009. L'OPS a également collaboré avec le Ministère de la santé du Nicaragua pour renforcer sa capacité à répondre à la violence par le biais de l'adoption et de l'application des standards et grâce aux efforts conjoints effectués en coopération avec les organisations de femmes et les communautés. L'OPS a également soutenu les efforts destinés à améliorer l'accès à la justice pour les femmes Nicaraguayennes victimes de la violence.

83. Au **Paraguay**, l'OPS fait partie d'une équipe interinstitutions chargée de mettre en place des plans d'actions intégrant la prévention de la violence et le traitement au sein du programme de santé d'urgence de six hôpitaux de recours spécialisés en protection maternelle et infantile. L'équipe a développé et apporté son concours dans la mise en place de protocoles visant à améliorer le traitement des victimes de violence sexuelle et intrafamiliale au sein des services de santé du pays.

84. Dans même ordre d'idées, à **Cuba**, l'OPS a collaboré avec l'équipe responsable de la santé mentale du Ministère de la santé pour dispenser une formation aux professionnels de la santé sur le diagnostic, le référencement et le traitement de la violence et promouvoir des changements d'attitudes, de pratiques, et de méthodes dans la fourniture de soins aux familles victimes de violence.

Violence en milieu de travail dans le secteur de la santé

L'OPS a soutenu les initiatives de la **Jamaïque** visant à comprendre et à répondre au problème de la violence en milieu de travail, y compris la violence, l'intimidation, et toutes autres formes de pression psychologique. Une étude a révélé que 71 pourcent des infirmières et des médecins travaillant au sein de deux hôpitaux de Kingston ont reporté avoir rencontré des patients ou membres de familles violents et menaçants, au moins une fois par an. Des recherches supplémentaires suggèrent que de tels problèmes constituent un facteur significatif de la migration des infirmières au travers des Caraïbes. En Jamaïque, les travailleurs de la santé ont été exposés à des violences meurtrières occasionnées par des tirs d'armes à feu et à l'action de larges foules menaçantes rassemblées autour des hôpitaux lors des troubles civils récents. En 2010, l'OPS a organisé un atelier sur la violence en milieu de travail et celle basée sur le genre au sein des services de santé et à initié un appel de propositions destinés à étudier les problèmes concernés. Sept études financées par l'OPS sont actuellement en cours de réalisation au sein des hôpitaux, centres de santé, et sur le terrain. L'OPS soutient également l'élaboration d'une ébauche de politique nationale sur la violence en milieu de travail ainsi que d'un plan de travail pour sa mise en œuvre.

Dans le même ordre d'idées, l'OPS a apporté son concours à l'**Uruguay** dans la définition d'une méthodologie de collecte de données primaires sur la violence basée sur le genre au sein des services de santé.

Homophobie et Stigma

85. Le problème de l'homophobie et du stigma perpétrés contre les individus sexuellement diversifiés constitue une menace significative à la sécurité personnelle ainsi qu'un contributeur à la propagation du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Bien que l'on constate une diminution de la discrimination contre ces individus dans la Région, cette question demeure néanmoins un problème d'actualité. En au cours de 2009-2010, l'OPS a fourni une assistance technique et une défense destinée à promouvoir les droits de la personne des lesbiennes, homosexuels, bisexuels transgenres (LGBT) ainsi que des individus souffrant du VIH tant dans le secteur de la santé que de la société en général.

86. L'OPS a soutenu les efforts des pays et territoires des Caraïbes orientales—**Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Barbade, îles-Vierges-britanniques, Dominique, Montserrat, Grenade**— pour traiter les stigmates du HIV dans les services de santé, réduire les barrières à l'accès aux services et accroître l'accès au dépistage du VIH.

87. L'OPS a apporté son assistance au Ministère de la santé **argentin** dans la conception d'un nouveau guide intitulé *Santé, VIH/SIDA et Transsexualité* destiné à fournir des soins de santé aux transgendéristes. L'OPS a également collaboré avec l'Organisation des travestis, transsexuels et des transgenres d'Argentine (Redlactrans) sur la prévention du HIV et les a aidés à distribuer la vidéo *Translatina*, qui dépeint la vie de transgenres en Amérique latine.

88. Au **Guatemala**, l'OPS a soutenu les efforts de réduction de l'homophobie et a aidé à promouvoir les questions relatives à la diversité sexuelle dans les programmes nationaux relatifs à la santé et aux droits de l'homme. L'OPS a fourni une assistance technique et financière aux organisations non gouvernementales œuvrant dans ce domaine incluant des formations dans le domaine de l'administration et de la gestion de projet et a soutenu une campagne effectuée par le Réseau pour la diversité sexuelle et le VIH au Guatemala, qui comportait des messages du service public destinés à sensibiliser l'opinion à ces questions. L'OPS a également contribué à l'amélioration des traitements cliniques des personnes atteintes du VIH et groupes sexuellement diversifiés en modernisant les infrastructures médicales et les équipements et en validant les modèles de soins répondant à leurs besoins spécifiques.

89. À **Belize**, l'OPS a apporté son assistance et prodigué des conseils à un tout nouveau groupe de soutien pour les personnes atteintes du VIH et aidé le Mouvement unifié de défense des droits de l'homme au Belize (UNIBAM), qui promeut les questions relatives aux LGBT, dans le développement de sa capacité institutionnelle et d'un plan stratégique préliminaire.

90. Au **Costa Rica**, l'OPS a travaillé en collaboration avec l'ONUSIDA afin de fournir des formations et autres types de soutien aux organisations de la société civile qui se font l'écho des sujets d'inquiétude concernant populations sexuellement diversifiées. L'OPS a également organisé des événements visant à sensibiliser les fonctionnaires à ces questions et promouvoir le respect de la diversité des sexes. De la même façon, à **Cuba**, l'OPS a travaillé de concert avec d'autres agences nationales et certaines agences de l'ONU dans le but d'élaborer des stratégies de lutte contre l'homophobie mais également contre les violences intrafamiliales ou liées au genre par le biais de cours et d'ateliers, d'activités culturelles, de campagnes de communication sociale et au travers de la diffusion des meilleurs pratiques.

91. Grâce au soutien de la Norvège (par le biais de la NORAD), l'OPS a fait la promotion de l'harmonisation des politiques, des projets et des lois relatifs aux adolescents et à la santé en matière de sexualité avec les traités internationaux des droits de l'homme ratifiés par les États-membres de l'OPS. Les activités consistaient notamment en des ateliers sur la santé en matière de sexualité et les droits de l'homme en Bolivie, au Salvador, en République dominicaine, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua et au Panama ainsi qu'en un soutien pour réformer les lois nationales du Guatemala concernant le VIH afin qu'elles soient conformes aux normes et aux traités de l'ONU et de l'OEA. En outre, l'OPS a collaboré, en Argentine, au Honduras et au Pérou, avec les ministères de la santé, les parlements nationaux et les tribunaux, en leur fournissant des informations techniques concernant la contraception d'urgence qui soient en adéquation avec les observations faites par le Comité des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et du Comité des Nations-Unies pour les droits de l'enfant.

92. Au **Paraguay**, l'OPS a soutenu l'intégration de perspectives relatives aux droits de l'homme, au genre et à l'égalité des chances au sein des écoles de santé publique du pays dans le cadre du projet « Politiques publiques pour l'éducation sexuelle dans le système éducatif paraguayen. »

Santé mentale

93. Tout comme la santé mentale fait partie intégrante de la santé humaine—tel que cela est inscrit dans la Constitution de l'OMS— elle représente un élément essentiel de la sécurité personnelle. Cet aspect est illustré par l'inclusion par l'OPS des préoccupations en matière de santé mentale dans son action en cas de réponse d'urgence et de catastrophe mais également par le biais de ses programmes adressant les violences intrafamiliales ou liées au genre.

94. Les problèmes de santé mentale constituent l'une des préoccupations majeures de la santé publique en Amérique Latine et dans les Caraïbes. Plus de 125 millions de personnes souffrent d'un certain type de troubles mentaux mais moins de la moitié d'entre eux bénéficient d'un traitement. Le défi à relever dans ce domaine consiste à améliorer l'accès aux services adaptés dans tous les pays de la Région. Des avancées en ce sens ont été faites en 2009 lorsque le Conseil directeur de l'OPS a approuvé la Stratégie et le Plan d'action relatif à la santé mentale. En donnant leur aval à ce plan, les pays se sont engagés à inclure la santé mentale dans leurs politiques en matière de santé ainsi que dans leurs programmes et à promouvoir des réformes et tous autres changements reflétant une nouvelle approche des problèmes psychosociaux.

95. Pour soutenir ces efforts, l'OPS a travaillé étroitement avec ses États membres en 2009--2010 afin de concevoir des politiques en matière de santé mentale susceptibles d'être intégrées au sein des programmes de santé nationale et de renforcer le modèle de santé communautaire dans le but de remplacer le modèle curatif traditionnel. On peut citer comme exemple de ces travaux le projet de Coopération technique entre pays (TCC) de l'OPS faisant intervenir **Cuba, el Salvador**, et le **Guatemala** dont l'objectif était de décentraliser les services de santé mentale du contexte hospitalier et de les orienter vers des soins primaires communautaires.

96. L'OPS a également soutenu les changements législatifs qui avaient pour objectif de faire avancer la réforme concernant la santé mentale. En **Argentine**, l'OPS a apporté son concours aux législateurs en rédigeant une nouvelle Loi nationale sur la santé mentale et a participé à sa présentation devant les comités de la santé du congrès et pendant toute la durée des débats et des discussions ultérieurs. De la même façon, à **Belize**, l'OPS a apporté son assistance dans l'élaboration d'une politique de santé mentale nationale et de toute législation lui étant associée ainsi que dans la mise en place d'un Programme national pour la santé mentale et le Soutien psychologique d'urgence. L'OPS a également travaillé avec le Ministère de la Santé de **Trinidad-et-Tobago** pour

actualiser et améliorer les lois en matière de santé mentale, en encourageant l'adoption d'une approche relative aux droits de l'homme. L'OPS a également assisté le Ministère dans la mise en œuvre d'une nouvelle approche intégrée de délivrance de services de santé mentale et a défendu à la fois avec le Ministère de l'éducation et la confédération consultative des employeurs du secteur privé, l'adoption de stratégies visant à promouvoir la santé mentale sur le lieu de travail.

97. L'OPS a travaillé en collaboration avec les secrétariats pour la Santé de **Mexico** et de l'État du Chihuahua pour organiser à Ciudad Juárez un atelier sur les soins en santé mentale pour les personnes victimes de violences. Avec une moyenne de 139 homicides pour 100 000 habitants par année, Ciudad Juárez détient l'un des plus hauts taux de mortalité dans le monde. L'atelier, qui était financé par les **États-Unis** (grâce à USAID), portait sur des soins en santé mentale complets basés sur des modèles de soins primaires et communautaires intégrant des approches relatives au genre et aux droits de l'homme.

98. L'OPS a également mobilisé des experts en santé mentale, sur la période au cours de 2009-2010, dans le but d'apporter son soutien à la réponse du Mexique à l'épidémie de H1N1 et les a également intégré à son équipe d'intervention d'urgence suite aux tremblements de terre ayant eu lieu au **Chili** et en **Haïti**.

99. En outre, l'OPS a collaboré avec l'École de santé publique de l'Université du **Chili** pour lancer un nouveau programme qui se soldera par l'obtention d'un diplôme dans le domaine de la gestion des services de santé mentale. Ce programme sera proposé sur le Campus de santé publique virtuel de l'OPS qui continuera d'assurer un support technique dans le cadre d'audits complets des systèmes de santé mentale actuellement opérationnels au sein de 20 États membres (les rapports sont consultables sur (www.OPS.org)).

Sécurité communautaire

100. La violence et les dommages à la personne constituent les principales sources d'insécurité en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'augmentation de la violence dans de nombreux pays au cours de ces dernières années a eu un impact négatif sur le développement humain ainsi que sur la gouvernance démocratique. Parallèlement, la Région des Amériques s'est avérée être un terrain fertile pour les politiques, les stratégies et les interventions qui visent à prévenir la violence et les dommages à la personne en agissant sur leurs facteurs de risque. L'OPS a apporté son soutien à un grand nombre d'initiatives dans ces domaines durant la période 2009-2010.

101. En **Jamaïque**, l'OPS s'est associée avec l'Alliance pour la prévention de la violence pour célébrer la Journée internationale de la paix 2009 avec des activités axées sur les jeunes de sexe masculin, le groupe le plus sérieusement touché par la violence en Jamaïque, à la fois en tant qu'auteurs et victimes. Cette fête a encouragé les jeunes

hommes à faire tomber les barrières et à se focaliser sur leurs points communs plutôt que sur ce qu'ils voient comme étant des différences. L'OPS a parrainé une manifestation sportive pour les jeunes gens et a conçu les matériels éducatifs distribués lors de l'évènement. Toujours en Jamaïque, l'OPS s'est associé avec le Conseil pour les activités sociales bénévoles pour proposer aux organisations non-gouvernementales impliquées dans les services de prévention de la violence au sein des collectivités, des formations en matière de résolution de conflit chez les adolescents.

102. Au **Bahamas**, un participant au programme de l'OPS pour les Leaders en santé internationale a entamé une étude sur l'épidémiologie de la violence parmi la jeunesse du pays. L'étude entend apporter une réponse à l'incidence croissante de traumatismes liés à la violence, qui touchent de manière disproportionnée les adolescents âgés de 15 à 24 ans. Les résultats jetteront une lumière sur les facteurs déterminants de la violence, leur impact et sur la manière dont ils interagissent aux niveaux national, régional et international. Leur objectif sera de démontrer la nécessité d'élaborer et mettre en place des politiques et des programmes.

Fonds des Nations Unies pour la sécurité humaine

Pendant la période 2009-2010, l'OPS a collaboré avec d'autres agences des Nations Unies sur des projets de sécurité communautaires financés grâce au Fonds des Nations Unies pour la sécurité humaine et parrainé par le gouvernement du Japon.

En **Bolivie**, l'OPS a collaboré avec le FNUAP et l'UNICEF en vue de promouvoir la sécurité humaine entre adolescents dans 20 municipalités de Cochabamba et de Beni. Le projet a réuni des membres appartenant aux secteurs de l'éducation, de la santé et de la justice afin de mettre en place des interventions destinées à renforcer l'autonomie des adolescents, à promouvoir les droits à la reproduction et à la sexualité, à prévenir la violence et les grossesses précoces. L'OPS a également aidé à renforcer la capacité des travailleurs de la santé afin qu'ils offrent des soins de qualité aux adolescents.

Au **Brésil**, conjointement avec l'UNICEF, l'UNESCO et le FNUAP, l'OPS a continué ses travaux dans le cadre d'un projet visant à réduire la violence et à promouvoir une culture de la paix dans la ville de São Paulo en offrant des expériences « humanisantes » dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'action communautaire. Ce projet, d'une durée de 3 ans, réunit des experts des Nations Unies avec des fonctionnaires municipaux travaillant dans les domaines de la santé, de l'éducation et des services sociaux mais également des représentants de la communauté et des adolescents afin qu'ils échangent des idées et promeuvent un renforcement des capacités pour les individus, les familles et les communautés dans le but d'influencer les politiques publiques et de faire face aux menaces qui pèsent sur la sécurité humaine.

Au **Salvador**, l'OPS a travaillé de concert avec le PNUD, l'UNICEF et l'OIT à un projet de renforcement de la sécurité humaine en encourageant une coexistence pacifique et en améliorant la sécurité des citoyens dans trois municipalités du département de Sonsonate. L'OPS a favorisé une approche intégrée de la violence intrafamiliale et sexuelle en collaborant avec des travailleurs de la santé, des officiers de police et des membres de la communauté afin d'améliorer le

traitement des victimes, sensibiliser l'opinion sur les mesures de prévention, encourager le signalement de violences sexuelles et intrafamiliales au sein de la communauté, mettre au point des systèmes d'information sur la violence et créer des groupes de soutien aux victimes. Dans le cadre de ce même projet, l'OPS a également offert une coopération technique dans le domaine de la sécurité routière (voir plus bas).

Au **Honduras**, l'OPS a travaillé conjointement avec le PNUD, l'UNICEF, la FAO, le HCR et le FNUAP dans le cadre du Programme Conjoint pour le Soutien de la Sécurité Humaine au Honduras. Ce projet incluait un renforcement institutionnel pour les municipalités impliquées, la création de réseaux des jeunes et de micro-entreprises pour les jeunes et une prévention de la violence grâce à des expositions sur la paix (Ferias Expo Paz) et des manifestations pacifistes destinées à mobiliser les adolescents et d'autres acteurs locaux et institutions.

103. Au **Salvador**, l'OPS a travaillé en coordination avec le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP et l'OIT sur le Programme Conjoint portant sur la Réduction de la Violence et sur la Construction d'un Capital social financé grâce au Fonds pour la mise en œuvre des objectifs des ODM. L'OPS a permis la réalisation d'une étude préliminaire sur la collecte, l'analyse et la distribution d'informations relatives à la violence et au crime dans le vue de renforcer ces processus pour informer l'élaboration de politiques et planifier la prévention de la violence. L'OPS a également soutenu les recherches menées sur la violence au niveau national et contribué à la création d'espaces et de mécanismes destinés à favoriser la participation et l'expression des adolescents, notamment la mise en place de lieux de réunions spécifiques pour les jeunes dans des centres de santé locaux.

104. Avec le support de la Suède (par le biais de l'ASDI - Agence suédoise de coopération au développement international), l'OPS a conçu un CD d'interprétation autonome destiné à accroître l'ensemble des compétences parmi les dispensateurs de soins de premiers secours afin que ces derniers sensibilisent les jeunes aux questions relatives à la sexualité et à la reproduction. Le module a été mis en œuvre au Nicaragua et au Honduras pour monter en puissance en créant une masse critique de prestataires de services. L'OPS a également conçu un CD destiné aux promoteurs du programme auprès de la jeunesse, intitulé « Aventure vers l'inconnu » qui forme les éducateurs de pairs à être des facilitateurs au cours des interventions permettant aux jeunes d'explorer et d'apprendre à mettre toutes les chances de leur côté pour l'avenir tout en évitant le VIH, les infections sexuellement transmissibles (IST) ainsi que les grossesses involontaires.

105. En 2010, l'OPS a signé un accord avec le Bureau régional du PNUD pour l'Amérique latine et les Caraïbes pour œuvrer de concert à la promotion de la sécurité humaine en **Amérique centrale** grâce à des efforts accomplis en matière de prévention de la violence, de sécurité routière, de prévention des désastres et des changements climatiques. L'OPS et le PNUD ont décidé, d'un commun accord, de mettre sur pied un plan d'action destiné à identifier et à réduire les menaces à l'encontre de la sécurité humaine au sein de chaque pays, afin d'améliorer l'information et les connaissances relatives à la sécurité humaine par le biais d'échanges d'expériences et de pratiques

exemplaires, ainsi qu'à renforcer la capacité institutionnelle de travail dans ce domaine grâce à la coordination, la formation et la promotion d'initiatives conjointes.

106. L'OPS a également fourni un support au système de surveillance des lésions « Rede VIVA » du **Brésil** qui collecte les informations sur la violence par le biais des unités sentinelles des services de santé et d'inspections annuelles.

Sécurité routière

107. Le travail de l'OPS en matière de promotion de la sécurité routière 2009-2010 comprenait deux publications, *Advocating for Safe and Healthy Public Transportation* (Promotion d'un transport public sûr et sain) et le *Regional Status Report on Road Safety* (Rapport sur l'état régional de la sécurité routière), ainsi que la distribution du *Global Status Report on Road Safety* (Rapport sur l'état mondial de la sécurité routière) lors des nombreuses réunions majeures sur la sécurité routière tenues en **Argentine, au Brésil, en Colombie et au Panama**. Ces rapports démontrent que les accidents de la route sont une cause principale de décès dans la région, particulièrement parmi la tranche des 5 à 44 ans, coûtant la vie à environ 142 252 individus chaque année et engendrant plus de 5 millions de blessés. Les points saillants de la coopération technique de l'OPS dans ce secteur au cours de 2009-2010 comprennent.

108. Au **Costa Rica**—le pays qui investit le plus par tête d'habitant en matière de dépenses de sécurité routière dans la région — l'OPS a soutenu les efforts accomplis par le Conseil de la sécurité routière (COSEVI) pour prévenir les accidents de la route, tout particulièrement parmi les jeunes. L'OPS a également collaboré avec le COSEVI et l'Institut national sur la toxicomanie et la dépendance du Costa Rica (IAFA) pour promouvoir le passage d'une loi destinée à réduire le taux d'alcoolémie chez les conducteurs d'automobiles, concevoir une nouvelle politique nationale sur les boissons alcoolisées et prévenir la consommation d'alcool par les mineurs.

109. Au **Salvador**, l'OPS a soutenu la mise en œuvre d'un nouveau Plan national de sécurité routière en collaboration avec les membres de la Commission nationale de sécurité routière (CONASEVI), comprenant la Police civile nationale, le Ministère du gouvernement, le Ministère de la santé, et les gouvernements municipaux. Ces initiatives incluaient l'établissement d'un système de surveillance des accidents de la circulation, le renforcement de l'application des limites de vitesse et autres normes de la circulation, le développement d'un guide technique des soins d'urgence aux victimes de violence aussi bien qu'aux accidentés de la route, ainsi qu'une formation des enfants et des jeunes à la sécurité routière portant sur 11 points critiques pour la sécurité dans ce domaine. Ces initiatives ont bénéficié en partie de l'assistance du Fonds des Nations Unies pour la sécurité humaine (voir également ci-dessus).

110. À **Cuba**, l'OPS a collaboré avec le Ministère des transports et l'Institut national des sports, de l'éducation physique et des loisirs en vue de promouvoir la sécurité routière par le biais d'activités communautaires ciblant les enfants et les adolescents.

111. L'OPS a également apporté son assistance à un projet du Ministère de la santé du **Brésil** visant à réduire les décès et les blessures dus aux accidents de la circulation en fournissant un financement aux municipalités destiné à planifier des activités dans ces secteurs. En outre, l'OPS soutient actuellement la participation du Brésil au projet RS10 couvrant 10 pays dans le cadre de l'Amélioration de la sécurité routière mondiale, et financé par la Fondation de la famille Bloomberg. Les activités du Brésil mettront l'accent sur la réduction de la conduite en État d'ivresse et la gestion de la vitesse et seront mises en place dans les villes de Palmas, Teresina, Belo Horizonte, Curitiba, et Campo Grande.

112. À **Trinidad-et-Tobago**, l'OPS a soutenu le lancement en 2010 du réseau national EVIPNET (Réseau de support aux politiques de santé éclairées par des données probantes) et accueilli un atelier de formation sur le développement de rapports de synthèse sur la prévention de la violence et des blessures.

113. L'OPS a également apporté son assistance à une étude de l'impact économique des blessures liées aux accidents de la route au **Belize** et contribué à l'analyse des données relatives aux décès et blessures dues aux incidents de la route dans les principales villes de l'**Équateur**.

Participation et protection sociale

114. Les régimes de protection sociale constituent le mécanisme le mieux établi et le plus extensif pour garantir la sécurité des personnes dans les Amériques, et la protection de la santé fait partie intégrante de ces régimes. Au cours de la période 2009-2010, l'OPS a apporté son assistance aux efforts nationaux visant à renforcer les régimes de protection sociale en développant et en mettant en place des politiques, des lois, et des programmes ayant pour objectif d'éliminer l'exclusion ; de garantir un accès équitable aux biens, services et technologies de la santé ; et de reconnaître la santé comme un droit universel et inaliénable de l'être humain. La majeure partie du travail de l'OPS dans le domaine de la protection sociale en matière de santé a été soutenue par la Suède (par le biais de l'ASDI).

115. Au **Guatemala**, l'OPS a apporté son assistance aux autorités sanitaires dans l'élaboration d'une proposition de loi sur la couverture universelle et le financement d'une approche complète des soins de santé. La loi établirait un système de santé publique coordonné, un cadre légal, et un budget destinés à financer une couverture universelle et fournir à tous les Guatémaltèques des garanties explicites d'un accès non discriminatoire à des soins de santé gratuits et complets. La proposition de loi a été présentée à la Commission de la santé du Congrès Guatémaltèque en mai 2010.

116. Dans la même veine, la **Bolivie** a élaboré, avec le soutien de l'OPS, une législation destinée à créer un Système de santé unifié permettant de garantir que tous les établissements de santé publique — y compris ceux du système de sécurité sociale— offrent la même qualité et les mêmes prestations ainsi que l'accès à des soins de santé gratuits à tous les Boliviens. Cette proposition de loi devait être approuvée par le Congrès bolivien en 2010 et commencer à être appliquée en janvier 2011.

117. L'OPS a également soutenu les efforts de l'**Uruguay** visant à intégrer des groupes de population supplémentaires au sein du Fonds national de santé (FONASA). A la suite de ce travail, il est prévu que les conjoints, retraités, et professionnels ne contribuant pas à la Banque de prévoyance sociale d'Uruguay soient intégrés au FONASA au courant de l'année 2010.

118. En **Colombie**, l'OPS a soutenu un projet financé par le biais du Fonds des Nations Unies pour la sécurité humaine destiné à élaborer un système de protection sociale intégré et durable. L'OPS contribue actuellement à la conception d'un modèle de soins de santé primaires en adéquation avec la Politique de santé publique de la Colombie et met en œuvre une stratégie du « logement sain » pour promouvoir l'adoption par 500 familles d'initiatives visant à améliorer leurs conditions de logement. Les autres agences de l'ONU collaborant au projet sont la FAO, l'OCHA, le HCR, l'UNICEF, l'UNIFEM, l'UNODC, et le PAM.

119. De même, au cours de la période 2009-2010, L'OPS a travaillé en étroite collaboration avec d'autres agences de l'ONU pour promouvoir et documenter les systèmes intégrés de protection sociale existant dans la Région. Un exemple en est une étude démarrée en septembre 2009 de la Dimension nutritionnelle des réseaux de protection sociale en Amérique centrale et en République dominicaine, conduite par le PAM avec la participation de l'OPS, de l'INCAP, du CEPALC, de l'ONUSIDA, de l'UNICEF, et de l'OEA. Le rapport final de cette étude a été publié en avril 2010.

120. En **République dominicaine**, l'OPS soutient actuellement une initiative de transfert monétaire conditionnel connue sous le nom de programme de « Solidarité », dans le cadre de laquelle des familles à faible revenu reçoivent de l'argent en contrepartie du respect d'une série d'exigences en matière de santé et d'éducation. Ces exigences comprennent l'obtention de vaccins et la supplémentation en micronutriments destinés aux enfants de moins de 3 ans, l'octroi de tests de Papanicolaou (frottis cervico-vaginal) et de soins pré et post nataux aux femmes, et la fourniture de bilans de santé annuels aux membres de famille âgés de plus de 65, ainsi que la participation des adolescents à des activités visant à réduire les facteurs de risque. Ce programme couvre actuellement plus de 750 000 foyers.

Accès aux services

121. L'OPS a continué en au cours de 2009-2010 à soutenir les efforts des États membres de l'Organisation visant à élargir l'accès de leurs populations aux services de santé. La coopération technique dans ce domaine allait du soutien aux législations garantissant l'accès aux soins de santé à des initiatives visant à améliorer la coordination et la prestation des services de santé.

122. Au Guatemala, L'OPS a collaboré avec la Commission de la santé du Congrès guatémaltèque, le Ministère de la santé, l'Université de San Carlos, et l'Institut de sécurité sociale du Guatemala (IGSS) pour concevoir et promouvoir une nouvelle proposition de loi basée sur le droit de l'être humain à la santé, et dotée de dispositions relatives au financement de soins de santé universels. L'OPS a également contribué à élaborer une nouvelle législation créant une carrière de fonction publique dans le secteur de la santé visant à garantir la disponibilité de ressources humaines en matière de santé dans les zones rurales pauvres et éloignées. Cette législation contient des mesures d'incitation du personnel destinées à promouvoir une approche aux soins de santé centrée sur le patient et le respect des droits des patients tout en améliorant la productivité et la qualité des prestations de soin du système de santé du pays.

Soins de santé gratuits en Haïti

L'une des initiatives récentes les plus réussies visant à élargir l'accès aux services de santé de base est celle du programme de Soins obstétricaux gratuits (SOG) en **Haïti**, élaboré avec un financement du **Canada** (par le biais de l'ACDI) et l'assistance technique de l'OPS. Ce programme fournit des soins de santé gratuits aux femmes enceintes à faible revenu et fonctionne par le biais de l'achat de services auprès d'établissements de santé publics, mixtes, et privés à but non lucratif à travers le pays. Ce programme lancé en 2008, fonctionnant initialement par le biais de 45 établissements de santé, a accru en un temps record la proportion des naissances institutionnelles, amélioré les soins obstétricaux d'urgence, et réduit le taux de décès maternels. A la suite du tremblement de terre de janvier 2010, L'OPS a collaboré avec le FNUAP, l'UNICEF, l'OCHA et d'autres partenaires pour assurer la poursuite du programme, et à la mi-2010, fournissait des services de santé à 50 000 bénéficiaires. Il est prévu d'accroître le nombre d'institutions participantes, d'élargir les services à la prestation de soins pré et post nataux complets, et d'accroître le nombre des bénéficiaires dans le but de garantir que toutes les femmes Haïtiennes aient accès à des soins obstétricaux. De plus, le programme SOG élargi remplacera le paiement pour services rendus par un paiement aux résultats.

En se basant partiellement sur le modèle SOG, le Ministère haïtien de la santé a élaboré, avec le soutien de l'OPS, un plan ambitieux de prestation de services de santé de base gratuits à l'ensemble de la population. La première phase de ce plan a démarré en juin 2010 et implique l'achat de services de santé auprès de 33 établissements de santé publics, privés, et mixtes. La seconde phase élargira le nombre d'établissements et de services pour permettre de couvrir les principaux besoins de santé de la population haïtienne.

123. Au **Venezuela**, l'OPS a apporté son soutien au développement de « maisons de santé communautaires » dans le cadre du Plan national de réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les maisons de santé communautaires fonctionnent au sein de maisons privées et sont dirigées par un membre bénévole de la famille, typiquement les mères, qui prodiguent des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans, en se basant sur la stratégie de Gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI). Démarrées comme un moyen d'élargir l'accès aux services de santé, les maisons de santé communautaires sont devenues une partie intégrante des réseaux de santé locaux et ont eu un impact positif sur la réduction des décès maternels et infantiles.

124. L'OPS a apporté son soutien aux efforts des pays des Caraïbes orientales — **Anguilla, Antigua et Barbuda, la Barbade, les Iles–Vierges–britanniques, la Dominique, Montserrat, la Grenade, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-Et-Nevis, et Saint-Vincent-et-les Grenadines** — pour réorganiser leurs réseaux de prestation de santé en se basant sur la stratégie de soins de santé primaires et améliorer leurs infrastructures de santé. La coopération technique apportée par L'OPS comprenait le soutien à l'élaboration de modèles de soins complets et à la conception et à l'évaluation de réseaux de soins intégrés. Dans le cadre de ce processus, L'OPS a fait appel à l'UNOPS, dont le personnel avait déjà collaboré une première fois dans les Caraïbes anglaises avec des fonctionnaires du ministère de la santé, pour présenter des options fiables et rentables de développement des infrastructures hospitalières de **la Barbade, de Sainte Lucie et de la Grenade**.

125. Au **Salvador**, l'OPS contribue à mettre en place des réseaux intégrés de services de santé (RISS) dans sept municipalités de la région occidentale du pays. Le processus comprend la participation communautaire et la coopération intersectorielle, la coordination entre les hôpitaux et les unités de santé, l'amélioration des infrastructures et de la qualité des soins à différents niveaux, ainsi que celle des systèmes d'aiguillage médical, amélioration de la gestion des laboratoires cliniques, et mise en place d'un système de soins pré hospitaliers d'urgence efficace.

126. Avec le soutien de la Suède (par le biais de l'ASDI), l'OPS a organisé une étude multicentrique sur l'impact de l'exclusion aux soins sur l'accès aux médicaments essentiels. Des études par pays menées pour le Guatemala et le Nicaragua ont été finalisées au cours de 2009-2010, et OPS a organisé des ateliers en vue de discuter des résultats et leçons apprises et de les disséminer. De plus, une analyse comparative de ces résultats et de ceux provenant du Honduras fut achevée en 2009.

127. D'autres initiatives soutenues dans ce domaine par L'OPS au cours de la période 2009-2010 comprenaient un séminaire sur le droit à la santé et l'amélioration de l'accès aux services de base, co-organisé avec le Ministère de la santé de **Belize** en décembre 2009, et le Troisième congrès des autorités de réglementation des régimes de sécurité sociale, tenu à Santiago du Chili, en novembre 2009. L'OPS a également soutenu un

rapport basé sur cette réunion comparant les régimes de sécurité sociale de neuf États membres de l'OPS et détaillant les obstacles majeurs auxquels ces régimes sont aujourd'hui confrontés dans la Région.

Santé communautaire et sécurité en Colombie

Le déplacement interne d'un grand nombre de personnes pour cause de conflit est un contributeur majeur à l'insécurité des communautés et des groupes de population. En Colombie, des groupes armés continuent de perpétrer des violences parmi les populations vulnérables, particulièrement dans les départements bordant la côte pacifique. Une telle situation a provoqué de fortes migrations internes d'individus et de familles vers des régions plus sûres les rendant vulnérables à d'autres menaces telles que les maladies, la malnutrition, et les violations des droits de l'homme. Au cours de la période 2009-2010, l'OPS a aidé à intensifier les interventions sanitaires dans ces régions, plus spécifiquement au sein de 24 municipalités prioritaires des départements de Nariño, Chocó, Cauca, de la Vallée du Cauca, d'Arauca, du Nord de Santander, d'Huila, Putumayo, et Caqueta.

Selon les données du Gouvernement, le nombre des personnes déplacées a augmenté à un rythme croissant atteignant près de 3 millions d'individus dont la grande majorité était des femmes et des enfants dépourvus de tout accès aux services de santé et sociaux. Les sources officielles font État d'indicateurs de santé parmi ces groupes de personnes déplacées caractéristiques de populations sous-développées et victimes d'exclusion sociale, se traduisant par des taux de mortalité élevés parmi les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans, une forte incidence de maladies diarrhéiques et d'infections aiguës des voies respiratoires, des taux élevés de décès et de maladie chez les jeunes femmes et les femmes enceintes, et une faible couverture vaccinale.

Au cours de 2009-2010, l'OPS a poursuivi sa collaboration avec les autorités nationales et départementales pour accroître l'accès aux soins de santé primaires et améliorer la qualité de vie et l'État nutritionnel des populations déplacées, par le biais de stratégies adaptées à chaque région. Ces efforts ont compris la formation d'équipes locales d'intervention rapide, la génération de données et d'informations de référence, et l'établissement d'accords politiques et techniques destinés à intégrer les questions de santé dans les programmes d'action municipaux. Les membres des communautés déplacées ont eux-mêmes reçu une formation relative à la gestion d'un environnement sain et aux soins essentiels à son maintien, à une gestion appropriée de l'eau potable, à la protection et la gestion des sources d'eau, et à la prévention des maladies. Des équipes de santé mobiles spécialisées dans les interventions d'urgence ont également joué un rôle essentiel dans la mise en œuvre de ces stratégies.

À travers ces interventions, l'OPS continue de renforcer la capacité des services de santé locaux à gérer les crises sanitaires, améliorer la disponibilité des informations de santé relatives aux populations déplacées, et assurer que les personnes déplacées puissent pleinement exercer leurs droits civiques et sociaux. Le soutien à cet effort a été fourni par le **Canada** (à travers L'ACDI), les **États-Unis** (à travers l'USAID et le Département d'État), la Commission européenne (à travers l'ECHO), l'**Espagne** (à travers L'AECID), et le CERF.

Sécurité sanitaire et contrôle des maladies

128. L'une des contributions les plus directes de l'OPS à la sécurité humaine dans la Région des Amériques au cours de la période 2009-2010 a été le travail effectué par l'organisation dans le domaine du contrôle et de la prévention des maladies. Les efforts continus de l'OPS dans ce domaine sont tournés vers les plus grands contributeurs au fardeau que représentent les maladies dans les Amériques, tout en mettant l'accent sur les maladies qui affectent de manière disproportionnée les groupes de population les plus pauvres et les plus marginalisés et celles pour lesquelles les initiatives régionales constituent la réponse la plus efficace.

RSI et sécurité sanitaire régionale

129. Le Règlement sanitaire international de 2005 (RSI) exige des pays qu'ils aient la capacité, d'ici l'année 2012, de détecter, évaluer, confirmer, notifier et mettre en place des mesures de contrôle concernant tout événement de santé ayant le potentiel de causer une urgence de santé publique internationale.

130. L'OPS a soutenu les efforts déployés par les États membres de l'Organisation pour se conformer pleinement aux exigences du RSI en les aidant à évaluer leurs capacités de surveillance et d'intervention tout en contribuant à leur formation afin d'améliorer leurs capacités dans ces domaines. À ce jour, 28 des 33 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont préparé des plans nationaux de renforcement des capacités requises par le RSI, et 26 d'entre eux ont établi des Points focaux RSI nationaux (PFN), fonctionnant 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. L'OPS a d'autre part mobilisé la somme de 1,1 millions de dollars pour renforcer les PFN de 11 pays prioritaires en s'appuyant sur la formation, les directives, et les outils de surveillance sanitaire et d'assistance au fonctionnement des PFN. L'OPS a également organisé en mai 2010, la Première réunion régionale de mise en œuvre du règlement sanitaire international à Quito en Équateur, à l'intention des fonctionnaires chargés de la mise en place du RSI dans leurs pays respectifs. En outre, l'OPS a préparé et disséminé le rapport « Cadre de Mise en œuvre normative du RSI (2005) », qui offre une perspective légale des réglementations et meilleures pratiques de mise en œuvre du RSI.

131. En vue de renforcer les capacités d'intervention au sein des États membres, l'OPS a apporté son assistance à la formation d'équipes d'intervention rapide en **Bolivie**, au **Costa Rica**, au **Chili**, et en **Équateur**. Ce travail comprenait aussi bien la fourniture d'outils destinés aux enquêtes sur le terrain (y compris celle d'équipements de protection individuelle) que la formation aux stratégies de contrôle des infections, à la manipulation adéquate des échantillons cliniques, à la gestion de pertes massives en vies humaines, et à la communication en matière de risques et d'épidémie.

132. De plus, L'OPS a aidé 18 États membres à évaluer leurs capacités de détection et de notification des événements de santé aux ports d'entrée ; 10 pays ont actuellement préparé des plans d'action correspondants. Le conseiller de l'Organisation sur ce sujet a effectué des missions de coopération technique en **Argentine**, en **République dominicaine**, en **Équateur**, au **Salvador**, au **Nicaragua**, et en **Uruguay**, et l'OPS a organisé une réunion à El Paso au Texas, au cours de laquelle les pays concernés ont partagé leur savoir et leur expérience des passages frontaliers. Les participants comprenaient des représentants du **Brésil**, du **Guatemala**, du **Mexique**, du **Pérou**, des **États-Unis**, et de l'**Uruguay**.

133. Au cours de l'année 2009, en sa qualité de Point focal régional du RSI, L'OPS a enregistré 166 événements d'importance pour la santé publique internationale, dont 39 étaient liés à la pandémie (H1N1) de 2009. Trente-quatre pourcent de ces événements ont fait l'objet d'une notification émanant des PFN des pays concernés, 14 pourcent d'entre eux ont fait l'objet d'un rapport provenant d'autres institutions gouvernementales, et 52 pourcent de ces événements ont été capturés par le biais d'une surveillance de routine. Le système régional de gestion des événements (EMS) de l'OPS a fourni 539 mises à jour concernant 49 événements de santé publique analysés au cours de réunions quotidiennes d'évaluation d'événements.

134. D'autres efforts de renforcement des capacités dans le domaine de la surveillance et de l'intervention ont été entrepris, parmi lesquels, le protocole générique de surveillance de la grippe, mis au point conjointement par l'OPS et le CDC, visant à créer un système de surveillance permettant l'évaluation de l'activité grippale à travers la Région et à faciliter les comparaisons entre les régions et sous-régions de souches grippales en circulation et les cas de maladies infectieuses des voies respiratoires.

135. Dans le cadre d'efforts correspondants, l'OPS a collaboré avec les États membres pour améliorer leur capacité de travail par le biais d'une formation aux techniques de laboratoire et de l'approvisionnement d'équipements, de réactifs, et autres matériaux. A la suite de ce travail, cinq nouveaux Centres nationaux de la grippe ont été désignés par l'OMS dans la Région au cours des cinq dernières années (dont trois— en **Bolivie**, au **Guatemala**, et au **Nicaragua**—au cours de la période 2009-2010) pour leur aptitude à diagnostiquer les virus de la grippe de manière sûre et efficace.

La pandémie (H1N1) de 2009

136. La pandémie de grippe (H1N1) de 2009 a constitué un cas de test important du nouveau Règlement de santé international (RSI) et des efforts de préparation de plusieurs années mis en œuvre dans la Région avec l'assistance de l'OPS. Six mois après le début de la pandémie, lors d'une réunion à Miami en septembre 2009, des représentants des États membres de l'OPS ont convenu que tant les efforts récents visant à améliorer la capacité des pays à se conformer au RSI que les efforts spécifiques de préparation à la

pandémie avaient été décisifs dans le renforcement de la réponse de la Région à la pandémie de 2009.

137. L'émergence et la propagation du nouveau virus (H1N1) à compter d'avril 2009 devait générer une très forte demande de coopération technique de la part de l'OPS. L'Organisation répondit rapidement en mobilisant des équipes interdisciplinaires d'experts par le biais du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS (GOARN). Elles prêtèrent assistance aux pays affectés en termes de surveillance des maladies respiratoires, de contrôle des infections, de diagnostic de laboratoire de la grippe, et de communication des risques épidémiologiques.

138. L'un des domaines d'assistance les plus importants fournis par l'OPS fut celui de la formation à l'utilisation de la réaction de polymérisation en chaîne (PCR), l'une des quelques méthodes fiables de détection du virus de la pandémie (H1N1) de 2009. L'OPS a également coordonné l'achat d'équipements, de matériels, et de réactifs de laboratoire. Par suite de ces efforts, chaque pays de la Région est à présent à même de diagnostiquer le virus de la pandémie (H1N1) de 2009.

139. L'OPS a également assisté ses États membres à intensifier leur surveillance des infections respiratoires aiguës, en leur fournissant directives et formation. De plus, L'OPS a coordonné les achats et donations de matériels et d'équipements, dont plus de 589 000 doses d'Oseltamivir et 50 000 kits d'équipements de protection individuelle. En collaboration avec l'Association panaméricaine des maladies infectieuses, l'OPS a réuni un groupe d'experts pour élaborer des directives cliniques de gestion des cas présumés ou confirmés de pandémie (H1N1) de 2009. L'association a fourni d'autres formes d'assistance à l'information dont la traduction en espagnol de plusieurs guides et la publication d'un bulletin hebdomadaire offrant la synthèse des informations épidémiologiques et virologiques les plus récentes sur la pandémie.

140. Pour assurer l'accès de ses États membres au nouveau vaccin de la pandémie (H1N1) de 2009, et suite à une demande émanant des chefs d'État de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR), le Fonds de roulement pour l'achat de vaccins de l'OPS a lancé un appel d'offres au nom des pays et territoires de la région. A la mi-2010, 23 pays avaient acquis plus de 20 millions de doses par le biais du fonds. De plus, la **Bolivie**, le **Chili** (après son tremblement de terre), **Cuba**, le **Salvador**, le **Guatemala**, **Guyana**, le **Honduras**, le **Nicaragua**, le **Paraguay**, et le **Suriname** ont reçu des donations de vaccin par le biais de l'OMS.

141. Ces activités ont été soutenues par le **Canada** (par le biais de L'ACDI), l'**Espagne** (par le biais de L'AECID), les **États-Unis** (par le biais de L'USAID et du CDC), la Banque Interaméricaine de développement (BID), et l'OMS.

La préparation aux pandémies

Dans les **Bahamas** et les **îles Turques-et-Caïques**, l'OPS a fourni des informations techniques et conseils actualisés aux fonctionnaires de santé sur les questions liées à la pandémie (H1N1) de 2009, y compris la gestion des épidémies sur les navires de croisière qui font escale sur leurs îles. L'OPS a facilité les discussions entre les fonctionnaires de santé et le médecin en chef d'un grand paquebot de croisière pour mesurer le niveau de préparation du navire à l'éventualité d'avoir à traiter des passagers et des membres d'équipage malades et évaluer la capacité des installations médicales et des infrastructures d'urgence présentes à bord. La coopération technique offerte dans ce domaine par l'OPS comportait également une série d'exercices de simulation dans les **îles Turques-et-Caïques** et l'élaboration d'un nouveau plan de préparation à une pandémie de grippe.

Immunisation

142. Du fait qu'elle représente l'une des interventions les plus efficaces dans l'arsenal des outils de santé publique, l'immunisation est un contributeur essentiel à la santé et à la sécurité humaine et a longtemps été l'un des domaines de coopération technique les plus importants de l'OPS. Au cours de la période 2009-2010, le programme d'immunisation de l'OPS a joué un rôle essentiel dans deux domaines majeurs : La 8^e semaine annuelle de vaccination des Amériques et le déploiement régional du vaccin de la pandémie (H1N1).

143. La semaine annuelle de vaccination des Amériques 2010 a été célébrée du 24 avril au 1^{er} mai dans un certain nombre de pays d'un bout à l'autre des Amériques. Le slogan de l'évènement, « Tendre la main à tous » reflétait l'objectif de cette initiative qui consistait à solliciter la participation des adultes et des enfants, des hommes et des femmes, des très jeunes et des personnes âgées, avec pour objectif global d'atteindre près de 42 millions de personnes à travers la région. Les pays et territoires de l'ensemble de la Région ont entrepris une grande variété d'activités pour promouvoir les vaccinations et autres interventions préventives, y compris la supplémentation en vitamine A.

144. Le lancement des évènements de la Semaine de vaccination 2010 a eu lieu au **Nicaragua**, à la frontière des États-Unis et du Mexique (conjointement à la Semaine nationale d'immunisation des nourrissons des États-Unis), à la frontière entre **Haïti** et la **République dominicaine**, et à la frontière séparant la **Guyane française** du **Suriname**. Ce dernier évènement marquait le premier lancement bi-régional d'une Semaine de vaccination des Amériques, étant donné que la Guyane française est un département français. Les travailleurs de santé des deux cotés de la frontière ont participé à une série d'ateliers destinés à partager les pratiques d'immunisation et répondre aux questions liées aux populations frontalières, telles que celle des défis que pose le suivi de l'immunisation des enfants vaccinés dans plus d'un pays. Suite à ces efforts, les deux pays ont promis de renforcer leurs processus de notification et de partage des informations épidémiologiques et des données relatives à la couverture vaccinale.

145. Cette année a également été celle d'une plus vaste expansion géographique de l'initiative des Semaines de vaccination. Des observateurs de la Région Afrique de l'OMS (AFRO) ont participé aux activités de la SAV en Haïti et en République dominicaine, tandis que la Région européenne (EURO) célébrait sa 5^e semaine d'immunisation européenne du 24 avril au 1^{er} mai. De plus, la première Semaine de vaccination de la Région de la Méditerranée orientale (EMRO) s'est tenue du 24 au 30 avril, avec des événements de lancement organisés, entre autres, au Liban, en Afghanistan, en Iraq, au Pakistan, et au Soudan. Si le progrès observé continue sur sa lancée actuelle, l'objectif d'une semaine mondiale d'immunisation se profilera plus que jamais à l'horizon.

146. L'OPS a également œuvré en 2009-2010 à renforcer les systèmes de régulation et de réglementation de la santé de ses États membres pour améliorer l'accès aux médicaments, aux vaccins, et autres produits biologiques, y compris les produits de biotechnologie et sérums antivenimeux. Au niveau régional, ces efforts ont été réalisés par le biais du Réseau panaméricain d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique (PANDRH). L'OPS a également commencé à élaborer et mettre en place un processus d'évaluation des capacités des autorités réglementaires nationales à exercer les fonctions de base établies par l'OMS dans ce domaine.

Maladies négligées

147. En 2009, le Conseil directeur de l'OPS a convenu, par le biais de la Résolution CD49.R19, de travailler de concert d'ici l'an 2015 à l'élimination ou la réduction en tant que problèmes de santé publique, des maladies négligées liées à la pauvreté. Pour atteindre ce but, L'OPS a joint ces forces en 2009 à celles de la BID, du Réseau mondial pour les maladies tropicales négligées et de l'Institut Sabin des vaccins afin de créer un fonds d'affectation spéciale destiné à soutenir l'élimination de ces maladies au sein des États-membres de l'OPS. Les premières initiatives du fonds comprenaient deux projets pilotes : À Recife, au Brésil, pour éliminer la filariose lymphatique, et à Chiapas, au **Mexique**, pour éliminer l'onchocercose et le trachome.

148. L'OPS a poursuivi ses efforts de longue date visant à éliminer la maladie de Chagas, qui affecte une population estimée entre 8 et 9 millions de personnes dans la Région, avec des signes de transmission dans 21 pays. Au cours de la période 2008-2009, quatre pays, le **Chili**, **Guyana**, **Panama**, et le **Pérou**— ont rejoint 14 autres pays appliquant un dépistage universel de la maladie de Chagas à leurs banques de sang et contribué à un accroissement du diagnostic prénatal préventif des infections maternelles dues à la maladie de Chagas visant à faciliter le diagnostic et le traitement précoces des nouveau-nés. De plus, l'OPS a produit de nouveaux guides et ressources de formation pour répondre aux épidémies d'origine alimentaire de la maladie.

149. Plus de 9 millions d'individus, dont la plus grande proportion se trouve en **Haïti**, continuent d'être exposés au risque de filariose lymphatique dans la Région. Le tremblement de terre de janvier 2010 a rendu compliquée la livraison en temps opportun des médications destinées à traiter la maladie, mais une réunion convoquée par L'OPS en février 2010 a mobilisé les partenaires internationaux pour les inciter à poursuivre leurs efforts en vue d'éliminer la maladie.

150. L'OPS a également soutenu les efforts visant à élargir les traitements antiparasitaires pour couvrir une proportion croissante d'une population estimée à 46 millions d'enfants d'Amérique Latine et des Caraïbes exposés au risque que posent les géohelminthes, ou parasites intestinaux transmis par le sol. Les données de l'OPS indiquent qu'en 2009, 4 805 522 enfants d'âge préscolaire et 37 430 165 enfants d'âge scolaire avaient reçu un traitement vermifuge au moins une fois par an.

151. La schistosomiase—maladie parasitaire chronique capable d'endommager les organes internes et de compromettre la croissance et le développement des enfants—a continué de se transmettre dans quatre pays de la Région : **Le Brésil, Sainte-Lucie, le Suriname, et le Venezuela**, avec 25 millions de personnes à risque, la plupart d'entre elles se trouvant au Brésil. En 2009, l'OPS a aidé à concevoir une étude de la prévalence et de l'intensité de la schistosomiase et des infections de géohelminthe au Suriname. Il est prévu que cette étude s'achève en 2010.

152. L'OPS a continué de promouvoir la surveillance de la lèpre, connue également sous le nom de maladie de Hansen. En 2009, 48 432 cas ont été déclarés dans 27 pays des Amériques. Dans l'ensemble des pays à l'exception du Brésil, le nombre de cas observés dans la population a été réduit à moins de 1 pour 10 000.

153. Au cours de la période 2009-2010, l'OPS a apporté son assistance à l'établissement de la cartographie des cas de trachome au niveau municipal et communautaire au **Brésil**, au **Guatemala**, et au **Mexique**, et contribué à élaborer des plans détaillés de mise en œuvre de la stratégie SAFE (chirurgie, antibiotiques, nettoyage du visage, et amélioration de l'environnement) en vue de son élimination. L'OPS a également œuvré à forger des partenariats stratégiques avec les institutions, les universités, les ONG, et les bailleurs de fonds pour soutenir des plans détaillés destinés à l'élimination du trachome au Guatemala et au Brésil.

154. L'OPS a continué en 2009-2010 à soutenir et promouvoir la prévention et le contrôle du paludisme. Depuis l'année 2000, 18 des 21 pays endémiques de la Région ont fait État d'une baisse constante du nombre de cas, et l'élimination de la transmission du paludisme est considérée comme réalisable au **Mexique** et en **Amérique Centrale**, en **Haïti** et en **République dominicaine**, ainsi qu'en **Argentine** et au **Paraguay**. L'OPS a soutenu l'expansion de l'Initiative amazonienne anti malarique, qui comprend à présent le Brésil et huit pays voisins. L'OPS soutient également l'extension des efforts accomplis

par le Réseau de surveillance de la résistance aux antipaludiques (RAVREDA) à d'autres sous-régions, y compris la Mésoamérique, avec un financement provenant des États-Unis (par le biais de L'USAID).

155. Le tétanos néonatal a été éliminé en tant que programme de santé publique dans tous les pays de la Région à l'exception d'**Haïti**, qui a fait État de plus de la moitié de l'ensemble des cas au cours des cinq dernières années. L'OPS a apporté son assistance aux campagnes de vaccination des femmes Haïtiennes en âge de procréer effectuées en 2009 et à la suite du tremblement de terre de 2010.

156. Avec le soutien de l'OPS, les pays membres ont poursuivi leurs efforts en 2009-2010 en vue d'éliminer les cas de rage humaine transmise par les chiens. **Haïti** a réussi à vacciner 400 000 chiens et chats dans le cadre d'une campagne qui a démarré avant le tremblement de terre et s'est achevée après ce dernier, grâce à des vaccins donnés par le Brésil. Au cours de sa première campagne de vaccination de masse contre la rage des dernières décennies, la **République dominicaine** a vacciné plus d'1 million d'animaux, grâce également à des vaccins donnés par le **Brésil**. L'OPS a en outre apporté son soutien au programme national de lutte contre la rage de la **Bolivie**, qui a réduit de moitié les cas de rage humaine. Dans l'ensemble de la Région, les cas de rage humaine ont été réduits de 268 en 1983 à 17 en 2009, dont 10 transmis par des chiens.

Transmission mère-enfant de la syphilis et du VIH

Au cours de la période 2009-2010, L'OPS et d'autres partenaires ont élaboré une nouvelle Initiative régionale d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale. Le but de cette initiative est d'accroître la couverture à plus de 95 pourcent, d'ici l'an 2015, dans les domaines suivants : Soins prénatal et présence de personnel qualifié à la naissance, dépistage de la syphilis et du VIH chez les femmes enceintes, traitement prophylactique de la syphilis chez les femmes enceintes, et gestion prophylactique du VIH chez les enfants. D'autres objectifs sont poursuivis, dont un accroissement à 95 pourcent de la proportion des centres de santé de premier niveau intégrant la prévention et le diagnostic du VIH et d'autres IST dans leurs services, et l'accroissement à 95 pourcent de la proportion des pays dotés de systèmes d'information destinés à mesurer les progrès réalisés vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, et soutenir la prise de décision. En 2009-2010, l'organisation a mis la touche finale au cadre conceptuel, au guide clinique, et au document portant sur le suivi et l'évaluation de ces maladies.

En juin 2010, l'OPS et l'UNICEF ont organisé une réunion de deux jours aux **Bahamas** à l'intention des fonctionnaires en chef des institutions de santé de la CARICOM et du Groupe de travail technique sur l'initiative d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale. Les participants à cette réunion ont examiné l'État actuel de la question, discuté des objectifs et des échéances de l'initiative, et mis l'accent sur le besoin de définitions de cas normalisées et de services de laboratoire de qualité.

Santé sexuelle et reproductive

157. La santé sexuelle et reproductive a un impact important sur la sécurité humaine et le développement humain, présente des conséquences de vie ou de mort, et a un effet durable sur le bien-être psychologique, physique, et socioéconomique des individus. Au cours de la période 2009-2010, l'OPS a continué de fournir une coopération technique destinée à répondre aux questions essentielles en matière de santé sexuelle et génésique, y compris celles qui concernent une maternité sans risque et la survie du nouveau-né, les infections sexuellement transmissibles, et la prévention, la détection, et le traitement du cancer du col de l'utérus.

Sécurité des mères et des enfants

Le Centre spécialisé Latino-américain de périnatalogie / Santé de la femme et santé reproductive (CLAP/SFR) de l'OPS en **Uruguay** a coordonné la majeure partie du travail de l'Organisation dans ce domaine. Un accent majeur a été mis au cours de la période 2009-2010 sur l'amélioration de la formation des fournisseurs de soins de santé grâce à l'utilisation de directives actualisées, en particulier le, ou « *Guide pour un Continuum de Soins de la Femme et des Nouveau-nés, avec une approche intégrée des soins de santé primaire* ». Le CLAP a organisé des ateliers de formation, à l'échelle locale, sous-régionale (Amérique Centrale), et régionale à l'intention des médecins, sages-femmes, et des infirmières obstétriciennes des pays à fort taux de mortalité maternelle.

Le CLAP a également élaboré un nouveau registre clinique et un système informatique périnataux destinés à faciliter la collecte et l'analyse des données pour le suivi et l'évaluation des interventions et programmes axés sur la santé de la mère et du nouveau-né. Le registre clinique recueille des informations essentielles sur les mères, les enfants à naître, et les nouveau-nés et a été élaboré par le biais de diverses consultations d'experts au sein des États-membres de l'OPS. En 2010, le CLAP a publié un guide d'utilisation du nouveau registre clinique et du système informatique périnataux.

L'OPS a également redoublé d'efforts pour accroître l'accès aux soins de santé maternelle et infantile, particulièrement pour les femmes rurales et autochtones. Des exemples d'une telle approche comprennent la promotion de la stratégie des « Maisons maternelles », qui met l'accent sur l'aspect multiculturel, et le soutien au programme de Soins obstétricaux gratuits (SOG) en **Haïti** (décrit en détail ci-dessus).

Egalement au cours de la période 2009-2010, l'OPS a promu un nouveau cadre conceptuel et des normes cliniques pour l'élimination de la transmission verticale de la syphilis et du VIH/SIDA, et institué une notification automatique des cas de syphilis dans le cadre du Système d'information périnatale (SIP).

158. En **Bolivie** et au **Salvador**, l'OPS a apporté son assistance à la mise en place de nouveaux plans stratégiques nationaux de santé sexuelle et reproductive et fourni une assistance technique portant sur les soins à apporter aux femmes en période de grossesse, à l'accouchement, et pendant la période postnatale; les soins néonataux; la planification familiale; la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles; la prévention du cancer du col de l'utérus; et la prévention et les soins axés sur les adolescents.

159. De même en **Bolivie**, l'OPS a contribué au développement de nouveaux protocoles de détection et de contrôle du cancer du col de l'utérus au sein des unités de santé dans lesquelles de tels services n'étaient pas précédemment disponibles. L'assistance de l'OPS comprenait la fourniture d'équipements de laboratoire destinés à la cytopathologie et la colposcopie et la formation des médecins et infirmières au dépistage aussi bien par des tests de Papanicolaou que par le biais d'inspections visuelles après application d'acide acétique.

160. En **Équateur**, l'OPS a apporté son assistance aux efforts visant à opérer un changement de paradigme en matière de services de santé pour passer du concept de « soin maternel » à un accent plus large porté sur la santé sexuelle et reproductive. De plus, l'OPS a collaboré avec le CLAP, l'OMS, et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE) pour prêter assistance à un projet de coopération technique horizontale destiné à promouvoir la santé maternelle, néonatale, et infantile en **Bolivie**, au **Chili**, en **Équateur**, et au **Paraguay** en s'appuyant sur l'élaboration de propositions conjointes, la formation, et l'échange d'information et d'expériences.

161. Au **Costa Rica**, l'OPS a collaboré avec le Ministère de la santé, le FNUAP, la Caisse de sécurité sociale du Costa Rica (CCSS), et des institutions de la société civile pour organiser l'Enquête nationale sur la santé sexuelle et reproductive de 2010. Cette enquête mettra l'accent sur les femmes et les hommes âgés de 15 à 80 ans et recueillera des données sur des sujets tels que les sources d'information sur la santé sexuelle et reproductive, les connaissances en matière de contraception et de planification familiale, et le comportement sexuel, y compris l'âge d'initiation, les types de partenaires, les types de relations et les niveaux de satisfaction, la santé maternelle, la fertilité, et les attitudes vis-à-vis de la grossesse. La dernière enquête de ce genre au Costa Rica a été menée en 1996.

Visages, voix et lieux des OMD

L'initiative « Visages, voix et lieux des OMD (VVL) » de l'OPS fait appel à une approche participative et intégrée du développement de la santé et de la réduction de la pauvreté à l'échelle municipale dans le but de promouvoir les Objectifs du millénaire pour le développement au sein des communautés vulnérables des Amériques. L'initiative comprend à présent plus de 30 communautés réparties au sein de 17 pays. Au cours de la période 2009-2010, l'initiative VVL a lancé de nouveaux chantiers dans quatre îles des Caraïbes Orientales— **Anguilla, Montserrat, la Grenade** et la **Dominique**— et étendu ses travaux dans trois municipalités de la région Sud-américaine du Chaco, en portant un accent particulier sur les projets d'eau et de micro production. De plus, l'initiative VVL a développé un programme visant à promouvoir une action concertée entre les secteurs de la santé, de l'éducation, et du développement au niveau local au **Costa Rica**, au **Salvador**, au **Guatemala**, au **Honduras**, au **Nicaragua**, et au **Panama** ainsi que dans la région du Chaco en **Argentine**.

L'OPS a également lancé, au cours de la période 2009-2010, le Programme Visages, Voix et Milieux de Vie pour Jeunes Professionnels dans le cadre des OMD, avec le soutien du **Canada** (par le biais de l'ACDI). Ce programme sélectionne des jeunes professionnels intéressés par le développement international et possédant une expérience du domaine et leur propose une semaine de formation spécialisée suivie de trois mois de vie et de travail au sein d'une communauté VVL. Un premier groupe s'est déplacé à la mi-2009 dans des communautés situées en **Bolivie**, au **Costa Rica**, en **Équateur**, au **Salvador**, au **Guatemala**, en **Guyane**, au **Honduras**, au **Panama**, et au **Pérou**, tandis qu'un second groupe a choisi comme destination **Anguilla**, la **Dominique**, la **Grenade**, et **Montserrat** à la mi-2010. Les participants ont collaboré avec la jeunesse et d'autres membres de ces communautés pour identifier les meilleures pratiques permettant de réaliser les OMD au niveau local et de les documenter grâce à divers formats multimédia, dont la vidéo.

Chapitre III. Leçons retenues et futurs défis.

162. Les composants de la sécurité humaine, tels qu'illustrés dans les chapitres I et II, ne sont pas de nouvelles sources d'inquiétude pour l'OPS. La menace d'épidémies internationales faisait déjà partie des raisons principales de la création de l'OPS en 1902, en tant que Bureau Sanitaire International. L'incidence des conflits sur la santé fut adressée par les efforts déployés par l'OPS dans son utilisation de "la santé comme passerelle vers la paix" en Amérique Centrale, au cours des années 80, tandis que la réponse aux catastrophes et la réduction du risque, en matière d'eau potable et d'assainissement, font partie des initiatives de longue durée entreprises par l'Organisation. Même les travaux de l'OPS dans les domaines tels que la communauté et la violence intrafamiliale, la santé de l'environnement et la sécurité routière commencèrent autour des années 90, avant que la sécurité humaine ne devienne un thème principal de l'agenda international.

163. En tant que "nouveau" concept, cependant, la sécurité humaine peut être perçue comme apportant, à bien des égards, une valeur ajoutée, en matière de santé publique, à la coopération technique de l'OPS. Elle met l'accent sur l'importance fondamentale de la santé pour le bien-être humain, et, en percevant la santé comme une partie inhérente à la sécurité humaine, cela procure aux gouvernements une responsabilité majeure de la garantir et de la protéger. Elle permet en outre de clarifier les liens entre la santé et d'autres aspects de la sécurité humaine, confirmant par conséquent le besoin de mener une action intersectorielle et de fournir des directives pour sa mise en œuvre. De cette manière, l'approche de sécurité humaine complète et renforce l'attention croissante que porte l'OPS aux déterminants sociaux de la santé.

164. Il est également vrai que la santé publique a contribué de manière significative au domaine de la sécurité humaine, tout particulièrement en fournissant des recommandations éthiques et méthodologiques permettant de s'attaquer à ses dimensions sociales complexes. L'utilisation d'une approche épidémiologique pour traiter de la question de la violence par exemple, a conduit à des interventions en matière de santé publique, basées sur des faits et permettant de traiter la question. L'utilisation réussie de telles interventions - par exemple à Bogotá et Medellín, en Colombie - a contribué à changer la perception selon laquelle la violence serait un mal inévitable de société. Par contraste, la persistance et l'accroissement de la violence dans d'autres pays est partiellement le résultat d'un échec dans la mise en œuvre d'une approche de santé publique, particulièrement, en identifiant et en adressant les déterminants sociaux sous-jacents de la violence.

165. Le chapitre II de ce rapport souligne les initiatives entreprises par les États membres de l'OPS pour appliquer les approches en matière de santé publique aux divers composants de la sécurité humaine en 2009-2010. Ces efforts ont résulté en des progrès significatifs et ont généré des enseignements précieux, cependant il reste encore de

nombreux défis à relever. Certains des plus notables sont présentés et traités plus bas.

Sécurité économique

166. Les économies de l'Amérique Latine et des Caraïbes ont été affectées à différents degrés et de différentes manières par le ralentissement économique mondial. Les dépenses de santé ont été restreintes dans la plupart des pays, et le chômage a contribué à la réduction des régimes de sécurité sociale tout en diminuant la capacité des ménages pauvres à absorber les coûts des soins de santé payés de leur poche. Parallèlement, la détérioration des conditions économiques a eu une incidence négative sur les déterminants sociaux de la santé. Tous ces facteurs contribueront à ce que la crise accroisse davantage l'écart déjà existant entre le progrès économique des pays et leur niveau de développement humain. Les études réalisées par l'OPS préconisent que les facteurs les plus importants dans l'accentuation de ces différences sont la répartition inéquitable du revenu, le manque d'harmonisation de politiques sociales ainsi que des faiblesses et inefficacités dans l'organisation des systèmes de santé nationaux.

167. Les États membres de l'OPS sont confrontés au défi, à court et moyen terme, de créer de nouvelles solutions financières pour le secteur de la santé ainsi que de nouveaux mécanismes d'accès à la protection sociale ne dépendant pas exclusivement de l'emploi. Les efforts continus sont tout aussi importants pour accroître l'efficacité, le succès et l'équité des systèmes de santé par le biais de réformes ancrées dans les principes de santé publique.

Sécurité alimentaire

168. En tant que région, l'Amérique Latine et les Caraïbes, sont sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de lutte contre la faim définis par le MDG-1. Cependant, l'augmentation des prix, le ralentissement économique mondial et les crises écologiques ont ralenti le progrès et accru les différences importantes au sein des pays et entre ces derniers. En outre, la malnutrition chronique – qui ne fait pas partie des objectifs du MDG – reste très élevée dans un certain nombre de pays, parmi les groupes de populations les plus vulnérables. Du point de vue régional, l'on estime à 9 millions, le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition chronique, tandis que quelques 22,3 millions d'enfants d'âge pré-scolaire, 3,6 millions de femmes enceintes et 33 millions de femmes en âge de procréer souffrent d'anémie - tout ceci au sein d'une région qui produit 130 pourcent de ses besoins alimentaires de base.

169. L'expérience de l'OPS suggère que la nutrition n'est pas une simple fonction du statut économique mais qu'elle joue un rôle complexe et critique dans le développement humain, un rôle causatif partiel dans l'interaction entre l'économie et la santé. La malnutrition chronique, en particulier, résulte de plusieurs facteurs comprenant des paramètres directs tels que la malnutrition maternelle, un mauvais régime, et des

infections répétées ainsi que des paramètres indirects comme le manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, les quantités inadéquates d'aliments et leur piètre qualité, l'exposition fréquente aux aliments peu sûrs, le faible niveau d'instruction des mères, les grossesses chez les adolescentes, la mauvaise qualité de soins de santé, ainsi que les mauvaises pratiques d'éducation des enfants. Il est vrai que la malnutrition chronique, mesurée par une petite stature en inadéquation avec l'âge, est un indicateur significatif des conditions de vie globale d'une population donnée.

170. Les interactions complexes entre la nutrition et les autres déterminants sociaux et économiques font appel aux approches multisectorielles dont le but est d'améliorer les environnements physiques et sociaux; assurer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène; améliorer l'éducation et l'information (y compris, l'information relative aux aliments sains et à la manipulation des produits alimentaires); accroître la sécurité alimentaire, assurer un travail décent, des conditions de travail satisfaisantes et des revenus; accroître l'accès aux services de santé de qualité s'appuyant sur des interventions nutritionnelles éprouvées tout au long de la vie et promouvant la santé de la reproduction, tout spécialement pendant la grossesse et la pré-grossesse.

Sécurité de l'environnement

171. L'influence de l'environnement est un des déterminants les plus importants de la santé et de la sécurité humaine et présente des impacts très divers et interdépendants. Les forces principales qui définissent l'environnement en Amérique Latine et dans les Caraïbes comprennent la croissance et la distribution de la population, un changement climatique, les diverses tendances de développement économique, et les inégalités de revenus. La région est en outre fortement susceptible aux catastrophes naturelles du type tremblements de terre, tempêtes, sécheresses et inondations.

172. En tant que région du monde la plus urbanisée, les Amériques sont confrontées à plusieurs défis provenant d'une croissance urbaine rapide et non planifiée. L'érection d'infrastructures d'habitation informelles, logements insalubres, et les services d'assainissement et d'approvisionnement en eau potable inadéquats, augmentent la vulnérabilité des populations urbaines marginales – particulièrement, les plus défavorisées, les personnes descendant d'ancêtres Africains et populations autochtones – aux maladies et dangers liés à l'environnement. Les systèmes de transport inadéquats couplés à la congestion croissante de la circulation, accroissent la pollution de l'air et exposent les piétons, cyclistes et motocyclistes aux risques d'accidents ou de mort. Les centres urbains caractérisés par une forte densité de population et les zones négligées se transforment en zones d'exclusion et de pauvreté qui engendrent violence, crime, et toxicomanie. De plus, une pénurie de parcs publics et d'espaces verts viennent se rajouter à d'autres tendances d'urbanisation et de développement pour encourager les modes de vies intensifiant les facteurs de risques liés aux maladies non transmissibles chroniques.

173. Les populations rurales se trouvent également affectées par certains de ces mêmes problèmes, particulièrement ceux liés aux logements insalubres et à l'absence d'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement. Au plan régional, l'on estime qu'environ 40 millions d'individus, vivant dans les régions rurales et urbaines, n'ont pas accès à l'eau potable améliorée et que 115 millions n'ont pas accès aux infrastructures sanitaires améliorées, augmentant de ce fait, leur exposition aux maladies d'origine alimentaire et aquatique et aux rongeurs et insectes pathogènes. La grande majorité des 190 millions de personnes vivant dans la pauvreté, dans la région, résident dans des habitations insalubres et/ou au sein de zones géologiques précaires, augmentant de ce fait leur vulnérabilité aux catastrophes naturelles.

174. Le fait de répondre à ces influences environnementales sur la sécurité humaine requière l'adoption d'une approche multisectorielle et multidisciplinaire mobilisant un engagement politique ainsi qu'une participation et des initiatives sociales. Celles-ci comprennent des projets et programmes de soins environnementaux ainsi que des approches afférentes à une "gouvernance saine" préconisant une distribution équitable des ressources et exigeant responsabilité, transparence et bonne gestion des politiques publiques de la part des gouvernements locaux. Il est important d'identifier, au sein de ces approches, les biens de la communauté – y compris les ressources humaines, financières et physiques ainsi que les réseaux sociaux, organisations civiques, et leaders locaux – et d'en tirer parti pour développer des infrastructures, des programmes, et des processus optimisant les ressources en question étant d'ores et déjà, alignées sur les spécificités et besoins des communautés.

175. L'on a également besoin de la mise en place de politiques de planification du développement urbain qui mettent l'accent sur une croissance contrôlée, des espaces publics non fumeurs et sûrs, une réduction du risque pour tous dangers créés par l'homme ou résultant de catastrophes naturelles, et un système de transport y compris le transport en commun ainsi que des pistes cyclables, des trottoirs et autres types d'incitations à l'exercice physique.

176. Toutes ces approches requièrent, pour un contexte spécifique donné, d'évaluer les défis et opportunités liés à la santé et à l'équité, d'identifier les intervenants- tant les individus que les institutions – et de développer leur capacité à agir, assurant une collaboration intersectorielle, mobilisant ou redistribuant les ressources, mettant en œuvre des programmes et recommandant un changement de politique.

Réponse aux catastrophes

177. La catastrophe du 12 janvier de Haïti qui s'est traduite par un tremblement de terre fut un rappel tragique que la pauvreté chronique, l'urbanisation anarchique ainsi qu'une mauvaise gouvernance accentuent les vulnérabilités aux catastrophes naturelles. Au même moment, la réponse internationale au désastre souligna le rôle clé de coordination dans les opérations de secours d'urgence.

178. Avec environ 220 000 morts et 300 000 blessés, l'ONU et les autres agences internationales, organisations non-gouvernementales, et équipes bilatérales mobilisèrent un influx massif de ressources humaines et matérielles en vue de secourir les victimes du désastre. La destruction des infrastructures de transport et de santé - y compris la perte du bâtiment abritant le Ministère de la santé d'Haïti et bon nombre de son personnel clé — a créé des défis sans précédents dans la gestion de ces ressources. L'entrepôt PROMESS de l'OPS, qui était approvisionné à pleine capacité lorsque le tremblement de terre survint, joua un rôle significatif dans la distribution des médicaments et fournitures médicales là où le besoin se faisait le plus sentir.

179. L'OPS fournit également un leadership critique en tant que chef du Pôle Santé, coordonnant les efforts des partenaires santé tandis que ces derniers mettaient en place des hôpitaux de campagne, des cliniques mobiles de santé, des installations d'eau et d'assainissement, et un réseau d'aiguillage lié aux hôpitaux opérationnels. A cet égard, l'on pouvait compter parmi les principaux défis, le suivi des changements d'emplacement géographiques des partenaires, les opérations et la portée des services ainsi que le maintien d'une cohérence entre le travail accompli par ces partenaires et les objectifs et priorités du Ministère de la santé d'Haïti.

180. Le rapport de six mois du comité permanent inter organisations (IASC) sur la réponse apportée à la catastrophe d'Haïti stipule, en général, que la communauté humanitaire internationale n'a pas réussi à s'engager suffisamment avec les organisations et autorités locales, et par conséquent, a raté l'occasion de tirer parti de leur expertise et connaissances locales. Les organisations dotées d'opérations permanentes dans le pays constituaient une exception à la règle. L'OPS, qui disposait d'un personnel permanent de 52 personnes à Port-au-Prince, a pu fournir de meilleures interventions et prendre les devants dans la réponse au sinistre en raison de ses relations de longue date avec les représentants du gouvernement, les partenaires locaux, et le peuple Haïtien.

181. Le tremblement de terre du 27 février qui a eu lieu au Chili était 500 fois plus intense que celui d'Haïti, cependant l'impact de ce dernier et le tsunami qui s'en suivit a été moindre. Au Chili, les zones affectées étaient moins peuplées, les habitations et infrastructures plus solides d'un point de vue structurel, et le gouvernement, dont le siège était situé loin de l'épicentre, n'a pas été touché et a pu par conséquent répondre.

182. Malgré la perte de 4 000 lits d'hôpitaux, le système de santé Chilien a été à même de fournir les services requis au cours de la réponse d'urgence. Ceci a été possible grâce au déploiement rapide des hôpitaux de campagne et au fait que la majorité des hôpitaux permanents situés dans les zones affectées sont restés opérationnels.

183. La plupart des hôpitaux endommagés étaient d'anciennes structures qui n'avaient pas bénéficié des rénovations nécessaires à réduire leurs vulnérabilités aux désastres. Nombre d'entre elles se trouvaient à proximité, et parfois, juste à quelques mètres des nouveaux hôpitaux ou infrastructures de santé n'ayant subi que très peu de dégâts ou pas de dégâts du tout. Ces nouvelles structures construites selon les normes de "sécurité des hôpitaux", ont continué à fournir des services de santé, absorbant la demande laissée par les infrastructures endommagées. Le Chili a aujourd'hui la capacité de construire ou de réhabiliter tous ses hôpitaux pour qu'ils résistent aux désastres.

184. D'autres leçons tirées du tremblement de terre Chilien comprennent la nécessité d'améliorer les systèmes d'alerte préventive, de mettre à jour les plans de préparation et d'intervention, et de fournir des exercices de simulation et de formation destinés à renforcer la collaboration et la coordination parmi les institutions impliquées dans la réponse d'urgence.

Sécurité personnelle

185. La violence et l'insécurité personnelle demeurent de sérieux problèmes dans plusieurs pays de la région, et dans plusieurs cas, elles augmentent. Le soutien de l'OPS a eu pour objectif la promotion des interventions de santé publique lorsque ces dernières peuvent faire une différence, particulièrement dans les domaines de la violence basée sur le genre, de la violence interfamiliale, de la santé des adolescents, et de l'homophobie et de la stigmatisation.

186. Bien que des progrès aient été accomplis dans les domaines de la violence basée sur le genre et de la violence interfamiliale, il reste encore beaucoup à faire. L'intervention primaire, qui signifie prévenir la violence avant qu'elle ne survienne, est un domaine relativement nouveau qui établit encore sa base de connaissances sur les risques et facteurs de protection ainsi que sur les interventions efficaces. Les données dont nous disposons actuellement, suggèrent que l'exposition à la violence, lorsqu'on est enfant, constitue un facteur de risque tant pour les auteurs que pour les victimes de la violence, dans leurs vies d'adultes. Cependant, des stratégies visant à adresser la maltraitance des enfants et la violence basée sur le genre sont bien souvent mises en œuvre séparément. Il faudrait accomplir encore plus d'efforts pour répondre à ces problèmes ainsi qu'à d'autres, tels que la pauvreté et l'utilisation de l'alcool, de manière intégrée et intervenir à un jeune âge. De plus, les efforts de prévention primaire sont nécessairement multisectoriels et doivent impliquer plusieurs acteurs, y compris des secteurs sanitaires, éducationnels, sociaux et judiciaires. L'OPS travaille à renforcer la

capacité des Etats-Membres à mettre en œuvre des stratégies d'interventions primaires, de diverses manières, y compris par le biais d'ateliers de renforcement des capacités et d'une évaluation rigoureuse des efforts innovateurs, tels que les programmes de visites à domicile pour les mères adolescentes.

187. Bien que la prévention primaire de la violence soit une priorité, il est également important de s'assurer que les survivants de la violence aient accès aux services de santé adéquats et à la justice. Des efforts additionnels sont requis pour renforcer la qualité des services existants, accroître le suivi et l'évaluation de ces initiatives, et déterminer les meilleures stratégies pour adresser de nouveaux défis, tels que la violence basée sur le genre dans le cadre de la migration, du VIH/SIDA, du commerce de drogue, et de catastrophes naturelles. L'OPS travaille à améliorer la réponse du secteur de la santé aux survivants de la violence basée sur le genre en entreprenant des efforts visant à construire un forum susceptible de suivre et d'évaluer les programmes de violence basée sur le genre ainsi que la publication de manuels de ressources.

188. Finalement, alors que des progrès significatifs ont été accomplis pour améliorer la qualité des données de prévalence sur la violence basée sur le genre, au sein de la région, une comparabilité limitée et un manque d'études de suivi n'a pas permis de comparer les données sur l'ensemble des pays et de surveiller leurs tendances sur le temps. L'OPS collabore avec d'autres organisations, telles que le CDC, pour améliorer la qualité, la disponibilité et l'utilisation des données basées sur les populations, sur la violence basée sur le genre, pour aider à renforcer les programmes dans ce domaine.

189. Quant à la stigmatisation et à la discrimination, l'on a constaté un grand nombre d'évolutions positives au niveau mondial et régional. Néanmoins, la discrimination contre les individus ayant des orientations sexuelles ou des identités sexuelles différentes persistent dans la société de manière générale et dans le secteur de la santé de manière spécifique. Cela contribue directement à la dissémination du VIH, étant donné que la peur de la stigmatisation tend à dissuader les personnes de se faire tester, conseiller et traiter. Des études ont documenté l'effet sur les victimes d'un harcèlement homophobe, qui peut résulter en un manque de sommeil, perte d'appétit, isolation, nervosité, taux plus élevés de tentatives de suicide et de suicides effectifs, absentéisme et succès scolaire limité.

190. D'autres manifestations de l'homophobie et de la transphobie, vont de la discrimination sociale et en matière d'emploi à la violence verbale et physique, y compris le meurtre ; ce qui a incité plusieurs Etats membres de l'OPS à recenser les crimes haineux perpétrés à l'encontre de minorités sexuelles.

191. Pour modifier les valeurs et les attitudes qui sous-tendent l'homophobie et la transphobie, la participation des professionnels de santé, des communautés, des familles, des responsables politiques ainsi que d'autres parties-prenantes s'avèrera nécessaire. La

société civile et les autorités nationales doivent se réunir afin de définir et de normaliser des valeurs claires concernant la diversité, la sécurité, l'inclusion et les droits de l'homme ainsi que le refus des stigmates et de la discrimination. Les personnes victimes de discrimination ou d'agression devraient bénéficier d'un soutien et les institutions et les individus devront être responsables de leurs actions dans ce domaine. Néanmoins, la priorité devrait être donnée à des actions préventives plutôt que réactives. En outre, les états devraient intensifier la surveillance de la violence et des discriminations liées à la transphobie.

192. Un autre défi afférent à ce domaine concerne la discrimination en matière d'exclusion sociale, un important déterminant social de la santé et de la sécurité humaine. Ce type de discrimination peut augmenter en période de pressions économiques, lorsque les stratégies concurrentielles concernant la survie personnelle et familiale peuvent éclipser les préoccupations liées à la solidarité sociale et au bien-être pour tous. Nous pouvons citer en exemple une augmentation du sentiment anti-immigrés et des interrogations au sujet de la viabilité financière des mécanismes de protection sociale (voir plus bas). Dans ce contexte, les partisans de la santé publique doivent continuer à mettre l'accent sur l'interdépendance des individus, des communautés, des états et insister sur le fait que la sécurité individuelle dépend fortement de la sécurité collective.

Systèmes de protection sociale

193. La notion selon laquelle les individus détiennent un droit humain à la protection sociale se répand tant à l'échelle mondiale que régionale. Il en a résulté la volonté politique d'étendre les systèmes de protection sociale. Cela se reflète dans l'Initiative de mise en place d'un socle de protection sociale prise par l'OIT et l'OMS et soutenue par 19 agences de l'ONU mais également par des banques de développement, des organisations bilatérales et des ONG. Dans la région des Amériques, cette volonté politique affirmée a été mise en évidence en septembre 2009 lors du lancement du nouveau Réseau interaméricain de protection sociale, suite à une demande des chefs d'Etat lors du Cinquième Sommet des Amériques quatre mois plus tôt. Ce réseau a pour vocation de faciliter les échanges d'expériences dans le but de soutenir le développement de systèmes de protection sociale qui soient efficaces et permettent de réduire la pauvreté et les inégalités ainsi qu'améliorer la qualité de vie des personnes les plus démunies de la Région.

194. Les expériences vécues en Bolivie et en Haïti ont démontré que les régimes de protection sociale en matière de santé ne sont pas des services de luxe que seuls les pays à revenus plus élevés peuvent s'offrir. Au contraire, dans les pays plus pauvres, ils peuvent améliorer très nettement la santé de la population, notamment en réduisant la mortalité maternelle et infantile. De plus, l'histoire nous a montré que les sociétés bénéficiant d'une importante couverture sociale sont les plus résistantes durant les périodes de tensions économiques. Le fait de rassembler ces preuves permet de renforcer

le plaidoyer pour l'établissement et l'agrandissement de la protection sociale en matière de santé et ce, même dans le climat économique actuel.

195. Pour ce qui est des systèmes de protection sociale actuels, leur viabilité est le plus important défi à court terme. Ceci est particulièrement vrai pour des pays comme Haïti qui sont dépourvus de la structure fiscale qui générerait les fonds nécessaires pour que ces systèmes puissent continuer à fonctionner. Mais même les meilleurs systèmes de protection sociale sont confrontés à ce type de défi en période de difficultés économiques. Il est essentiel de trouver de nouveaux moyens pour financer ces systèmes de manière durable et sans dépendre uniquement des cotisations sociales. Dans les pays plus pauvres comme Haïti, il s'avèrera nécessaire d'aligner toutes les ressources disponibles — notamment les fonds de coopération nationaux et internationaux—sur les régimes de santé nationaux, sous l'égide des autorités sanitaire du pays.

La pandémie H1N1

196. Comme mentionné dans le Chapitre II, la pandémie grippale H1N1 de 2009-2010 a permis de tester les efforts entrepris pendant plusieurs années par les pays de l'hémisphère avec le soutien de l'OPS. Lors d'une réunion à la mi-septembre 2009, les représentants des Etats-membres de l'OPS ont évoqué ces efforts dans le contexte de la pandémie de H1N1. Parmi leurs conclusions, nous retiendrons les suivantes :

- L'existence de plans nationaux de préparation à une pandémie dans presque tous les pays a permis de fournir les conseils nécessaires mais la plupart des plans n'étaient pas assez opérationnels, notamment pour les actions requises sur le plan local.
- Les efforts de préparation devraient mobiliser les secteurs publics comme privés et inclure des mesures en faveur d'une coordination intersectorielle. Cela faciliterait une intégration plus rapide des prestataires de soins de santé dans une réponse coordonnée à la pandémie.
- Les plans de préparation à une pandémie devraient être souples et adaptables à différents scénarios au vu de toute l'étendue des caractéristiques et des schémas d'évolution que les futures pandémies pourraient présenter.

197. En dépit de la virulence modérée à légère du virus H1N1, la pandémie de 2009-2010 a mis en évidence les lacunes des services de santé des pays. Dans plusieurs pays, le nombre important de cas a mis les services de santé à tellement rude épreuve que les chirurgies habituelles et d'autres services ont dû être reportées. Certains groupes à risque, notamment les femmes enceintes, ont été plus lourdement impactés que l'on ne veut l'admettre et, ce fut en partie pour ces raisons que les femmes enceintes firent partie des groupes qui se virent le moins administrer le vaccin pandémique H1N1.

198. La pandémie a souligné, une fois de plus, l'importance de la confiance du public dans les autorités de santé et vis-à-vis de la prise de décisions basées sur les preuves. Elle a également mis en évidence le pouvoir de la peur quand cette dernière est fondée sur de mauvaises informations. L'adoption inutile de restrictions de mouvements ou de rassemblements des individus ainsi que la prise limitée du nouveau vaccin H1N1 par le public dans de nombreuses parties du monde n'en sont que deux exemples.

199. L'une des leçons les plus importantes que l'on doit tirer de la pandémie de 2009-2010 touche à la thématique de la sécurité humaine au sens large : dans un monde globalisé, nul/le individu, famille, communauté ou pays ne peut-être parfaitement en sécurité si la sécurité des autres est en grand danger. Cela signifie que les investissements entrepris dans le domaine de la santé publique, le renforcement des systèmes de santé, les partenariats internationaux et la solidarité sont les meilleures armes pour se prémunir contre le prochain et vraisemblablement plus virulent ennemi de santé public mondial, qu'il s'agisse d'un nouveau virus de la grippe ou d'un autre type de menace. Couplés aux efforts intersectoriels qui se concentrent sur d'autres éléments de la sécurité humaine, de tels investissements et partenariats porteront leurs fruits à court et moyen termes en matière de développement humain mais aussi sociétal, de renforcement de la résistance des pays tout en améliorant de façon substantielle la qualité de vie de leur population.

200. Ce rapport couvre une année qui aura éprouvé la santé publique dans la Région des Amériques. La plupart des efforts de préparation ont payé. Cependant, la grande différence en termes de capacités des pays à assurer la sécurité de leurs citoyens reste le sujet à traiter en priorité. Il a été démontré que la solidarité et la coopération horizontale entre les pays sur les problématiques de santé étaient de forts atouts dans la mission de protection des vies et du bien-être des individus. En même temps, la mission de l'OPS de mener les efforts collaboratives stratégiques s'est montrée cruciale pour l'amélioration du bien-être, de la santé et la sécurité des peuples des Amériques.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	
ACHIPIA	Agence chilienne pour la sécurité alimentaire
AECID	Agence espagnole pour la coopération au développement international
AFRO	Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique
SIDA	Syndrome immunodéficient acquis
AMRO	Bureau régional de l’OMS pour les Amériques
AyA	Institut des systèmes d’approvisionnement en eau et d’assainissement (Costa Rica)
ALECA-RD	Accord de libre échange centre-américain entre les États-Unis et la République dominicaine
CAREC	Centre d’épidémiologie des Caraïbes
CCSD	Centre de coordination sanitaire pour la prévention des catastrophes naturelles (Costa Rica)
CCSS	Caisse de sécurité sociale du Costa Rica
CDC	Centre de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis
CERF	Fonds central d’intervention d’urgence des Nations Unies
ACDI	Agence canadienne pour le développement international
CLAP/SFR	Centre Latino-américain de périnatalogie / Santé de la femme et santé reproductive
CNE	Commission nationale de prévention des risques et des soins d’urgence (Costa Rica)
CONASAN	Conseil national de sécurité alimentaire et nutritionnelle (El Salvador)
	Commission nationale de sécurité routière (El Salvador)
CONPES	Conseil national de politique économique et sociale (Colombie)
COSEVI	Conseil de la sécurité routière (Costa Rica)
DIPECHO	Programme de préparation aux désastres du Bureau d’Aide Humanitaire de la Commission Européenne (ECHO)
ECHO	Bureau d’aide humanitaire de la Commission européenne
CEPALC	Commission économique pour l’Amérique latine et les Caraïbes
EMRO	Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale
EPA	Agence de protection de l’environnement (EPA)
EURO	Bureau régional de l’OMS pour l’Europe
EMS	Système de gestion des événements (RSI)
EVIPNET	Réseau de support à l’élaboration de politiques de santé éclairées par des données probantes
DFID	Département du Royaume Uni pour le développement international
FAO	Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture
FCTC	Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac
FOCARD-APS	Forum sur l’eau potable et l’assainissement à l’intention de l’Amérique centrale et de la République dominicaine
FONASA	Fonds national de santé (Uruguay)
VVL	Visages, voix et lieux des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)
GOARN	Réseau mondial d’alerte et d’action en cas d’épidémie
PNB	Produit national brut
VIH	Virus immunodéficient humain
IAFA	Institut national sur la Toxicomanie et la Dépendance du Costa Rica
BID	Banque interaméricaine de développement
IGSS	Institut de sécurité sociale du Guatemala
RSI	Règlement sanitaire international
RISS	Réseaux intégrés de services de santé

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS (<i>suite</i>)	
OIT	Organisation internationale du travail
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
INCAP	Institut de nutrition de l'Amérique centrale et du Panama
LGBT	Lesbiennes, Gays, bisexuels et transsexuels
LSS/SUMA	Système de logistique inter institutions /Système de gestion de l'aide humanitaire
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
PFN	Points focaux nationaux RSI
ONG	Organisation non gouvernementale
NIOSH	Institut national pour la sécurité et la santé au travail (États-Unis)
NORAD	Agence norvégienne de coopération au développement
OEA	Organisation des États américains
OCHA	Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires
PAHEF	Fondation panaméricaine pour la Santé et l'Éducation
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
Panaftosa	Centre panaméricain de la fièvre aphteuse
RPHRP	Réseau panaméricain d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique
PCR	Réaction de polymérisation en chaîne
PERC	Production, Efficacité, Ressources, et Coût
PSMNE	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
RAVREDA	Réseau de l'Amazonie pour la surveillance de la résistance aux antipaludiques
RS10	Sécurité routière dans 10 Pays
SAFE	Chirurgie de l'entropion trichiasis, traitement antibiotique, nettoyage du visage et amélioration de l'environnement
SGSSS	Système général de sécurité sociale en matière de santé (Colombie)
ASDI	Agence suédoise de coopération au développement international
SIP	Système d'information périnatale
SIVE	Système national de surveillance épidémiologique (Équateur)
SOG	Soins obstétricaux gratuits (Haïti)
IST	Infection sexuellement transmissible
SUN	ONU et développement durable
TCC	Coopération technique entre pays
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNASUR	Union des nations sud-américaines
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
UN-HABITAT	Programme des Nations Unies pour l'habitat
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNIBAM	Mouvement unifié de défense des droits de l'homme au Belize
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
ISDR	Stratégie Internationale pour la Réduction des Catastrophes
UNODC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
UNOPS	Bureau des Nations Unies pour les services de projet
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
PAM	Programme alimentaire mondial
OMS	Organisation mondiale de la santé