



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

54^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

Point de l'ordre du jour provisoire 3.2

CD54/3
4 août 2015
Original: anglais

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

**Défense de la santé pour le développement durable et l'équité :
donner l'exemple**

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Préface	3
Introduction	5
Chapitre I. Faire progresser la santé et l'équité	7
Vers la santé universelle dans les Amériques	7
Élimination et contrôle des maladies infectieuses et des maladies évitables par la vaccination.....	11
Lutte contre la charge de morbidité des maladies non transmissibles	19
Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé	21
Promotion de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.....	25
Thèmes transversaux : genre, équité, droits de la personne et ethnicité	26
Partenariat pour l'état de préparation et d'intervention en cas d'urgence en matière de santé	28
Promotion de la santé dans le programme interaméricain	29
Chapitre II. Amélioration de l'efficience et de l'efficacité institutionnelles	30
Évaluation interne et supervision.....	30
Technologie et gestion de l'information	30
Encouragement de l'excellence et de l'éthique lors de la performance du personnel.....	31
Chapitre III. Préparer l'avenir : positionnement de l'OPS en vue de l'ère des ODD	33
Surveillance de l'inégalité : un défi crucial	37
Engagement au niveau infranational.....	37
La santé universelle et la santé dans toutes les politiques	38
Prévention et contrôle des MNT	39
Promotion du leadership en donnant l'exemple.....	39
Au-delà de 2015	40
Acronymes et abréviations	41
Remerciements	44

Aux États Membres :

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel 2015 sur le travail du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques. Le rapport met en exergue les développements découlant de la coopération technique que nous avons fournie dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 de l'Organisation panaméricaine de la Santé, défini par ses Organes directeurs.

Carissa F. Etienne
Directrice

Préface

Juin 2015

Le présent rapport annuel 2015 met en exergue les réalisations de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) accomplies au cours des 12 derniers mois (de juillet 2014 à juin 2015) et il décrit la coopération en matière de santé entre les États Membres de l'OPS et le secrétariat de l'OPS, le Bureau sanitaire panaméricain (ci-après désigné « le Bureau »), qui sert également de Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques.

La coopération panaméricaine en matière de santé est la raison d'être de l'OPS depuis plus d'un siècle et elle est une force motrice des progrès impressionnants réalisés en santé publique dans notre Région. Grâce à la coordination et à la coopération technique du Bureau et au partenariat avec d'autres organismes et organisations, les États Membres de l'OPS ont servi d'exemple au monde grâce à leur succès en matière de lutte et d'élimination des maladies évitables par la vaccination (MEV) et des maladies tropicales négligées, en offrant un traitement antirétroviral contre le VIH, en progressant vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale et en atteignant la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Cette collaboration, ses résultats concrets et l'exemple qu'elle donne à d'autres pays et régions ont tous contribué à inspirer le thème de ce Rapport annuel : « Défense de la santé pour le développement durable et l'équité : donner l'exemple ».

J'ai le plaisir d'annoncer que la tradition de coopération panaméricaine a donné lieu à des réalisations nouvelles et importantes au cours de l'année écoulée. Je suis particulièrement fière de deux d'entre elles : premièrement, le nouvel engagement régional envers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, des objectifs que j'avais définis comme étant mes priorités les plus élevées lorsque je suis devenue directrice en 2013. La Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, approuvée par le 53^e Conseil directeur de l'OPS, est en soi une première pour une Région de l'OMS et elle ouvre la voie à la Région des Amériques pour qu'elle devienne la première Région du monde à parvenir à la santé universelle. Le deuxième accomplissement dont je suis particulièrement fière est qu'en tant que Région, nous avons été en mesure de certifier l'élimination de la transmission endémique du virus de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, ce qui constitue un tournant historique de la santé publique dans les Amériques.

L'esprit du panaméricanisme a aussi guidé mon propre leadership du Bureau au cours de l'année écoulée. J'ai maintenu un dialogue actif et engagé avec les États Membres de l'OPS et d'autres partenaires, en visitant 17 pays l'an dernier. J'ai entendu des propos encourageants sur la valeur que nos membres et partenaires attribuent aux rôles du Bureau à titre de facilitateur et de coordinateur de la coopération panaméricaine et de prestataire d'expertise technique. Je suis ravie et impressionnée de constater les nombreuses innovations qui sont mises en œuvre par les pays de l'ensemble de la Région pour améliorer la santé des gens. Beaucoup de nos États Membres tiennent énormément à

partager avec d'autres pays leurs connaissances et leur savoir-faire, et à profiter du savoir pratique et de l'expérience d'autres pays en matière de santé. La promotion et la facilitation de ce genre de « leadership par l'exemple » est précisément le but de notre nouveau programme élargi de Coopération entre pays pour le développement de la santé.

J'ai également sollicité des leaders d'autres organisations et d'autres secteurs, notamment des institutions financières internationales et des organisations sœurs des Nations Unies, ainsi que des ministres des Finances et des chefs de gouvernement. J'ai saisi chaque occasion pour préconiser l'affectation de ressources nationales suffisantes, au moins 6 % du PIB, à la santé. J'ai souligné qu'il importait d'assurer que la santé soit promue et protégée dans toutes les politiques publiques, et non pas seulement dans celles qui sont directement liées au secteur de la santé. Ces derniers mois, j'ai coordonné les efforts avec l'unité régionale pour l'Amérique latine et les Caraïbes de la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement et la Corporation andine de développement afin d'assurer que des mécanismes de financement soient accessibles à nos États Membres pour la préparation à Ebola. J'ai également rencontré d'autres partenaires comme l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) afin de renforcer nos relations à long terme dans un effort de plaider pour qu'une plus grande attention soit portée à l'interface animal-homme en matière de santé publique. Dans toutes ces interactions, je suis satisfaite de voir une forte appréciation du travail de l'OPS dans la Région et une disposition à établir des partenariats avec nous.

À l'interne, le Bureau a continué au cours de l'année écoulée à mettre en œuvre des changements de gestion, technologiques et organisationnels visant à améliorer notre efficacité et à renforcer la prestation de notre coopération technique. Certains de ces changements exercent des pressions supplémentaires, quoique temporaires, sur le personnel du Bureau, qui a dû consacrer du temps et des efforts pour apprendre de nouveaux systèmes – particulièrement le nouveau Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) – tout en continuant d'assumer sa charge de travail habituelle. Ces efforts organisationnels se sont déroulés en parallèle à notre travail de base qui consiste à faire progresser le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et à répondre, en coopération avec nos États Membres, aux défis urgents en matière de santé.

En présentant ce rapport aux Organes directeurs de l'OPS, je veux remercier chacun des membres de notre personnel pour l'engagement dévoué, la diligence et la passion dont ils ont fait preuve en poursuivant collectivement la mission du Bureau. Je suis également très reconnaissante envers nos États Membres et nos autres partenaires pour leur collaboration inestimable et leur soutien continu. J'ai hâte que nous travaillions tous ensemble à l'ère nouvelle des objectifs de développement durable (ODD) pour assurer que la Région des Amériques continue de donner l'exemple, en faisant progresser la santé pour tous dans notre hémisphère et ailleurs.

Carissa F. Etienne
Directrice
Organisation panaméricaine de la Santé

Introduction

La Région des Amériques a atteint des jalons important en santé publique au cours de la période de 12 mois qui a pris fin en juin 2015 :

- Les Amériques sont devenues la première Région du monde à être déclarée exempte de transmission endémique du virus de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale.
- Cuba est devenu le premier pays du monde à recevoir la validation de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis.
- L'Équateur est devenu le deuxième pays du monde (après la Colombie en 2013) à éliminer le fléau de l'onchocercose, ou cécité des rivières.
- Le Nicaragua et l'Uruguay ont donné l'exemple en étant les premiers pays au monde à ratifier le Protocole de l'OMS pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.
- Dans une entente historique qui a été conclue lors du 53^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé, les États Membres de l'OPS ont approuvé à l'unanimité les objectifs d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle et ont adopté une stratégie régionale visant à faire progresser ces objectifs.

Ces jalons donnent lieu de célébrer et de reconnaître l'engagement, la collaboration et le travail acharné qu'il a fallu pour les atteindre. Mais la Région a aussi été confrontée à des défis sanitaires persistants ou nouveaux, qui ont exigé un regard critique et des interventions ciblées :

- Bien que la mortalité maternelle ait baissé de presque 40 % en Amérique latine et dans les Caraïbes entre 1990 et 2013, cette réduction était nettement inférieure aux 75 % préconisés par les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). En 2013, l'année la plus récente pour laquelle on disposait de données, quelques 9300 femmes sont mortes de causes maternelles en Amérique latine et dans les Caraïbes.
- Le virus Ebola a été importé d'Afrique occidentale jusqu'aux États-Unis, évoquant la possibilité de cas importés en Amérique latine et dans les Caraïbes, et mettant à l'épreuve l'état de préparation et la capacité d'intervention des ministères de la Santé de même que la mise en œuvre des capacités de base du Règlement sanitaire international.
- Le virus chikungunya a continué de se propager dans les Caraïbes et à l'extérieur, engorgeant les services sanitaires dans certains pays. À la moitié de l'année 2015, 40 pays et territoires de la Région avaient signalé la transmission locale du virus, avec un total cumulé de plus de 1,5 million de cas et 238 décès.

- Le choléra a continué de semer la mort et d'infliger des souffrances en Haïti, où presque 40 000 cas et plus de 400 décès ont été déclarés entre juin 2014 et mai 2015. Des cas de choléra ont aussi été signalés à Cuba, au Mexique et en République dominicaine.
- Les catastrophes naturelles, notamment les inondations au Chili et au Paraguay et les graves sécheresses au Guatemala et au Honduras, ont fauché des dizaines de vies et ont perturbé l'existence de dizaines de milliers de personnes et de familles.
- Les maladies non transmissibles (MNT) et leurs facteurs de risque ont touché un nombre croissant de personnes dans la Région, provoquant 80 % de tous les décès et accablant les budgets de santé et les systèmes sanitaires nationaux.
- Des millions de personnes dans les Amériques n'ont pas pu avoir accès aux services de santé nécessaires en raison des coûts élevés des soins de santé, de crises politiques et économiques et d'autres obstacles, malgré des progrès importants réalisés vers l'atteinte des objectifs d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle.
- D'autres iniquités majeures en matière de santé persistent dans la Région dues à l'exclusion sociale et culturelle, au chômage, aux mauvaises conditions de travail, au manque d'éducation et d'information, à l'isolement géographique, aux environnements insalubres et à d'autres déterminants sociaux.

Le présent rapport décrit le travail du secrétariat de l'OPS, du Bureau sanitaire panaméricain (ci-après désigné « le Bureau »), ainsi que de ses États Membres et d'autres partenaires vers l'atteinte de ces objectifs et d'autres accomplissements, en réponse aux défis sanitaires, nouveaux ou persistants, pendant la période de référence. Le rapport souligne également les mesures internes que le Bureau a prises dans le but d'accroître l'efficacité organisationnelle et d'améliorer la prestation de sa coopération technique aux États Membres. Pour terminer, le rapport discute de la façon dont le Bureau se place pour soutenir les États Membres dans l'avancement de la santé et de l'équité dans la nouvelle ère des objectifs de développement durable (ODD).

Le Rapport final de la directrice et le Rapport du vérificateur externe de 2014 comportent les détails sur la situation financière de l'OPS. De plus amples détails sur les programmes de coopération technique de l'Organisation et leurs résultats jusqu'à la fin 2015 seront fournis dans l'Évaluation de fin d'exercice biennal du Programme et budget 2014-2015, à publier en 2016.

Chapitre I. Faire progresser la santé et l'équité

1. L'atteinte des jalons de la santé dans les Amériques entre juillet 2014 et juin 2015 n'aurait pas été possible sans les efforts coordonnés qui ont été déployés par les États Membres de l'OPS, le Bureau et les organisations partenaires aux niveaux national, régional et international. Le rôle du Bureau dans ces accomplissements englobait non seulement la coopération technique et l'orientation normative, mais aussi la transmission de l'expertise et la formation de partenariats, en facilitant le dialogue et la négociation, et par ailleurs en exerçant et en faisant la promotion du « leadership par l'exemple ».

2. Le 53^e Conseil directeur était un exemple original de ces dynamiques. La Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, qui est historique, et les sept plans d'action régionaux qui ont été adoptés par le Conseil directeur en 2014 ont été élaborés grâce à l'expertise technique du Bureau, avec des contributions majeures et un retour d'information de la part des États Membres, et en consultation avec des organismes partenaires et des organisations de la société civile. Il en est résulté un engagement régional sans précédent de poursuivre la « santé pour tous » dans les Amériques.

Vers la santé universelle dans les Amériques

3. Au cours de la dernière décennie, les pays des Amériques ont accompli des progrès notables dans l'amélioration de l'accès aux systèmes et aux services de santé. Toutefois, dans plusieurs pays, 10 % à 15 % de la population font encore face à des dépenses de santé catastrophiques qu'elle doit payer de sa poche et qui risquent de l'appauvrir.¹ Pour s'attaquer à cet ancien problème qui est toujours aussi pressant, le Bureau a piloté une série de consultations sur la manière d'élargir l'accès aux services de santé et à la couverture sanitaire et de progresser vers une « santé universelle ». Plus de 1200 responsables de la santé et autres intervenants de l'OPS issus de 31 pays et territoires ont participé à ces consultations qui ont eu lieu de mai à août 2014.

4. L'approbation par le 53^e Conseil directeur de l'OPS, en octobre 2014, de la nouvelle stratégie régionale intitulée Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document [CD53/5, Rév. 2](#) [2014]) est l'aboutissement de ce vaste processus de consultation. La Stratégie endosse la santé universelle comme une aspiration partagée par les États Membres de l'OPS et établit les axes d'intervention qu'il serait souhaitable de mener pour faire progresser les pays vers cet objectif (voir l'encadré), tout en reconnaissant que chaque pays élaborera sa propre voie en fonction des contextes sociaux, économiques, politiques, juridiques, historiques et culturels qui lui sont propres.

¹ Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, de Paula JB, Ríngoli F, Serrate PC, Wagstaff A. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015 Mar 28;385(9974):1230-47.

La stratégie de l'OPS pour la santé universelle

La stratégie de l'OPS de 2014 intitulée Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CD53/5, Rév. 2 [2014]) établit les objectifs, tant aux niveaux régionaux que nationaux, visant à assurer que « toutes les personnes et les communautés aient accès, sans discrimination, à des services de santé globaux, appropriés, opportuns, de qualité, déterminés au niveau national, conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables, tout en assurant dans le même temps que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en particulier les groupes en situation de vulnérabilité ».

Pour progresser vers la santé universelle, la Stratégie établit quatre axes d'intervention stratégique : 1) élargir l'accès équitable à des services de santé globaux, de qualité, axés sur les personnes et les communautés, 2) renforcer la fonction de direction et la gouvernance, 3) augmenter et améliorer le financement, avec équité et efficacité, et progresser vers l'élimination du paiement direct qui devient un obstacle à l'accès au moment de la prestation des services et 4) renforcer la coordination multisectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé.

La Stratégie demande au Bureau de soutenir l'action des pays dans ces domaines en procurant une coopération technique et de superviser et faire état des progrès que les pays accomplissent.

5. Grâce à la coopération technique du Bureau, à la mi-2015, 11 pays avaient élaboré ou mettaient en œuvre des plans nationaux visant à faire progresser la santé universelle. Lors de la période de référence, il faut noter un soutien fourni pour la formation de 200 professionnels en gestion des services de santé, en financement et économie de la santé, en gouvernance et fonction de direction, pour des études sur l'efficacité des systèmes de santé ou de questions sur l'espace budgétaire dans 11 pays, pour l'aide au développement de comptes nationaux de la santé à 15 pays et pour l'élaboration d'un cadre de supervision et d'évaluation servant à mesurer les progrès accomplis par les pays en matière de santé universelle. Le Bureau a aussi aidé des ministères de la Santé dans des efforts de plaidoyer auprès des ministres des Finances et des institutions financières en vue d'obtenir une augmentation du financement de la santé.

Changer les paradigmes professionnels

6. Les systèmes de santé qui cherchent à assurer la santé universelle doivent mettre la priorité sur les soins de santé primaire et les services intégrés qui sont dotés en personnel par des professionnels travaillant au sein d'équipes interdisciplinaires, en s'occupant particulièrement des groupes dont les besoins en matière de santé ont traditionnellement été mal desservis. De nombreux systèmes de santé existants dans les Amériques sont au contraire fragmentés, manquant de personnel pour administrer les soins de santé primaires et comptant beaucoup de spécialistes médicaux concentrés dans les régions urbaines.

7. Pour régler ces problèmes, le Bureau a collaboré avec 10 pays pendant la période de référence — Argentine, Brésil, Canada, Chili, Colombie, États-Unis, Guatemala, Nicaragua, Panama et Venezuela — à des efforts visant à déplacer les paradigmes des écoles de médecine vers une « mission sociale » dans l'éducation des médecins et autres agents de santé. L'objectif est d'obtenir des professionnels de la santé disposant d'une formation et d'une expérience en matière de prestation de soins primaires et de services de santé intégrés, qui soient attentifs aux besoins sanitaires des plus vulnérables et, au besoin, qui acceptent de pratiquer dans des régions mal desservies.

8. Au cours de la période de référence, les experts du Bureau ont travaillé avec des ministères de la Santé et des écoles de médecine des 10 pays participant pour définir les exigences en matière d'éducation et de formation au niveau national à l'intention des professionnels dans les centres de santé communautaire et pour élaborer des recommandations techniques relatives aux programmes de formation interne dans ces centres. Le projet a aussi établi un ensemble préliminaire d'indicateurs servant à mesurer les progrès accomplis en matière d'intégration du paradigme de mission sociale dans les écoles de médecine et la formation médicale.

« *Mais Médicos* » au Brésil

9. Malgré son ferme engagement envers la santé universelle, le Brésil, comme beaucoup d'autres pays, a éprouvé des difficultés à répondre aux besoins en matière de santé des populations vulnérables et des communautés éloignées. À vrai dire, la taille et la géographie du Brésil rendent l'objectif de la santé universelle particulièrement difficile à réaliser.

10. Le programme brésilien *Mais Médicos* s'attaque à ces problèmes en augmentant l'accessibilité de la formation médicale dans ses universités nationales, en améliorant les dispositions visant à inciter les professionnels de la santé à travailler dans des régions mal desservies et, au besoin, en recrutant du personnel hors du pays pour fournir des services de santé aux communautés mal desservies. Depuis sa création en 2013, *Mais Médicos* a ouvert l'accès aux soins de santé primaires à plus de 60 millions de personnes au Brésil. Le pays a également investi 5,6 milliards de réaux (presque US\$ 1,8 milliard²) consacrés à l'infrastructure de la santé dans le cadre du programme.

11. Le Bureau a soutenu le programme *Mais Médicos* avec une coopération technique et, en particulier, une aide pour intégrer les membres des brigades médicales internationales de Cuba. À la mi-2015, plus de 11 400 médecins cubains participaient au programme, ainsi que quelques 5600 Brésiliens et plus de 1000 médecins et agents de santé d'autres pays. Le Bureau a aussi soutenu l'élaboration par le Brésil d'un cadre de supervision et d'évaluation du programme et en documentant les pratiques exemplaires, ainsi que les enseignements tirés à partager avec d'autres États Membres de l'OPS.

² Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

12. Deux évaluations indépendantes du programme brésilien *Mais Médicos* ont donné des résultats positifs.³ Dans la première étude, 95 % des usagers ont déclaré être satisfaits de la performance des médecins participants, tandis que 86 % ont indiqué que la qualité des soins s'était améliorée suite au programme. La deuxième étude a permis de constater que les temps d'attente dans les cliniques avaient diminué de 89 % depuis le début du programme, malgré une augmentation de 33 % du nombre mensuel moyen des visites. Le nombre de visites de médecins à domicile avait aussi augmenté de 32 %.

13. Le Brésil est actuellement en train d'augmenter les inscriptions dans les écoles de médecine de 11 500 étudiants et de créer 12 400 nouveaux postes en résidence pour les spécialistes d'ici 2017, afin de mettre à niveau l'effectif national des soins de santé.

Nouveaux modèles de coopération panaméricaine

En mars 2015, le Bureau a fait un suivi de son projet de politique de 2013 intitulé *La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques* (document [CD52/11](#) [2013]) en organisant une consultation au Panama. Quelques 80 participants de 26 États Membres se sont joints aux représentants des États Membres associés, à des entités d'intégration infrarégionale et à des organismes partenaires des Nations Unies et des systèmes interaméricains pour examiner la politique et faire des recommandations sur les stratégies et les mécanismes de sa mise en œuvre. À l'aide de ces recommandations, ainsi que des résultats d'une enquête menée à l'échelle du Bureau et d'un examen des expériences de coopération de pays à pays de l'OPS entre 2008 et 2013, le Bureau a produit un projet de nouveau cadre de Coopération entre pays pour le développement de la santé.

Pendant la période de référence, le Bureau a aussi mis à jour la Stratégie des pays clés de l'OPS, qui guide la coopération technique de l'Organisation avec la Bolivie, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname. L'un des objectifs majeurs était d'identifier des approches spécifiques pour fournir à ces pays un soutien spécialement adapté à leurs problèmes urgents en matière de santé. La mise à jour de la stratégie emploie le cadre de la stratégie renouvelée de l'OMS axée sur les pays, intitulée *WHO Country Focus Strategy* et elle intègre l'apport des directeurs de département du Bureau et des représentants de l'OPS/OMS (PWR). La version finale a été présentée au Groupe consultatif de haut niveau de l'OPS en février 2015 et son incorporation à la coopération technique du Bureau a été approuvée par la haute direction.

Système réglementaire des Caraïbes relatif aux médicaments et aux technologies de la santé

14. L'une des fonctions cruciales de la santé publique est d'assurer l'accès à des médicaments et à des technologies de la santé dont l'innocuité et l'efficacité sont éprouvées, ce qui est aussi essentiel pour parvenir à la santé universelle. Dans la foulée des efforts de renforcement de la capacité dans ce domaine dans les États Membres, le Bureau a travaillé avec des membres de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) à

³ Université fédérale de Minas Gerais, avril 2015 ; et Cour des comptes de la Fédération, TC No. 005.391/2014-8; mai 2014.

l'élaboration de l'initiative du système réglementaire des Caraïbes, le *Caribbean Regulatory System*. Une politique de mise en œuvre et un projet de système ont été endossés par les ministres de la Santé de CARICOM en septembre 2014.

15. L'objectif de l'initiative est d'accroître l'accès à des médicaments et à des technologies de la santé sûrs, efficaces, abordables et dont la qualité est garantie, aux petits États insulaires des Caraïbes qui font face à des problèmes particuliers à cet égard. Le projet de système aura pour base la *Caribbean Public Health Agency* (CARPHA) et se concentrera en premier lieu sur l'homologation des médicaments génériques prioritaires qui ont déjà été approuvés par une autorité nationale de réglementation (ANR) de référence régionale désignée par l'OPS.⁴ Dans une deuxième phase, le *Caribbean Regulatory System* va se concentrer sur la pharmacovigilance et sur la surveillance post-commercialisation des produits homologués. La création du système bénéficie du soutien de fonds provenant de la *Food and Drug Administration* (FDA) des États-Unis mais le *Caribbean Regulatory System* sera de plus en plus soutenu grâce à des frais d'utilisation payés par les sociétés pharmaceutiques.

Fonds stratégique de l'OPS

Le Fonds régional renouvelable pour les fournitures stratégiques en matière de santé publique, connu sous le nom de Fonds stratégique de l'OPS, a continué de jouer un rôle important dans la promotion de l'accès des États Membres à des fournitures essentielles de santé publique et de haute qualité. De juin 2014 à juin 2015, 17 des pays de la Région ont eu recours au fonds pour acheter l'équivalent d'environ \$66 millions de médicaments et autres fournitures essentielles en santé publique ; trois pays ont utilisé le compte du Fonds pour éviter le risque de pénuries de médicaments. Pendant la période de référence, l'OPS a publié ses premiers accords à long terme (LTA) conclus avec des fabricants afin d'établir les prix standards pour tous les États Membres de 23 médicaments utilisés dans le traitement des maladies non transmissibles (MNT).

Élimination et contrôle des maladies infectieuses et des maladies évitables par la vaccination

16. Les maladies infectieuses constituent toujours un problème majeur de santé publique dans les Amériques en dépit de la transition épidémiologique en cours en matière de MNT. Pendant la période de référence, les États Membres de l'OPS ont fait des progrès importants dans la prévention et le contrôle des maladies transmissibles. Le Bureau a fourni une vaste coopération technique pour le soutien à l'élimination des maladies négligées et des maladies évitables par la vaccination, de même que pour l'aide aux pays afin d'obtenir un financement externe pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

⁴ À compter de juin 2015, les ANR régionales de référence désignées par l'OPS comprenaient l'ANMAT en Argentine, l'ANVISA au Brésil, Santé Canada, l'INVIMA en Colombie, le CECMED à Cuba, la COFEPRIS au Mexique et la FDA aux États-Unis.

Jalon historique : élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale

17. L'un des faits saillants de la période de référence a été l'annonce en avril 2015 que les Amériques étaient devenues la première Région du monde à éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC). La rubéole et le SRC ont été les troisième et quatrième maladies à être éliminées pour la première fois dans les Amériques, après la variole en 1971 et la polio en 1994.

18. La déclaration a été prononcée par le Comité d'experts internationaux sur l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques après avoir examiné les données épidémiologiques et déterminé qu'il n'y a eu aucune transmission endémique du virus de la rubéole ou de cas de SRC dans la Région depuis 2009, surpassant l'exigence d'une durée de trois ans pour l'élimination.

19. L'accomplissement a été le point culminant d'un effort collectif de 15 ans pour éliminer à la fois la rougeole et la rubéole; un effort coordonné par le Bureau et soutenu par les ministères de la Santé, les donateurs et d'autres partenaires internationaux, ainsi que par les agents de santé de l'ensemble de la Région. Lors de l'annonce, le Comité d'experts internationaux a déclaré qu'il espérait annoncer l'élimination de la rougeole dans les Amériques dans un avenir proche.

20. L'annonce de l'élimination de la rubéole et du SRC a été faite à l'occasion de la 13^e Semaine de la vaccination annuelle dans les Amériques, qui a eu lieu du 25 avril au 2 mai. La Semaine de la vaccination a traditionnellement joué un important rôle de soutien dans l'élimination de la rubéole et du SRC en rendant les vaccins largement disponibles dans l'ensemble de la Région, et particulièrement parmi les populations vulnérables et d'accès difficile.

21. Grâce au slogan « Boostes tes pouvoirs ! Fais-toi vacciner ! » l'initiative de 2015 a ciblé plus de 60 millions d'enfants et d'adultes avec des vaccins dirigés contre des maladies qui comprenaient la rougeole et la rubéole, la grippe saisonnière, la polio et le tétanos néonatal. Plus d'une douzaine de pays ont aussi profité de l'occasion pour combiner la vaccination à d'autres interventions en santé publique, notamment le déparasitage et la supplémentation en vitamine A, le dépistage du diabète et de l'hypertension, le dépistage du VIH, l'éducation sur la santé sexuelle et génésique et la vaccination des animaux de compagnie. En plus des ministères de la Santé, d'autres partenaires comprenaient l'UNICEF, l'UNAIDS, le PNUD, le *Sabin Vaccine Institute* et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis. Depuis sa création en 2003, plus d'un demi-milliard de personnes partout dans l'hémisphère a bénéficié de la Semaine de la vaccination dans les Amériques.

Fonds renouvelable de l'OPS

Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins, en tant qu'élément de l'approche globale technique de l'OPS en matière de vaccination, a fourni un soutien essentiel aux

réalisations de la Région, notamment l'élimination des maladies évitables par la vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins, tels que contre le rotavirus, la pneumococcie et le virus du papillome humain (VPH). La réussite des négociations du Bureau pour que les deux vaccins contre le VPH actuellement sur le marché soient disponibles à l'achat par le biais du Fonds à un prix réduit constitue un accomplissement remarquable.

De juin 2014 à juin 2015, le Fonds a acheté pour plus de \$547 millions de vaccins et \$3,5 millions de seringues au nom des programmes de vaccination de 41 pays et territoires participants. Le Fonds renouvelable de l'OPS est devenu, pour d'autres organisations internationales et d'autres régions de l'OMS, un exemple de mécanisme efficace pour assurer un approvisionnement ininterrompu de vaccins abordables et de qualité sur le marché international complexe des vaccins. La sensibilisation accrue des États Membres concernant la dynamique et les défis présentés par le marché mondial des vaccins, le soutien pour la planification de la demande et la garantie d'une disponibilité opportune de vaccins et de fournitures de qualité sont des éléments clefs de la coopération technique de l'OPS.

Mobilisation du financement du Fonds mondial

22. Un domaine clé du soutien des efforts des États Membres pour lutter contre les maladies infectieuses a été l'aide du Bureau pour mobiliser les ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Pendant la période de référence, le personnel du Bureau aux niveaux régional et national a travaillé avec des responsables de la santé dans 14 des États Membres pouvant bénéficier du Fonds dans la Région sur 23 propositions de financement traitant des problèmes précis liés au VIH, à la TB et au paludisme. En juin 2015, 11 de ces propositions avaient été approuvées par le Fonds, représentant \$146 895 670 en nouvelles ressources, alors que les 12 propositions restantes étaient en attente du résultat de l'examen technique par le Fonds.

23. Le financement catalysé par l'OPS pendant cette période soutiendra les efforts déployés pour s'attaquer aux problèmes qui continuent de nuire principalement aux populations vulnérables. Il s'agit :

- Des efforts de réduction de la prévalence élevée du VIH en Haïti, estimée à 2,2 % de la population (données de 2012), ainsi que de l'incidence et de la prévalence les plus élevées de la tuberculose dans les Amériques.
- Des efforts d'amélioration et d'expansion du diagnostic, du traitement et de la surveillance du paludisme au Suriname, en se concentrant sur les régions minières où la maladie est omniprésente malgré les progrès réalisés ailleurs dans le pays.
- D'interventions visant à réduire de 45 % les cas de paludisme transmis localement au Honduras et d'atteindre zéro cas de paludisme à *P. falciparum* d'ici 2017. Le fonds va soutenir la gestion améliorée des cas, la lutte vectorielle intégrée et l'accélération des enquêtes sur les cas et de leur détection.

Promotion de la préparation Ebola

24. Suite à la propagation exponentielle d'Ebola en Afrique occidentale au cours de la deuxième moitié de 2014, le Bureau a travaillé de façon proactive avec ses États Membres pour accroître la sensibilisation et renforcer l'état de préparation à l'éventuelle introduction du virus dans les Amériques.

25. En octobre 2014, quelques jours après que les États-Unis ont confirmé le premier cas importé d'Ebola, la Directrice de l'OPS a établi une groupe de travail pour évaluer le risque d'Ebola en Amérique latine et dans les Caraïbes, et pour proposer un ensemble d'actions destinées améliorer l'état de préparation du pays. Le résultat en est un Cadre pour le renforcement de l'état de préparation national à la maladie à virus Ebola (MVE) (*Framework for Strengthening National Preparedness for Ebola Virus Disease (EVD) in the Americas*). Suite aux consultations avec les États Membres, le Bureau a mobilisé 25 missions nationales dotées en personnel par ses propres experts, ainsi que par des experts de la *Caribbean Public Health Agency* (CARPHA), du bureau pour les Caraïbes des CDC (États-Unis) et du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS (GOARN). Ces missions menées dans les pays de novembre 2014 à janvier 2015 les ont aidés à identifier les lacunes dans leur état de préparation (voir l'encadré) et les domaines d'action à prioriser. Au cours d'une troisième phase, le Bureau a soutenu les pays pour mettre en œuvre les recommandations des missions et évaluer leurs futurs besoins.

Lacunes dans la préparation contre Ebola

Les missions d'experts de l'OPS ont identifié un certain nombre de lacunes parmi les États Membres concernant leur préparation contre une introduction éventuelle de la maladie à virus Ebola (MVE). Parmi les conclusions, il faut citer :

- 1) Certains pays ont recours dans une mesure excessive au dépistage aux points d'entrée pour identifier et prévenir l'introduction d'un cas potentiel de MVE et dans une moindre mesure aux services de santé, où il est plus probable qu'un cas sera détecté.
- 2) Les services d'épidémiologie et les services de santé ne travaillent pas de manière bien coordonnée ; les agents de santé ne se préoccupent pas suffisamment de la détection d'événements de santé inhabituels et de l'utilisation conjointe d'informations cliniques et épidémiologiques (comme l'ensemble des symptômes et les antécédents de voyage).
- 3) La fragmentation des systèmes de santé est un défi pour la gestion efficace d'un événement lié à la MVE, de la détection jusqu'au traitement et à la désinfection.
- 4) L'envoi des échantillons aux laboratoires à biosécurité de niveau 4 dans les centres collaborateurs de l'OMS pour confirmation de l'infection par le virus Ebola présente des défis majeurs. Seuls quatre pays disposent de laboratoires à biosécurité de niveau 3 avec une capacité de diagnostic de la MVE.
- 5) Les pays disposent de zones d'isolement désignées mais d'un nombre limité de personnel formé. Plusieurs pays ne rempliront vraisemblablement pas les conditions pour le traitement sûr d'un cas probable ou confirmé de MVE à cause d'une infrastructure hospitalière chancelante et du manque de programmes de prévention et de lutte contre les infections.

- 6) Les pays ne disposent pas d'équipement de protection individuelle en quantité suffisante pour gérer un patient selon les principes d'évaluation de risques en matière de prévention et de lutte contre les infections. De plus, leur capacité d'achat de ces équipements est limitée étant données les pénuries mondiales.

26. Au nombre d'autres activités pour l'appui en matière d'état de préparation à Ebola, notons l'activation du système de gestion des incidents du Bureau, l'établissement d'une réserve régionale d'équipement de protection individuelle, la formation sur la gestion clinique d'Ebola, la communication des risques, la prévention et le contrôle des infections, ainsi que le diagnostic en laboratoire et la sécurité biologique. Plus de 1600 professionnels ont reçu une formation dans ces domaines sur une période de six mois.

27. Le Bureau a également soutenu l'intervention contre Ebola dans les pays de l'Afrique occidentale touchés en déployant 17 membres de son personnel et en aidant les États Membres à déployer leur personnel national.

28. Dans le lignée de ces efforts, le Bureau s'est associé à l'Organisation des États Américains (OEA), l'unité régionale pour l'Amérique latine et les Caraïbes de la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement (BID) et la Corporation andine de développement (CAF) pour élaborer des mécanismes financiers visant à renforcer l'état de préparation et les capacités d'intervention des pays pour réagir face à des flambées de maladies épidémiques émergentes, selon les exigences du Règlement sanitaire international (RSI). Suite à ce travail, la Banque mondiale et la BID ont identifié des projets nationaux dont le financement pourrait être reprogrammé pour la préparation et la réponse à la MVE et la CAF a mis à disposition des ressources financières au moyen d'une ligne de crédit. De plus, la BID, avec le concours de l'OPS et de la CARPHA, a élaboré un projet de renforcement de l'état de préparation à Ebola qui sera mis en œuvre à compter de la deuxième moitié de 2015.

Maladies émergentes transmises par les moustiques

La fièvre chikungunya – qui est apparue pour la première fois dans les Amériques sur l'île de Saint-Martin à la fin 2013 – a continué de se propager dans l'ensemble des Caraïbes et au-delà pendant la période de référence. En juin 2015, 40 pays et territoires avaient signalé la transmission locale du virus, pour un total régional de plus de 1,5 million de cas et 238 décès. En collaboration avec les CDC des États-Unis, le Bureau a élaboré et expérimenté des outils servant à caractériser les cas et à classer les décès imputables au chikungunya, a établi des mécanismes pour partager les échantillons de laboratoire et a fourni aux pays des réactifs de laboratoire et des assortiments pour le contrôle de la qualité servant à diagnostiquer la maladie. Le Bureau a aussi publié des mises à jour épidémiologiques hebdomadaires sur la propagation de la maladie.

En mai 2015, le Brésil a confirmé la première transmission locale dans les Amériques du virus Zika, un autre *Flavivirus* provoquant des symptômes semblables à ceux de la fièvre chikungunya et de la dengue. Le Bureau, en collaboration d'autres partenaires, a élaboré et disséminé des directives techniques et des algorithmes de diagnostic du virus, tout en apportant une aide pour la formation appropriée dans les États Membres.

Élimination de la transmission de mère-enfant du VIH et de la syphilis

29. Les progrès se sont poursuivis dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis au cours de la période de référence, conformément au Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale de 2010 (document [CD50/15](#) [2010]). Le Bureau a fourni une coopération technique adaptée aux pays présentant des lacunes majeures de couverture des services essentiels, notamment le renforcement des capacités, le renforcement des réseaux et des services de laboratoire et les évaluations de pays. Un nouveau document d'orientation sur la mise à niveau du dépistage de la syphilis a aussi été rédigé grâce à un processus régional de concertation en collaboration avec les CDC des États-Unis.

30. En décembre 2014, le Bureau, avec l'appui de l'OMS et de l'UNICEF, a publié une mise à jour des progrès régionaux accomplis vers l'atteinte des objectifs établis dans le plan d'action de 2010. Parmi les constatations du rapport : entre 2010 et 2013, le dépistage du VIH et l'accompagnement psychologique des femmes enceintes a augmenté de 18 %, atteignant 74 % au niveau régional; le traitement antirétroviral a augmenté de plus de 57%, pour atteindre 93 % des femmes enceintes atteintes par le VIH; le dépistage de la syphilis des femmes enceintes est demeuré stable à 80 %. De plus, les données provenant de sept pays et territoires – Anguilla, Barbade, Canada, Cuba, États-Unis, Montserrat et Porto Rico – étaient fortement comparables à un profil d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis.⁵

31. En mars 2015, les Amériques sont devenues la première Région de l'OMS à faire au niveau national une évaluation de validation formelle de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, dans ce cas à Cuba. Le Bureau, en étroite collaboration avec l'OMS, a élaboré une stratégie et des outils de validation, et la Directrice de l'OPS a nommé un Comité indépendant de validation régionale pour entreprendre le processus avec le soutien d'experts du Bureau et de l'UNICEF.

32. Cette démarche a abouti en juin 2015 et a permis à Cuba de recevoir la validation de son élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, devenant ainsi le premier pays au monde à y parvenir. Pendant ce temps, la Barbade, les îles Vierges britanniques et la Jamaïque ont présenté des demandes de validation de leur élimination de la transmission mère-enfant de l'une ou des deux maladies.

Tuberculose et paludisme

33. Pendant la période de référence, quatre nouvelles villes – la ville de Guatemala au Guatemala, Tijuana au Mexique, Asunción au Paraguay et Montevideo en Uruguay – ont participé à l'initiative de lutte contre la tuberculose dans les grandes villes, une initiative

⁵ La transmission mère-enfant (TME) du VIH est considérée comme étant éliminée lorsqu'il y a moins de 50 cas pour 100 000 naissances vivantes et un taux inférieur à 5 % dans la population de mères qui allaitent ou inférieure à 2 % dans la population qui n'allait pas. Dans le cas de la syphilis, la TME est considérée comme étant éliminée lorsqu'il y a moins de 50 cas pour 100 000 naissances vivantes.

de l'OPS soutenue par l'Agence des États-Unis pour le développement international. En juin 2015, trois autres villes étaient sur le point de s'y joindre, pour un total de 11 villes dans l'ensemble de la Région participant à ce programme innovateur qui cherche à accélérer la lutte contre la tuberculose en employant une approche impliquant l'ensemble de la société.

34. Le Bureau s'est engagé officiellement à titre de partenaire du consortium pour l'élimination du paludisme en Haïti, lancé en février 2015 avec une subvention de \$29,9 millions de la *Bill and Melinda Gates Foundation* pour soutenir les efforts d'élimination du paludisme sur l'île d'Hispaniola. Dirigé par les CDC des États-Unis, le consortium comprend l'OPS, le Centre Carter, la *Clinton Health Access Initiative*, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et le centre de recherche appliquée et d'évaluation du paludisme de l'université Tulane.

35. Le travail du consortium contribuera également à atteindre les cibles établies par l'initiative d'élimination du paludisme en Més-Amérique et à Hispaniola financée par le Fonds mondial et le plan binational Haïti-République dominicaine pour éliminer le paludisme et la filariose lymphatique d'Hispaniola d'ici 2020. Parmi les 21 pays des Amériques dans lesquels le paludisme est endémique, 14 déploient actuellement des efforts pour l'éliminer. En réponse à une demande de l'Argentine, le Bureau et l'OMS ont entamé le processus de certification de l'élimination du paludisme de son territoire national.

Élimination des maladies infectieuses négligées

36. La Région a aussi fait des progrès vers l'élimination des maladies infectieuses négligées pendant la période de référence, en particulier, l'onchocercose et la maladie de Chagas. En septembre 2014, l'Équateur est devenu le deuxième pays au monde (après la Colombie en 2013) où l'élimination de l'onchocercose ou « cécité des rivières » a été vérifiée. Au cours des mois suivants, le Guatemala et le Mexique ont présenté des demandes de vérification. Il ne reste maintenant plus que deux foyers de la maladie dans les Amériques, tous deux se trouvant dans la région de Yanomami à la frontière du Brésil et du Venezuela.

37. En 2014, une équipe d'experts internationaux rassemblés par l'OPS/OMS a vérifié que la maladie de Chagas avait été éliminée comme problème de santé publique dans l'État de São Paulo au Brésil. Malgré les progrès accomplis au Brésil et dans d'autres pays touchés, on estime à 6 millions le nombre de personnes qui demeurent infectées par la maladie de Chagas dans les Amériques.

Vingt années « d'indicateurs de base »

En 2014, l'initiative régionale sur les données de santé essentielles et les profils de pays de l'OPS a célébré le 20^e anniversaire de sa publication intitulée *Situation de la santé dans les Amériques: indicateurs de base*. La brochure de 12 pages est publiée annuellement et fournit des données à jour et de haute qualité qui servent à orienter la coopération technique du Bureau et à faciliter la surveillance et le suivi des objectifs régionaux et mondiaux en matière de santé. Les données sont compilées, traitées et examinées en collaboration avec les ministères de la Santé et les bureaux de planification et de statistiques des États Membres. L'initiative fait partie de l'[Observatoire régional de la santé](#) (en anglais) de l'OPS/OMS.

Progrès accomplis dans le domaine de la santé animale

38. En janvier 2015, le centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) de l'OPS à Rio de Janeiro a marqué une autre étape en santé animale avec trois années consécutives dans les Amériques exemptes de cette maladie du bétail débilatante et souvent mortelle. Grâce aux mêmes efforts, la Bolivie, l'Équateur et le Paraguay ont reçu la reconnaissance officielle de leur état exempt de fièvre aphteuse par l'OIE.

39. L'absence de fièvre aphteuse assure un élevage animal plus sain et plus productif, ainsi que la sécurité alimentaire, et aide au maintien de la valeur des exportations internationales de la Région, contribuant ainsi au développement socioéconomique.

40. PANAFTOSA a établi une banque de vaccins et d'antigènes de la fièvre aphteuse (à la demande de la Commission sud-américaine pour la lutte contre la fièvre aphteuse ou COSALFA) ainsi qu'un nouveau laboratoire de référence pour la fièvre aphteuse de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture/Organisation mondiale de la santé animale (FAO/OIE) au laboratoire agricole national du Brésil à Minas Gerais pour protéger ces réalisations.

41. Dans les Caraïbes, le Bureau a coordonné avec l'*University of the West Indies*, l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA) et la FAO le lancement d'un programme de renforcement des capacités intitulé « *One Health Leadership Series* » qui fait la promotion de l'action intersectorielle en rassemblant des professionnels des secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'environnement. Le programme repose sur la politique « *One Health* » de CARICOM qui a été élaborée par l'OPS et la FAO et qui a été ratifiée par les ministres de la Santé de la sous-région en 2014 et ses ministres de l'environnement en 2015. Le programme de renforcement des capacités en matière de politique et de leadership vise les problèmes sanitaires se situant à l'interface homme-animal-environnement, notamment la sécurité alimentaire, le tourisme, les zoonoses, l'approvisionnement en eau et la qualité de l'eau, et les changements climatiques.

Lutte contre la charge de morbidité des maladies non transmissibles

42. Le nombre de personnes qui souffrent et qui meurent de MNT dans les Amériques continue d'augmenter, en raison de la croissance et du vieillissement de la population, et malgré le succès lié à la réduction des taux de maladie cardiovasculaire. Les données les plus récentes de l'OPS indiquent que 4,5 millions de personnes meurent chaque année dans la Région de MNT et de ses facteurs de risque, 1,5 million d'entre elles de façon prématurée (entre les âges de 30 et 69 ans). Il est essentiel d'alléger cette charge croissante et son impact sur les systèmes de santé afin d'assurer l'accomplissement de progrès vers la santé universelle. Pendant la période de 2014-2015, les efforts de coopération technique du Bureau sur les MNT ont compris un soutien à la formulation de législation et de réglementation nationales en matière de tabac, d'alcool et d'autres facteurs de risque ainsi que le lancement d'études portant sur un nouveau modèle visant à améliorer le traitement et le contrôle de l'hypertension.

43. Un développement important dans ce domaine a été l'adoption par les États Membres de l'OPS d'un nouveau *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents* (document [CD53/9, Rév. 2](#) [2014]) en octobre 2014. Le premier en son genre dans une Région de l'OMS, le plan cherche à enrayer l'épidémie d'obésité en croissance rapide chez les enfants et les jeunes de la Région, le groupe d'âge dont l'état nutritionnel et les habitudes alimentaires vont façonner la santé du futur.

44. Le plan vise les milieux de plus en plus « obésogènes » dans lesquels les enfants grandissent dans les Amériques en raison de l'urbanisation, de la modernisation et du marketing et commerce mondiaux. Ces forces rendent les aliments et les boissons ultra-transformés plus disponibles et plus abordables, alors qu'ils sont pauvres en nutriments et à forte teneur énergétique, au détriment des aliments frais et complets, tout en réduisant les occasions de mener une activité physique.

45. Le plan propose cinq axes d'intervention stratégique pour contrecarrer ces conditions : *a)* soins de santé primaires et promotion de l'allaitement et de l'alimentation saine, *b)* amélioration de la nutrition dans les écoles et des environnements encourageant l'activité physique, *c)* politiques et réglementation fiscales du marketing et de l'étiquetage des aliments, *d)* autres actions multisectorielles et *e)* surveillance, recherche et évaluation.

Réduction des facteurs de risque des MNT par la réglementation

46. Il a été prouvé que le fait de réduire l'exposition à l'alcool, au tabac et aux aliments malsains en faisant du « choix sain le choix facile » est l'une des façons les plus rentables de réduire les MNT. La nouvelle initiative REGULA (Renforcement de la capacité de réglementation des facteurs de risque des MNT) de l'OPS vise à renforcer les capacités des pays à élaborer et à mettre en œuvre des mesures législatives, réglementaires et fiscales à cette fin. Des exemples en sont l'augmentation des taxes sur les boissons sucrées, les incitations par les prix à acheter des produits alimentaires sains,

l'étiquetage nutritionnel et les mises en garde relatives à la santé figurant sur le devant des emballages, et les restrictions afférentes au marketing des produits nocifs.

47. Pendant la période de référence, le Bureau a mis au point un document de référence technique dans le cadre de l'initiative REGULA et a réuni un groupe d'experts du Brésil, du Canada, du Chili, de la Colombie, des États-Unis, du Mexique et du Pérou pour examiner ce document et proposer des axes d'intervention en matière de coopération technique dans ce domaine. Le groupe a identifié quatre axes d'intervention principaux pour le Bureau : *a)* surveillance permanente des facteurs de risques des MNT et évaluation des processus d'application de la réglementation, *b)* élaboration de structures organisationnelles, de structures de financement et de processus à l'usage des entités chargées de la réglementation, *c)* élaboration de l'expertise technique concernant la lutte contre les risques de MNT et *d)* promotion de la recherche sur l'efficacité de l'action réglementaire et des pratiques exemplaires en la matière pour réduire les risques des MNT.

48. En janvier 2015, le Bureau a rassemblé des experts en marketing et en réglementation en matière d'alcool provenant de pays des Amériques et d'Europe, d'Australie, d'Inde et d'Afrique du Sud pour passer en revue les données probantes sur les effets du marketing de l'alcool, particulièrement sur les jeunes, et sur l'efficacité d'une réglementation volontaire par opposition à une réglementation par voie législative. Les experts ont conclu que les gouvernements doivent réglementer, contrôler et évaluer la publicité et la promotion de l'alcool, indépendamment de l'industrie des boissons alcoolisées, et que l'interdiction complète du marketing de l'alcool est la mesure la plus efficace. Ils ont demandé au Bureau de fournir une orientation aux États Membres pour élaborer et promulguer la législation à cet égard.

Consortium *SaltSmart*

Le consortium *SaltSmart* de l'OPS est un exemple de collaboration volontaire entre les promoteurs de la santé et le secteur privé pour faire progresser les objectifs de santé publique. L'initiative s'appuie sur des efforts fructueux visant à persuader les fabricants d'aliments de plusieurs pays des Amériques de réduire la teneur en sel des aliments transformés, conformément aux recommandations mondiales et régionales visant à réduire l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires. En 2014, le consortium a publié une série de principes et de cibles précises afin d'orienter les efforts dans l'ensemble de la Région qui visent à réduire le sel dans les aliments, aussi bien dans le pain et les craquelins que dans les soupes et les viandes transformées.

Soutien fourni aux pays pour défendre la réglementation du marché

49. Comme il fallait s'y attendre, les lois et les règlements obligatoires visant à réduire la consommation de tabac, d'alcool, de boissons sucrées et d'aliments ultra-transformés ont provoqué une résistance de la part des producteurs de ces produits. L'opposition de l'industrie s'est traduite par des efforts visant à influencer les débats

publics et intra-gouvernementaux et des poursuites en justice intentées pour bloquer l'application de telles mesures.

50. En réponse à la demande de certains États Membres, le Bureau a soutenu les gouvernements non seulement concernant les aspects techniques d'une législation et d'une réglementation efficaces, mais aussi en contrant les tentatives de l'industrie de miner ces mesures. Voici des exemples qui se sont produits pendant la période de référence :

- En soutien à l'Uruguay, le Bureau a présenté au Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements du Groupe de la Banque mondiale un mémoire d'*amicus curiae* défendant la législation antitabac qui est contestée par Philip Morris International.
- En Équateur, le Bureau a fourni un soutien similaire au sujet d'un règlement exigeant que l'étiquetage concernant la nutrition figure sur le devant de l'emballage des aliments transformés.
- La Directrice de l'OPS a fourni au comité sanitaire du Congrès et au ministre de la Santé du Pérou un soutien par écrit concernant la législation sur les aliments sains afférente aux enfants et aux adolescents, pendant que les experts techniques du Bureau fournissaient des données probantes pour éclairer les discussions sur la nouvelle réglementation destinée à l'application de la loi.
- En Jamaïque, l'OPS a aidé le ministère de la Santé à défendre les nouvelles mesures antitabac contre l'opposition de l'industrie, y compris par la défense des intérêts au niveau du bureau du premier ministre.
- Plus récemment, le Bureau du représentant de l'OPS au Chili s'est joint au bureau de pays de la FAO pour contrer les tentatives de l'industrie visant à bloquer la mise en œuvre d'une nouvelle réglementation exigeant que l'étiquetage de mise en garde figure sur le devant de l'emballage des aliments transformés dont la teneur en sucre, en sel ou en graisses saturées est élevée.

51. Lors d'évènements connexes pendant la période, le Nicaragua et l'Uruguay sont devenus les premiers pays au monde à ratifier le nouveau Protocole de l'OMS pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

Les déterminants sociaux et environnementaux de la santé

52. S'ajoutant à la liste des premières fois en santé publique qui ont marqué l'année écoulée, le 53^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé le *Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* (document [CD53/10, Rév. 1](#) [2014]), le premier en son genre dans les régions de l'OMS. Le plan fait la promotion d'une approche de politique publique qui tient systématiquement compte des éventuelles répercussions sur la santé de toutes les décisions politiques; il cherche à créer des synergies afin de protéger et de promouvoir la santé et traite des conditions sociales et environnementales qui influent sur la santé.

53. Le Bureau a organisé une consultation d'experts en mars 2015 au cours de laquelle des experts internationaux de renom ont produit une feuille de route sur cinq ans comportant des recommandations et des actions proposées pour mettre en œuvre le plan d'action régional. Conformément à leurs recommandations, le Bureau a établi un groupe de travail spécial pour définir un groupe d'indicateurs essentiels, basé sur le cadre des objectifs de développement durable (ODD) et pouvant être utilisés pour promouvoir les actions intersectorielles et surveiller leur impact sur la santé. Le groupe de travail va aussi fournir aux pays, selon leur demande, une expertise technique et une orientation sur la mise en œuvre des ODD.

54. Aussi, conformément aux recommandations des consultations d'experts, le Suriname a tenu la première formation infrarégionale sur la santé dans toutes les politiques à l'intention du personnel technique ministériel, des conseillers en politiques et des membres d'organisations non gouvernementales.

Donner l'exemple : nouveaux critères de mesure de l'inégalité en matière de santé

Les moyennes nationales ne sont pas de bons indicateurs pour analyser et combattre les inégalités en matière de santé. Dans le cadre de son engagement de longue date envers l'équité et le développement durable en matière de santé, le Bureau a adopté en 2014 un nouvel ensemble de critères servant à mesurer les changements des inégalités en matière de santé. Les critères de mesure, qui ont fait l'objet d'un examen critique rigoureux, consistent en deux mesures de l'inégalité à utiliser conjointement avec quatre indicateurs clés : la mortalité infantile, la mortalité maternelle, la mortalité prématurée imputable aux MNT et la mortalité relevant des soins de santé, c'est-à-dire les décès prématurés qui ne se seraient pas produits si des soins de santé efficaces avaient été prodigués en temps utile.

Les nouveaux critères de mesure consistent en un indicateur absolu de gradient, l'« indice de pente d'inégalité », et en un indicateur relatif des lacunes, la « différence relative de l'écart des valeurs ». Les deux doivent être appliqués aux quatre indicateurs de santé, en utilisant des groupes de pays définis par l'indice des besoins en matière de santé (*Health Needs Index*) établi dans la Politique du budget de l'OPS. Les nouvelles mesures ont été approuvées par le Conseil directeur de l'OPS en 2014, et leur adoption fait du Bureau le premier Bureau régional de l'OMS – et le premier organisme du Système des Nations Unies – à se servir d'indicateurs et de cibles mesurables de l'équité en matière de santé pour évaluer l'impact de ses propres programmes de coopération technique.

Les changements climatiques et la santé

55. Les changements climatiques sont reconnus comme une grave menace pour la santé publique. Sur le plan mondial, l'OMS estime qu'entre 2030 et 2050, les changements climatiques vont causer 250 000 décès supplémentaires par année, imputables à la malnutrition, au paludisme, à la diarrhée et au stress thermique.

56. Dans le cadre de son travail dans ce domaine, le Bureau a assumé un rôle de leadership lors de la 20^e Conférence des Parties sur la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CdP20 CCNUCC), qui a eu lieu en décembre

2014 à Lima, au Pérou. Le Bureau, avec le ministre de la Santé du Pérou, a aidé à persuader les négociateurs d'inclure la santé (qui avait été omise) dans les documents de travail et de tenir compte de façon explicite des dimensions sanitaires des changements climatiques, particulièrement en ce qui a trait aux questions d'équité. Cet accomplissement jette les bases pour que la communauté de la santé publique veille dorénavant à ce que la santé et l'équité en matière de santé soient des questions prioritaires dans le texte des « éléments » qui seront négociés en décembre 2015. C'est aussi une occasion de souligner les bienfaits pour la santé des actions d'atténuation bien planifiées, y compris de celles qui visent à réduire la pollution atmosphérique.

57. Pendant la période de référence, le Bureau a aussi rassemblé des représentants de 15 pays de la Région pour préparer la mise en œuvre des Lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air, qui sont destinées atténuer la pollution atmosphérique et ses répercussions à la fois sur le changement climatique et sur la santé au niveau local. Les participants ont examiné les programmes nationaux existants dans leur pays, dans le contexte des lignes directrices, pour réduire l'utilisation des combustibles solides et passer à des technologies et à des combustibles plus propres.

Établissements de santé intelligents dans les Caraïbes

58. Les ouragans, tempêtes tropicales et autres catastrophes d'origine climatique peuvent perturber considérablement l'accès aux services de santé. Toutefois, le secteur de la santé en soi contribue de façon importante aux changements climatiques par l'impact environnemental des établissements de santé. L'initiative de l'OPS sur les hôpitaux intelligents (*Smart Hospitals*) aide les pays à réduire l'empreinte écologique des établissements de santé nouveaux ou existants tout en augmentant aussi leur sécurité et leur résilience en cas de catastrophe.

59. Pendant la période de référence, le Bureau a travaillé avec les autorités sanitaires et d'intervention en cas de catastrophe du Belize, des îles Vierges britanniques et de la Grenade pour examiner les établissements de santé proposés ou existants en employant la liste de contrôle pour les Hôpitaux intelligents, afin d'augmenter leur efficacité en matière d'eau et d'énergie et de réduire les risques. Le ministère de la Santé du Belize s'est servi des résultats de l'examen pour persuader le ministère des Finances d'affecter davantage de ressources au secteur de la santé.

60. Suite à la réussite de la première phase de l'initiative des Hôpitaux intelligents à Saint-Kitts-et-Nevis, le ministère britannique du développement international (DFID, selon son sigle en anglais) a décidé en mai 2015 de fournir un soutien pour la mise en œuvre de l'initiative à la Dominique, à la Grenade, à Sainte-Lucie et à Saint-Vincent-et-les-Grenadines.

Rapport régional sur la sécurité routière

61. Le Bureau a publié en mai 2015 son dernier Rapport sur l'état de la sécurité routière dans la Région des Amériques. Le rapport fait état que quelques 150 000 personnes décédées suite à des accidents de la circulation en Amérique latine et dans les Caraïbes en 2010. Parmi ces victimes, 27 % étaient des piétons, 20 % des motocyclistes et 3,7 % des cyclistes. Le rapport mentionne également que 42 % de la population d'Amérique latine et des Caraïbes sont maintenant protégés par des lois sur l'alcool au volant. Cependant, parmi les 14 pays dotés de législation établissant des limites du taux d'alcoolémie, seuls 5 d'entre eux – le Costa Rica, l'Équateur, le Honduras, le Panama et Saint-Vincent-et-les-Grenadines – déclarent l'appliquer de façon ferme. De même, les lois sur le port du casque à motocyclette se sont améliorées, mais il faut déployer davantage d'efforts pour les appliquer et garantir que les casques répondent aux normes de qualité. Le rapport réclame une application plus musclée des règlements de la circulation routière pour réduire les décès sur les routes et particulièrement pour protéger les usagers de la route les plus vulnérables.

Rapport de la situation sur la prévention de la violence dans les Amériques

62. Le Bureau a publié en mars 2015 le *Rapport de situation de la prévention de la violence dans la Région des Amériques, 2014*. Il fournit une mise à jour de l'information sur la prévention de la violence interpersonnelle dans les Amériques, fondée sur le Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde, un rapport produit en collaboration par l'OMS et ses bureaux régionaux, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC).

63. Le Bureau a rassemblé des informations émanant de 21 pays des Amériques, représentant 88 % de la population de la Région, pour rédiger le rapport. D'après ce dernier, en 2012, il y a eu 165 617 décès par homicide dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes à revenu faible et à revenu intermédiaire, dont les trois-quarts étaient perpétrés avec des armes à feu. Cela représente 28,5 homicides pour 100 000 personnes, soit plus de quatre fois le taux d'homicide mondial (6,7 pour 100 000). Le rapport indique aussi que trois quarts des pays de la Région sont dotés de plans d'action nationaux de réduction de la violence, et tous les pays sont dotés de lois sur les armes à feu. Un tiers d'entre eux ne disposaient toutefois d'aucune donnée, ce qui donne à penser qu'une bonne partie de la planification et de l'élaboration des politiques se fait en l'absence de données probantes.

64. Le rapport de situation va soutenir l'élaboration de politiques dans les États Membres et la conception de plans et d'initiatives efficaces, y compris de programmes de réduction de la disponibilité et de la consommation nocive d'alcool, de lois et de programmes visant à réduire l'accès aux armes à feu et aux couteaux, d'efforts visant à changer les normes sexospécifiques qui contribuent à perpétuer la violence contre les femmes, de programmes d'amélioration des compétences parentales et des notions de vie

pratiques à l'intention des enfants et des adolescents, et de campagnes d'information publique pour la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

Promotion de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

65. La santé maternelle demeure une préoccupation majeure dans l'ensemble de la Région et un défi particulier à relever pour accomplir des progrès dans le domaine de la santé universelle. L'objectif 5 du Millénaire pour le développement (OMD) était l'un des rares OMD que l'Amérique latine et les Caraïbes n'ont pas réussi à atteindre : bien que les décès maternels ont diminué en moyenne de 2,2 % par année, cela représente moins de la moitié de la diminution annuelle de 5,5 % nécessaire pour atteindre l'OMD 5. Cet écart découle de capacités insuffisantes parmi les pays pour assurer des services de santé sexuelle et génésique de qualité, complets et accessibles à tous, en plus de la pauvreté et d'autres déterminants sociaux de la santé.

66. L'amélioration de la capacité des professionnels des soins périnataux pour intervenir efficacement en cas d'hémorragie obstétrique, l'une des causes majeures de mort maternelle, était un domaine d'action prioritaire au cours de la période de référence. Ces efforts s'inscrivaient dans l'initiative de zéro décès maternel pour cause d'hémorragie, dirigée par le Centre latino-américain de périnatalogie, Santé de la femme et reproductive (CLAP/SMR) de l'OPS réalisée avec le soutien de la Fondation latino-américaine des sociétés d'obstétrique et de gynécologie. L'initiative cible des régions infranationales ayant des taux de mortalité maternelle élevés (plus de 70 pour 100 000 naissances vivantes). Les pays participants comprennent la Bolivie, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Paraguay, le Pérou et la République dominicaine.

67. Le Bureau a fourni une formation aux professionnels de la santé de ces pays sur la prise en charge efficace de l'hémorragie obstétrique en milieu clinique et au moyen de plans de travail nationaux. Le Bureau a aussi fourni 16 simulateurs de naissance et 32 vêtements antichocs non pneumatiques destinés aux ateliers donnés au niveau national lors desquels quelques 210 prestataires de santé supplémentaires ont reçu une formation. Plus récemment, le Nicaragua a aussi adopté la même approche de formation.

68. Les complications de l'avortement pratiqué dans des conditions insalubres sont une autre cause importante de décès maternels dans la Région. Les données sont très difficiles à recueillir sur le problème en raison de la nature de l'avortement illégal et du manque d'enregistrement fiable des événements qui s'y rapportent dans les systèmes de santé des pays. Néanmoins, l'OPS estime que près de 4 millions de femmes ont recours à l'avortement chaque année en Amérique latine seulement, dont la vaste majorité est pratiquée dans des conditions insalubres.

69. Afin d'améliorer la collecte des données sur l'avortement, tant légal qu'illégal, et la qualité des soins prodigués aux femmes qui se font avorter, le CLAP/SMR a élaboré un registre clinique des avortements dans le cadre de son système d'information périnatale (SIP). En avril 2015, le CLAP/SMR et la Fédération internationale de gynécologie et

d'obstétrique ont convoqué des experts de l'ensemble de la Région au Panama pour valider le formulaire SIP-A. Les experts ont rédigé un plan de travail de six mois pour peaufiner le formulaire en fonction des besoins des pays et pour l'intégrer aux applications Web et mobiles du SIP. L'OMS prévoit également se servir du formulaire SIP-A pour lancer une étude multipays sur les soins en matière d'avortement.

Une promesse renouvelée pour les Amériques

Pendant la période de référence, le Bureau a fait office de secrétariat technique pour le mouvement inter-agences « Une promesse renouvelée pour les Amériques » œuvrant à la réduction des fortes iniquités en santé génésique, maternelle et néonatale, ainsi que des enfants et des adolescents, qui persistent en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le travail accompli pendant la période comprenait l'identification des lacunes et des possibilités de financement, la création d'une base de données numériques pour les articles et les documents concernant les inégalités en santé et la tenue d'une série d'événements régionaux visant à encourager la discussion politique et technique concernant l'équité en matière de santé maternelle et infantile.

Au niveau national, le mouvement a entamé une série d'ateliers de formation destinés à renforcer la capacité dans les ministères de la Santé à mesurer et à surveiller les inégalités en santé aux niveaux national et infranational.

70. La grossesse chez les adolescentes a un impact majeur sur la santé maternelle et infantile et sur les aboutissements socioéconomiques. Ces grossesses augmentent les risques pour la santé tant pour les mères que pour les enfants, tout en réduisant les chances des adolescentes de recevoir une éducation et d'obtenir un emploi futur. L'OPS a été un acteur clé pour la mobilisation de partenariats et d'actions stratégiques pour s'attaquer à ce problème en Amérique latine et dans les Caraïbes, qui présentent les taux de fécondité parmi les adolescentes les plus élevés du monde (dépassés seulement par l'Afrique subsaharienne).

71. En 2014, le Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA) ainsi que les premières dames d'Amérique centrale ont adopté un plan infrarégional de prévention des grossesses chez les adolescentes fondé sur les résultats d'un symposium international organisé plus tôt la même année par le Bureau. Les domaines prioritaires comprennent l'amélioration des services de santé sexuelle et génésique destinés aux adolescentes, la formation des agents de santé, la promotion d'environnements législatifs et politiques propices, l'expansion et l'amélioration de l'éducation sexuelle et des efforts pour encourager la participation des jeunes. Le Bureau fournit un appui à la mise en œuvre du plan dans les pays.

Thèmes transversaux : genre, équité, droits de la personne et ethnicité

72. Le Plan stratégique de l'OPS définit quatre thèmes transversaux – le genre, l'équité, les droits de la personne et l'ethnicité – qui doivent être intégrés de façon prioritaire dans l'ensemble de la coopération technique de l'Organisation. En décembre 2014, la Directrice a établi un nouveau groupe de travail inter-programmatique chargé de

faciliter ce processus, dont les tâches sont de garantir que l'information pertinente liée à ces thèmes est partagée entre les différents départements et unités et de concevoir et mettre en œuvre des initiatives de promotion du travail en collaboration dans ces domaines. Pendant la période de référence, le groupe de travail a organisé un cours de formation à l'intention de tout le personnel de l'OPS portant sur les déterminants sociaux de la santé dans le contexte des thèmes transversaux. On a encouragé les participants à identifier des moyens pratiques d'intégrer ces thèmes à leur travail, et les résultats ont été utilisés pour finaliser un ensemble de directives visant à intégrer les thèmes transversaux au travail de l'Organisation.

73. Suite à un mandat du 52^e Conseil directeur de l'OPS de lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT) (document [CD52/18](#) [2013]), le Bureau a organisé la toute première Réunion régionale sur la santé des personnes LGBT et les droits de la personne en décembre 2014. Des représentants de ministères de la Santé, d'organisations de défense des droits de la personne, d'universités et de la société civile se sont rassemblés pour discuter des obstacles à l'accès par les personnes LGBT aux services de santé dont ils ont besoin, ainsi que des expériences réussies pour les surmonter. Au nombre d'autres résultats, la réunion a émis des recommandations concernant les stratégies et les initiatives de collecte et d'analyse des données pour savoir dans quelle mesure les services de santé de la Région répondent aux besoins de la communauté LGBT.

74. Dans le domaine du genre et de la santé, le Bureau a achevé une évaluation finale du plan d'action 2009-2014 de l'OPS de la Politique sur l'égalité des sexes (document [CD54/INF/2](#) [2015]), fondé sur les auto-évaluations faites par 32 pays et territoires. Voici les principales constatations :

- La proportion des États Membres dotés de politiques et de plans relatifs au sexe et à la santé est passée de 47 % en 2011 à 59 % en 2014.
- La proportion des pays dotés de budgets consacrés au sexe et à la santé est passée de 39 % à 44 %.
- Les unités techniques du Bureau ont indiqué avoir utilisé des données ventilées selon les sexes dans 72 % des directives produites entre 2009 et 2014.
- Dix-huit pourcent des États Membres ont déclaré utiliser de telles données dans leurs propres directives.
- Seulement 20 % des États Membres ont indiqué surveiller activement les engagements du secteur de la santé envers la généralisation de l'égalité entre les sexes.

75. Le rapport conclut que le Bureau et les États Membres de l'OPS ont accompli des progrès dans la mise en œuvre de la Politique sur l'égalité des sexes, mais que ces progrès ont été inégaux. Il préconise vivement des affectations budgétaires plus durables pour ce domaine de travail et réclame une collecte plus substantielle et une analyse plus

approfondie des données désagrégées en fonction des sexes pour soutenir les efforts de plaidoyer, l'élaboration des politiques et la programmation.

Partenariat pour l'état de préparation et d'intervention en cas d'urgence en matière de santé

76. Le travail de l'OPS en matière de gestion des catastrophes vise à accroître la capacité du secteur de la santé à prévenir ou à réduire les conséquences pour la santé des urgences, des catastrophes et des crises. En 2014, le Bureau a fourni une coopération technique et a mobilisé des ressources pour la réduction des risques, l'état de préparation et l'intervention en cas de catastrophe en Amérique latine et dans les Caraïbes. Cet effort a compris plus de \$8,6 millions en aide humanitaire pour répondre aux besoins en matière de santé des personnes touchées par les inondations en Bolivie et au Paraguay, par la sécheresse et les pénuries alimentaires qui lui sont liées au Guatemala et au Honduras, et par de très mauvaises conditions météorologiques dans trois pays des Caraïbes orientales. Le Bureau a aussi continué de répondre aux besoins humanitaires des populations déplacées en Colombie, ainsi que d'aider au rétablissement de la santé en Haïti.

77. Pendant la période, l'OPS a continué de promouvoir la généralisation d'une gestion globale en cas de catastrophe dans le secteur de la santé des États Membres de CARICOM. Le Bureau a contribué à la mise au point définitive d'une stratégie infrarégionale et à la programmation du cadre de travail de 2014-2024 fondés sur cette approche, ainsi qu'à un plan d'action et à un cadre de surveillance de la performance. Le Bureau soutient également l'établissement d'une nouvelle équipe d'évaluation et de coordination en cas de catastrophe (CDAC, selon son sigle en anglais) de CARICOM qui est destinée à améliorer le soutien fourni aux pays lors d'urgences et à mieux coordonner l'évaluation des dommages et l'analyse des besoins. La formation des membres de l'équipe CDAC a commencé en mai 2015 et les équipes devraient être opérationnelles en août 2015.

78. Les experts du Bureau ont aussi soutenu le groupe de partenaires du développement des Caraïbes orientales pour la gestion en cas de catastrophe, qui facilite la coordination de l'aide externe d'urgence aux pays des Caraïbes orientales touchés par des catastrophes majeures. En février 2014, le Bureau a participé à un exercice post-action pour examiner l'intervention d'urgence suite aux pluies abondantes qui ont touché Sainte-Lucie et Saint-Vincent-et-les-Grenadines en 2013.

79. Le Bureau a aussi renforcé sa coordination avec les 35 membres du groupe de travail sur les risques, les urgences et les catastrophes d'Amérique latine et des Caraïbes (REDLAC, selon son sigle en anglais), coordonné par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH) des Nations Unies. Les experts du Bureau ont aidé à réviser un cours de formation sur la nouvelle architecture humanitaire, ont animé des séances afférentes à la santé lors d'événements internationaux pour améliorer l'intervention en cas de catastrophe et ont participé aux efforts visant à améliorer la coordination inter-programme et inter-agence pendant les urgences.

80. En coordination avec l'organisation andine de la santé (ORAS-CONHU, selon son sigle en espagnol), le Bureau a continué son travail avec les ministères de la Santé de la région andine pour traduire en actions les axes d'intervention du plan stratégique de gestion des risques en cas de catastrophe dans le secteur de la santé (2013-2017) de la sous-région. Au cours de l'année 2014, le Bureau a soutenu l'intégration du plan dans les politiques des ministères de la Santé de l'Équateur et du Chili, l'organisation d'exercices de simulation et d'exercices d'entraînement interpays entre le Pérou et la Bolivie, la Colombie et l'Équateur et le Chili et le Pérou, ainsi que l'élaboration de plans d'urgence transfrontaliers.

Promotion de la santé dans le programme interaméricain

81. Dans la foulée des efforts de promotion de la santé universelle et visant à accorder une priorité élevée à la santé dans le programme politique de la Région, le Bureau a collaboré avec le groupe de travail mixte sur les sommets et le groupe de travail sur la mise en œuvre des initiatives des sommets de l'Organisation des États Américains (OEA) à la rédaction d'un document sur les « mandats pour l'action » préparés pour le VII^e Sommet des Amériques qui a eu lieu au Panama en avril 2015. Le Bureau a fourni des apports techniques lors de la tenue de discussions qui ont mené à un consensus entre les États Membres de l'OEA concernant huit paragraphes afférents à la santé inclus dans le document final. Les paragraphes concernaient des questions prioritaires en matière de santé comme l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, les flambées épidémiques de maladie et la riposte à ces flambées, ainsi que le Règlement sanitaire international, les MNT, l'eau et l'assainissement, les aliments et la nutrition, et la santé maternelle et infantile.

82. De même, le Bureau a contribué à l'élaboration d'une nouvelle convention interaméricaine sur les droits des personnes âgées. Grâce à leur participation à un groupe de travail spécial de l'OEA, les experts du Bureau ont aidé à intégrer des questions liées à la santé particulièrement pertinentes pour les adultes plus âgés, notamment l'accès aux soins palliatifs, les droits de la personne dans les services de soins de longue durée, l'accès préférentiel à des services de santé complets et les mécanismes juridiques garantissant le consentement éclairé et l'expression explicite des préférences pour le soutien en fin de vie. La convention a été adoptée par l'Assemblée générale de l'OEA en juin 2015 et elle constitue le premier traité international sur les droits des personnes âgées.

Chapitre II. Amélioration de l'efficacité et de l'efficacités institutionnelles

83. Pendant la période de référence, le Bureau a poursuivi ses efforts pour renforcer l'efficacité organisationnelle, gérer les risques avec efficacité, améliorer la transparence et la responsabilisation et assurer l'éthique et le traitement équitable sur le lieu de travail.

Évaluation interne et supervision

84. Une nouvelle initiative de supervision conçue de manière à améliorer le processus d'évaluation au sein du Bureau a constitué un important développement pendant la période. Historiquement, ce processus a souffert d'un manque de coordination des travaux d'évaluation qui examinent de façon objective la performance et l'impact des programmes et des activités. Une grande partie de cette activité d'évaluation a été menée par des partenaires de financement externe. Bien que les rapports d'évaluation aient révélé d'importants enseignements à tirer pour le Bureau, les constatations se sont en général limitées à ses programmes individuels ou à des bureaux de pays précis, sans partager largement les enseignements tirés dans l'ensemble du Bureau.

85. En mars 2015, le Bureau a produit le premier rapport d'une série semestrielle qui rassemblera les principaux enseignements tirés des rapports d'évaluation pour les diffuser dans toute l'Organisation. L'objectif est de promouvoir l'utilisation des travaux d'évaluation dont la portée dépasse celle des programmes individuels ou des bureaux de pays et par la même encourager l'amélioration continue et les processus décisionnels du Bureau, tout en contribuant à la mémoire et au développement institutionnels.

86. Aussi dans le domaine de la supervision interne, le Bureau a embauché fin 2014 un vérificateur interne pour évaluer les risques et les contrôles internes du programme *Mais Médicos* au Brésil. Le vérificateur effectuera quatre missions de vérification interne annuellement pendant la durée du programme.

Technologie et gestion de l'information

87. L'un des développements internes les plus importants pendant la période de référence a été la mise en œuvre de parties clés du nouveau Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS). Cette initiative de \$22,5 millions va moderniser et améliorer le soutien des opérations et de la coopération technique du Bureau. Le module de gestion du capital humain et la composante de paiement des salaires du projet (phase 1) ont été mis en œuvre au cours de la deuxième moitié de 2014 et de la première moitié de 2015; la mise en œuvre de la portion financière du système a commencé (phase 2, qui s'achèvera début 2016). La phase 1 a remplacé une grande partie des systèmes existants de ressources humaines du Bureau, alors que la phase 2 va remplacer ses systèmes financiers de base existants : AmpesOmis, AMS/FMS (système de gestion des subventions/système de gestion financière), FAMIS (système d'information de la gestion de la comptabilité financière), ADPICS (système de contrôle de l'inventaire des commandes placées d'avance) et SOS (recherche simplifiée en ligne). Plusieurs autres systèmes existants vont

continuer de fonctionner en dehors de l'application du PMIS, notamment pour le recrutement électronique, les impôts, les prestations de retraite, l'assurance-maladie du personnel et SharePoint.

88. La formation officielle du personnel au PMIS a commencé au siège en novembre 2014 et s'est poursuivie jusqu'en février 2015. Un « centre d'assistance en direct » a fourni une aide au personnel pendant le processus de déploiement, et les enseignements tirés au cours de la phase 1 ont été documentées pour aider à améliorer la fonctionnalité lors de la phase 2. Le projet du PMIS progresse conformément au calendrier et au budget, et la date prévue de mise en service complète demeure inchangée, en janvier 2016.

89. Dans le domaine de la technologie de l'information (TI), le Bureau a achevé une évaluation complète de la TI pendant la période, laquelle a donné lieu à 24 recommandations pour moderniser ce domaine clé du soutien institutionnel. Ces recommandations ont été intégrées à une nouvelle stratégie de TI qui répond aux changements importants des besoins et de l'environnement du Bureau en matière de TI, dont l'introduction du nouveau PMIS, les demandes croissantes des programmes techniques de l'OPS pour de meilleurs systèmes de TI au Bureau, la prolifération de l'informatique en nuage, l'anticipation d'un renouvellement inhabituellement élevé de la main-d'œuvre de la TI au cours des cinq prochaines années, les défis en matière de sécurité de l'information et l'expansion des médias sociaux sur le lieu de travail.

90. La nouvelle stratégie fournit un cadre de travail pour la gestion de la TI, un mécanisme pour déterminer les niveaux d'investissement et d'affectation sur l'ensemble du portefeuille de TI et une référence pour les dépenses totales consacrées à la TI. Le Bureau a aussi réexaminé un processus désuet de gouvernance de la TI afin d'améliorer la prise de décisions et l'établissement de priorités pour tous les projets et les investissements liés à la TI.

Encouragement de l'excellence et de l'éthique lors de la performance du personnel

91. Le Bureau a continué d'élaborer sa stratégie de gestion des ressources humaines, la stratégie de l'OPS pour son personnel, en vue de renforcer l'atout le plus important de l'Organisation : son capital humain. La stratégie vise à assurer que le Bureau puisse attirer et maintenir en poste les talents les plus prometteurs, ayant les aptitudes et les compétences voulues, et que le milieu de travail du Bureau offre un climat favorisant la meilleure performance du personnel. Pendant la période de référence, des groupes de travail ont progressé dans trois domaines de la stratégie : l'architecture des effectifs, le renouvellement des compétences et la modernisation des bureaux de pays et des centres. Cinq enquêtes ont été menées auprès du personnel, dont les résultats ont été partagés avec les trois groupes de travail qui les utilisent pour préparer des recommandations qui doivent être présentées à la Direction en juillet 2015.

92. Le Bureau a également poursuivi ses efforts pour favoriser une conduite respectant les principes d'éthique dans les opérations et les activités du Bureau. Deux

initiatives importantes ont été entreprises pendant la période de référence afin d'améliorer la sensibilisation du personnel envers les questions d'éthique.

93. La première était un nouveau programme pour la divulgation des conflits d'intérêt, lancé en novembre 2014 et conçu pour garantir que les intérêts privés du personnel n'interfèrent pas avec leurs tâches officielles au sein de l'Organisation. Le programme consiste en un questionnaire envoyé à l'origine à 125 hauts dirigeants au moyen d'une enquête en ligne, et qui sera répété annuellement. L'enquête donne l'occasion au personnel du Bureau de révéler les informations pertinentes pour permettre au Bureau d'éthique du Bureau d'identifier d'éventuels conflits d'intérêt qui pourraient découler de relations et d'activités des membres du personnel en dehors de l'OPS.

94. Dans la deuxième initiative, sous la recommandation du Comité de vérification de l'OPS, le Bureau d'éthique a collaboré avec le Bureau du Représentant de l'OPS au Brésil pour offrir une formation en portugais et en espagnol à toute l'équipe de *Mais Médicos*. La formation était axée sur les risques potentiels du programme, les initiatives et les efforts existants du Bureau pour prévenir et combattre la fraude, la corruption et l'inconduite dans le milieu de travail, et sur les politiques et les programmes conçus pour promouvoir un milieu de travail où tout le personnel est traité avec dignité et respect.

Chapitre III. Préparer l'avenir : positionnement de l'OPS en vue de l'ère des ODD

95. Pour la communauté du développement international, 2015 marque la fin d'une ère et le moment d'évaluer les progrès accomplis aux niveaux mondial, régional et national vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Des données récentes indiquent que d'ici la fin 2015, les Amériques à titre de Région auront probablement atteint tous les OMD liés à la santé, sauf un. En l'occurrence, la Région est restée en-deçà des attentes relatives à la réduction de la mortalité maternelle réclamée dans l'OMD 5 ; en revanche, la Région est sur la bonne voie en ce qui concerne le progrès d'autres indicateurs liés à la santé.⁶

96. Ces progrès méritent d'être soulignés, mais ils n'ont pas suffi à surmonter les iniquités de longue date et profondément enracinées en matière de santé qui existent entre les pays de la Région et en leur sein. La mortalité maternelle et la mortalité infantile demeurent toutes deux élevées dans certains pays de la Région et en particulier parmi les groupes pauvres et vulnérables. Le taux de fécondité des adolescentes demeure élevé en raison des besoins non comblés en matière de contraception et d'une éducation sanitaire insuffisante, des problèmes qui contribuent aussi à la propagation du VIH/sida. Pendant ce temps, trop de personnes de la Région, particulièrement dans les régions rurales, n'ont toujours pas accès aux installations sanitaires de base, ce qui les expose à un risque élevé – particulièrement les enfants – de contracter de nombreuses maladies.

97. Il sera essentiel de pérenniser les avancées de l'ère des OMD pour la santé et le développement futurs dans les Amériques, mais combler les lacunes restantes est nettement le plus grand défi pour la Région au-delà de 2015. Quelles sont les enseignements tirés quant à la poursuite des OMD, et comment peuvent-ils être appliqués aux efforts du Bureau et des pays pour atteindre les nouveaux objectifs de développement durable (ODD) ?

Figure 1

Objectifs de développement durable
1. Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.
2. Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable.
3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.
4. Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

⁶ On peut consulter une analyse supplémentaire dans le rapport de l'OPS *Progrès concernant les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé* qui sera distribué lors du 54^e Conseil directeur en septembre-octobre 2015.

5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.
6. Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau.
7. Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes à un coût abordable.
8. Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein-emploi productif et un travail décent pour tous.
9. Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation.
10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.
11. Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables.
12. Établir des modes de consommation et de production durables.
13. Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et ses répercussions.*
14. Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable.
15. Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité.
16. Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous.
17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser.

* Étant entendu que la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques est la principale structure intergouvernementale et internationale de négociation de l'action à mener à l'échelle mondiale face aux changements climatiques.

Source : Projet de document final du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015 (A/69/L.85 [2015]).

98. Les ODD sont un programme d'aspirations, plus élargi et plus ambitieux que la vision concentrée des OMD. Contrairement aux trois OMD (sur un total de huit) qui traitaient explicitement de la santé, un seul des 17 ODD, l'ODD 3, est entièrement dédié à la santé (figures 1 et 2). Les 13 cibles de l'ODD 3 abordent toutefois un éventail élargi de questions de santé : blessures occasionnées par les accidents de la route, lutte antitabac, personnel de santé, maladies non transmissibles – la préoccupation sanitaire la plus flagrante qui a été omise des OMD. De plus, tous les ODD ont des répercussions cruciales pour la santé et le bien-être. Les ODD, dont il est prévu qu'ils soient adoptés lors de la tenue du Sommet de l'ONU de septembre 2015, reflètent la réussite du

plaidoyer des pays pour que la santé occupe un rang élevé dans le programme de développement émergent mondial.

Figure 2

ODD 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge	
3.1	D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.
3.2	D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus.
3.3	D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre les hépatites, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.
3.4	D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être
3.5	Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.
3.6	D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route.
3.7	D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.
3.8	Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.
3.9	D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et la contamination de l'air, de l'eau et du sol.
3a.	Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.
3b.	Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce relatives à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments.
3c.	Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement.
3d.	Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux.

Source : Projet de document final du Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015 (A/69/L.85 [2015]).

99. Le [Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS](#) oriente actuellement la coopération technique du Bureau. Le document répond aux OMD mondiaux, au Programme d'action sanitaire régional 2008-2017 pour les Amériques et aux priorités nationales identifiées par les stratégies de coopération avec les pays de l'OPS. Il est également conforme sur le plan programmatique avec le Douzième programme général de travail de l'OMS.

100. Le Plan stratégique anticipe également le programme de développement de l'après-2015, aussi bien explicitement qu'implicitement. Ses [objectifs et indicateurs \(en anglais\)](#) d'impact, catégories, domaines programmatiques et priorités de leadership (figure 3) respectent l'ODD 3 dont les cibles sont des maladies et des menaces sanitaires précises, tout en demandant aux pays d'atteindre un accès universel aux soins.

101. Le Plan stratégique de l'OPS établit également les approches nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Il cherche spécifiquement à catalyser des changements dans le secteur de la santé qui transcendent les approches traditionnelles axées sur les maladies. Il aborde des problèmes émergents tels que le changement climatique, la mondialisation et la modernisation, et il propose un modèle de santé et de développement fondé sur l'équité et la durabilité écologique. Il préconise vivement une capacité accrue du secteur de la santé pour promouvoir l'action multisectorielle et la « santé dans toutes les politiques » pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Ses « thèmes transversaux » – genre, équité, droits de la personne et ethnicité – et les dispositions concernant les « pays clés » font référence à des formes précises d'iniquité qui doivent être corrigées afin de surmonter les lacunes persistantes et faire progresser la vision plus élargie des ODD.

Figure 3

Priorités en matière de leadership, Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS
a) Renforcer la capacité du secteur de la santé à traiter des déterminants sociaux de la santé, en utilisant la stratégie de la Santé dans toutes les politiques et en s'attachant à promouvoir une plus grande participation et autonomisation des communautés.
b) Être un catalyseur de la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle, en mettant l'accent sur les huit pays clés, avec notamment des interventions de promotion et de prévention.
c) Accroître l'action intersectorielle et multisectorielle pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.
d) Améliorer les capacités essentielles des pays pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international de 2005.
e) Accélérer les actions en vue d'éliminer les maladies transmissibles prioritaires dans la Région.
f) Mener à bien les activités sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et agir pour l'intégration de la santé dans le Programme pour l'après-2015 pour un développement durable.
g) Renforcer la capacité du secteur de la santé à générer des informations et des données probantes pour mesurer et démontrer le progrès concernant des modes de vie sains et le bien-être.

- h) Tirer parti des connaissances et de l'expertise dans les pays de la Région pour la fourniture de coopération technique par le partage des expériences réussies et des enseignements tirés.
- i) Accroître la responsabilisation, la transparence, l'efficacité et l'efficacités des opérations du Bureau.

Source: Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (Document officiel 345 [2014]).

102. Le Plan stratégique de l'OMS fournit ainsi un cadre solide à la coopération technique du Bureau avec ses États Membres pour l'après-2015. L'expérience des OMD donne pourtant à penser que de nouvelles approches plus focalisées visant la réduction de l'iniquité seront nécessaires pour garantir que les efforts visant à faire progresser les ODD et les objectifs du Plan stratégique bénéficieront aux personnes et aux communautés qui ont les besoins les plus criants.

Surveillance de l'inégalité : un défi crucial

103. Les ODD ont pour objectif de lutter contre l'inégalité, aussi bien de façon implicite en demandant que les avantages du développement soient partagés avec « tous », que de façon explicite au moyen de l'ODD 10, « réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre ». Cette emphase témoigne d'une reconnaissance croissante, éclairée par de nombreuses données probantes, que l'inégalité est non seulement injuste, mais qu'elle menace aussi la poursuite de la croissance économique et de la stabilité politique et sociale, ainsi que la viabilité future.

104. Cet objectif est important pour assurer que dans le cas des ODD on évite des résultats semblables aux OMD, c'est-à-dire des indicateurs de progrès au niveau national ou régional dissimulant le fait que des groupes vulnérables de la population étaient souvent laissés pour compte. Il serait également essentiel pour la réussite du programme global des ODD, et en particulier de l'ODD 3, de renforcer la capacité des systèmes d'information sanitaire de recueillir et d'analyser des données de qualité sur la santé, ventilées par catégories sociales et d'équité clés, y compris par l'emploi d'indicateurs utiles permettant d'évaluer l'inégalité et de suivre les progrès du pays pour la réduire.

105. Reconnaissant l'importance de ce défi, le Bureau a pris des mesures pour améliorer la surveillance de l'inégalité en matière de santé et a commencé à identifier des cibles et des indicateurs clés pour chacun des 17 ODD qui peuvent servir à suivre les progrès accomplis vers une meilleure équité dans le secteur de la santé.

Engagement au niveau infranational

106. La coopération technique du Bureau a toujours, mais pas exclusivement, été centrée au niveau national, par le biais d'interactions faisant intervenir principalement des contreparties dans les capitales nationales et, de façon spécifique, dans des ministères de la Santé. Il faudra se concentrer davantage sur le niveau infranational pour s'attaquer aux

besoins en matière de santé là où ils sont les plus grands, et avoir plus d'interactions avec les autorités et les communautés locales.

107. Il existe des précédents de cette approche dans le travail du Bureau. Des exemples en sont l'initiative de lutte contre la tuberculose dans les grandes villes et le prix annuel des champions contre le paludisme dans les Amériques, qui identifient et honorent les initiatives novatrices tant au niveau communautaire que national. L'établissement de cadres de travail efficaces servant à coordonner l'action aux niveaux local, national et international peut dorénavant stimuler de façon importante un engagement plus soutenu au niveau local tant pour le Bureau que pour les contreparties nationales.

108. Il faudra aussi se consacrer davantage aux besoins des personnes indigènes et à celles d'ascendance africaine pour réduire l'iniquité et aller de l'avant vers la santé universelle. En plus de promouvoir les approches multiculturelles, ce domaine de travail peut aussi tirer parti d'un engagement plus substantiel directement avec les communautés et les organisations de la société civile qui les représentent.

La santé universelle et la santé dans toutes les politiques

109. La réduction des iniquités en matière de santé est au cœur de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle de l'OPS* (document [CD53/5, Rév. 2](#) [2014]) dans la Région. L'inclusion de la couverture sanitaire universelle dans les cibles de l'ODD 3 est un appui important affirmant que l'équité en matière de santé est essentielle au développement des pays, et elle devrait aider les ministères de la Santé dans leurs efforts pour mobiliser des ressources supplémentaires en vue d'élargir la couverture à un plus grand nombre de personnes et à offrir un éventail plus grand de services de santé. La coopération technique du Bureau peut fournir un soutien supplémentaire en aidant les ministères à rassembler les données probantes et les arguments nécessaires pour persuader d'autres secteurs du gouvernement que la progression vers l'accès et la couverture universels apportera des avantages socio-économiques.

110. Indépendamment des niveaux d'investissement, les pays peuvent d'emblée faire des progrès vers la santé universelle en capitalisant sur des occasions existantes d'augmenter l'efficacité au sein de leurs systèmes de santé. Entre autres façons d'optimiser efficacement l'utilisation des ressources du système de santé, notons le déplacement de l'investissement vers les soins primaires, l'amélioration de l'accès à des ressources humaines en santé qualifiées et le choix et l'intégration de médicaments et de technologies de la santé fondés sur des données probantes.

111. L'avancement de la santé universelle demandera aussi de défendre en permanence et de renforcer les capacités pour l'action multisectorielle et « la santé dans toutes les politiques ». Le secteur de la santé doit être bien équipé pour s'engager dans un dialogue et établir des partenariats efficaces avec d'autres domaines et niveaux du gouvernement, notamment l'environnement, l'agriculture, les finances, la justice et l'éducation, afin de

promouvoir la santé et de réduire les iniquités en matière de santé en s'attaquant aux risques et aux déterminants sociaux qui ne sont pas de son ressort. L'action multisectorielle est une composante intégrale du travail du Bureau en matière de maladies non transmissibles, et son groupe de travail nouvellement établi sur la santé dans toutes les politiques et les objectifs de développement durable fournira à la coopération technique un cadre plaçant la santé et l'équité au centre de l'élaboration de toutes les politiques publiques.

Prévention et contrôle des MNT

112. Le risque des MNT est fortement lié aux déterminants sociaux et environnementaux, ainsi qu'aux effets négatifs de la mondialisation et de l'urbanisation. De nombreux gouvernements ont accusé un retard dans l'élaboration des politiques, des cadres de travail et de la législation nécessaires pour protéger les citoyens, particulièrement les enfants, de l'exposition au marketing des boissons sucrées, des aliments ultra-transformés, du tabac et de l'alcool.

113. Le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans les Amériques (2013-2019) de l'OPS précise les types de politiques et de partenariats multisectoriels qui sont nécessaires pour promouvoir la prévention et le contrôle des MNT en s'attaquant aux risques et aux facteurs de protection. La coopération, l'orientation et le plaidoyer continus du Bureau sur les points techniques seront essentiels à l'accomplissement des futures avancées afin de garantir que les intérêts de la santé publique sont totalement respectés.

114. Le groupe de travail interaméricain sur les MNT récemment constitué procure un modèle unique de collaboration intersectorielle sur les MNT au niveau des organismes de coopération, en regroupant les membres du système interaméricain⁷ avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes des Nations Unies (CEPALC) et la Banque mondiale. L'alliance peut contribuer à mobiliser les ressources pour la prévention et le contrôle des MNT, et pour sensibiliser davantage aux plus hauts niveaux politiques sur la nécessité de créer des environnements favorables à la santé en collaboration avec d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'éducation et le commerce. L'alliance peut aussi promouvoir une meilleure compréhension au niveau politique de l'importance cruciale de la réglementation et de la taxation en tant que « meilleures options » pour la santé publique afin de réduire l'exposition de la population aux principaux facteurs de risque de MNT.

Promotion du leadership en donnant l'exemple

115. Les défis susmentionnés vont tous exiger un leadership efficace de la part du Bureau et des États Membres de l'OPS alors que les pays et territoires des Amériques

⁷ Organismes membres du système interaméricain : l'Organisation des États Américains (OEA), la Banque interaméricaine de développement (BID), l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA) et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

vont passer de l'ère des OMD à celle des ODD. Le Bureau travaille sur plusieurs fronts pour s'assurer de disposer des structures et systèmes dont il a besoin pour relever ce défi.

116. Le nouveau cadre de travail du Bureau pour la Coopération entre les pays pour le développement de la santé (CCHD) jouera un rôle central à cet égard. Il vise à revitaliser le rôle de longue date du Bureau de facilitateur de la coopération horizontale et à créer de nouveaux mécanismes et processus pour aider les pays à partager entre eux leurs capacités techniques et programmatiques croissantes. Les efforts visant à renforcer les partenariats existants tout en créant de nouveaux partenariats avec des organisations de la société civile et des agences appartenant aux systèmes des Nations Unies et interaméricain, ainsi qu'avec d'autres organismes multilatéraux qui partagent l'engagement de l'OPS envers la santé, l'équité et le développement, sont tout aussi importants pour soutenir le rôle de leadership du Bureau.

Au-delà de 2015

117. Le portrait mondial de la santé en 2015 présente un fardeau réduit des maladies infectieuses et de la mortalité maternelle et périnatale, grâce en partie aux OMD et aux efforts inédits qu'ils ont suscités. Il subsiste toutefois des défis dans ces deux domaines qu'il faut relever, en parallèle au fardeau croissant des MNT et du problème fondamental de l'iniquité.

118. Le défi du Bureau sera d'assurer un leadership en démontrant clairement les répercussions tangibles des priorités précitées et en encourageant les États Membres de l'OPS à s'entraider par le partage des connaissances, de l'expérience et du savoir-faire sur ce qui fonctionne bien pour améliorer la santé publique. L'OPS en tant qu'organisation, et de façon plus générale, avec son réseau de partenaires en santé et développement, a démontré sa capacité de catalyser le progrès vers des objectifs communs. Le défi consistera dorénavant à tirer profit des forces du Bureau, des États Membres de l'OPS et d'autres partenaires pour continuer de donner l'exemple en faisant progresser la santé pour tous dans la Région des Amériques et ailleurs.

Acronymes et abréviations

ADPICS	<i>Advance Purchasing Inventory Control System</i> (système de contrôle de l'inventaire des commandes placées d'avance)
AMS/FMS	<i>Award Management System/Financial Management System</i> (système de gestion des subventions/système de gestion financière)
ANMAT	administration nationale des médicaments, des aliments et du matériel médical
ANVISA	agence nationale de surveillance sanitaire (Brésil)
ANR	autorité nationale de réglementation
BCAH	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
BID	Banque interaméricaine de développement
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
CAF	Corporation andine de développement
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CARPHA	Agence de la santé publique des Caraïbes
CCHD	<i>Cooperation among Countries for Health Development</i> (Coopération entre les pays pour le développement de la santé)
CDAC	évaluation et coordination en cas de catastrophe de CARICOM
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis
CdP20 CCNUCC	20 ^e Conférence des Parties sur la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques
CECMED	Centre de contrôle national des médicaments et du matériel et dispositifs médicaux (Cuba)
CEPALC	Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes
CLAP/WR	Centre latino-américain de périnatalogie/Santé de la femme et reproductive
COFEPRIS	Commission fédérale de protection contre les risques sanitaires (Mexique)
COMISCA	Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine
COSALFA	Commission sud-américaine pour la lutte contre la fièvre aphteuse
DFID	ministère britannique du développement international

FAMIS	<i>Financial Accounting Management Information System</i> (système d'information de la gestion de la comptabilité financière)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FDA	Administration des aliments et des médicaments des États-Unis
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS
IICA	Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture
INVIMA	Institut national de surveillance des médicaments et des aliments (Colombie)
LGBT	personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et trans
LTA	<i>long-term agreement</i> (accord à long terme)
MNT	maladies non transmissibles
MVE	maladie à virus Ebola
ODD	objectifs de développement durable
OEA	Organisation des États Américains
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
ORAS-CONHU	<i>Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue</i> (Organisation andine de la santé)
PANAFTOSA	Centre panaméricain de la fièvre aphteuse
PHEFA	Programme hémisphérique d'éradication de la fièvre aphteuse
PMIS	<i>PAHO Management Information System</i> (Système d'information pour la gestion du BSP)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
PWR	Représentant de l'OPS/OMS
REDLAC	groupe de travail sur les risques, les urgences et les catastrophes d'Amérique latine et des Caraïbes
REGULA	Renforcement de la capacité de réglementation des facteurs de risque des MNT

RSI	Règlement sanitaire international
SIP	système d'information périnatale
SIP-A	système d'information périnatale-registre clinique des avortements
SOS	<i>Simplified Online Search</i> (recherche simplifiée en ligne)
SRC	syndrome de rubéole congénitale
TB	tuberculose
TI	technologie de l'information
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain

Remerciements

Le Bureau sanitaire panaméricain est reconnaissant du soutien de ses États Membres par le biais de leurs contributions fixées et pour les généreuses contributions volontaires des gouvernements, des organismes et des institutions qui suivent :

Agence canadienne de développement international
Agence suédoise de coopération au développement international
American Heart Association
Banque interaméricaine de développement
Banque mondiale
Bill & Melinda Gates Foundation
Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophes
Bureau régional de CBM en Amérique latine
Centre de recherches pour le développement international
Commission européenne
Conseil national brésilien des bovins de boucherie
Corporation andine de développement
État de São Paulo
Fondation de l'OPS
Fondation des Nations Unies
Fondation Mérieux
National Foundation for the Centers for Disease Control and Prevention
Fondation Rockefeller
Fondation Sanofi Espoir
Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine
Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Fonds des Nations Unies pour la population
Fonds fiduciaire du PHEFA
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GAVI, l'Alliance du Vaccin
Gouvernement de l'Argentine
Gouvernement des Bahamas
Gouvernement du Belize
Gouvernement de la Bolivie
Gouvernement du Brésil
Gouvernement du Costa Rica
Gouvernement de la Colombie
Gouvernement d'El Salvador
Gouvernement de l'Équateur
Gouvernement de l'Espagne
Gouvernement du Guatemala
Gouvernement de Guyana

Gouvernement du Honduras
Gouvernement de l'Italie
Gouvernement du Luxembourg
Gouvernement du Mexique
Gouvernement du Panama
Gouvernement du Paraguay
Gouvernement du Pérou
Gouvernement de la République bolivarienne du Venezuela
Gouvernement de la République de Corée
Gouvernement de la République dominicaine
Gouvernement de l'Uruguay
Japan Center for International Exchange
London School of Economics and Political Science
MAC AIDS Fund
Ministère des Affaires étrangères du Canada
Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada
Ministère des Affaires étrangères et du commerce de l'Australie
Ministère du Développement international du Royaume-Uni
Mission permanente du Canada auprès de l'Organisation des États Américains
Norwegian Agency for Development Cooperation
Open Society Institute
Orbis International
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
Organisation mondiale contre la cécité
PATH
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
Programme des Nations Unies pour le développement
Project High Hopes Global
RAD-AID International
Sabin Vaccine Institute
Service de l'Union européenne à l'aide humanitaire et à la protection civile (ECHO)
Société Colgate Palmolive
Task Force for Global Health
Texas Children's Hospital
United States Agency for International Development
University of Antioquia Foundation
University of Washington
U.S. Centers for Disease Control and Prevention
U.S. Department of Health and Human Services
U.S. Food and Drug Administration
Vaccine Ambassadors
World Diabetes Foundation

- - -