



**Organisation
panaméricaine
de la Santé**



**Organisation
mondiale de la Santé**
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

57^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2019

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CD57/3, Rev. 1
26 août 2019
Original : anglais

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

Promouvoir le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030

Table des matières

Préface	4
Résumé d’orientation	7
Partie 1 : Introduction	16
Partie 2 : La coopération technique de l’OPS à l’appui des progrès du PASDA2030	27
Objectif 1 du PASDA2030 : Accès équitable à des services de santé complets.....	27
Objectif 2 du PASDA2030 : Rôle directeur et gouvernance de l’autorité sanitaire	38
Objectif 3 du PASDA2030 : Ressources humaines pour la santé.....	39
Objectif 4 du PASDA2030 : Financement de la santé	43
Objectif 5 du PASDA2030 : Médicaments, vaccins essentiels et autres technologies sanitaires prioritaires	44
Objectif 6 du PASDA2030 : Systèmes d’information en santé	49
Objectif 7 du PASDA2030 : Données probantes et connaissances en matière de santé.....	51
Objectif 8 du PASDA2030 : Flambées de maladies, urgences et catastrophes sanitaires	53
Objectif 9 du PASDA2030 : Maladies non transmissibles, et santé mentale et troubles neurologiques	68
Objectif 10 du PASDA2030 : Maladies transmissibles	86
Objectif 11 du PASDA2030 : Inégalité et iniquité en matière de santé.....	95
Partie 3 : Examen du renforcement institutionnel du BSP	107
Partie 4 : Défis actuels et enseignements tirés	119
Défis	119
Enseignements tirés	122
Partie 5 : Conclusions et perspectives d’avenir	126
Liste des sigles	130
Remerciements	132
Annexe A: Résumé des ODD et de l’ODD 3	137
Annexe B: Exemples de l’influence des autres ODD sur l’ODD 3	139
Annexe C: Relation entre le PASDA2030 et les ODD et cadres habilitants choisis du PASDA2030	142

À l'attention des États Membres,

Conformément à la constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel 2019 sur le travail du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques.

Ce rapport souligne les activités de coopération technique réalisées par le Bureau de juillet 2018 à juin 2019, dans le cadre du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019, défini par ses Organes directeurs et amendé en 2017 lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine.

Ce rapport est complété par le rapport financier du Directeur et le rapport du Commissaire aux comptes pour l'année 2018.

Carissa F. Etienne
Directrice
Bureau panaméricain de la Santé

Préface

Août 2019

1. Cela fait bientôt deux ans que j'ai été réélue pour un second mandat comme Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP ou le Bureau), le bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les Amériques. Dans mon rapport annuel 2018, j'avais défini ainsi le thème général de mon second mandat : « **Faire progresser la santé et le bien-être, en ne laissant personne pour compte.** » Ce thème est aligné sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et ses objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'objectif concernant le plus directement la santé, soit l'ODD 3 (« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »), ainsi que sur le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : Un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région (PASDA2030) (document CSP29/6, Rev. 3). Le PASDA2030 traite de l'ODD 3 et de certains autres ODD, et intègre leurs cibles en les ajustant de manière appropriée à la situation sanitaire dans la Région des Amériques.

2. Le PASDA2030 a été adopté de manière unanime par les ministres et les secrétaires de la Santé lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, tenue en septembre 2017. Il articule la direction et la vision politique des États Membres pour améliorer la santé et progresser vers les ODD dans la Région des Amériques. Le PASDA2030 est le fruit d'un processus consultatif élargi et il montre la voie pour transformer la vision collective de « la santé pour tous » en une nouvelle réalité pour les Amériques. C'est un cadre ajusté pour combler les lacunes de réalisation dans notre Région des objectifs du Millénaire pour le développement et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, et il articule les interventions nécessaires aux États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour garantir, d'ici à 2030, le meilleur état de santé possible pour tous dans la Région, avec un accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, des services sanitaires de qualité et des systèmes de santé résilients.

3. Au-delà de l'ODD 3, reconnu comme l'« objectif santé », les 11 objectifs et 60 cibles du PASDA2030 valorisent l'interdépendance des ODD, qui explique que de nombreux objectifs ont des répercussions sur la santé par le biais de leur impact sur les déterminants de la santé, qu'ils soient sociaux, environnementaux, politiques, ou autres. Les objectifs et les cibles du PASDA2030 sont en adéquation avec l'attention prioritaire et l'engagement de longue date de l'OPS en matière de réduction des iniquités de santé, et ils appuient en tous lieux un renouvellement de l'attention quant au droit de chacun à la meilleure santé possible, avec un accent particulier sur les personnes en situation de vulnérabilité.

4. Le PASDA2030 fait constamment référence à l'accès équitable, aux services intégrés, à la participation sociale, aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé et à la réduction des inégalités et des iniquités en matière de santé. Il est de plus en plus évident qu'une action multisectorielle, des approches faisant participer l'ensemble du gouvernement et l'ensemble de la société et des approches visant à intégrer la santé dans toutes les politiques sont essentielles pour aborder le programme. La répétition de ces termes reflètent l'engagement des États Membres de l'OPS et du BSP à s'attaquer énergiquement aux questions pertinentes – soit des interventions

efficaces pour les priorités sanitaires comme les maladies non transmissibles (MNT), les ripostes aux catastrophes naturelles et autres urgences, ainsi que la progression vers la santé universelle, rien de moins.

5. Ce rapport annuel concerne la période comprise entre juillet 2018 et juin 2019, et son thème est « **Faire progresser le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.** » Il résume le travail de l'OPS au cours de cette période relativement aux objectifs et aux cibles du PASDA2030, en soulignant les activités de coopération technique aux niveaux infranationaux, nationaux, infrarégionaux et régional, et l'exercice continu des fonctions essentielles de l'OPS relativement au rôle directeur et aux partenariats, aux travaux de recherche, à la production et la diffusion des connaissances, aux standards et aux normes, aux options politiques éthiques et fondées sur des données probantes, aux activités de coopération technique visant le changement et des capacités institutionnelles durables, ainsi qu'aux tendances évolutives des situations sanitaires.

6. Au plan régional comme au plan mondial, les États Membres ont réaffirmé leur engagement en matière de stratégie des soins de santé primaires (SSP) et de réseaux intégrés de services de santé (RISS), les uns et les autres essentiels pour faire progresser la santé universelle et offrir des services complets de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de rééducation et de soins palliatifs. En 2018, nous avons célébré le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, déclaration visionnaire faite lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue au Kazakhstan (dans l'ex-Union soviétique) en 1978, et nous avons publié en 2019 le Rapport de la Commission de haut niveau sur la santé universelle au 21^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata. En avril 2019, en même temps que le lancement du rapport de la commission de haut niveau, nous avons lancé le Pacte régional de l'OPS sur les soins de santé primaires pour la santé universelle : SSP 30-30-30, réponse initiale de l'OPS aux recommandations de la Commission de haut niveau sur la santé universelle. Ce pacte établit les objectifs, d'ici à 2030, de réduire d'au moins 30 % les barrières qui pénalisent l'accès à la santé et de consacrer au moins 30 % de la totalité du budget de la santé publique au premier niveau de soins.

7. Le rapport et les recommandations de la Commission de haut niveau sur la santé universelle sont en adéquation avec la Déclaration d'Astana, document final de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires : d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable, tenue à Astana (Kazakhstan) en octobre 2018. Dans la déclaration, les chefs d'État, les ministres, les représentants d'États et de gouvernements qui participaient à la conférence ont réaffirmé leur « engagement en faveur du droit fondamental de tout être humain d'accéder au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, sans distinction d'aucune sorte ». Ils restaient « convaincus que le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable liés à la santé ».

8. Alors que le BSP progresse sur le plan de la coopération technique, des partenariats, et des collaborations pour parvenir à la santé, j'exprime une fois encore ma sincère gratitude à tous ceux

qui contribuent à l'efficacité de notre travail : les États Membres de l'OPS, les États Membres des autres régions de l'OMS, les ministères de la Santé et autres ministères, le personnel du Siège de l'OMS et des autres bureaux régionaux de l'OMS, les autres agences de l'Organisation des Nations Unies, la société civile, le secteur privé qui appuie la santé et tout le personnel du BSP, dans les pays et à Washington, D.C.

9. Nous avançons ensemble pour faire progresser le PASDA2030, alors que nous faisons face à des périodes difficiles, excitantes et productives. Tout en reconnaissant que la santé est à la fois une condition nécessaire au développement durable et une conséquence de ce même développement, nous progressons avec une conscience accrue de la contribution que nous devons tous apporter pour parvenir à des résultats équitables pour tous.

Carissa F. Etienne
Directrice
Bureau panaméricain de la Santé

Résumé d'orientation

10. Le thème du rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain (BSP ou le Bureau) pour 2019 est « Faire avancer le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 ». Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030) est l'instrument politique stratégique qui offre, pour la période établie, une direction et une vision politique du développement sanitaire dans la Région des Amériques. Le PASDA2030 est une adaptation du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et principalement de son ODD 3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. » Avec ses neuf cibles et ses quatre mécanismes de mise en œuvre, l'ODD 3 est cohérent avec la situation régionale en matière de développement sanitaire.

11. Les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et le Bureau sanitaire panaméricain ont toujours travaillé non seulement à améliorer la santé des peuples des Amériques, mais aussi à réduire les iniquités. Bien que d'importants progrès aient été réalisés, beaucoup reste encore à faire. Les Organes directeurs de l'OPS ont approuvé des stratégies et des plans d'actions clés, et adopté les résolutions connexes, pour résoudre les problèmes relatifs au PASDA2030 et au Programme de développement durable à l'horizon 2030, dont un grand nombre remontent à une période où les cadres de développement durable n'avaient pas encore été adoptés.

12. Les États Membres ont fait preuve d'une solidarité et d'une volonté sans faille dans le partage des ressources, des succès, des expériences et des enseignements tirés, ce partage étant favorisé, coordonné et appuyé par le BSP. Des progrès considérables ont été réalisés dans la Région relativement aux objectifs du PASDA2030, qui concernent l'accès équitable à des services de santé intégrés, l'administration générale et la gouvernance en matière de santé, les ressources humaines en matière de santé, le financement des interventions de santé, les médicaments essentiels, les vaccins et les technologies de santé, les systèmes d'information sanitaire, les données probantes et le savoir en matière de santé, les flambées de maladies, les urgences et les catastrophes, les maladies non transmissibles (MNT) et les troubles neurologiques et de santé mentale, les maladies transmissibles, ainsi que les inégalités et les iniquités dans le domaine de la santé.

13. Au cours de la période comprise entre juillet 2018 et juin 2019, le BSP a ajusté ses activités de coopération technique pour faire avancer le PASDA2030 et les a renforcées en s'appuyant sur les succès précédents, en maintenant les acquis en matière de santé, en faisant face aux défis restants et à ceux émergents et en réduisant les iniquités en matière de santé. Le BSP a noté, et mis à profit, les interconnexions cruciales qui existent non seulement entre les objectifs et les cibles du PASDA2030, de l'ODD 3, et des 16 autres ODD, mais aussi entre les ODD eux-mêmes, et il a mis l'accent sur l'importance des partenariats multisectoriels pour aborder le domaine de la santé et ses déterminants sociaux, environnementaux, économiques et autres.

14. Le BSP a intensifié ses efforts de coordination interprogrammatique et travaillé aux niveaux régionaux, infrarégionaux, nationaux et infranationaux pour concrétiser la vision du PASDA2030 (« une Région des Amériques plus saine et équitable, en harmonie avec la vision mondiale et les principes établis dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 »)

et prendre en compte les fondements moraux et éthiques du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (« ne laisser personne pour compte »). Une attention particulière a été portée à huit pays clés de l'Organisation – la Bolivie (État plurinational de), le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname – pour aborder leurs défis spécifiques et mettre en œuvre la stratégie des pays clés de l'OPS, sans oublier les groupes et personnes en situation de vulnérabilité et les pays vivant des crises politiques, migratoires, ou autres.

15. Au cours de la période envisagée, une composante clé de la coopération technique du BSP a été son travail permanent pour faire progresser la santé universelle et réduire les iniquités en matière de santé, en se préoccupant non seulement de la couverture sanitaire universelle, mais aussi de l'accès universel à des services intégrés pour tous, au moment où surviennent les besoins et sans risque de graves problèmes financiers. De plus en plus sensibilisés à cet impératif, les pays ont déployé des efforts, ou intensifié les efforts existants, pour analyser leur propre situation et mettre en œuvre des interventions ajustées, y compris en renforçant leur stratégie de soins de santé primaires (SSP) – une composante clé de la santé universelle – pour fournir des services essentiels à tous et faire progresser la santé universelle.

16. Au niveau national et infrarégional, un aspect essentiel de la coopération technique en matière de santé universelle a été le renforcement de l'administration générale et de la gouvernance en matière de santé, y compris les cadres législatifs. La collaboration avec le Parlement centraméricain (PARLACEN) a conduit à une initiative d'harmonisation et de renforcement des cadres législatifs en matière de santé, en conformité avec la *Stratégie en matière de législation sur la santé* (document CD53/13 [2014]); cette collaboration a inclus des orientations et une législation type pour une révision des lois dans chaque pays d'Amérique centrale et en République dominicaine. Phase finale des consultations pour réviser la structure des fonctions essentielles de santé publique (FESP), un examen du cadre conceptuel de ces fonctions a permis de renouveler celui-ci.

17. Le BSP a travaillé avec les États Membres pour renforcer non seulement leur mise en œuvre de la stratégie des SSP, mais aussi les réseaux intégrés de services de santé (RISS) et les composantes cruciales des systèmes sanitaires en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé, le financement de la santé et l'accès aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux technologies sanitaires de qualité.

18. Le travail avec les RISS a ciblé le renforcement du premier niveau de soins et l'intégration de programmes sanitaires prioritaires, parmi lesquels les programmes concernant les MNT, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), la tuberculose et la santé de la mère et de l'enfant. Le *Plan régional d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* a orienté ce travail aux niveaux régional, infrarégional, national et infranational pour obtenir des résultats permettant de renforcer les équipes du premier niveau de soins et d'intensifier leur travail, de promouvoir et favoriser la responsabilité sociale des institutions de formation dans le domaine de la santé en connectant leur travail aux besoins des communautés où elles sont situées, et de résoudre les problèmes relatifs à la qualité, la répartition et l'efficacité des ressources humaines en santé.

19. Des options pour financer le domaine de la santé ont été explorées à la lumière de la stagnation ou de la réduction des allocations budgétaires dédiées à la santé dans certains pays, et des diminutions des aides officielles au développement dans de nombreux autres, ce qui a nécessité des solutions ajustées pour offrir des ressources appropriées aux besoins sanitaires et aux ambitions des États Membres. La prise de position et la coopération technique du BSP ont favorisé et appuyé la mise en œuvre de modalités fondées sur des données factuelles, parmi lesquelles des schémas nationaux d'assurance en matière de santé et l'allocation au domaine de la santé de fonds recueillis par une imposition sur les aliments nocifs pour la santé qui déterminent les épidémies de MNT, comme le tabac, l'alcool, les boissons sucrées et les aliments riches en graisses, en sucre et en sel.

20. Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (Fonds renouvelable de l'OPS) et le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (Fonds stratégique de l'OPS) constituent toujours des piliers stratégiques de la coopération technique du BSP, en offrant un appui crucial aux États Membres pour un achat en temps opportun de vaccins et de médicaments de qualité. Le Fonds stratégique a fourni des médicaments, des kits de tests diagnostiques, du matériel et des fournitures de lutte antivectorielle, 60 % de cette activité étant relative au diagnostic et au traitement de l'infection à VIH et du sida, de l'infection par le virus de l'hépatite C et de la tuberculose. Ces efforts ont permis à plusieurs pays de mettre en œuvre des protocoles thérapeutiques de l'infection à VIH fondés sur les orientations provisoires sur le traitement de cette infection que l'OMS a publiées en juillet 2018, et d'intensifier la prévention et le traitement de certaines MNT. De même, le Fonds renouvelable de l'OPS a fourni plus de 1,6 million de doses du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) aux pays pour renforcer leurs programmes de prévention du cancer du col de l'utérus, tandis que le Fonds stratégique a amplifié l'achat de fournitures et de médicaments destinés aux MNT, parmi lesquelles le diabète, le cancer et l'hypertension artérielle. Au niveau infrarégional, le Fonds stratégique a appuyé les négociations menées par le Marché commun du Sud (MERCOSUR) avec les fabricants de médicaments anti-hépatite C, qui ont abouti à des réductions de plus de 40 % du coût de l'un des antiviraux les plus essentiels.

21. La coopération technique du BSP pour réduire les décès chez la mère et l'enfant a été alignée sur le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* (document CD56/8, Rev. 1), qui a abouti à l'Engagement à l'action de Santiago. Cet Engagement à l'action a été adopté lors d'une réunion de haut niveau à Santiago (Chili) en juillet 2017, dans le cadre du mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants, Amérique latine et Caraïbes », qui vise à mettre fin aux décès évitables chez les femmes, les enfants et les adolescents, et à assurer leur bien-être.

22. Il y a plus de 10 ans, la Région des Amériques a atteint la cible de l'ODD 3.1, celle d'un taux de mortalité maternelle inférieur à 70 pour 100 000 naissances vivantes. Néanmoins, certains pays, et certains groupes de population à l'intérieur des pays, ont toujours des taux de mortalité maternelle plus élevés que les moyennes régionales et nationales respectives. Cette situation nécessite de cibler les problèmes relatifs à l'accès à des soins de qualité et à la réduction des iniquités pour atteindre la cible du PASDA2030 d'un taux de mortalité maternelle inférieur à 30 pour 100 000 naissances vivantes. Face à cette réalité, le BSP a collaboré avec les États Membres

et des partenaires pour améliorer la gestion des urgences obstétricales et renforcer la surveillance de la mortalité maternelle, entre autres mesures, s'efforçant ainsi à la fois de mesurer précisément et de réduire les taux de décès maternels.

23. Il y a eu une amélioration importante de la santé des enfants, avec une réduction marquée de la sous-nutrition et l'élimination de certaines maladies à prévention vaccinale comme la variole, la poliomyélite, la rubéole, le syndrome de rubéole congénitale et la rougeole. Néanmoins, les flambées récentes de rougeole dans certains pays et l'augmentation de l'obésité infantile menacent ces avancées en matière de santé de l'enfant, et la réduction de la mortalité néonatale reste un défi.

24. Des progrès ont été réalisés en matière d'élimination de la transmission mère-enfant de maladies transmissibles comme l'infection à VIH et la syphilis. Le premier rapport sur le cadre d'élimination de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas (l'initiative ETME Plus, selon le sigle espagnol) a été publié en avril 2019. Ce rapport présente, pour la première fois, la situation actuelle dans la Région de la maladie de Chagas congénitale et de l'hépatite B chez l'enfant.

25. Le suivi systématique de la progression vers les objectifs et les cibles du PASDA2030 et de l'ODD 3 sera essentiel, et les indicateurs de résultats intermédiaires et les indicateurs d'impact du projet de Plan stratégique 2020-2025 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (*document officiel 359*) offrent les moyens principaux de ce suivi. Le BSP a renouvelé ses efforts pour assurer des informations adéquates, en temps opportun et de bonne qualité pour suivre cette progression, surveiller et évaluer les programmes sanitaires, et prendre des décisions fondées sur des données factuelles, grâce à la mise en œuvre de l'initiative des systèmes d'information pour la santé (IS4H, selon le sigle anglais). Parmi les résultats importants de cette initiative, la mise au point d'une feuille de route pour renforcer les systèmes d'information pour la santé dans la sous-région des Caraïbes et l'octroi de subventions à des pays choisis dans le cadre de l'appel du BSP à des propositions visant à renforcer les systèmes d'information pour la santé. Le BSP a entrepris des activités complémentaires pour améliorer les données factuelles et les savoirs en matière de santé, parmi lesquelles l'amélioration de plateformes pour favoriser l'échange de connaissances, comme la Plateforme d'information sanitaire pour les Amériques (PLISA). Le BSP a continué à tirer parti des avancées des technologies de l'information et de la communication pour fournir des informations sanitaires, publier des manuscrits scientifiques et améliorer les connaissances en santé, un exemple étant le *Journal panaméricain de santé publique*.

26. Sur le plan de la coopération technique relative aux flambées de maladies, aux urgences et aux catastrophes, le BSP a poursuivi son travail avec les pays pour renforcer la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (RSI). Les interventions incluaient la formation sur la prévention et la lutte contre les infections, les enquêtes sur les flambées, la surveillance et le confinement des infections associées aux soins de santé; le renforcement des capacités de préparation et de riposte aux pandémies de grippe; et l'intensification des capacités diagnostiques de laboratoires.

27. Le BSP a fait la promotion d'une adaptation au changement climatique pour atténuer les effets de ce changement sur la santé humaine.¹ Ces effets comprennent une augmentation de la morbidité et de la mortalité liées à la chaleur, une augmentation de la fréquence des épidémies de maladies infectieuses, un risque et une sévérité accrus de catastrophes naturelles, des déplacements de populations dus à l'élévation du niveau des mers et à des tempêtes plus fréquentes et des menaces en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle. Le BSP a souligné la nécessité d'une riposte énergétique du secteur de la santé et d'une détermination des bénéfices sanitaires connexes aux mesures d'atténuation du changement climatique mises en œuvre par d'autres secteurs. Les efforts du BSP ont ciblé les petits États insulaires en développement (PEID) vulnérables des Caraïbes et leur concrétisation est l'élaboration du *Plan d'action des Caraïbes pour la santé et le changement climatique 2019-2023*, qui constitue une avancée majeure. Ce plan d'action vise à protéger les populations de ces pays des effets nocifs du changement climatique sur la santé, en mettant en place des systèmes sanitaires résilients au climat, en intensifiant la sensibilisation, en intégrant les possibilités de financement pour appuyer les pays et en favorisant des actions intersectorielles d'atténuation dans le secteur de la santé.

28. Favoriser l'inclusion et l'équité a également constitué un aspect important de la coopération technique du BSP en riposte aux catastrophes naturelles et aux autres urgences survenant dans les pays. Le BSP a sensibilisé à la nécessité d'approches fondées sur les droits de l'homme et renforcé la surveillance épidémiologique, les programmes de vaccination et la gestion clinique des menaces anticipées de maladies. Sur la période envisagée, l'émigration massive est apparue comme un défi important, dans la mesure où les problèmes transfrontaliers et la santé des migrants sont passés au premier plan. Le BSP a travaillé avec les gouvernements locaux et nationaux, avec d'autres partenaires à l'intérieur des pays et avec d'autres agences internationales, pour déterminer et combler les besoins sanitaires de toutes les populations affectées, qu'elles se trouvent dans les pays d'origine, de transit ou de destination. Le BSP a également favorisé la prise en compte de la question du handicap dans la gestion des risques de catastrophes à l'hôpital (INGRID-H, selon le sigle espagnol), par une méthode orientée sur les résultats qui vise à évaluer et à améliorer, dans l'éventualité d'une catastrophe, le niveau d'accueil d'un établissement sanitaire concernant les personnes handicapées.

29. La nécessité d'approches innovantes a été mieux comprise pour ce qui est de la prévention et de la lutte contre les principales MNT – maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques – et contre leurs principaux facteurs de risque – tabagisme, alimentation nocive pour la santé, inactivité physique et utilisation nocive de l'alcool – ainsi que du besoin de renforcer le dépistage et la prise en charge des maladies neurologiques et de santé mentale. Tout en apportant sa propre contribution, le BSP a mené et coordonné les mesures innovantes des États Membres pour gérer la charge écrasante des MNT, y compris un plus grand recours aux mesures législatives, fiscales et réglementaires pour permettre des choix plus sains pour la santé. Cette démarche a été réalisée en partenariat avec des secteurs autres que celui de la santé, avec la société civile et, quand cela était justifié, avec le secteur privé. Les pays ont mis au point des stratégies ou des plans d'action nationaux pour réduire les facteurs de risque des MNT et ils ont amélioré le

¹ OMS. Changement climatique et santé humaine – Risques et mesures à prendre. Résumé. Genève : OMS; 2003. Disponible sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9242590819.pdf?ua=1>

dépistage et la prise en charge de ces maladies, selon les engagements pris lors de réunions de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles tenues en 2011, 2014 et 2018, en conformité avec les cadres d'action mondiaux, régionaux et infrarégionaux.

30. Un accent a été mis sur la mise en œuvre continue de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac par des lois, des taxes, un conditionnement neutre des produits du tabac et des campagnes de communication antitabac. La réduction de l'obésité infantile a également été priorisée, par des mesures visant à améliorer la nutrition et l'activité physique dans les établissements scolaires et à réduire la commercialisation de produits alimentaires nocifs pour les enfants. La sous-région des Caraïbes a adopté des initiatives pour accroître l'activité physique et promouvoir une alimentation saine dans tous les établissements, les chefs d'État et le gouvernement de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) approuvant l'initiative « Caribbean Moves » en septembre 2018, le lancement de l'initiative « Barbados Moves » à la Barbade en octobre 2018 et l'introduction de l'initiative « TT Moves » à Trinité-et-Tobago en avril 2019.

31. La coopération technique du BSP a contribué aux efforts législatifs et réglementaires visant à diminuer la consommation nocive d'alcool, ce qui a été bénéfique à la réduction des MNT comme à la sécurité routière, mais a également accru l'attention portée aux maladies neurologiques et de santé mentale. L'appui du BSP dans le domaine de la santé mentale a fait ressortir l'importance de transférer l'attention de l'hôpital psychiatrique à la communauté et de faire progresser la mise en œuvre du *Programme d'action OMS : combler les lacunes en santé mentale* (mhGAP, selon le sigle anglais).

32. Des avancées ont été réalisées en matière de prévention et de lutte contre plusieurs maladies transmissibles, et dans la direction de l'élimination de certaines autres. Au cours de la période établie, l'élimination de *Rhodnius prolixus*, le principal triatome vecteur de la maladie de Chagas en Amérique centrale, a été validée au Guatemala, au Honduras et au Nicaragua. Cela signifie que la sous-région d'Amérique centrale et le Mexique sont maintenant exempts du vecteur responsable de la majeure partie de l'endémicité de la maladie de Chagas dans cette zone géographique. De la même manière, le département de Presidente Hayes (Paraguay) a été validé comme ayant éliminé la transmission de *Trypanosoma cruzi* par le vecteur *Triatoma infestans*, ce qui fait que l'ensemble du pays est exempt de transmission vectorielle de la maladie de Chagas. Le défi que constitue l'élimination de la transmission vectorielle de la maladie de Chagas étant bien connu, ces succès représentent des réalisations majeures pour ces pays clés de l'OPS.

33. L'OPS a lancé un programme spécial concernant la résistance aux antimicrobiens pour encourager et appuyer la mise en place de nouvelles actions par les États Membres pour diminuer les répercussions de la résistance aux antimicrobiens dans la Région. Un appui a été offert à un réseau régional qui suit la résistance aux antifongiques de l'espèce *Candida*, une source courante de septicémies contractées à l'hôpital. L'OPS a également soutenu les efforts déployés pour renforcer la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose, un accent étant mis sur les pays où la charge de la maladie est particulièrement élevée. Les autres réalisations en matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles incluaient le recours accru aux recommandations de l'OMS dans sa politique visant à « traiter tout le monde », concernant

l'initiation d'un traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH quel que soit le compte de CD4, la certification de l'Argentine et du Paraguay comme étant exempts de paludisme, la réduction importante du nombre de cas présumés de choléra sur l'île d'Hispaniola et la notification de seulement six cas de rage humaine associée au chien sur l'ensemble de la Région. Le BSP a également lancé des interventions visant à accroître la prévention des maladies et des décès dus aux incidents mettant en jeu des animaux venimeux et a ciblé les morsures de serpent.

34. Le travail des commissions établies par l'OPS pour analyser les problèmes régionaux relatifs aux soins de santé primaires, à la santé universelle et à la réduction des iniquités a porté ses fruits. Les exemples incluent la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques et la Commission de haut niveau sur la santé universelle au XXI^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata. Leurs recommandations portaient sur le renforcement des services du premier niveau de soins, l'inclusion sociale et la participation sociale, entre autres sujets, et ont été utilisées pour l'élaboration des impacts et des résultats intermédiaires du projet de Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS. Ces commissions ont également lancé des initiatives, comme le Pacte régional SSP 30-30-30, qui vise à renforcer l'appui budgétaire pour l'approche des SSP et à améliorer l'accès à la santé.

35. Les thèmes transversaux de l'Organisation que sont les droits de l'homme, le genre, l'ethnicité et l'équité sont restés les fondements de la coopération technique du BSP. Des interventions ont concerné les déterminants sociaux de la santé et amélioré la santé de groupes se trouvant en situation de vulnérabilité, parmi lesquels les adolescents, les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine et les personnes aux orientations de genre et de sexe différentes, telles que les personnes s'identifiant comme lesbiennes, gays, bisexuelles, trans ou queer (LGBTQ). Des efforts ont été déployés pour accroître la prestation de services ajustés à leurs besoins et pour envisager des questions problématiques comme celle de la santé sexuelle et génésique, y compris en utilisant l'outil OMS Innov8 pour analyser et améliorer les programmes de santé de l'adolescent.

36. Pour atteindre ses objectifs sur la période établie, le BSP a formé et poursuivi des partenariats divers et efficaces. Le BSP a travaillé avec des entités infranationales, nationales, infrarégionales, régionales et mondiales, parmi lesquelles des corps parlementaires infrarégionaux, des gouvernements municipaux, des universités, des associations caritatives et des entités du secteur privé, en gérant les conflits d'intérêts d'une manière appropriée par la mise en œuvre permanente du *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* (FENSA, selon le sigle anglais).

37. De tels partenariats ont été des facteurs importants pour faire progresser la réduction des risques en matière de santé environnementale et l'amélioration de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH, selon le sigle anglais). Une évaluation du programme WASH dans des établissements nationaux de soins de santé sélectionnés a permis de recueillir des informations qui ont constitué la source principale de données régionales pour la publication *WASH dans les établissements de santé. Rapport référentiel mondial 2019* du Programme conjoint de suivi OMS-UNICEF. Publié en avril 2019, ce document offrira une base pour mieux intégrer l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les politiques et les plans nationaux de santé. La collaboration

du BSP avec le PARLACEN a abouti à une résolution par laquelle le corps parlementaire, reconnaissant qu'une qualité de l'air médiocre constitue un problème de santé publique et un facteur de risque environnemental important, en appelle à la création de lois et à la mise en œuvre d'actions pour améliorer la qualité de l'air.

38. Les activités entreprises par le BSP pour encourager et soutenir la coopération technique qu'il fournit relativement à sa modalité de coopération entre les pays pour le développement sanitaire ont permis de tirer parti de la propre expertise des États Membres, de permettre le partage des expériences et des enseignements tirés et d'appuyer le transfert de technologies pour des questions qui incluaient la résistance aux antimicrobiens, la prévention du surpoids et de l'obésité et la prise en charge des problèmes de santé mentale.

39. Le BSP a poursuivi son autosurveillance et réalisé son analyse périodique habituelle, ainsi que des interventions de renforcement institutionnel continu, relativement *a)* à la gestion des ressources humaines et à la mise en œuvre continue de la stratégie du personnel de l'OPS, *b)* à l'éthique, la transparence et la reddition de comptes, favorisées par l'établissement d'un Bureau des enquêtes et procédures qui a eu pour effet l'émission d'une opinion sans réserve par le nouveau Commissaire aux comptes du BSP, *c)* à la mobilisation des ressources, avec l'établissement de 10 nouveaux partenariats, *d)* à la planification et la budgétisation, avec la participation active des États Membres à l'élaboration du projet de Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS, *e)* aux opérations financières, dont le résultat était une meilleure clôture financière 2018, *f)* à la gestion des risques institutionnels, qui a fourni des informations clés pour renforcer les fonctions de surveillance et d'évaluation, *g)* aux achats, qui ont contribué à l'acquisition par les États Membres de médicaments, vaccins et technologies sanitaires plus efficaces et d'un meilleur rapport qualité-prix, *h)* aux services des technologies de l'information, y compris des mesures pour dynamiser la cybersécurité, *i)* à la gestion du savoir, avec le regroupement de trois programmes indépendants en un nouveau Bureau de la gestion des connaissances, des publications et des traductions pour une meilleure efficacité et un impact plus important, *j)* à la communication en santé (C4H, selon le sigle anglais), par la mise en œuvre continue du *Plan stratégique de communications 2018-2022 de l'OPS* et *k)* aux services généraux, ce qui a amélioré la sécurité et l'efficacité logistique des opérations menées au Siège de l'OPS et dans les bureaux de pays.

40. La période établie dans ce rapport n'a cependant pas été sans défis, parmi lesquels des changements dans les administrations politiques nationales, qui ont rendu nécessaire une flexibilité permanente du BSP pour s'ajuster et s'adapter afin de réaliser les objectifs prioritaires convenus en matière de santé, des crises économiques et une austérité fiscale dans de nombreux pays, qui ont conduit les États Membres et le BSP à envisager et à mettre en œuvre des stratégies et des partenariats innovants de mobilisation des ressources, et l'interférence de l'industrie pour affaiblir ou restreindre les cadres législatifs ou autres visant à lutter contre les facteurs de risque des MNT dans plusieurs pays, ce qui a nécessité des actions de haut niveau fondées sur des données factuelles. Les autres défis incluaient la persistance de systèmes de santé segmentés ou fragmentés, mais aussi le besoin d'un accent plus fort sur la prévention, sur les SSP, sur les RISS, sur un personnel sanitaire avec des objectifs de travail spécifiques et sur un financement adéquat de la santé. La mise à disposition plus qu'insuffisante d'informations sanitaires de qualité délivrée en

temps opportun, pour une prise de décision, une planification, une surveillance et une évaluation fondées sur des données factuelles, a constitué un défi supplémentaire.

41. Pour ce qui est des perspectives d'avenir, il existe plusieurs possibilités pour répondre aux défis identifiés et améliorer les chances de succès, parmi lesquelles la présentation du projet de Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS et du projet de Budget programme 2020-2021 de l'OPS (*document officiel 358*) au 57^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2019. Élaboré sur le thème de « L'équité au cœur de la santé », le projet de Plan stratégique 2020-2025 présente des actions spécifiques pour combattre les inégalités en matière de santé, répondant ainsi directement à l'objectif 11 du PASDA2030 et, globalement, à l'un des principes et valeurs essentiels du PASDA2030 et de l'Organisation. Le projet de Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS sera complété par des stratégies et des plans d'action répondant à de nombreux problèmes spécifiques, parmi lesquels la qualité des soins lors de la prestation de services de santé, la promotion de la santé dans le contexte des ODD, l'ethnicité et la santé, l'élimination des maladies transmissibles, l'élimination des acides gras trans produits industriellement, l'accès équitable aux transplantations d'organes, de tissus et de cellules et le renforcement des systèmes d'information pour la santé.

42. Il existe également plusieurs forums devant lesquels le BSP peut poursuivre son plaidoyer de haut niveau pour soutenir le bien-être, la prévention et la lutte contre la maladie et l'équité en santé. Ces forums incluent la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, prévue en septembre 2019, le travail vers une meilleure conformité aux cadres mondiaux de surveillance et la participation à des initiatives conjointes pour accélérer les progrès en matière d'ODD relatifs à la santé, comme le *Plan d'action global pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous : Unir nos efforts pour accélérer les progrès en vue des objectifs de développement durable liés à la santé*, qui constitue un effort de la part de plusieurs agences internationales pour coordonner leurs actions au niveau de pays en appui au PASDA2030, à l'ODD 3 et aux ODD connexes. Le BSP continuera à soutenir et à orienter les États Membres selon les cadres convenus et les résolutions adoptées, et avec une flexibilité qui lui permettra de riposter aux changements dans les situations nationales, infrarégionales, régionales et mondiales et dans les environnements où il déploie ses interventions.

Partie 1 : Introduction

43. Ce rapport présente les temps forts des activités de coopération technique du BSP avec les États Membres et de sa collaboration avec les partenaires et les parties prenantes clés pour atteindre les objectifs et les cibles du PASDA2030 au cours de la période comprise entre juillet 2018 et juin 2019. Il détaille les stratégies, les interventions et les réalisations, fait observer les défis et les enseignements tirés, résume le renforcement institutionnel du BSP et fait entrevoir la pérennité du rôle-clé de l'OPS dans l'amélioration des résultats en matière de santé pour tous les peuples de la Région des Amériques et au-delà, en ne laissant personne pour compte.

44. Le PASDA2030 a été élaboré pour succéder au Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et en réponse à la résolution A/RES/70/1 de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030*, document final du Sommet de l'Organisation des Nations Unies pour l'adoption du programme de développement pour l'après-2015. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a été adopté en septembre 2015 lors de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies et il comporte 17 ODD et 169 cibles qui recouvrent les trois dimensions du développement durable : économique, sociale et environnementale. Ce programme à l'horizon 2030 a été décrit comme un plan d'action pour les personnes, pour la planète et pour la prospérité, qui vise à renforcer la paix universelle, à établir pour sa mise en œuvre un partenariat collaboratif auquel participent tous les pays, toutes les parties prenantes et tous les peuples, ainsi qu'à ne laisser personne pour compte.

45. Les ODD sont devenus effectifs le 1^{er} janvier 2016 et s'appuient sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 2015, qui ont été établis en 2000. Comparativement aux OMD, les ODD ont une portée élargie, vont plus loin pour extirper les racines de la pauvreté, s'appliquent à tous les pays, et non seulement aux pays « en développement », mettent un accent fort sur les moyens de la mise en œuvre, renforcent les efforts pour réduire les iniquités entre les pays et au sein d'un même pays, et intensifient la concrétisation progressive des droits de l'homme. Une attention particulière est portée à la nature intégrée et interconnectée des objectifs, à la revitalisation du partenariat mondial pour le développement durable, et aux besoins des membres de la société les plus démunis et les plus vulnérables. Les ODD, dont l'ODD 3 – soit l'objectif le plus directement lié à la santé – et ses neuf cibles et quatre mécanismes de mise en œuvre sont résumés à l'annexe A.

46. En 2015, le BSP a publié le document intitulé « Preparing the Region of the Americas to Achieve the Sustainable Development Goal on Health », qui comportait des fiches analytiques résumant l'état d'avancement des cibles de l'ODD 3 dans la Région, et les missions, programmes, documents techniques et partenaires stratégiques pertinents de l'OPS/OMS relativement aux problèmes en jeu. Cette ressource très utile comportait aussi une analyse de conformité entre les cibles de l'ODD 3 et le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. En 2017, la réunion régionale d'information de l'OPS sur la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 dans la Région des Amériques résumait les stratégies organisationnelles clés et les interventions pour une action et des partenariats multisectoriels afin de progresser vers l'ODD 3. Le document mettait aussi l'accent sur les interconnexions entre les ODD, leurs répercussions sur

la santé et l'importance d'une approche intégrée pour garantir la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Des exemples de l'influence des autres ODD sur l'ODD 3 sont présentés à l'annexe B de ce rapport.

47. Pour permettre à la Région des Amériques de travailler de manière solidaire afin de progresser dans la réalisation de l'ODD 3 et des autres ODD qui ont des répercussions sur la santé, et en tenant compte des spécificités de la Région, les États Membres de l'OPS et le BSP ont élaboré un projet – le PASDA2030 – qui vise à orienter les actions de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Les objectifs du PASDA2030 sont présentés ci-dessous.

Objectifs du Programme sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030



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



Objectifs : Renforcer le rôle directeur et la gouvernance de l'autorité sanitaire nationale, tout en encourageant la participation sociale.



Objectifs : Renforcer la gestion et le perfectionnement des ressources humaines pour la santé avec des compétences facilitant une approche intégrale de la santé.



Objectifs : Parvenir à un financement adéquat et durable de la santé, avec équité et efficacité, et progresser vers la protection contre les risques financiers pour toutes les personnes et leur famille.



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



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



Objectifs : Développer la capacité de production, de transfert et d'utilisation des données probantes et des connaissances en matière de santé, en encourageant la recherche et l'innovation, ainsi que l'utilisation de la technologie.



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



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



Objectifs : Réduire la charge des maladies transmissibles et éliminer les maladies négligées.



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

48. Outre les ODD et le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, de nombreux cadres et documents de l'OPS/OMS, et autres cadres et documents internationaux, orientent la progression vers les objectifs et les cibles du PASDA2030. L'annexe C de ce rapport présente ces objectifs et ces cibles, leurs liens avec certains ODD et certaines cibles d'ODD, et une sélection de cadres transversaux facilitateurs de l'OPS et d'autres cadres internationaux. De nombreux cadres de l'OPS témoignent de la prévoyance de cette Organisation, qui aborde plusieurs de ces questions en ciblant l'équité.

49. Le PASDA2030 est rendu opérationnel par la mise en œuvre des plans stratégiques de l'OPS et de leurs budgets programmes connexes. Le projet de Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS et ses trois budgets programmes constitueront les principaux instruments de mise en œuvre continue d'interventions pour atteindre les objectifs et les cibles du PASDA2030.

50. Le BSP surveille et notifie régulièrement les progrès quant à la concrétisation des résolutions adoptées par la Conférence sanitaire panaméricaine ou par le Conseil directeur de l'OPS, et la réalisation des objectifs des stratégies et de leurs plans d'action connexes, en collaboration avec les États Membres et les partenaires. Les points forts du statut actuel de la Région, et de sa progression globale relativement à certains objectifs et cibles du PASDA2030, sont présentés ci-dessous, avec des données à l'appui quand elles sont disponibles.

51. Pour concrétiser l'accès équitable à des services de santé complets, la Région des Amériques a été la première Région de l'OMS à adopter de manière collective l'objectif de réalisation de la santé universelle par le biais de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CD53/5, Rev. 2 [2014]). La plupart des États Membres de l'OPS ont adopté la stratégie pour orienter les réformes connexes du système de santé. Plusieurs pays ont lancé l'élaboration de politiques, stratégies ou plans nationaux de santé, tandis que d'autres ont fait progresser la mise en œuvre des RISS, ont établi des cadres de financement en matière de santé ou renforcé les cadres existants, ou ont réduit les déficits critiques en ressources humaines pour la santé, tous ces pays cherchant à atteindre les objectifs de la santé universelle. Plusieurs pays ont offert des exemples de progression en améliorant l'accès à des services de santé complets, intégrés et de qualité. L'État plurinational de Bolivie (ci-après, la Bolivie) a élargi et intégré l'initiative « Mi Salud ». El Salvador a consolidé son initiative nationale pour renforcer ses réseaux de services sanitaires. Les Bahamas ont fait progresser l'élaboration d'une assurance nationale de santé.

52. Bien que 25 pays² aient accru les dépenses publiques en matière de santé entre 2011 et 2016, cette augmentation a généralement été lente : la moyenne régionale est passée de 3,7 % du produit intérieur brut (PIB) en 2011 à 4,2 % en 2016, soit une augmentation de 14 %. De plus, malgré leurs interventions pour améliorer la situation concernant les ressources humaines pour la santé, de nombreux pays n'ont pas encore atteint le niveau recommandé par l'OMS de

² Bahamas, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Haïti, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago et Uruguay

44,5 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10 000, niveau considéré comme crucial pour atteindre les ODD.³

53. Pour ce qui est des médicaments essentiels, des vaccins et des technologies sanitaires, la plupart des pays de la Région disposent d'une liste officielle des médicaments essentiels, et des critères de sélection ont été établis dans le cadre de la méthode d'évaluation des technologies de la santé de l'OPS/OMS pour l'intégration des médicaments et autres technologies sanitaires aux prestations de la couverture assurée par le secteur public. Néanmoins, toutes les listes de médicaments essentiels ne sont pas régulièrement mises à jour, et certaines listes contiennent encore des produits dont l'innocuité, l'efficacité ou le rapport qualité-prix sont préoccupants. De plus, moins de 50 % des pays étudiés ont établi un mécanisme qui utilise les critères de sélection de l'évaluation des technologies sanitaires de l'OPS/OMS. La Région a bien progressé quant au renforcement des autorités de réglementation nationales pour garantir que seuls des médicaments et des technologies sanitaires de qualité sont offerts à la population, et huit autorités de réglementation de référence régionale désignées par le BSP réglementent maintenant les produits pour environ 82 % de la population des Amériques. Néanmoins, quelque 18 millions de personnes vivent dans des pays qui ne disposent que d'une surveillance réglementaire très rudimentaire, voire d'aucune surveillance, et les autorités de réglementation nationales de la plupart des pays ont des plans de développement institutionnel basés sur une évaluation standard de leurs capacités et de leurs lacunes.

54. La mortalité de la mère et celle de l'enfant sont des marqueurs importants de l'accès équitable à des services de santé complets. Bien que la Région des Amériques ait atteint, il y a maintenant plus de 10 ans, la cible de l'ODD 3.1 d'un taux de mortalité maternelle inférieur à 70 pour 100 000 naissances vivantes, la cible du PASDA2030 de moins de 30 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes reste encore à atteindre. L'accès à des soins prénatals et obstétricaux est resté élevé dans les Amériques, 89 % des femmes enceintes venant à au moins quatre consultations de soins anténatals et 95 % ayant accouché à l'hôpital. Le taux de dépistage d'une infection à VIH ou d'une syphilis chez les femmes enceintes est également resté élevé avec, selon les estimations, 73 % des femmes enceintes infectées par le VIH et 87 % des femmes enceintes présentant un test de dépistage de la syphilis positif qui viennent pour des soins anténatals.

55. L'une des interventions les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle est la présence d'une assistance qualifiée lors de l'accouchement. La Région a fait d'importants progrès en matière d'accès et de couverture relatives à cette assistance qualifiée, atteignant au niveau régional le taux de 95 %⁴ d'accouchements assistés par une personne qualifiée. Néanmoins, dans certains pays et pour certains groupes de populations de la Région, il existe de manière prouvée des taux d'accès et de couverture inférieurs aux moyennes régionales, qui s'accompagnent des taux de mortalité maternelle plus élevés que la cible du PASDA2030. Le BSP poursuit son travail avec les pays pour déterminer les causes sous-jacentes aux décès maternels, renforcer les systèmes

³ Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals, Série Observateur des ressources humaines pour la santé, n° 17, OMS 2016.

⁴ OPS. Situation sanitaire dans les Amériques : principaux indicateurs 2018. Washington (DC) : OPS, 2018.

sanitaires et améliorer l'accès à des soins qualifiés, ainsi que supprimer les barrières économiques, culturelles et géographiques qui contribuent aux iniquités en matière de santé.

56. Dans l'ensemble, la Région des Amériques a fait des progrès pour garantir un environnement de politiques solides à l'appui de la survie et du développement de l'enfant, et elle applique progressivement un programme renouvelé de santé de l'enfant, qui traite le développement, l'apprentissage et la santé comme un résultat indivisible. Néanmoins, comme pour la santé maternelle, il existe des iniquités entre les pays et au sein d'un même pays, et la survie de l'enfant, particulièrement dans la période néonatale, reste une priorité pour les interventions réalisées dans la Région.

57. Le PASDA2030 établit une cible régionale de 9, ou moins, décès néonataux pour 1000 naissances vivantes, et les indicateurs fondamentaux 2018 de l'OPS ont notifié un taux de mortalité néonatale, pour l'entière Région des Amériques, de 7,7 pour 1000 naissances vivantes, avec un taux de décès néonataux de 9,4 pour 1000 naissances vivantes en Amérique latine et aux Caraïbes. Les estimations 2017 publiées par le Groupe inter-agence des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité des enfants⁵ ont indiqué une valeur de 7,9 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes dans la Région des Amériques, et de 9,6 décès pour 1000 naissances vivantes en Amérique latine et aux Caraïbes.⁶ Selon ces estimations, 15 pays (sur un total de 34) présentaient des taux de mortalité néonatale plus élevés que la cible du PASDA2030, tandis que les indicateurs fondamentaux 2018 de l'OPS montraient que 22 pays et territoires (sur un total de 45) présentaient des valeurs plus élevées que cette même cible. Le BSP poursuit son travail pour améliorer la prise en charge maternelle et néonatale dans le cadre des soins obstétricaux délivrés en urgence, et progresser vers la cible régionale.

58. En 2016, 53 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont survenus au cours de la période néonatale, et la mortalité néonatale constitue la fraction la plus importante de la mortalité des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans. Selon les estimations de l'IGME de l'ONU, entre 1990 et 2017, la mortalité des enfants de moins de cinq ans a globalement chuté de 68 %, en passant de 44 à 14 pour 1000 naissances vivantes. Ce déclin reflète principalement la diminution de fréquence de la malnutrition, des diarrhées, des pneumonies et des maladies à prévention vaccinale, toutes causes de mortalité dans la période postnéonatale. En 2000, 8 % des décès d'enfants de moins de cinq ans étaient dus à des maladies diarrhéiques et 14 % à des infections des voies respiratoires inférieures ; en 2016, ces pourcentages étaient respectivement de 4 % et 10 %. Seize pays de la Région ont des taux de mortalité d'enfants de moins de cinq ans au-dessus de la moyenne de 14 pour 1000 naissances vivantes, le taux national le plus élevé étant de 71 pour 1000 naissances vivantes.

59. Tandis que la prévalence régionale du rachitisme a décru de 11 % en 2000 à 7 % en 2015, la valeur de pays la plus faible était de 2 % et la valeur de pays la plus élevée de 48 %. Pour ce qui

⁵ Le Groupe inter-agence des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité des enfants est composé de représentants de l'UNICEF, de la Division de la population des Nations Unies, de la Banque mondiale et de l'OMS.

⁶ Groupe inter-agence des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité des enfants. Levels & trends in child mortality 2018. New York : UNICEF ; 2018. Disponible sur <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2018/12/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2018.pdf> (en anglais)

est du surpoids des enfants de moins de cinq ans, sa prévalence était de 7 % sur l'ensemble de la Région mais, dans les pays pris séparément, les valeurs s'échelonnaient de 4 % à 12 %.

60. Dans la Région des Amériques, la prévalence d'une contraception faisant appel à des méthodes modernes et les besoins de planification familiale non satisfaits sont en bonne voie, avec des taux respectifs de 69 % et 9 %. Il existe cependant des différences importantes d'un pays à l'autre et d'un groupe de population à l'autre. Par exemple, chez les adolescentes, ces taux respectifs sont de 51 % et 37 % à la Barbade, 64 % et 20 % au Costa Rica, 8 % et 22 % au Guatemala et 8 % et 35 % en Haïti. Ces valeurs divergentes illustrent les iniquités, et la nécessité de se concentrer sur les populations particulièrement prioritaires, comme les adolescentes, et sur la prestation d'interventions ciblées.

61. Les données sur le taux de naissances chez les adolescentes de 10 à 14 ans sont limitées, car la collecte de données et les estimations mondiales ont ciblé les adolescentes de 15 à 19 ans, soit le groupe sélectionné pour l'indicateur international précédent de fécondité de l'adolescente. Cependant, pour appuyer les ODD, la surveillance internationale des grossesses chez l'adolescente a été élargie aux adolescentes de 10 à 19 ans, ce qui va améliorer les données concernant les grossesses chez les filles de moins de 15 ans. Selon les estimations du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), 2 % des femmes en âge de procréer en Amérique latine et aux Caraïbes ont eu leur première grossesse avant l'âge de 15 ans. Le taux estimé de fécondité chez les adolescentes de 15 à 19 ans en Amérique latine et aux Caraïbes a décliné de 79 pour 1000, au cours de la période 2000-2005, à 67 pour 1000 au cours de la période 2010-2015. Ces trois dernières années, certains pays de la Région comme la Colombie, le Costa Rica et l'Uruguay, ont enregistré des réductions importantes des taux de naissance chez les adolescentes, et le BSP appuie ces pays pour l'analyse des ripostes déployées, la détermination des facteurs contributifs et la documentation des enseignements tirés.

62. Prévenir les flambées de maladies, les urgences et les catastrophes, les atténuer ou y riposter, sont toujours des priorités pour la Région. Entre 2013 et mi-2018, plus d'une catastrophe sur cinq survenues dans le monde s'est déroulée dans les Amériques, entraînant 141 millions de victimes et plus de 10 000 décès. Ces dernières décennies, les pays de la Région ont travaillé à atténuer la charge des catastrophes, des épidémies, des conflits et des urgences environnementales ou alimentaires en ciblant la réduction des risques et le renforcement des capacités de préparation, de riposte et de rétablissement. Résultat de ces efforts, la plupart des pays de la Région sont maintenant capables de riposter aux catastrophes et aux urgences sanitaires les moins graves sans nécessiter d'assistance internationale.

63. Tous les États Membres de l'OPS partagent le concept d'un programme sur les catastrophes sanitaires en tant que nécessité pour une planification et une riposte d'urgence appropriées. L'institutionnalisation des programmes sur les catastrophes se poursuit, conformément à la résolution CD24.R10 de 1976 de l'OPS sur l'aide d'urgence aux pays dans les Amériques. Néanmoins, dans 24 % des pays qui disposent de programmes officiellement établis pour la gestion des catastrophes, ces programmes ne sont pas dotés d'un personnel à temps plein ou d'un budget dédié.

64. La mise en œuvre du RSI est un point critique de la réduction des risques, et le renforcement des pays quant aux capacités fondamentales du RSI reste une priorité.⁷ Les rapports annuels soumis entre 2011 et 2018 par les États Membres de l'OPS à l'Assemblée mondiale de la Santé ont montré des améliorations continues ou une stabilisation des scores régionaux moyens. Les rapports de l'année 2018 ont mis en évidence des scores régionaux moyens égaux ou supérieurs à 60 %, et les scores étaient supérieurs aux moyennes mondiales pour toutes les capacités fondamentales sauf une, la « prestation des services de santé ». Néanmoins, comme les années précédentes, les scores sont restés hétérogènes d'une sous-région à l'autre, l'Amérique du Nord présentant les scores moyens les plus élevés et les Caraïbes les moins élevés.

65. Les MNT, y compris les troubles de santé mentale, restent des menaces majeures pour la santé des peuples de la Région. Une majorité d'États Membres ont élaboré et mis en œuvre – à un degré plus ou moins important – des plans stratégiques ou des plans d'action nationaux pour la prévention et la lutte contre ces maladies. Alignés sur les orientations mondiales, régionales et infrarégionales en fonction de chaque situation nationale, ces cadres ont permis d'intensifier les efforts pour réduire les MNT, leurs complications et la mortalité prématurée qui leur est liée. Les cadres nationaux incluent couramment plusieurs des interventions jugées les plus rentables par l'OMS et autres interventions recommandées en matière de prévention et de lutte contre les MNT, qui offrent une liste d'options ayant fait leurs preuves et d'une bonne rentabilité pour réduire les principaux facteurs de risque de MNT et prendre en charge les MNT les plus fréquentes.

66. Trente (86 %) des États Membres de l'OPS sont des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Tandis que la mise en œuvre des dispositions de la Convention est inégale d'un pays à l'autre, des progrès ont été réalisés sur plusieurs fronts, parmi lesquels l'élargissement de la législation antitabac et l'imposition sur le tabac.

67. Dans l'ensemble, la mortalité due aux accidents de la circulation est restée inchangée, mais la mortalité des usagers les plus vulnérables s'est accrue, soit celle des piétons, des motocyclistes et des cyclistes. Les décès par accident de circulation restent la deuxième cause de décès chez les personnes de 15 à 29 ans, ce qui souligne la nécessité de donner un degré de priorité élevé à la sécurité routière dans le programme d'action sanitaire dédié aux adolescents.

68. La mise en œuvre du *Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale* (mhGAP, selon le sigle anglais) de l'OMS a été continue et accélérée pour intensifier les services dédiés aux troubles mentaux et neurologiques, et aux toxicomanies. Le mhGAP comporte des séances de formation pour la prise en charge de la dépression au premier niveau de soins, et plusieurs pays qui présentent des taux importants de suicide ont élaboré leur propre plan de prévention du suicide. On s'attend à ce que ces interventions améliorent les services centrés sur les communautés et diminuent avec le temps le taux de mortalité par suicide.

69. La collaboration et les partenariats intersectoriels pour l'adoption de normes internationales relatives au traitement des toxicomanies ont été renforcés aux niveaux nationaux

⁷ Les capacités fondamentales du RSI et leur état de mise en œuvre dans la Région figurent dans le document CD56/INF/4 de l'OPS (juillet 2019).

et régional. L'accès aux traitements de qualité des toxicomanies a été améliorés au niveau des réseaux de services de santé publique grâce à la participation des ministères de la Santé, des commissions nationales de lutte contre les drogues et d'organisations de la société civile. Néanmoins, la consommation d'alcool par habitant n'a pas diminué dans la Région, et les activités de coopération technique du BSP pour la mise en œuvre de l'initiative de lutte contre l'alcoolisme SAFER de l'OMS se poursuivent, particulièrement quant aux restrictions concernant la mise à disposition d'alcool, aux contre-mesures en faveur de la sécurité au volant, aux interdictions ou aux restrictions complètes de la publicité, de la promotion et du parrainage relatifs à l'alcool, ainsi qu'à l'imposition sur l'alcool.

70. Pour ce qui est de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, les progrès réalisés par la Région ont été stables. La transmission mère-enfant du VIH a diminué dans la Région, le taux de transmission étant passé de 37 % en 2010 à 14 % en 2018. D'un autre côté, les cas notifiés de syphilis congénitale se sont accrus de 22 % sur la période 2016-2017 pour atteindre un total de 28 800 enfants affectés en 2017 dans les Amériques. Il y a, de plus, 9000 nouveaux cas estimés de maladie de Chagas congénitale chaque année. Enfin, la couverture vaccinale de l'hépatite B s'est stabilisée à 87 % des enfants de moins d'un an ayant reçu leur troisième dose de vaccin ; cependant, les politiques prônant l'administration d'une dose universelle de vaccin contre l'hépatite B dès la naissance, en respectant précisément cette échéance, sont de plus en plus adoptées dans la Région.⁸

71. Les pays sont proches de l'élimination de la transmission périnatale et dans la petite enfance de l'hépatite B, et ont progressé en matière d'élimination du paludisme. De plus, l'élimination dans les Amériques de la transmission mère-enfant de l'infection par le VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas est en progression grâce à des approches innovantes, intégrées, efficaces et d'une bonne rentabilité. Le BSP reconnaît la nécessité de renforcer l'accès des États Membres à un traitement antirétroviral efficace sur l'infection par le VIH et d'accroître la surveillance de la résistance aux médicaments anti-VIH pour dépister et prendre en charge les cas de résistance dans le cadre de la médecine de première ligne. Il initie en ce sens des actions appropriées, en collaboration avec les États Membres et des partenaires.

72. L'élimination est également à portée de main pour plusieurs maladies infectieuses négligées, parmi lesquelles la maladie de Chagas, la lèpre, le trachome, la filariose lymphatique et l'onchocercose (cécité des rivières). La rage humaine transmise par le chien est également très proche d'être éliminée et les pays sont parvenus à d'importantes réductions en matière de répercussions indésirables des géohelminthiases, de la schistosomiase et de la fasciolose chez les enfants et dans les autres populations à risque. Néanmoins, les conditions sociales et environnementales dans la Région des Amériques favorisent la transmission continue et la dissémination des arboviroses, comme le chikungunya, la dengue et la maladie à virus Zika. Le BSP suit une approche collaborative et intégrée pour riposter à ces menaces, en surveillant la

⁸ Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. (2019) Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes - Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS ONE 14(2): e0211720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>.

progression et le comportement des virus et en s'attaquant aux déterminants sociaux et environnementaux connexes.

73. Réduire les inégalités et les iniquités en matière de santé est un objectif général des États Membres de l'OPS et du BSP. Le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS était unique en ce qu'il ciblait explicitement la réduction des iniquités en matière de santé au niveau de l'impact. L'adoption de cette perspective d'équité lors de la planification et de l'exécution de toutes les interventions de coopération technique a donné l'élan nécessaire aux ajustements appropriés en matière de gestion, planification et budget. La progressivité – c'est-à-dire la garantie que les pays aux besoins plus importants recevront des allocations proportionnellement ajustées – a été prise en compte lors de l'élaboration de la politique budgétaire 2012 de l'OPS qui accompagnait le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Un critère d'équité a été appliqué lors de l'évaluation des besoins en matière de santé et de la hiérarchisation des programmes sanitaires. De plus, la surveillance des inégalités sociales qui avaient des répercussions sur la santé a été institutionnalisée. Comme le Programme de développement durable à l'horizon 2030, le PASDA2030 comporte un objectif qui concerne directement la réduction des inégalités et des iniquités en matière de santé. Cet objectif du PASDA2030 souligne les déterminants sociaux de la santé, les effets des produits chimiques dangereux et de la pollution de l'air, de l'eau et du sol, la problématique de l'eau et de l'assainissement, et celle de la migration.

74. Définie comme un processus qui permet aux personnes de mieux maîtriser leur santé et ses déterminants, la promotion de la santé est cruciale pour lutter contre les déterminants sociaux de la santé.⁹ Cette stratégie transversale est rendue opérationnelle par des mécanismes, comme l'approche collaborative « La santé dans toutes les politiques », qui visent à améliorer la santé en intégrant des considérations sanitaires à la prise de décision dans les différents secteurs et domaines de politiques, répondant ainsi aux déterminants de la santé, qu'ils soient sociaux, environnementaux, économiques, ou autres. Tous les États Membres de l'OPS ont adopté la promotion de la santé comme stratégie transversale, mais son degré d'application est très variable d'un pays à l'autre. Plusieurs États Membres prennent en compte certains aspects, comme l'éducation et la communication en matière de santé ; d'autres ont élaboré des politiques de promotion de la santé qui envisagent les interventions en fonction du type d'établissement, soit scolaire, professionnel ou communautaire ; d'autres encore disposent de stratégies nationales de promotion de la santé. Le BSP travaille à valider des indicateurs pour la nouvelle *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* (document CD57/10), et établit une référence pour plusieurs pays et territoires qui mettent en œuvre une politique nationale de promotion de la santé.

75. Du fait de l'importance du secteur de l'agriculture et des industries minières officielles et non officielles dans la Région des Amériques, les préoccupations de santé publique associées aux produits chimiques dangereux sont grandes. Dans le cadre de leur riposte, les pays ont utilisé la feuille de route 2017 de l'OMS pour les produits chimiques, un cadre élaboré par l'OMS et le programme des Nations Unies pour l'environnement dans le but de renforcer la participation du secteur de la santé à l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques.

⁹ OPS. About health promotion. Disponible sur <https://bit.ly/2ZiV4tH>.

Par exemple, la plupart des pays d'Amérique centrale participent à une initiative multisectorielle pour élaborer des plans d'action pour lutter contre les dangers chimiques. Les pays de l'ensemble de la Région ont participé aux réseaux mondiaux de l'OMS travaillant sur les produits chimiques et la santé, ou sur l'évaluation des risques. Ces réseaux favorisent les échanges d'apprentissages au niveau de l'interface entre science et politiques, y compris au niveau des réseaux infrarégionaux qui appuient les discussions sur les politiques et sur la coordination en matière de prise en charge clinique opérationnelle.

76. En 2016, l'OMS a estimé que, dans les Amériques, 234 000 décès prématurés étaient imputables à la pollution ambiante, et 82 000 autres à l'utilisation de combustibles solides pour l'énergie nécessaire au domicile (pollution intradomiciliaire). Pour réduire cette charge, les pays ont renforcé leur législation concernant la qualité de l'air, établi des objectifs de qualité de l'air conformes aux directives de l'OMS, amélioré la surveillance de la qualité de l'air, renforcé les capacités pour estimer la charge des maladies imputables à la pollution aérienne et élaboré des systèmes d'alerte précoce. Ils ont également travaillé à éliminer les combustibles et les technologies de cuisson contaminantes pour le domicile, et à améliorer leur capacité à évaluer les répercussions sanitaires des interventions d'atténuation.

77. Entre 2015 et 2017, la Région a notifié que les améliorations concernant l'eau et l'assainissement progressaient lentement, dans la perspective des six cibles ODD : l'eau potable sûre et abordable, la qualité de l'eau, l'efficacité de la consommation d'eau, la gestion des ressources hydriques, les écosystèmes liés à l'eau et des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et équitables. Néanmoins, de nombreux États Membres ont ensuite révisé leurs politiques et leurs plans nationaux pour intégrer les cibles et les indicateurs appropriés, prendre en compte un critère d'équité et inclure des objectifs stratégiques propres aux groupes en situation de vulnérabilité, l'objectif étant de mettre en œuvre des mesures plus sévères pour garantir des systèmes et des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) plus équitables et gérés de manière sûre.

78. La migration est depuis longtemps une réalité dans la Région des Amériques, et les États Membres de l'OPS sont à la fois des pays d'origine, de transit, de destination et de retour. La pauvreté économique, l'insécurité alimentaire, les dangers environnementaux, la violence, la persécution politique ou religieuse et la discrimination ethnique ou fondée sur le genre peuvent tous entraîner des flux massifs de migrants.¹⁰ De nombreux migrants peuvent vivre des situations de vulnérabilité qui menacent leur santé et leur bien-être au cours de leur voyage, dans les zones frontalières des pays de transit et au moment de s'adapter aux conditions et d'accéder au système de santé des pays de destination. Les États Membres ont fait preuve d'une solidarité régionale en fournissant un appui aux migrants et ont pris des dispositions pour des ripostes collaboratives, mais la limitation des ressources et la réémergence de maladies pénalisent les systèmes nationaux de santé. Le BSP travaille avec les pays pour trouver des solutions équitables et mutuellement acceptables, qui permettent d'appuyer la santé de ce groupe vulnérable.

¹⁰ OPS. La santé des migrants (document CD55/11, Rev. 1). Washington (D.C.) : OPS ; 2016.

79. La réussite de l'avancement du PASDA2030 sera marquée par ses succès lors de l'atteinte des jalons menant à la réalisation de ses objectifs et de ses cibles, par les défis qui surviendront en fonction des situations nationales, des influences externes et des événements non prévus, par la conception de stratégies et d'innovations pour dépasser ces défis et par l'attention constante que l'OPS porte à ses valeurs organisationnelles d'équité, d'excellence, de solidarité, de respect et d'intégrité à l'appui de sa mission : « Diriger les efforts stratégiques communs des États Membres et d'autres partenaires afin de faire la promotion de l'équité en matière de santé, de combattre les maladies et d'améliorer la qualité de la vie et la longévité de la population des Amériques. »

Partie 2 : La coopération technique de l'OPS à l'appui des progrès du PASDA2030

Objectif 1 du PASDA2030 : Accès équitable à des services de santé complets

Définir la santé universelle

80. Faire progresser la santé universelle – soit l'accès à, et la couverture par, des services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de rééducation et de soins palliatifs – reste une priorité cruciale de la coopération technique de l'OPS pour réduire les iniquités en matière de santé et faire progresser la santé pour tous, en ne laissant personne pour compte. La *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, adoptée par le 53^e Conseil directeur de l'OPS en octobre 2014 (résolution CD53.R14), déclare que « l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle impliquent que toutes les personnes et les communautés aient accès, sans discrimination d'aucune sorte, à des services de santé globaux, adéquats, opportuns, de qualité, déterminés au niveau national conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables tout en assurant que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en particulier les groupes en situation de vulnérabilité. » La santé universelle nécessite de formuler et de mettre en œuvre des politiques et des actions multisectorielles pour aborder les déterminants sociaux de la santé et promouvoir une approche de l'ensemble de la société visant à accroître la santé et le bien-être.

81. On estime actuellement que 30 % de la population des Amériques n'a pas accès à des soins de santé correspondant à ses besoins, les barrières à cet accès incluant des facteurs financiers, géographiques, institutionnels, sociaux et culturels. Les pays de la Région investissent en moyenne 4,2 % de leur PIB dans le domaine de la santé – soit moins que le minimum de 6 % recommandé par l'OMS – et allouent au premier niveau de soins une moyenne de 26 % de leur budget en matière de santé.

82. Un élément central des activités de coopération technique du BSP au cours de cette période a été l'aboutissement du travail considérable mené par le BSP pour marquer le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata (1978). Le BSP a procédé à une consultation officielle avec les États Membres pour appuyer le processus mondial d'élaboration d'une nouvelle déclaration sur les SSP, en préparation à la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires. Tenu à Astana en octobre 2018, cet événement était organisé conjointement par le gouvernement du Kazakhstan, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). La consultation avec les États Membres a abouti à une large participation des pays et à des délibérations élargies, et le rapport régional de la consultation, soumis à l'OMS avec les apports de 24 pays et territoires (incluant des contributions de leurs organisations de la société civile), a contribué de manière importante à la Déclaration finale d'Astana. Treize États Membres de l'OPS¹¹ ont envoyé des délégations officielles à la Conférence mondiale, et les autorités sanitaires nationales, autres que les chefs de file régionaux

¹¹ Argentine, Brésil, Canada, Chili, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Pérou et Suriname.

en matière de santé, et le personnel du BSP ont contribué aux groupes de travail, aux présentations et aux discussions.

83. Un événement parallèle pour commémorer le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata a été organisé au cours du 56^e Conseil directeur de l'OPS, qui s'est déroulé en septembre 2018. Cet événement présentait sous la forme d'images imprimées et audiovisuelles les étapes clés de la santé publique et les ripostes de l'OPS au cours de cette période de 40 ans. Simultanément à la Conférence mondiale sur les SSP, deux éditions spéciales du *Panamerican Journal of Public Health*, qui totalisaient plus de 30 articles de recherches originaux, ont souligné les voies innovantes empruntées par les pays d'Amérique latine et des Caraïbes pour faire progresser la stratégie des SSP, renforcer leur système de santé et améliorer la santé et le bien-être de leur population.

84. La Commission de haut niveau sur « La santé universelle au 21^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata », établie par la Directrice de l'OPS lors du forum régional du même nom en décembre 2017, a présenté son rapport à Mexico en avril 2019, dans le cadre de la Journée mondiale de la santé. La présentation du rapport de la commission¹² était dirigée par Son Excellence Andres López Obrador, président du Mexique, le Dr Carissa Etienne, Directrice de l'OPS, l'ambassadeur Nestor Mendez, secrétaire général adjoint de l'Organisation des États Américains (OEA) et président de la Commission de haut niveau, et le Dr Michelle Bachelet, haut-commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. L'événement a rassemblé des représentants de 29 pays et territoires,¹³ parmi lesquels 20 ministres de la Santé et d'autres fonctionnaires gouvernementaux de haut niveau, ainsi que des représentants de la société civile. Le rapport a souligné l'importance de la stratégie des SSP et la nécessité d'éliminer les barrières d'accès aux soins primaires, et il a offert des recommandations pour parvenir à la santé universelle d'ici à 2030. Ses recommandations incluaient l'élaboration de modèles de soins fondés sur les SSP, centrés sur les personnes et les communautés, et qui prennent en compte la diversité humaine, l'interculturalisme et l'ethnicité, la mise en œuvre d'interventions sanitaires intersectorielles qui favorisent de vrais changements dans les conditions de vie d'une population, qu'il s'agisse des conditions environnementales, sociales, économiques, ou relatives aux logements ou aux infrastructures de base, la création de mécanismes de participation sociale qui soient sérieux, solidement établis, inclusifs et accessibles, ainsi que l'élaboration d'un modèle financier qui garantisse l'autosuffisance, la qualité, l'équité, l'efficience et la pérennité.

85. À la suite de la présentation du rapport, la Directrice de l'OPS a lancé le Pacte régional sur les soins de santé primaires pour la santé universelle, ou SSP 30-30-30. Ce pacte appelle à des efforts accélérés pour transformer les systèmes sanitaires en modèles de soins de santé équitables, complets, inclusifs et fondés sur la stratégie des SSP. Il propose plus particulièrement que les pays réduisent d'au moins 30 % les barrières qui pénalisent l'accès à la santé et que, d'ici à 2030, ils

¹² OPS. « Universal health in the 21st century: 40 years after Alma-Ata ». Rapport de la Commission de haut niveau. Washington, D.C. : OPS ; 2019.

¹³ Argentine, Bahamas, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Martin, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela

allouent au premier niveau de soins un minimum de 30 % de l'ensemble des dépenses publiques en matière de santé.

Réseaux intégrés de services de santé et qualité des soins

86. Le BSP a poursuivi sa coopération technique avec les États Membres pour transformer l'organisation et la gestion des services sanitaires en élaborant des modèles de soins centrés sur les personnes et sur les communautés, qui puissent élargir l'accès à des services de qualité. Au cours de la période établie, neuf États Membres – Bolivie, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Panama, Paraguay, République dominicaine et Uruguay – ont progressé dans la mise en œuvre des RISS et d'autres interventions visant à renforcer le premier niveau de soins et l'intégration des programmes sanitaires prioritaires, parmi lesquels ceux concernant les MNT, l'infection au VIH, la tuberculose et la santé de la mère et de l'enfant. Le BSP a travaillé avec la Barbade pour conduire une évaluation des capacités du système de santé à répondre aux besoins d'une population vieillissante ; on s'attend à ce que les résultats soient communiqués dans la seconde partie de l'année 2019.

87. Le BSP a appuyé la mise en place de réseaux intégrés de santé dans le cadre de la mise en œuvre des feuilles de route pour la santé universelle au Belize, au Chili, en Équateur, au Guatemala, au Guyana, en Jamaïque, en République dominicaine et au Suriname, et a travaillé avec la Dominique pour l'évaluation de son système de santé et l'élaboration d'un nouveau modèle organisationnel à la suite de l'ouragan Maria.¹⁴ Le BSP a aussi offert un soutien intégré pour l'ensemble des compétences des systèmes et des services sanitaires – politique, réglementation, financement, ressources humaines pour la santé, organisation des services sanitaires, systèmes d'information sanitaire, médicaments et technologies sanitaires – aux pays clés suivants :

- a) la Bolivie pour l'élaboration conceptuelle d'un système de santé unifié, soit son modèle organisationnel, et du cadre législatif connexe ;
- b) le Guatemala, pour l'adoption d'un nouveau modèle de soins basé sur la stratégie des SSP ;
- c) le Guyana pour l'évaluation de son plan stratégique actuel et l'amélioration des services sanitaires de santé maternelle ;
- d) Haïti, pour l'évaluation du programme pour les fournitures et les médicaments essentiels (PROMESS).
- e) le Honduras, en appui de la Commission nationale de santé qui dirige la transformation des systèmes de santé ;
- f) le Paraguay, pour l'examen du réseau sanitaire, de la qualité des soins, et de la planification des ressources humaines.

88. Au cours de la période établie, des consultations élargies au niveau de la Région et des pays se sont déroulées pour élaborer la *Stratégie régionale et plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025* (document CD57/12). La

¹⁴ L'ouragan Maria a frappé la Dominique en 2017.

stratégie et le plan d'action ont été approuvés lors de la 164^e session du Comité exécutif en juin 2019, et ils seront présentés au 57^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2019. Les lacunes dans la qualité des soins touchent en effet les personnes, les familles et les communautés, avec des répercussions particulières sur les populations en situation de vulnérabilité. Les données régionales indiquent qu'entre 2013 et 2014, plus de 1,2 million de décès auraient pu être évités si les systèmes sanitaires avaient offert des services accessibles, de qualité et délivrés en temps opportun. La nouvelle stratégie régionale et le nouveau plan d'action représentent un glissement de paradigme dans l'approche de la qualité des soins lors de la prestation des services sanitaires. Ils promeuvent des interventions basées sur les systèmes sanitaires et sur des perspectives intersectorielles, en ciblant le renforcement du premier niveau de soins et son articulation avec les autres niveaux, en donnant de l'autonomie aux personnes, y compris les agents de santé, pour qu'elles agissent afin d'accroître la qualité des soins, en orientant les interventions sur les résultats et en améliorant les expériences et la confiance que les peuples, les familles et les communautés placent dans les services de santé.

Santé maternelle

89. Les interventions pour améliorer la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle sont souvent conduites au cours des programmes qui envisagent à la fois la santé de la mère et celle de l'enfant, ainsi que la santé sexuelle et génésique, du fait des liens étroits et des synergies entre ces questions. A l'appui de cette réalité, le mouvement mondial « Toutes les femmes, tous les enfants », lancé en 2010 au Sommet des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement, et son bras régional, « Toutes les femmes, tous les enfants – Amérique latine et Caraïbes ».

90. Le mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants » a été établi pour mobiliser et renforcer les interventions nationales et internationales multisectorielles, et il fait participer les gouvernements, des organisations multilatérales, la société civile et le secteur privé, pour relever les défis sanitaires majeurs auxquels font face les femmes, les enfants et les adolescents de l'ensemble du monde. Le mouvement a mis en œuvre la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030*, qui offre une feuille de route pour mettre fin aux décès évitables et garantir le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents. Cette stratégie mondiale fait ressortir trois objectifs : *Survivre* - mettre fin aux décès évitables, *S'épanouir* - garantir la santé et le bien-être mental et physique et *Transformer* - aménager des environnements propices.

91. Les activités de coopération technique du BSP pour réduire la mortalité maternelle au cours de la période établie se sont déroulées selon le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030* de l'OPS. Le plan d'action a été élaboré dans le cadre de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*, en ciblant particulièrement les personnes et les groupes en situation de vulnérabilité et la réduction des iniquités. Les activités de coopération technique ont bénéficié d'un conseiller spécial nommé par la Directrice, pour placer un accent plus fort sur la réduction de la mortalité maternelle dans 10 pays prioritaires : Bolivie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname. Pour une efficacité plus importante et une meilleure efficience, cet accent a été

complété et appuyé au niveau régional par le travail interprogrammatique coordonné du BSP. La stratégie générale de coopération stratégique avait pour objectif d'accroître la qualité des soins dans cette population de femmes à risque, de moderniser les stratégies de planification familiale et d'améliorer la surveillance de la santé maternelle, particulièrement dans les groupes les plus vulnérables et les moins bien desservis.

92. Le projet interprogrammatique « Zéro décès maternels par hémorragie » continue à enregistrer des succès dans les pays participants, qui incluent l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, la Colombie, l'Équateur, le Guatemala, le Guyana, le Pérou, la République dominicaine et le Suriname. Le BSP a promu les stratégies de formation appropriées et actualisé le curriculum par de nouvelles données probantes, avec l'appui du financement des ministères de la Santé respectifs, des bureaux de pays de l'OPS/OMS, de la Fédération latino-américaine des sociétés d'obstétrique et de gynécologie (FLASOG) et de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). Dans quatre pays – la Bolivie, le Guatemala, le Pérou et la République dominicaine – un hôpital unique a mis en œuvre l'ensemble du projet. Sur une période de deux ans, les quatre hôpitaux participants ont présenté une diminution de la mortalité maternelle par hémorragie, le total des décès maternels évités étant de 14 pour ces quatre hôpitaux.

93. Un protocole a été élaboré pour analyser le lien entre la mortalité maternelle par hémorragie et la mise à disposition et la gestion du sang et des produits sanguins. Quand la procédure a été déployée au Honduras et au Paraguay, les résultats ont mis en évidence que cette cause de mortalité est la plus fréquente chez les mères de moins de 30 ans, que la mise à disposition de kits sanguins pour de telles urgences est rare, voire inexistante, que les connaissances des fournisseurs concernant l'intérêt des produits sanguins dans les urgences obstétricales sont presque nulles et que la collaboration entre les unités maternelles et le service de transfusion est faible, voire inexistante. Cela démontre le besoin de formation sur l'approvisionnement en sang global, sur la gestion des transfusions sanguines d'urgence et sur le respect des protocoles de gestion des urgences obstétricales. Il est également nécessaire de réorganiser les réseaux de dons de sang en fonction des besoins cliniques, et d'améliorer l'efficacité de ces réseaux.

94. Dans un travail connexe, les coûts de la régionalisation des services de transfusion au Guatemala et dans la région andine ont été évalués, en collaboration avec l'Organisation andine de santé pour cette dernière. Ces exercices ont fait la preuve qu'il est plus coûteux et moins efficace pour les hôpitaux de disposer de leur propre banque de sang que de centraliser, dans une institution dédiée, les tâches de trouver des donneurs volontaires, de traiter les unités de sang et de distribuer du sang certifié à un ou plusieurs hôpitaux.

95. Les capacités techniques de gestion des principales urgences obstétricales ont été renforcées grâce à la formation de formateurs au Brésil, en Bolivie, au Chili, en Colombie, en Équateur, au Guyana, au Honduras, au Paraguay, en République dominicaine et au Suriname. Les personnes formées incluaient des participants provenant de facultés de médecine, de soins infirmiers et de soins obstétricaux.

96. Des stratégies mises à jour de planification familiale, comme l'utilisation en post-obstétrique immédiat d'une contraception réversible à longue durée d'action,¹⁵ ont été promues auprès des populations les plus vulnérables, parmi lesquelles les adolescentes et les femmes autochtones, vivant à la campagne, ou aux ressources très limitées. Ces activités ont été entreprises dans 11 pays.¹⁶

97. Le BSP a travaillé sur la validation d'un outil pour promouvoir les naissances sans risques dans les cultures de quatre pays – Guatemala, Honduras, Paraguay et Pérou – dans le cadre du projet de systèmes sanitaires intégrés en Amérique latine et aux Caraïbes, un effort collaboratif entre le BSP et Affaires mondiales Canada.¹⁷ Réalisée en collaboration avec les communautés autochtones, cette intervention a été intégrée à une série de « dialogues sur le savoir » pour répondre aux problèmes clés de santé publique touchant les femmes et les jeunes. Ce projet, qui se termine en 2019, a été mis en œuvre dans 11 pays¹⁸ et vise à améliorer la santé des enfants, des jeunes filles et des femmes vivant en situation de vulnérabilité en Amérique latine et dans les Caraïbes.

98. Des ateliers pour améliorer la surveillance de la mortalité maternelle se sont déroulés dans 14 pays,¹⁹ basés sur les *Directives 2015 en matière de surveillance des décès maternels et riposte (MDSR) : Région des Amériques* (en anglais). Cette initiative a été financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), avec une coopération technique de l'OMS, du FNUAP, de la Banque mondiale, de l'UNICEF et d'autres partenaires. Un cours en ligne pour améliorer les compétences en matière de surveillance des décès maternels et riposte dans tous les États Membres est en cours d'élaboration et sera mis à disposition en juin 2020 sur le campus virtuel de la santé publique de l'OPS.

99. Le BSP a constitué une équipe d'experts pour réaliser un exercice d'audit périnatal dans les hôpitaux de la Grenade et de Saint-Kitts-et-Nevis. Le principal objectif était d'évaluer la charge des décès maternels et néonataux, en incluant les enfants mort-nés, et de déterminer les tendances en nombre de décès et en causes de décès. Cet exercice a facilité la détermination de facteurs contributifs modifiables et l'élaboration de stratégies pour prévenir de tels décès, y compris l'établissement de protocoles et d'organigrammes pour la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence, qu'ils concernent la mère ou le nourrisson.

Santé du nouveau-né et de l'enfant

100. La coopération technique du BSP pour améliorer les résultats en matière de santé chez l'enfant est alignée sur le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*

¹⁵ OMS. Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum. Genève : OMS ; 2013.

¹⁶ Bolivie, Colombie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname et Venezuela

¹⁷ Affaires mondiales Canada est officiellement connu comme le département Affaires étrangères, Commerce et Développement (MAECD) Canada.

¹⁸ Bolivie, Colombie, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou et Suriname

¹⁹ Bolivie, Brésil, Colombie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie et Suriname

2018-2030 de l'OPS. Ce plan d'action a abouti à l'Engagement à l'action de Santiago, adopté lors d'une réunion de haut niveau à Santiago (Chili) en juillet 2017 dans le cadre du mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants - Amérique latine et Caraïbes ». Cet Engagement à l'action en appelle à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, qui souligne l'urgence de réduire les iniquités en matière de santé en intervenant de manière décisive pour transformer les conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquelles vivent les familles et les communautés. Fondée sur les droits de l'homme, cette vision a pour objectif de garantir que chaque femme, chaque enfant et chaque adolescent des Amériques non seulement survit, mais s'épanouit, et dispose de la possibilité de parvenir à son plein potentiel de développement en tant qu'être humain.

101. La mise en œuvre de directives basées sur les meilleures données probantes en matière de surveillance, de soins multidisciplinaires et de suivi clinique des nouveau-nés de petite taille et gravement malades (y compris ceux touchés par le syndrome congénital associé à la maladie à virus Zika) est essentielle pour obtenir les meilleurs résultats de cette prise en charge. Dans le cadre de son travail pour réduire les décès évitables des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans, le BSP a ciblé l'amélioration de la qualité des soins et l'élaboration d'outils et de stratégies pour renforcer les systèmes d'information relatifs aux mortalités fœtale et néonatale. Ces outils comprennent les outils d'évaluation des conditions essentielles aux unités de soins intensifs néonataux, tandis que les stratégies incluent la formation à l'examen des mortalités fœtale et néonatale et à la prévention ou aux mesures visant les principales causes des décès de nouveau-nés.

102. Des ateliers de renforcement des capacités se sont déroulés dans 14 pays,²⁰ qui concernaient l'examen et l'analyse des décès fœtaux et néonataux, le renforcement des systèmes d'information, et l'amélioration de la qualité des soins périnataux. Les ateliers reposaient sur la détermination des principales causes de décès néonatal et de handicap du nouveau-né – liées à une prématurité, à une rétinopathie du prématuré, à une anomalie congénitale, à une infection ou à une septicémie – et sur l'évaluation de la mise à disposition des outils programmatiques et réglementaires appropriés. Des ressources techniques ont été élaborées, parmi lesquelles du matériel de promotion et de formation et des directives cliniques fondées sur des données probantes. Outre les ateliers plus généraux, des formations de formateurs se sont déroulées en Colombie, en Équateur et au Guatemala. Ces activités ont été réalisées en coordination avec des experts et des partenaires, parmi lesquels l'OMS, l'UNICEF et la fondation March of Dimes. Ces efforts ont abouti à la formation sur différents sujets, en ligne ou en présentiel, de 350 infirmiers, infirmières, néonatalogistes, pédiatres, ophtalmologistes et médecins généralistes, à la rédaction en anglais et en espagnol d'une directive sur la rétinopathie du prématuré et à sa diffusion au niveau de pays dans le cadre de webinaires et d'ateliers, et à l'élaboration d'une directive fondée sur des données probantes concernant les soins des nouveau-nés très prématurés et à risque. Cette dernière directive a été formulée grâce à la contribution de 45 experts issus de 15 pays,²¹ et elle en est au processus final de validation.

²⁰ Colombie, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago.

²¹ Argentine Barbade, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Uruguay et Venezuela.

103. Au cours de la période établie, les activités de coopération technique ont également inclus la préparation d'un document de plaidoyer faisant la promotion de la surveillance des anomalies congénitales du fait que ces anomalies représentent la seconde cause de mortalité du nouveau-né et du nourrisson, la formation pour établir des systèmes nationaux de surveillance des anomalies congénitales, y compris celles liées au virus Zika, une cartographie des systèmes de surveillance mis à disposition et de leurs caractéristiques, l'élaboration et la diffusion d'outils pour le codage et l'enregistrement des anomalies congénitales à l'aide du système d'information périnatale (SIP),²² ainsi que la préparation d'un rapport régional sur la situation actuelle et sur les défis à surmonter à court et moyen termes. Deux autres pays – El Salvador et Panama – ont établi des systèmes nationaux de surveillance des anomalies congénitales et produisent des données, tandis que quatre pays – Barbade, Équateur, Pérou et Saint-Vincent-et-les Grenadines – sont dans le processus d'établir un système de surveillance. Ces activités ont été réalisées en coordination avec des partenaires comme les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, la Banque mondiale et l'Organisation internationale de surveillance et de recherche concernant les anomalies congénitales, et grâce à une coordination inter-agence à laquelle ont principalement participé l'OMS et USAID.

104. Au cours de la période établie, le BSP a entrepris au niveau national ou institutionnel une coopération technique directe relative au SIP et incluant l'organisation de deux réunions infrarégionales à la Barbade et à Trinité-et-Tobago, avec des participants de 15 pays et territoires caribéens,²³ des consultations techniques dans 12 pays,²⁴ et la mise en place pour les pays d'un appui virtuel à distance pour les problèmes de technologies de l'information et de mise en œuvre du SIP.

105. Une réalisation majeure au cours de la période examinée a été la finalisation et la mise en œuvre du SIP Plus, une version en ligne du SIP. Le SIP Plus accroît l'accessibilité à l'entrée des données à partir des services de premier niveau de soins éloignés, et rend disponibles en tout temps les données de chaque patient, à tous les niveaux de soins, par internet ou par les réseaux gouvernementaux nationaux. La nouvelle version du SIP Plus est en cours d'ajustement aux spécificités de chaque pays, tout en conservant les données régionales de base. En juillet 2018, le ministère de la Santé de Trinité-et-Tobago a demandé que la fiche de bilan périnatal du SIP Plus remplace tous les formulaires actuels de bilan anténatal, dans le secteur privé comme dans le secteur public et, en mars 2019, les données du SIP ont été utilisées en Uruguay pour valider les soins périnatals.

²² Le SIP a été élaboré en 1983 par le Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (CLAP/WR), un centre spécialisé de l'OPS situé en Uruguay. Le SIP est utilisé dans 26 pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Colombie, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago et Uruguay) et est adapté à leurs besoins et leurs indicateurs prioritaires.

²³ Anguille, Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Montserrat, Suriname, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago.

²⁴ Bolivie, Brésil, Colombie, Dominique, Guyana, Honduras, Paraguay, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname et Trinité-et-Tobago.

106. Le travail interprogrammatique du BSP a permis la mise au point d'une série de rapports automatisés que l'on peut produire d'un simple clic à partir des données du SIP Plus. Le BSP a offert du matériel et des séances de formation au niveau de pays pour rendre accessible cette interface conviviale à tous les professionnels de la santé. Dans certains pays, le SIP Plus a été intégré aux premier et deuxième cycles des études de médecine, de soins infirmiers et de soins obstétricaux. Le SIP Plus peut être intégré à des réseaux nationaux de données et relié à des banques de données multisectionnelles, ce qui offre une possibilité de suivre les tendances dans des cohortes de patients, de mieux comprendre les lacunes en matière de santé de la population et d'améliorer le suivi des politiques et des services sanitaires. Cette compatibilité, et l'augmentation qui en résulte sur le plan des capacités d'analyse statistique, viennent à l'appui des objectifs 6 et 7 du PASDA2030, qui concernent respectivement les systèmes d'information pour la santé et les données probantes, et les connaissances en matière de santé.

107. Le cadre pour l'élimination de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas (ETME Plus) a été lancé en 2017 avec l'objectif que les nouvelles générations soient exemptes de ces quatre maladies. Ce cadre offre une feuille de route d'interventions de santé publique ciblant les femmes avant et après les grossesses, leurs partenaires, ainsi que les nouvelles mères et leurs bébés.

108. Le premier rapport sur le cadre ETME Plus,²⁵ fruit d'une collaboration entre le BSP et l'UNICEF, a été entrepris en avril 2019. Il décrit les progrès réalisés entre 2010 et 2017 dans les Amériques en matière d'élimination de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH et de la syphilis et, pour la première fois, présente la situation actuelle dans la Région de la maladie de Chagas congénitale et de l'hépatite B chez l'enfant. Le rapport a mis en évidence que l'accès aux soins prénatals et obstétricaux reste élevé dans les Amériques, 89 % des femmes enceintes étant venues à au moins quatre consultations anténatales et 95 % ayant accouché à l'hôpital. Le dépistage des femmes enceintes présentant une infection à VIH ou une syphilis reste également élevé avec, selon les estimations, la présence aux consultations anténatales de 75 % de toutes les femmes enceintes présentant une infection à VIH et de 87 % des femmes enceintes au test de dépistage de la syphilis positif.

109. Le BSP a fourni une coopération technique pour le maintien de l'ETME de l'infection à VIH et de la syphilis à Anguilla, Antigua-et-Barbuda, aux Bermudes, aux îles Caïman, à Cuba, à Montserrat et à Saint-Kitts-et-Nevis, où cette élimination a été certifiée par l'OMS entre 2015 et 2017, et qui doivent faire valider ce statut d'élimination tous les deux ans. Pour cette raison, et pour les certifications d'ETME à venir pour d'autres pays, le BSP maintient la structure du Comité régional de validation. Le BSP a évalué les améliorations en matière d'élimination de la syphilis congénitale dans la Région, et publié un papier connexe dans le *Panamerican Journal of Public Health* en avril 2019.²⁶

²⁵ OPS. New Generations Free of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas Disease: EMTCT Plus in the Americas, 2018. Washington, D.C. : OPS ; 2019.

²⁶ Silveira MF, Gomez Ponce de Leon R, Becerra F, Serruya SJ. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis. Rev. Panam Salud Publica. 2019;43:e31. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.31>.

Améliorer la santé de la mère et de l'enfant à Chocó (Colombie)

De 2017 à 2018, une initiative a été mise en œuvre dans les zones affectées par les conflits armés du département colombien de Chocó, pour élargir les interventions d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant et de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Le projet ciblait plus de 30 000 femmes en âge de procréer, 8000 adolescentes et plus de 3000 nouveau-nés de Chocó, où 83 % de la population est d'ascendance africaine et 12 % est autochtone. La population pouvant potentiellement bénéficier de cette intervention était de 65 738 enfants de moins de cinq ans et de 150 570 femmes en âge de procréer.

Appuyée par Affaires mondiales Canada, l'initiative a fourni un support direct aux autorités nationales et locales, tout en incluant une participation active de la communauté. Elle comprenait deux phases : 1) la prestation aux professionnels des établissements sanitaires d'un appui qui ciblait la réanimation et les premiers soins des nouveau-nés et 2) un travail au niveau communautaire, qui faisait la promotion d'actions pour améliorer ou maintenir la santé maternelle et mettre au monde des nouveau-nés en bonne santé, auquel ont participé de manière élargie les femmes, les hommes et les adolescents.

À Quibdó et dans d'autres municipalités de Chocó, tous les professionnels de la santé, y compris les obstétriciens et les gynécologues, les pédiatres, les médecins généralistes et le personnel infirmier, ont été formés à prendre en charge les urgences obstétricales et néonatales, et l'hôpital régional de référence, situé à Quibdó, a reçu des matériels et des dispositifs pour reproduire localement cette formation. De plus, tous les agents de santé qualifiés pour un accouchement traditionnel, les agents de santé communautaire et les dirigeants communautaires de Chocó ont été formés à des méthodes permettant d'améliorer les soins avant et pendant la naissance, et ont reçu des outils de faible coût exclusivement élaborés pour identifier les patientes à haut risque chez les femmes ayant le projet d'accoucher à domicile.

Depuis le début du projet, aucun décès maternel dû à une hémorragie n'a été notifié. L'utilisation de nouvelles technologies et de dispositifs médicaux pour les grossesses compliquées est passée de zéro à 100 %, et un plan pour améliorer la santé maternelle et périnatale a été élaboré au niveau de la communauté avec la participation des femmes, des hommes, des sages-femmes traditionnelles, des agents de santé communautaires et d'autres membres de la communauté. La meilleure connaissance des recommandations fondées sur les données probantes a eu un impact positif au niveau de la communauté, et des mécanismes d'autonomisation ont été mis en place pour garantir le droit d'une femme à être accompagnée au cours de l'accouchement. Les autorités locales ont considéré le projet comme l'un des plus productifs parmi ceux mis en œuvre dans cette région mal desservie.

Le programme *Criança Feliz* au Brésil

Lancé en 2017, le programme *Criança Feliz* [Enfants heureux] du Brésil est une initiative multisectorielle ambitieuse qui cible les familles vivant dans la pauvreté et inscrites au programme gouvernemental d'aide financière *Bolsa família* [Bourse familiale]. À partir du moment où une grossesse débute, les agents de *Criança Feliz* se rendent régulièrement au domicile de la future mère et poursuivent les visites durant les trois premières années de vie de l'enfant, leur objectif étant d'améliorer la capacité des parents à offrir à leur enfant un environnement propice, bienveillant, stimulant et sûr, et d'établir un lien entre les familles et d'autres services sanitaires et sociaux. La composante fondamentale de *Criança Feliz* est l'intervention pour l'éducation des enfants développée par l'OMS-UNICEF, connue sous le nom de « Soins pour le développement de l'enfant » (CDD, selon le sigle anglais). Au cours de l'année 2018, le BSP a mobilisé des experts sur l'ensemble de la Région pour former un noyau de personnel brésilien à mettre en œuvre ce modèle au niveau de l'État. Le BSP a appuyé la conception de matériels pour présenter les concepts clés du modèle aux acteurs étatiques, organisé des réunions pour un échange d'expériences et fourni un appui continu aux responsables et à l'équipe technique du programme.

À la mi-2019, *Criança Feliz* avait été mis en œuvre dans 2600 des 5500 municipalités du pays, et plus de 400 000 familles recevaient des visites à domicile, y compris 80 000 femmes enceintes. Afin de procéder à une évaluation de ce programme, l'Université fédérale de Pelotas a mené une collecte de données de base pour réaliser un essai contrôlé randomisé comparant les États qui déploient ce programme à ceux qui ne le déploient pas. Le BSP poursuivra son appui aux autorités brésiliennes responsables du programme *Criança Feliz*, en ciblant une participation croissante du ministère de la Santé. Les écrits rapportant cette expérience offriront des enseignements importants pour les autres pays des Amériques, et pour le monde entier.

Santé sexuelle et génésique

110. Des interventions concernant la santé sexuelle et génésique sont couramment mises en œuvre dans le cadre des programmes centrés sur la santé de la mère et de l'adolescent, sur la prévention et la lutte contre l'infection au VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST), et sur la prévention et la lutte contre les MNT, un accent étant mis sur la prévention, le dépistage et le traitement des cancers concernant les organes de la reproduction, et sur la réduction des iniquités de genre. La plus grande partie des activités de coopération technique du BSP pour améliorer la santé sexuelle et génésique dans la Région et au cours de la période établie est décrite dans les sections relatives à ces questions ; des renseignements supplémentaires sont fournis dans les paragraphes suivants.

111. La *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030* comporte une attention à la santé sexuelle et génésique et aux droits qui lui sont liés, et fait la promotion d'une vie sexuelle saine et d'un accès pour toutes les personnes à un ensemble d'options relatives à leur fécondité, les femmes ayant accès à la planification familiale et à d'autres services et produits relatifs à la santé génésique. On estime qu'environ 2 % des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes commencent leur vie sexuelle avant l'âge de 15 ans, et que c'est la seule région du monde où le nombre estimé de grossesses chez les filles de moins de 15 ans est en augmentation. Les adolescentes continuent à faire face à des barrières légales, sociétales, politiques et du système

de santé qui leur interdisent un accès confidentiel à des services et des produits de santé sexuelle et génésique de qualité.

112. Le BSP a favorisé la mise à disposition et l'accessibilité de services de santé accueillants pour les adolescents et, en 2018, il a appuyé l'utilisation au Honduras de l'outil Innov8 de l'OMS pour examiner son plan national de réduction des grossesses chez les adolescentes. L'appui du BSP incluait une réunion de sensibilisation à l'approche Innov8, un appui en ligne continu de l'équipe nationale et une session de travail avec les autorités nationales de santé pour finaliser l'évaluation et la restructuration du plan national. Le BSP a également entrepris une coopération technique avec la République dominicaine – pays de la Région où le taux de fécondité des adolescentes est le plus élevé – pour une analyse fondée sur l'équité du statut de la grossesse chez l'adolescente et pour élaborer un nouveau plan de prévention de la grossesse chez les adolescentes.

113. En Colombie, le projet inter-agence des Nations Unies « Santé pour la paix », mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat entre l'OPS/OMS, le FNUAP, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le ministère de la Santé, et grâce au financement du Fonds fiduciaire multipartenaires des Nations Unies pour le post-conflit, a renforcé la capacité des professionnels de la santé dans les centres et les postes sanitaires à améliorer et à élargir les services de santé sexuelle et génésique, en mettant l'accent sur l'importance de prévenir la violence fondée sur le genre, ainsi que la grossesse, chez l'adolescente.

Objectif 2 du PASDA2030 : Rôle directeur et gouvernance de l'autorité sanitaire

114. Le renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités nationales de santé relativement aux systèmes de santé publique est essentiel pour supprimer les barrières d'accès, dépasser la segmentation et la dispersion au sein des systèmes de santé et faire progresser la santé universelle. Le « Renforcement de la réglementation de la santé publique et de la capacité d'application » était l'une des 11 fonctions essentielles de la santé publique (FESP) définies en 2000 pour mesurer les résultats d'un système de santé dans le cadre de l'initiative « Santé publique dans les Amériques ». En août 2018, le BSP a réuni des représentants de 15 facultés de santé publique réparties sur 11 pays²⁷ pour examiner un cadre conceptuel renouvelé concernant les FESP pour les Amériques. Cette réunion a débouché sur une collaboration accrue entre le BSP, les ministères de la Santé et les institutions universitaires pour renforcer les systèmes sanitaires, de manière à garantir et à prioriser la prestation d'interventions de santé publique complètes et intégrées. Cet examen constituait l'étape finale du processus de consultation pour la révision du cadre conceptuel des FESP, et la publication du cadre révisé est prévue au second semestre de 2019.

115. Le renforcement des cadres législatifs et des capacités législatives globales des systèmes de santé est fondamental pour consolider le rôle directeur et la gouvernance. Le BSP a appuyé le Salvador, qui a parrainé la *Stratégie régionale en matière de législation sur la santé* (document CD54/14, Rev. 1 [2015]), pour élaborer un cadre législatif de nouvelle génération visant à

²⁷ Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, États-Unis d'Amérique, Mexique, Nicaragua, Pérou et République dominicaine.

construire un système de santé intégré. La législation comporte des règlements pour mesurer et améliorer la qualité des services de soins de santé essentiels, incluant l'accès pour tous à des médicaments et des vaccins sûrs, efficaces, de bonne qualité et abordables, avec une approche de soins primaires basés sur la communauté et sur une participation sociale garantie. La loi renforce également le rôle directeur du ministère de la Santé, consolide le travail de diverses institutions dispersées et ouvre la voie à la planification d'une politique nationale participative de santé. Elle offre également un ensemble élargi d'outils pour l'intégration et l'interaction de différentes institutions au sein du système national de santé.

116. Au niveau infrarégional, le BSP a présenté en 2019 une initiative de suivi d'un accord signé par le PARLACEN en 2015 pour harmoniser et renforcer les cadres législatifs relatifs à la santé conformément à la *Stratégie régionale en matière de législation sur la santé*. Cette initiative de suivi comporte une loi type et des orientations pour une révision des lois dans chaque pays d'Amérique centrale et en République dominicaine. Des discussions ont été entamées avec les parlements du MERCOSUR et des Andes concernant des stratégies similaires.

117. Le BSP a fait la promotion du droit à la santé et de l'échange des meilleures pratiques législatives au cours du 4^e Congrès des comités sanitaires des parlements des Amériques. Plus de 35 législateurs issus de 13 pays²⁸ ont partagé leur expérience, l'objectif étant d'harmoniser les législations nationales relatives à la santé avec les politiques et les stratégies de l'OPS concernant les instruments législatifs en matière de santé universelle et de droits humains internationaux.

Objectif 3 du PASDA2030 : Ressources humaines pour la santé

118. Ayant noté la nécessité d'accroître la disponibilité de ressources humaines qualifiées en santé pour transformer les systèmes sanitaires dans les Amériques, le 56^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé en septembre 2018 le *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023* (document CD56/10, Rev. 1). Ce plan d'action offre une analyse complète du personnel de santé dans les Amériques, à partir de la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CSP29/10) approuvée en septembre 2017 à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, mais aussi à partir de contributions élargies des États Membres et de trois consultations infrarégionales. Il note plus particulièrement la nécessité de garantir que les problèmes de genre, d'ethnicité, de migration et de droits de l'homme sont pris en compte dans les politiques et les plans concernant le personnel de santé.

119. L'un des défis majeurs auxquels fait face la Région des Amériques est le déploiement d'équipes multidisciplinaires au premier niveau de soins pour combler les besoins des populations vulnérables vivant dans des régions mal desservies. Dix pays – Belize, Dominique, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay et Suriname – ont participé en octobre 2018 à un atelier coordonné par le BSP et tenu à Washington, D.C., qui portait sur les comptabilités nationales des personnels de santé et visait à améliorer les compétences en gestion, la production

²⁸ Argentine, Bolivie, Cuba, Chili, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Panama, Pérou, Paraguay, République dominicaine et Uruguay.

de données et la planification des effectifs de santé. Le BSP a ensuite organisé des ateliers intersectoriels de renforcement des capacités en planification des effectifs de santé dans quatre pays – Belize, Guatemala, Paraguay et Suriname – et travaillé avec le Belize à élaborer son *Plan stratégique en matière de ressources humaines pour la santé universelle 2019-2024*. Le BSP a également collaboré avec les États Membres pour faire progresser la planification des personnels de santé en se basant sur les compétences et sur des modèles de scénarios, et pour lancer une initiative sur la gestion des données concernant le personnel et sur l'intégration des comptabilités nationales des personnels de santé à l'élaboration et à la planification de politiques fondées sur les besoins de l'ensemble du système sanitaire.

120. La *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* note qu'à l'intérieur de la Région, bien que l'enseignement en sciences de la santé se soit développé de manière exponentielle au cours des dernières décennies, la réglementation des processus connexes est insuffisante, ce qui entraîne des préoccupations quant à la qualité de la formation, à la pertinence d'un certain nombre de programmes universitaires et à la pratique professionnelle. Néanmoins, un nombre croissant d'institutions de formation redéfinissent leurs responsabilités sociales et leur engagement envers les communautés où elles sont situées, en élaborant des profils professionnels conformes aux besoins sanitaires de la population et en faisant preuve de responsabilité sociale. Fin 2018, le BSP a finalisé un nouvel outil d'indicateurs de responsabilité sociale (ISAT, selon le sigle anglais) qui peut être utilisé pour suivre la progression d'une mission sociale en enseignement professionnel de la santé. En mars 2019, le BSP a participé à la 21^e Conférence panaméricaine sur l'enseignement de la médecine à Carthagène (Colombie) et collaboré à l'élaboration de la Déclaration de Carthagène sur l'enseignement de la médecine et la responsabilité sociale, faisant ainsi le lien entre les défis de l'enseignement de la médecine et la stratégie des soins de santé primaires.

121. Avec l'appui du BSP, l'Argentine a organisé en 2018 une réunion régionale du Réseau régional pour l'enseignement interprofessionnel dans les Amériques (REIP, selon le sigle espagnol), lors de laquelle des représentants de 15 pays²⁹ ont débattu de la mise en œuvre des directives et du plan biennal de travail 2018-2019 concernant ce réseau. Le réseau régional a été établi avec l'appui des ministères de la Santé d'Argentine, du Brésil et du Chili lors d'une réunion technique régionale sur l'enseignement interprofessionnel tenue à Brasilia en décembre 2017, et il a contribué à de nombreux webinaires et produit des documents techniques pour aider les pays à élaborer leur propre plan d'enseignement interprofessionnel. Mi-2019, 19 pays³⁰ disposaient de plans pour mettre en œuvre des stratégies d'enseignement interprofessionnel et des pratiques collaboratives en matière de santé.

122. Pour aborder et améliorer la combinaison des compétences à l'intérieur des systèmes de santé, le BSP a lancé une initiative de pratiques infirmières avancées dans le cadre de l'enseignement interprofessionnel et des pratiques collaboratives de six pays : Brésil, Colombie, Chili, Mexique, Pérou et Uruguay. Le BSP a également élaboré le document d'orientation

²⁹ Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname et Uruguay.

³⁰ Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela.

stratégique en matière de sciences infirmières dans la Région des Amériques, qui a été présenté en mai 2019, lors de la Journée internationale de l'infirmière.

123. La mobilité des ressources humaines pour la santé se poursuit dans la Région, des zones rurales aux zones urbaines et des pays de moindres ressources aux pays plus riches. Le BSP a travaillé avec 12 pays³¹ pénalisés par la mobilité du personnel de santé à élaborer des stratégies pour améliorer la planification et les prévisions en matière de ressources humaines pour la santé, ainsi que la fidélisation du personnel existant. Dans le cadre de ce processus, et pour atteindre les objectifs établis dans le *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès à la santé universelle et la couverture sanitaire universelle 2018-2023*, le BSP a appuyé l'élaboration de plans stratégiques intersectoriels avancés concernant le personnel de santé de cinq pays : Belize, Costa Rica, Guatemala, Paraguay et Suriname.

124. Dans la sous-région caribéenne, le BSP a coopéré avec l'organe régional chargé des soins infirmiers aux Caraïbes pour finaliser le Plan stratégique régional de soins infirmiers et obstétricaux 2020-2024 et il a mené à son terme une étude sur la migration du personnel de santé des Caraïbes. Vingt-six pays et territoires³² ont participé à cette étude, dont les résultats préliminaires ont été présentés en septembre 2018 à la réunion des ministres de la Santé de la CARICOM, puis lors du 56^e Conseil directeur de l'OPS. Ces résultats montraient que presque 60 % des professionnels de la santé qui habitent encore leur pays natal et ont participé à l'étude déclarent qu'ils émigreraient s'ils en avaient la possibilité. On estime que le nombre de places offertes dans les écoles de soins infirmiers de la sous-région caribéenne est suffisant pour répondre aux besoins, mais qu'il existe des pénuries de personnel infirmier résultant d'une réduction de 55 % des effectifs au cours de la formation, et d'une réduction de 73 % des effectifs de diplômés qui émigrent vers d'autres pays. Ces résultats soulignent les défis auxquels font face les pays des Caraïbes en matière d'enseignement de la santé et de fidélisation du personnel de santé, en ce qui concerne plus particulièrement le personnel infirmier spécialisé, la planification des effectifs de santé et la réglementation de l'émigration. Le BSP travaille avec les pays de la sous-région pour régler ces problèmes en appuyant l'élaboration et la mise en œuvre de plans intégrés de ressources humaines pour la santé, et des progrès notables ont été réalisés à Antigua-et-Barbuda, à la Dominique, à Saint-Kitts-et-Nevis et à Saint-Vincent-et-les Grenadines.

125. En janvier 2019, le BSP a collaboré avec le Conseil supérieur des Universités d'Amérique centrale et le SE-COMISCA, ou Secrétariat administratif du Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA), pour préparer une feuille de route sur la reconnaissance des carrières dans le domaine de la santé en Amérique centrale et en République dominicaine, en ciblant les programmes sanitaires familiaux et communautaires. Le SE-COMISCA et le Secrétariat général du Conseil supérieur des Universités d'Amérique centrale ont également signé un protocole d'accord, qui inclut le développement et la formation

³¹ Belize, Bolivie, Brésil, Dominique, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay et Suriname.

³² Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bonaire, îles Caïman, Curaçao, Dominique, Grenade, Guyana, Guyane française, Haïti, Jamaïque, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis, Sint-Maarten, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caiques, îles Vierges américaines et îles Vierges britanniques.

professionnelle des ressources humaines pour la santé dans la sous-région de l'Amérique centrale, et ils ont établi des axes stratégiques d'intervention. Ces derniers incluent l'adaptation aux programmes du secteur de la santé du cadre de qualifications de l'enseignement supérieur, la détermination de critères et un processus de reconnaissance des carrières professionnelles et techniques dans le domaine de la santé, l'harmonisation des curriculums infrarégionaux dans ce même domaine et la mobilité des professionnels de la santé en Amérique centrale et en République dominicaine. Dès avril 2019, cette initiative infrarégionale avait permis la cartographie des programmes de formation en santé familiale et communautaire de huit pays – Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama et République dominicaine – et établi un ensemble de compétences pour les médecins de santé familiale et du premier niveau de soins. Un projet de mise en œuvre par étapes d'un parcours de carrière dans le domaine de la santé a également été finalisé et validé par les pays.

126. Toujours en Amérique centrale, un travail a été entrepris sous la forme d'une étude multicentrique des facteurs qui influencent les choix de carrière au premier niveau de soins des médecins des services sociaux. L'échantillon étudié inclut 2545 internes et médecins des services sociaux issus de plus de 25 facultés de médecine situées au Costa Rica, à El Salvador, au Guatemala, au Honduras et au Nicaragua.

127. Dans la sous-région d'Amérique du Sud, la coopération technique du BSP a offert des possibilités de coopération Sud-Sud et d'échange d'expériences pour favoriser la mise en œuvre régionale du *Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023*. Parmi ces possibilités :

- a) Une réunion des observatoires des ressources humaines de la sous-région, tenue en Uruguay en août 2018 ;
- b) Un atelier sur la mise en œuvre du plan d'action sur les ressources humaines pour la santé universelle dans les pays d'Amérique du Sud, tenu au Pérou en novembre 2018 ;
- c) Le lancement d'un nouveau réseau latino-américain d'écoles de santé publique au cours de la 5^e Conférence internationale sur l'enseignement médical, tenue au Pérou en mai 2019 ; ce réseau, qui comprend des institutions de premier et deuxième cycles, bénéficiera de l'expérience du Réseau des écoles de santé publique (RESP, selon le sigle espagnol) de l'Union des nations sud-américaines;
- d) le BSP a favorisé les efforts déployés par le nouveau réseau pour examiner les méthodes d'enseignement en santé publique dans la Région et il a appuyé la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* dans les Amériques.
- e) Une réunion sur les systèmes d'information, sur les règlements concernant les pratiques professionnelles et sur la planification des internats de médecine, tenue en Argentine en juin 2019.

128. Le campus virtuel de la santé publique a poursuivi ses fonctions en tant que ressource de valeur pour l'apprentissage. Un total de 40 pays et territoires³³ ont participé aux stratégies et aux programmes de formation continue du personnel de santé offerts par ce campus virtuel ou par des réseaux équivalents d'apprentissage en ligne, et, en décembre 2018, le campus virtuel avait atteint le chiffre de 550 000 utilisateurs.

Objectif 4 du PASDA2030 : Financement de la santé

129. Dans un contexte macro-économique qui limite la mise à disposition de ressources financières pour les systèmes et les services sanitaires dans de nombreux pays, particulièrement dans les PEID, il existe une attention renouvelée quant à l'examen des stratégies de financement, de l'espace budgétaire pour la santé et des possibilités de gain en efficacité au sein des systèmes et des services de santé. Seuls quatre pays – Canada, Cuba, États-Unis d'Amérique et Uruguay – ont atteint et maintenu l'objectif de 6 % du produit intérieur brut consacrés au financement de la santé, soit le niveau généralement considéré comme nécessaire pour parvenir à la santé universelle.

130. Les dépenses moyennes de santé à la charge des patients restent élevées dans la Région et constituent presque un tiers des dépenses totales en matière de santé. La plupart des États Membres ne disposent pas de schéma de protection sociale pour offrir tous les médicaments essentiels sans paiement direct aux points de services, et les dépenses à la charge des patients pour les médicaments et les technologies de santé représentent de 30 à 70 % de l'ensemble des dépenses de santé à leur charge. Après les ressources humaines, les médicaments essentiels et les technologies sanitaires représentent le deuxième poste en importance dans les budgets de santé publique, et cette réalité constitue un obstacle majeur à l'accès aux services sanitaires nécessaires pour une importante partie de la population, de nombreuses familles faisant face au risque permanent de tomber dans la pauvreté à la suite de dépenses sanitaires ruineuses.

131. Plusieurs pays, parmi lesquels Anguilla, Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Grenade et la Jamaïque, ont commencé à débattre de réformes financières concernant la santé, parmi lesquelles l'option de mettre en œuvre des programmes d'assurance nationale de santé. Mi-2019, Anguilla avait élaboré un projet de loi concernant une assurance nationale de santé, Antigua-et-Barbuda avait élaboré son système de comptes de la santé, appuyé par une collaboration entre le BSP et l'Unité d'économie de la santé du campus St Augustine de l'Université des Indes occidentales (Trinité-et-Tobago), la Grenade avait examiné son éventail d'avantages sociaux, ainsi que ses sources de financement et le cadre de gouvernance de son assurance nationale de santé, et Saint-Kitts-et-Nevis avait lancé une évaluation actuarielle de l'ensemble des prestations procurées par son assurance nationale de santé.

132. Le BSP a coordonné le dialogue infrarégional sur le financement de la santé aux Caraïbes, qui s'est déroulé à la Barbade en 2018, appuyant ainsi l'engagement des États Membres de la CARICOM de faire progresser la santé universelle. Ce dialogue infrarégional a rassemblé des

³³ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Bonaire, Brésil, îles Caïman, Costa Rica, Chili, Colombie, Cuba, Curaçao, Équateur, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caïques, Uruguay et îles Vierges britanniques.

fonctionnaires gouvernementaux de haut niveau des pays de la CARICOM, des représentants des principales institutions infrarégionales caribéennes et des experts internationaux, pour débattre des défis de financement des services sanitaires aux Caraïbes et déterminer les possibilités de renforcer la collaboration infrarégionale travaillant sur cette question. La coopération technique du BSP sur les systèmes de paiement dans le cadre des réseaux intégrés de services de santé s'est poursuivie, l'objectif étant de réduire la dispersion en mettant en œuvre des mécanismes de financement pour promouvoir les RISS en se basant sur la stratégie des SSP.

Objectif 5 du PASDA2030 : Médicaments, vaccins essentiels et autres technologies sanitaires prioritaires

133. Les États Membres ont poursuivi leurs importantes avancées sur le plan du renforcement de la capacité des systèmes de réglementation et de la mise au point de médicaments et de technologies sanitaires, l'un et l'autre constituant des stratégies centrales pour améliorer l'accès aux médicaments et aux technologies sanitaires qui répondent aux normes internationales de qualité, de sûreté et d'efficacité.

134. À la mi-2019, le système de réglementation des Caraïbes (CRS, selon le sigle anglais), une instance de réglementation infrarégionale innovante dédiée aux Caraïbes, gérée par l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) et établie avec la coopération technique du BSP, a enregistré, ou provisoirement enregistré, 37 produits et était en bonne voie d'ajouter en 2019 60 médicaments recommandés, soit presque le double du total de médicaments recommandés en 2017 et 2018. Les médicaments approuvés incluaient un traitement curatif de l'hépatite C inscrit sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS, et un certain nombre de médicaments concernant les maladies non transmissibles. En juin 2019, le CRS avait reçu quasiment 200 notifications d'événements indésirables et de médicaments falsifiés ou ne répondant aux normes par le biais de VigiCarib, son programme de pharmacovigilance et de surveillance après commercialisation. Comme le CRS, VigiCarib a été fondé sur le principe qu'une approche régionale faciliterait la mise en commun des ressources, le partage d'informations, la coordination des activités et une efficacité d'échelle dans les États Membres de la CARICOM, et qu'elle contribuerait au renforcement du système sanitaire pris dans son ensemble.

135. Le CRS est de plus en plus reconnu comme un modèle efficace pour les PEID aux ressources humaines limitées. En février 2019, le BSP et la CARICOM ont présenté l'initiative du CRS aux ministres de la Santé des îles du Pacifique lors d'une réunion organisée par le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental (WPRO, selon le sigle anglais) tenue à Fiji. À partir de l'expérience du CRS, les îles du Pacifique ont décidé de lancer leur propre approche régionale de réglementation, en considérant la CARICOM comme un chef de file dans ce domaine.

136. En août 2018, dans le cadre des efforts pour renforcer les agences de réglementation des médicaments en Amérique centrale et en République dominicaine, un projet pilote a été lancé pour un examen conjoint des dossiers de médicaments. Ce projet a rassemblé du personnel technique des agences de réglementation des médicaments de chaque pays, l'objectif étant d'améliorer le processus d'enregistrement des nouveaux produits pharmaceutiques dans la sous-région

d'Amérique centrale et de créer des synergies pour améliorer l'accès à des médicaments sûrs et efficaces. Ce projet pilote a été appuyé par le BSP, USAID et la Banque mondiale.

137. Le BSP a collaboré avec l'OMS pour produire le premier outil d'analyse comparative mondiale permettant d'évaluer la capacité nationale de réglementation des médicaments. Cet outil permettra aux pays du monde de déterminer les forces et les lacunes de leurs capacités de réglementation et de hiérarchiser les domaines les plus importants pour un développement institutionnel systématique et transparent. L'outil utilise des éléments du propre outil régional du BSP, qui est appliqué au système de réglementation des Amériques depuis plus de 10 ans et a été amélioré grâce à des consultations élargies avec les autorités de réglementation des médicaments de l'ensemble du monde. En avril 2019, une application pilote de l'outil a été finalisée à El Salvador, dont les résultats pourront être utilisés pour valider l'outil et la méthodologie sur l'ensemble de la Région.

138. En octobre 2018, le BSP a organisé à El Salvador la 9^e Conférence du Réseau panaméricain pour l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique (PANDRH, selon le sigle anglais), dont le thème était « Les contributions de l'harmonisation des réglementations pour parvenir à la santé pour tous : commémoration de 20 ans de PANDRH et 40 ans d'Alma-Ata ». Les deux cents participants provenaient de divers secteurs et institutions, parmi lesquels l'OMS, l'OPS, les autorités nationales de réglementation, l'industrie pharmaceutique, des organisations non gouvernementales (ONG) et des associations professionnelles. Les États Membres du PANDRH ont adopté des notes de synthèse et des recommandations concernant l'état actuel de la réglementation en matière de traitements médicaux innovants, les principes de recours à la réglementation et les modèles de systèmes de réglementation pour les petits États ou les marchés aux ressources limitées. Ces documents offrent aux pays des orientations intéressantes relativement aux efforts qu'ils déploient pour renforcer des systèmes de réglementation pharmaceutique qui soient de qualité, sûrs et efficaces.

139. Dans le cadre d'un effort connexe, le BSP a organisé une réunion du réseau de tarification pour les États Membres faisant partie du Réseau d'évaluation des technologies de la santé des Amériques (RedETSA). Tenue à Buenos Aires en novembre 2018, cette réunion a ciblé le rôle de l'évaluation des technologies de la santé dans l'élargissement d'un accès efficace et équitable aux médicaments. Le BSP a également dressé une liste d'appareils médicaux prioritaires pour le premier niveau de soins – la première du genre – pour orienter les pays en vue d'une sélection et d'une utilisation rationnelles des appareils médicaux. La liste comprend 257 appareils médicaux déterminés par une approche fondée sur des données probantes et validée par les États Membres. Les objectifs sont d'accroître la mise à disposition de ces appareils au premier niveau de soins et de garantir la capacité de réaction des centres de santé au sein des RISS. Le BSP a également proposé un nouveau modèle d'évaluation, de sélection, d'intégration, de prescription, de dispensation, d'utilisation rationnelle et de suivi des médicaments et des technologies de la santé ; ce modèle est piloté par le Paraguay.

140. Pour contribuer aux améliorations en matière de qualité et de sûreté, la coopération technique du BSP a permis des évaluations de services de radiothérapie, qui ont été réalisées en

2018 dans 17 pays.³⁴ Au Belize, le BSP a formé un partenariat avec l'Agence internationale de l'énergie atomique pour une évaluation des normes de contrôle de la qualité radiologique et ses risques liés aux radiations, en vue d'améliorer dans le pays les services de radiologie et la protection vis-à-vis des radiations.

141. Le Fonds stratégique de l'OPS a appuyé des négociations, menées par le MERCOSUR, avec les fabricants de médicaments anti-hépatite C, qui ont abouti à des réductions allant jusqu'à 40 % de l'un des antiviraux les plus essentiels. Le Fonds stratégique a également collaboré avec les États Membres du MERCOSUR sur une stratégie de négociation pour 2019 visant l'achat de médicaments anti-hépatite C et anti-cancer.

Maintenir et intensifier la vaccination

142. La vaccination reste un programme phare de la stratégie des SSP et une force motrice vers la santé universelle. En 2018, le taux régional de couverture vaccinale par la troisième dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) s'est maintenu à 88 %, et 22 pays et territoires³⁵ ont augmenté leurs taux de couverture vaccinale comparativement à 2017.

143. Au cours de la période établie, la coopération technique du BSP a cherché à maintenir des programmes vaccinaux de qualité, et a inclus à ses activités des ateliers régionaux sur la riposte rapide aux flambées de rougeole, de rubéole et de poliomyélite, sur la fièvre jaune et sur la notification de qualité et en temps opportun à l'aide du formulaire conjoint OPS/OMS-UNICEF de notification. Au niveau infrarégional, un atelier de formation s'est tenu dans les Caraïbes pour tous les responsables du Programme élargi de vaccination (PEV), et des activités de pays se sont déroulées dans 22 pays et territoires³⁶ pour renforcer les capacités nationales concernant la chaîne du froid et la gestion efficace des vaccins, l'évaluation de la qualité des données, la vaccination dans les grandes villes, la planification et le déroulement du PEV et les registres électroniques de vaccination.

144. Au cours de la période établie, quatre pays ont ajouté de nouveaux vaccins à leur calendrier national de vaccination : en 2018, le Guatemala a introduit le vaccin anti-VPH et Haïti a introduit le vaccin antipneumococcique, tandis qu'en 2019 Sainte-Lucie et les îles Turques-et-Caïques ont introduit le vaccin anti-VPH. Quarante pays et territoires³⁷ de la Région utilisent désormais le

³⁴ Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela.

³⁵ Anguilla, Barbade, Belize, Bermudes, Chili, Curaçao, Dominique, Équateur, Grenade, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago et îles Vierges britanniques.

³⁶ Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Cuba, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay, Venezuela et îles Vierges britanniques.

³⁷ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bonaire, Bolivie, Brésil, Canada, îles Caïman, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guadeloupe, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saba, Saint-Eustache, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caïques et Uruguay.

vaccin anti-VPH. Malgré les progrès réalisés avec ce vaccin, l'un des deux fournisseurs mondiaux a annoncé en 2019 sa sortie des marchés régionaux et mondial, ne laissant ainsi qu'une seule source d'approvisionnement possible de vaccins anti-VPH, au moins jusqu'en 2022. La situation de ce marché entraîne des préoccupations quant à l'approvisionnement et au prix du vaccin. La réticence à la vaccination contre le VPH constitue également un défi dans la mesure où, malgré les améliorations enregistrées, le recours à ce vaccin n'est pas optimal. Le BSP continuera à travailler étroitement avec les pays pour prévenir les ruptures de stocks de vaccins anti-VPH et renforcer son plaidoyer fondé sur des données probantes pour accroître le recours au vaccin.

145. Des évaluations ont été conduites, qui concernaient le programme de vaccination des îles Vierges britanniques, le groupe consultatif technique national de vaccination du Chili et le programme régional de vaccination de l'OPS.

- a) L'évaluation réalisée dans les îles Vierges britanniques a abouti à des recommandations pour améliorer la chaîne du froid et la logistique vaccinale, la formation des agents de santé, la mise en œuvre d'un registre électronique de vaccination et l'élaboration de stratégies de communication et de mobilisation sociale ;
- b) L'évaluation réalisée au Chili a recommandé que le groupe consultatif technique national s'efforce d'augmenter sa propre visibilité et la sensibilisation du public à son travail, pour améliorer l'acceptation des vaccins et la confiance de la communauté et des prestataires de soins de santé ;
- c) Réalisée par un comité extérieur indépendant, l'évaluation du programme régional de vaccination a recommandé que celui-ci soit plus énergique dans la promotion de la vaccination et apporte une meilleure réponse aux arguments des groupes réticents à la vaccination, qu'il analyse les besoins du personnel et améliore sa formation ainsi que les mesures incitatives, qu'il réalise plus fréquemment des évaluations de programmes vaccinaux dans les pays, en particulier dans les pays clés, et qu'il examine ses ententes financières, plus spécifiquement les contributions relatives des donateurs extérieurs et de l'OPS, et cherche éventuellement de nouveaux financements provenant de partenaires nouveaux ou anciens.

146. Le BSP a organisé une riposte élargie aux flambées de maladies à prévention vaccinale dans la Région. Cette organisation comportait une coopération technique avec la République bolivarienne du Venezuela (ci-après, Venezuela) pour mettre en place une campagne vaccinale à portée élargie qui a permis de vacciner près de 9 millions d'enfants de 1 à 4 ans. Le BSP a recruté des experts techniques pour contribuer à la riposte aux flambées de maladies, parmi lesquelles la rougeole en Argentine, au Brésil, en Colombie, en Équateur, au Pérou et au Venezuela, la diphtérie en Haïti et au Venezuela et la fièvre jaune au Brésil. Le BSP a également travaillé avec les autorités sanitaires de tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes pour intensifier la préparation à de possibles flambées. Outre les ministères de la Santé, ses partenaires de travail incluaient l'Initiative

mondiale pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole, les CDC des États-Unis et l'UNICEF. Pour appuyer ces activités, le BSP a mobilisé environ US\$ 9 millions.³⁸

147. Initiative phare du BSP, la Semaine de la vaccination dans les Amériques (SVA) a célébré son 17^e anniversaire en avril 2019 sur le thème « Protège ta communauté. Contribue à son bien-être. ». Lors de cette initiative, 65 millions de personnes ont été vaccinées dans 45 pays et territoires. Étant donné la résurgence de la rougeole dans la Région, la SVA 2019 a revêtu une urgence particulière. Par exemple, les CDC des États-Unis ont indiqué que 981 cas de rougeole sont survenus dans 26 États entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2019, soit le nombre le plus important de cas notifiés aux États-Unis d'Amérique depuis 1992 et depuis que l'élimination de la rougeole a été déclarée en 2000.³⁹ Les autres points forts de la SVA 2019 incluaient :

- a) L'administration de 450 000 doses de vaccin anti-rougeole dans le cadre d'un ensemble d'activités qui comportait des campagnes de suivi et autres activités vaccinales notifiées par 23 pays et territoires,⁴⁰ y compris cibler les groupes à haut risque ;
- b) La mise en œuvre d'une campagne vaccinale de masse contre la grippe au Brésil – site du lancement régional de la SVA – qui a touché 59 millions de personnes ; de plus, quelque 3500 professionnels de la santé ont administré les vaccins de routine et des vaccins antigrippaux dans les communautés autochtones, l'objectif étant de garantir que quasiment 700 000 enfants et adultes vivant dans ces zones sont à jour dans les calendriers vaccinaux recommandés ;
- c) La mise en œuvre de campagnes antigrippales dans 13 autres pays,⁴¹ en anticipation de la circulation accrue du virus de la grippe dans les mois à venir ;
- d) L'administration de vaccins anti-amarils dans les zones à risque d'au moins quatre pays – la Bolivie, le Brésil, la Colombie et l'Équateur ;
- e) La vaccination des adolescents contre le VPH dans 16 pays et territoires ;⁴²
- f) Des efforts particuliers pour vacciner les populations en situation de vulnérabilité, y compris les femmes enceintes et en post-partum, les agents de santé, les personnes âgées, les populations autochtones, les personnes présentant des maladies chroniques, les prisonniers et le personnel pénitentiaire, dans 17 pays et territoires.⁴³

³⁸ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

³⁹ CDC des États-Unis. Measles cases in 2019. Disponible sur <https://www.cdc.gov/measles/cases-outbreaks.html> (en anglais). Consulté le 7 juin 2019.

⁴⁰ Anguilla, Barbade, Belize, Brésil, Colombie, Dominique, Grenade, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago et îles Vierges britanniques.

⁴¹ Barbade, Belize, Colombie, Dominique, Grenade, Honduras, Jamaïque, Panama, Paraguay, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago et Uruguay.

⁴² Anguilla, Barbade, Belize, Colombie, Grenade, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Panama, Paraguay, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, Trinité-et-Tobago et îles Turques-et-Caïques.

⁴³ Bahamas, Belize, Bermudes, Colombie, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et îles Vierges britanniques.

148. Le BSP a négocié et finalisé un accord important avec la branche médicale de l'Université du Texas pour l'administration d'une patente qui protège un vaccin révolutionnaire contre le virus Zika. Le BSP a également fourni un appui législatif pour élargir la participation de pays au Fonds renouvelable et au Fonds stratégique de l'OPS, y compris des négociations en cours avec le Mexique, avec certaines provinces d'Argentine, et avec plusieurs entités gouvernementales de Colombie.

Objectif 6 du PASDA2030 : Systèmes d'information en santé

149. Conscient de la nécessité toujours croissante et de l'importance cruciale de disposer d'informations sanitaires et relatives à la santé qui soient de qualité, actualisées et délivrées en temps opportun, le BSP maintient sa coopération technique pour faire progresser le cadre des systèmes d'information pour la santé. Ce cadre a été lancé en 2016 pour répondre au besoin de données infranationales permettant de suivre les cibles des ODD relatifs à la santé et, plus généralement, de garantir que les responsables de politiques et les décideurs en la matière disposent des données nécessaires pour concevoir des interventions sanitaires qui réellement « ne laissent personne pour compte ».

150. Au cours de la période établie, le BSP a collaboré avec le groupe de travail technique des systèmes d'information pour la santé, appuyé par la CARICOM, pour produire une feuille de route visant à améliorer les systèmes d'information sanitaire de la sous-région caribéenne.⁴⁴ La feuille de route a ensuite été approuvée par la CARICOM et par le Conseil des ministres de l'Organisation des États des Caraïbes orientales.

151. À la suite d'un appel à candidatures relatif aux systèmes d'information pour la santé,⁴⁵ le BSP a attribué des subventions à 36 bénéficiaires issus de 27 pays et territoires⁴⁶ pour mettre en œuvre en 2019 des projets visant à rendre les systèmes d'information plus interopérables et interconnectés. Le Réseau de systèmes d'information sur la santé de l'Amérique latine et des Caraïbes (RELAC SIS) a tiré parti de ses alliances et de ses partenaires sur l'ensemble des Amériques pour garantir que les webinaires et les informations techniques relatives aux systèmes d'information pour la santé ont été diffusés gratuitement aux membres du réseau et autres publics. Cette action a fourni aux États Membres un moyen de communication pour partager les pratiques réussies et recevoir de l'information sur les méthodes, les outils, les politiques et les stratégies relatives aux systèmes d'information pour la santé et qui sont recommandés par le BSP.

⁴² High-level meeting on information systems for health: Advancing public health in the Caribbean region, novembre 2016, Kingston, Jamaïque. Rapport de réunion. Washington, D.C. : OPS ; 2017. Disponible sur <https://bit.ly/2Y1Y8HZ>. (en anglais)

⁴⁵ L'appel à candidatures a été fermé en novembre 2018.

⁴⁶ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bermudes, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela et îles Vierges britanniques.

152. Dans ce même cadre, le BSP a travaillé avec 15 pays et territoires⁴⁷ pour utiliser l’outil d’évaluation de la maturité des systèmes d’information pour la santé et formuler des recommandations visant à améliorer leurs systèmes d’information sanitaire. Le BSP a également collaboré avec la Banque interaméricaine de développement pour utiliser cet outil d’évaluation de la maturité des systèmes d’information pour la santé afin de superviser les investissements concernant les systèmes d’information et les solutions numériques en matière de santé. Les autres partenaires ayant participé à ces efforts incluaient l’USAID, Affaires mondiales Canada, l’hôpital italien de Buenos Aires, qui est un Centre collaborateur de l’OMS, et des partenaires universitaires, parmi lesquels l’université de l’Illinois, l’université de l’Utah et l’Université Harvard.

153. Les données d’état civil comportent des composantes essentielles des systèmes d’information pour la santé, mais sont souvent inexactes et incomplètes. Au cours de la période à l’étude, le BSP a organisé cinq formations régionales et trois cours en ligne pour 500 codeurs travaillant à l’état civil dans les pays d’Amérique latine. Les interventions d’apprentissage incluaient la formation en novembre 2018 de codeurs issus de 19 pays⁴⁸ pour faire volontairement des recherches sur les décès maternels à partir de toutes les sources d’enregistrement de décès à l’intérieur des pays – c’est-à-dire procéder à un examen des certificats de décès – l’objectif étant de mettre en évidence les décès maternels initialement non comptabilisés. La formation faisait appel à la méthode de recherche volontaire et de reclassification des décès maternels (BIRMM, selon le sigle espagnol) élaborée par le Centre mexicain de classification des maladies (CEMECE, selon le sigle espagnol), qui est un Centre collaborateur de l’OMS pour la famille de classifications internationales.

154. Deux ateliers régionaux – auxquels ont participé 16 pays⁴⁹ en août 2018 et 12 pays⁵⁰ en mars 2019 – ont formé des professionnels des ministères de la Santé et des bureaux nationaux de statistiques à une méthode utilisée par le Groupe inter-agence de l’ONU pour l’estimation de la mortalité maternelle (UN MMEIG, selon le sigle anglais)⁵¹ pour estimer la mortalité maternelle, et par le Groupe Inter-agence de l’ONU pour l’estimation de la mortalité infantile pour estimer les mortinaissances et la mortalité infantile. À l’issue de cette formation, le BSP a engagé des équipes nationales de pays ciblés à déterminer des stratégies visant à renforcer la qualité et la couverture des données pour mieux éclairer les interventions gouvernementales et les estimations des Nations Unies.

155. Le PASDA2030 et le Programme de développement durable à l’horizon 2030 en appellent tous deux aux États Membres pour qu’ils surveillent les progrès nationaux et infranationaux de leurs cibles et objectifs respectifs visant à améliorer la santé et le bien-être de toutes les

⁴⁷ Anguilla, Bahamas, Barbade, Bermudes, Dominique, Équateur, Guyana, Honduras, Jamaïque, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caïques et îles Vierges britanniques.

⁴⁸ Argentine, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, Paraguay, République dominicaine, Uruguay et Venezuela.

⁴⁹ Brésil, Bolivie, Colombie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Haïti, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname.

⁵⁰ Bahamas, Bolivie, Équateur, Guatemala, Haïti, Jamaïque, Honduras, Mexique, Nicaragua, Paraguay, République dominicaine et Trinité-et-Tobago.

⁵¹ Le UN MMEIG comprend des représentants du FNUAP, de l’UNICEF, de la Division de la Population des Nations Unies, de l’OMS et de la Banque mondiale.

populations. Le mandat mondial des ODD a fait émerger d'importants défis pour le BSP et les pays des Amériques, dans la mesure où la collecte actuelle de données par le BSP dans le cadre de l'Initiative régionale des données sanitaires de base ne couvre pas 10 des 27 indicateurs de l'ODD 3 et qu'un grand nombre de pays ne colligent pas les données infrarégionales ventilées selon les facteurs de stratification sociodémographique clés. La progression vers les objectifs du PASDA2030 sera principalement suivie par le biais des indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires du projet de Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS, qui ont été déterminés lors d'une consultation avec les 21 membres du Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG, selon le sigle anglais)⁵² et seront présentés pour approbation lors du 57^e Conseil directeur en septembre 2019.

156. PLISA est le répertoire de l'OPS pour les données colligées sur 170 indicateurs sanitaires de base (365 après ventilation), pour les données de mortalité partagées par les États Membres, et pour les questions sanitaires, des vaccinations à la résistance aux antimicrobiens. Au cours de la période établie, cette plateforme a subi des améliorations qui ont permis aux pays d'échanger des données épidémiologiques, de tirer parti de leurs capacités d'analyse en matière de dengue et de maladie à virus Zika et de suivre des indicateurs clés, parmi lesquels le taux de létalité de la dengue. Les efforts actuels ciblent l'élargissement de la capacité de la PLISA pour inclure des informations épidémiologiques sur le chikungunya, la leishmaniose, le paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle.

Objectif 7 du PASDA2030 : Données probantes et connaissances en matière de santé

157. Au cours de la période étudiée, le BSP a poursuivi sa coopération technique pour favoriser et rendre possible l'élaboration de politiques, la prise de décision et la planification fondées sur des données probantes, sous la direction du Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME, selon le sigle portugais), un centre spécialisé de l'OPS situé au Brésil.

158. Un ensemble de 35 000 nouveaux documents a été indexé dans LILACS, l'index bibliographique de l'OPS relatif à la documentation scientifique et technique en matière de santé de la Région, et plus de 20 000 termes ont été actualisés en anglais, en espagnol, en français et en portugais dans le DeCS, vocabulaire de l'OPS servant à indexer l'information scientifique. LILACS a servi de pierre angulaire pour deux nouvelles librairies de santé en ligne :

- a) La bibliothèque virtuelle de la santé sur la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrée a été lancée en décembre 2018 pour reconnaître l'importance de la médecine traditionnelle dans les approches interculturelles inclusives. Cette bibliothèque favorise la visibilité, l'accessibilité, l'utilisation et l'enrichissement des informations scientifiques et des matériels éducatifs concernant des modèles de systèmes sanitaires interculturels et

⁵² Le SPAG incluait des représentants de toutes les sous-régions de l'OPS : Caraïbes (Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Dominique, Guyana, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago), Amérique centrale (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama), Amérique du Nord (Canada, États-Unis d'Amérique et Mexique) et Amérique du Sud (Argentine, Bolivie, Brésil, Équateur, Paraguay et Venezuela). Le représentant de Panama a été nommé président et celui des Bahamas, vice-président.

inclusifs. Un bon exemple de cette reconnaissance est l'élaboration interprogrammatique par le BSP d'une initiative pour intégrer le savoir traditionnel autochtone à la réduction du risque de catastrophe, parallèlement au réseau régional correspondant qui inclut les peuples autochtones ;

- b) Le portail EvIDeNCe de la CARPHA a été établi comme répertoire de pointe des travaux de recherche, des synthèses, des documents et des informations sanitaires utiles pour les politiques, afin d'appuyer dans les Caraïbes une prise de décisions fondée sur des données probantes. Le BSP a présenté le portail à la 49^e conférence de l'Association des bibliothèques institutionnelles, de recherche et universitaires des Caraïbes en juin 2019.

159. La Banque de données internationales des directives GRADE⁵³ (BIGG, selon le sigle anglais), une banque de nouvelles données probantes, a été lancée en 2018. La BIGG rassemble les directives de santé publique et les pratiques connexes fondées sur des données probantes et produites par l'OMS, l'OPS, les institutions gouvernementales et les associations scientifiques nationales et internationales de plusieurs pays qui répondent aux normes recommandées par l'OPS/OMS. La BIGG a été intégrée à la bibliothèque virtuelle de la santé de l'OPS, sous la forme de plus de 600 directives indexées avec leur lien vers le texte intégral, offrant ainsi en matière de santé publique et de pratiques connexes des recommandations fondées sur des données probantes et de grande qualité. En 2018 également, un nouveau cadre d'interopérabilité a été élaboré, qui facilite l'actualisation permanente du Global Index Medicus (GIM) avec la documentation scientifique et technique provenant des Régions de l'OMS ; le portail devrait être rénové fin 2019.

160. Le Répertoire législatif sur les facteurs de risque de MNT a été lancé en août 2018. Ce répertoire donne accès aux cadres légaux élaborés par les pays pour lutter contre les maladies chroniques. Il a démontré son intérêt en systématisant l'organisation, le suivi et l'accès aux lois relatives aux MNT dans les États Membres. Ce répertoire vise à renforcer le rôle directeur et la gouvernance pour faire progresser la santé universelle, en offrant par ailleurs un modèle de compilation des lois sur la santé.

161. Dans le cadre du programme régional de recherche concernant les maladies tropicales et le programme de l'OPS des petites subventions,⁵⁴ le BSP a renforcé la capacité des pays à conduire des travaux de recherche sur la mise en œuvre dans le domaine des maladies tropicales. Au cours de la période établie, cinq projets de recherche sur la mise en œuvre ont été approuvés et financés, qui concernaient la tuberculose, le paludisme et la leishmaniose. Le BSP a également mis en œuvre l'initiative structurée de recherche opérationnelle et de formation (SORT IT, selon le sigle anglais) du TDR, qui vise à améliorer la capacité des agents nationaux de santé publique à concevoir des protocoles et à les écrire, à analyser les données, à rédiger des documents scientifiques et à diffuser des résultats. Au cours de la période établie, une formation a été délivrée aux agents de santé publique en Équateur, au Paraguay et en Uruguay, par le biais de travaux de recherche

⁵³ GRADE = gradation de l'appréciation, de l'élaboration et de l'évaluation des recommandations

⁵⁴ Le Programme conjoint HRP/TDR/OPS des petites subventions est une initiative conjointe du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, coparrainé par l'UNICEF, le Programme de développement des Nations Unies (PNUD), la Banque mondiale et l'OMS (connu sous le sigle TDR), du Programme spécial PNUD/FNUAP/UNICEF/OMS/Banque Mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (connu sous le sigle HRP) et de l'OPS.

opérationnelle intégrée et de renforcement des capacités relativement aux systèmes sanitaires et aux programmes propres à une maladie particulière.

162. Depuis mi-2018, et en collaboration avec le CEMECE du Mexique, l'UNICEF, du Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle, l'USAID ainsi que le ministère de la Santé d'Argentine, le BSP :

- a) a coordonné une série de sessions en ligne et en présentiel avec six pays d'Amérique centrale – Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama – pour renforcer la capacité des professionnels de la santé à analyser les données d'état civil et à aborder les défis relatifs à la qualité des données, un accent particulier étant mis sur les indicateurs de l'ODD relatif à la mortalité ;
- b) a travaillé avec quatre pays – Bolivie, Colombie, Équateur, République dominicaine – pour enrichir les connaissances des professionnels de la santé sur la méthode d'estimation et d'analyse des mortalités infantile, néonatale et maternelle aux niveaux national et infranational ;
- c) a formé des professionnels issus des ministères de la Santé et des bureaux de statistiques nationales de 20 États Membres⁵⁵ à la définition de cibles et à l'analyse de données infranationales pour déterminer les iniquités sociales relativement au PASDA2030 et aux indicateurs des ODD.

Objectif 8 du PASDA2030 : Flambées de maladies, urgences et catastrophes sanitaires

163. Les avancées se poursuivent dans l'institutionnalisation des programmes de gestion des catastrophes. Fin 2018, 26 pays et territoires⁵⁶ disposaient d'un programme officiel de gestion des catastrophes sanitaires, 29⁵⁷ d'un plan de riposte aux urgences sanitaires, 23⁵⁸ d'équipes en place pour la riposte aux urgences sanitaires, 27⁵⁹ de centres d'opérations pour les urgences sanitaires et

⁵⁵ Bahamas, Brésil, Bolivie, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Haïti, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname et Trinité-et-Tobago.

⁵⁶ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bolivie, Brésil, Canada, îles Caïman, Chili, Colombie, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Jamaïque, Martinique, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago et îles Turques-et-Caïques.

⁵⁷ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, îles Caïman, Colombie, Costa Rica (en cours), Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Jamaïque, Martinique, Mexique, Nicaragua, Panama, Porto Rico, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago et îles Turques-et-Caïques.

⁵⁸ Anguilla, Bahamas, Barbade, Bermudes, Bolivie, Canada, îles Caïman, Chili, Colombie, Costa Rica (en cours), Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guyana, Jamaïque, Martinique, Mexique, Nicaragua, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis et îles Turques-et-Caïques.

⁵⁹ Anguilla, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, îles Caïman, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Jamaïque, Martinique, Mexique, Nicaragua, Panama, Porto Rico, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie et îles Turques-et-Caïques.

30⁶⁰ d'un comité national de coordination d'urgence au sein du ministère de la Santé. Malgré ces progrès notables, des lacunes persistent. Par exemple, sur les 26 pays et territoires qui ont établi des programmes officiels de gestion des catastrophes, seuls 20⁶¹ ont des programmes disposant d'un personnel à temps plein et d'un budget dédié.

164. Au cours de la période établie, le BSP a poursuivi, et au besoin accru, sa coopération technique avec les pays faisant face à des catastrophes naturelles ou à d'autres urgences, parmi lesquelles des problèmes relatifs à la migration de masse, au changement climatique et à des flambées de maladies. Ces ripostes concernaient des situations immédiates ou en cours, des phases de post-événement ou de rétablissement et des adaptations au changement climatique. Elles s'accompagnaient d'une collaboration avec les autorités sanitaires nationales ou d'autres autorités, ainsi que des partenaires régionaux et internationaux, pour déterminer et combler les lacunes, tout en renforçant les capacités nationales et infranationales d'atténuation ou de riposte pour faire face à divers scénarios.

165. Le travail du BSP pour améliorer la résilience des États Membres aux urgences et aux catastrophes a été entrepris en collaboration avec des partenaires clés parmi lesquels l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID), les CDC des États-Unis, le Bureau américain de l'aide aux sinistrés à l'étranger de l'USAID, le bureau du Secrétaire adjoint à la préparation et à la riposte du Département de la santé et des services sociaux des États-Unis, le département du Développement international du Royaume-Uni, la Protection civile et les Opérations d'aide humanitaire européennes (ECHO, selon le sigle anglais) de l'Union européenne, le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires (CERF) de l'ONU, le Fonds de réserve pour les situations d'urgence (CFE, selon le sigle anglais) de l'OMS, et les gouvernements de Macao, de la Nouvelle-Zélande et de la Suisse.

**Renforcer la capacité de prise de décisions au cours des urgences
au Chili, en Haïti et en République dominicaine**

En coordination avec les ministères de la Santé et les services sanitaires nationaux du Chili, d'Haïti et de la République dominicaine, et avec l'appui de partenaires, le BSP a organisé des ateliers sur les mécanismes de coordination et de prise de décisions en matière d'opérations de riposte à des urgences sanitaires.

Conduits dans le cadre du RSI, ces ateliers visaient à renforcer la capacité du personnel technique à prendre des décisions au cours des urgences sanitaires, et à élaborer, actualiser et diffuser les modes opératoires normalisés, ce qui permettrait d'obtenir une riposte sanitaire complète, coordonnée et délivrée en temps opportun, dans laquelle toutes les composantes du secteur de la santé seraient représentées dans un même plan de riposte multirisque.

⁶⁰ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Canada, îles Caïman, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guyana, Jamaïque, Martinique, Mexique, Nicaragua, Panama, Porto Rico, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Trinité-et-Tobago et îles Turques-et-Caïques.

⁶¹ Antigua-et-Barbuda, Bolivie, Canada, îles Caïman, Chili, Colombie, Cuba, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Jamaïque, Martinique, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname et îles Turques-et-Caïques.

Des représentants des États Membres ont noté les répercussions du changement climatique sur la survenue de catastrophes et souligné l'intérêt des ateliers pour aider les pays des Amériques à riposter de manière appropriée et à réduire les répercussions des urgences et des catastrophes. L'importance des centres d'opérations virtuels ou physiques dédiés aux urgences sanitaires pour réunir les aspects politiques et techniques et contribuer à l'exécution sans délai des plans d'urgence a également été soulignée.

Migration de masse et besoins croissants de santé publique au Venezuela et dans les pays limitrophes

Entre 2015 et 2018, plus de 3 millions de Vénézuéliens ont émigré vers d'autres pays de la Région et au-delà, en raison de la situation politique et socio-économique actuelle dans le pays. La crise a eu des répercussions sévères sur la capacité du système de santé du Venezuela, entraînant des pénuries d'agents de santé, de médicaments, de fournitures et de produits sanitaires, ainsi qu'une insuffisance d'entretien des matériels sanitaires et de services essentiels comme la fourniture d'eau, d'électricité, de gaz médicaux, l'approvisionnement alimentaire et l'élimination des déchets. Ces évolutions ont menacé, voire supprimé, les acquis en matière de santé, tandis que l'interruption des systèmes de surveillance épidémiologique et la précarité des programmes de vaccination ont entraîné la résurgence de maladies auparavant éliminées, comme la rougeole et la diphtérie, ou contrôlées, comme le paludisme. Les pays proches – Brésil, Colombie, Équateur et Pérou – continuent de recevoir les migrants vénézuéliens en grand nombre et servent de première étape à ceux qui transitent vers d'autres lieux dans les Amériques. Ce flux migratoire constitue un risque de propagation des maladies transmissibles sur l'ensemble de la Région des Amériques.

Le BSP a amplifié sa coopération technique pour renforcer les réseaux de services sanitaires au Venezuela et dans les pays proches afin de gérer les flambées actives de maladies et les besoins sanitaires croissants. Au cours de la période établie, il a collaboré avec les autorités nationales et des partenaires extérieurs pour élaborer le plan-cadre pour la lutte contre l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme au Venezuela, et accueilli une réunion de partenaires et de parties prenantes pour présenter ce plan-cadre et en débattre. Le plan-cadre a bénéficié d'un financement de \$5 millions de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) pour l'achat d'antirétroviraux par le biais du Fonds stratégique de l'OPS.

Le BSP a mobilisé plus de \$20 millions, don de la communauté internationale, pour appuyer la capacité d'adaptation des systèmes sanitaires locaux et nationaux, et il a collaboré avec les autorités nationales et d'autres partenaires sanitaires pour appuyer les services sanitaires locaux et fournir les soins essentiels de santé aux groupes les plus vulnérables parmi les migrants et dans la population hôte. En Colombie, en Équateur et au Pérou, des efforts ont ciblé l'amélioration de l'accès aux services sanitaires essentiels et de la capacité à fournir ces services, ainsi que le renforcement de la surveillance sanitaire nationale et décentralisée, la gestion de l'information et le suivi des systèmes de dépistage et de lutte contre les flambées.

Au Venezuela, le BSP a intensifié les interventions à court terme d'impact élevé pour renforcer la capacité institutionnelle et communautaire de surveillance et de lutte contre les flambées, pour la gestion clinique des cas liés à des pathogènes aux répercussions sévères et à l'impact élevé, et pour la préparation aux menaces sanitaires émergentes. En 2018, grâce à un financement fourni par des partenaires stratégiques et par ses propres ressources, le BSP a procuré 82 tonnes de fournitures médicales et de médicaments essentiels à des établissements sanitaires prioritaires, à des programmes

sanitaires cruciaux et à des ONG partenaires stratégiques. Au cours des trois premiers mois de 2019, le BSP a acheté 80 tonnes supplémentaires de médicaments et de fournitures, parmi lesquels des produits pour la prise en charge des cas compliqués de paludisme, de rougeole et de diphtérie, pour les urgences de santé génésique et pour les maladies non transmissibles.

Le BSP a fourni une coopération technique et un appui logistique pour la mise en œuvre d'une campagne de vaccination contre la rougeole et la diphtérie qui a atteint près de 9 millions d'enfants. Il a apporté son aide pour l'achat direct de 9 millions de doses de vaccin contre la rougeole et la rubéole et 1,5 million de doses de vaccin contre le tétanos et la diphtérie, ainsi que des seringues et des réceptacles de sécurité, pour le recrutement de huit experts internationaux et de 30 professionnels nationaux, pour la prestation de services de transport dans le cadre des opérations de terrain, y compris dans les zones reculées des États d'Amazonas et de Delta Amacuro, et pour la formation de vaccinateurs et de professionnels de la santé. Le BSP a également établi le système de gestion des incidents en mai 2018, déployant plus de 60 professionnels à partir du Siège de l'OPS et des bureaux de pays pour collaborer à la gestion logistique, administrative et technique.

En partenariat avec le MERCOSUR, l'Institut social du MERCOSUR, l'Organisation du Traité de coopération amazonienne et l'Organisation andine de santé, le BSP a appuyé le travail aux frontières de groupes de travail sanitaire technique qui, entre autres problèmes, ont abordé les défis sanitaires associés aux migrations de masse dans le Chaco sud-américain, l'Altiplano andin et le bassin de l'Amazone.

La coopération technique s'est considérablement accrue au Venezuela et dans les pays limitrophes pour répondre aux besoins cruciaux liés au phénomène de migration de masse complexe et prolongée. Néanmoins, des lacunes importantes persistent quand il s'agit de garantir aux groupes les plus vulnérables la mise à disposition continue de services sanitaires essentiels, et l'accès à ces services sans aucune discrimination.

Équipes médicales d'urgence

166. L'initiative des équipes médicales d'urgence (EMT) vise à accroître l'état de préparation aux urgences et à appuyer le déploiement rapide et efficace d'équipes médicales nationales et internationales pour fournir des soins cliniques coordonnés et de qualité, afin de réduire de manière importante les pertes en vies humaines et prévenir les invalidités à long terme dues à des catastrophes naturelles, à des flambées de maladies ou à d'autres urgences. L'initiative des EMT cible le renforcement des capacités et la riposte aux niveaux locaux et nationaux, appuie les autorités sanitaires nationales dans leur rôle directeur et tire parti des capacités nationales des pays pour un appui mutuel.

167. À ce jour, la plus grande partie du travail du BSP avec les EMT a porté sur l'introduction de l'initiative des EMT dans les pays et territoires de la Région, sur l'élaboration d'outils opérationnels et de cellules de coordination et d'information médicales (CICOM), conçus pour faciliter la transmission de l'information et la coordination des EMT lors des urgences et des catastrophes, et sur le renforcement des capacités opérationnelles et logistiques des EMT. Le travail du BSP avec les États Membres a consisté en l'identification, l'enregistrement, le mentorat, le renforcement et la classification des EMT nationales et locales, de même que l'adoption des normes mondiales propres à cette initiative. Cette dernière inclut également plus de 30 ONG

d'Amérique latine et des Caraïbes qui se déploient dans le domaine de l'assistance sanitaire humanitaire, et elle favorise le partage et l'analyse des bonnes pratiques, des concepts techniques et des problèmes opérationnels en matière de déploiement des EMT et de riposte, dans le but de garantir une amélioration continue.

168. En décembre 2018, 39 pays et territoires⁶² avaient officiellement introduit l'initiative des EMT au niveau national et font aujourd'hui l'objet d'un appui actif de la part du BSP pour renforcer leurs capacités nationales et locales en gestion des urgences sanitaires, et pour créer leur propre EMT nationale. Plus de 500 personnes travaillant dans les pays en gestion des urgences sanitaires ont été sensibilisées et formées aux mécanismes de coordination des EMT, et cinq cours régionaux destinés aux coordinateurs d'EMT se sont déroulés à Panama (2015), au Costa Rica (2016), au Chili (2017), aux États-Unis d'Amérique (2018) et à la Barbade (2019). Ces interventions ont contribué à l'établissement d'une équipe régionale de 112 coordinateurs d'EMT issus de 35 pays et territoires,⁶³ qui ont reçu la formation et sont prêts pour un déploiement national, régional ou mondial visant à appuyer la coordination d'une assistance médicale d'urgence.

169. Au cours de la période établie, 23 États Membres⁶⁴ ont officiellement désigné des points focaux nationaux d'EMT pour représenter leur pays dans le groupe régional des EMT. Les EMT de trois institutions ou organisations nationales ont été vérifiées en tant qu'équipes internationales par l'OMS : l'équipe Rubicon des États-Unis, le ministère de la Santé de l'Équateur et la Caisse costaricaine de sécurité sociale. De plus, 30 équipes sont actuellement entrées dans un processus de mentorat pour se préparer à la classification internationale de l'OMS. Enfin, cinq pays – Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur et Pérou – mettent activement en œuvre les procédures nationales pour demander et déployer une EMT, et cherchent également à mettre en œuvre une CICOM, avec l'appui de la coopération technique du BSP.

170. Le BSP a travaillé avec les Forces de défense de la Barbade et le système régional de sécurité des Caraïbes pour acheter un hôpital de terrain et se former à son utilisation, hôpital qui sera utilisé par les équipes de riposte des Caraïbes orientales. L'installation de l'hôpital a été certifiée EMT niveau 1 par l'OMS en juillet 2019, et un travail a été lancé pour renforcer l'hôpital et atteindre le statut EMT niveau 2 d'ici à 2020, avec l'appui des gouvernements des États-Unis et de la Chine.

⁶² Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, îles Caïman, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caïques, Uruguay, Venezuela et îles Vierges britanniques.

⁶³ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Bermudes, Bolivie, Brésil, Canada, îles Caïman, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caïques, Uruguay et Venezuela.

⁶⁴ Argentine, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Uruguay et Venezuela.

Renforcer les capacités de base du RSI

171. Le RSI fournit aux États Membres le cadre global de collaboration pour aborder la sécurité sanitaire mondiale. Les dispositions réglementaires qui les lient exigent que les États Parties notifient au point focal RSI de l'OMS – hébergé par le BSP pour la Région des Amériques – les événements qui peuvent avoir des répercussions internationales de santé publique, quelles que soient leur origine ou leurs sources. Selon des critères définis, on peut déterminer que des événements constituent ou non des urgences de santé publique de portée internationale. Le renforcement des capacités de base des pays pour la mise en œuvre du RSI reste une priorité cruciale pour la coopération technique du BSP, et le travail réalisé sous l'égide du RSI au cours de la période établie a été concrétisé avec l'appui des CDC des États-Unis, d'Affaires mondiales Canada et de contributions volontaires nationales du Brésil.

172. L'information épidémique est le cycle de collecte, d'analyse et d'interprétation systématiques et organisées d'informations provenant de toutes les sources, afin de détecter, de vérifier et d'investiguer les risques sanitaires potentiels. Les activités observées tout au long de ce cycle sont des fonctions de base dans le cadre du RSI. L'information épidémique nécessite un système d'alerte mondiale précoce et efficient, et un réseau qui publie, dans les 48 heures suivant leur finalisation, les évaluations de risques relatifs à tous les événements pouvant avoir des répercussions de santé publique sur le site d'information des événements du point focal national RSI.

173. Un des aspects essentiels de l'application du RSI concerne la capacité des pays à communiquer 24 heures sur 24 de manière précise et efficiente, à l'intérieur comme à l'extérieur des frontières, sur des événements qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Entre le 1^{er} juillet 2018 et le 17 mai 2019, 117 événements survenus dans les Amériques ont été enregistrés dans le système interne de gestion des événements de l'OMS : 10 nécessitaient d'être documentés par une évaluation rapide des risques, l'information concernant 8 autres a été diffusée par le site sécurisé de l'OMS d'information sur les événements pour les points focaux nationaux RSI, et l'information concernant 3 autres a été publiée sur la page web publique de l'OMS dédiée aux flambées épidémiques.

174. Entre le 1^{er} juillet 2018 et le 17 mai 2019, conformément à ses fonctions d'évaluation et d'analyse des risques, le BSP a émis un total de 28 alertes et mises à jour épidémiologiques, principalement relatives à des maladies à prévention vaccinale. Ces alertes et mises à jour épidémiologiques incluaient des recommandations pour faire face aux événements, et ont constitué la seule source d'autorité mise à la disposition du public d'informations actualisées concernant les événements survenus au Venezuela.

175. La période couverte par ce rapport a coïncidé avec l'introduction d'un outil révisé de notification dans le cadre du RSI.⁶⁵ Cet outil, qui comporte des modifications de la définition des fonctions essentielles de santé publique relativement aux capacités de base du RSI, facilite la soumission obligatoire des rapports annuels par les États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé, conformément à l'article 54 du RSI. Trente-trois (94 %) des 35 États Parties des Amériques ont soumis un rapport annuel à la 72^e Assemblée mondiale de la Santé tenue en mai 2019. Trente-et-un des États Parties qui avaient soumis un rapport annuel pour 2018⁶⁶ ont vu leurs données analysées : 17 (55 %) ont indiqué qu'ils avaient testé, révisé et mis à jour au moins un des instruments de leur cadre national d'urgence sanitaire ; 11⁶⁷ (35 %) ont indiqué que les budgets avaient été distribués en temps opportun et utilisés de manière coordonnée ; et 19⁶⁸ (61 %) indiquaient qu'un mécanisme de financement public des urgences existait sur l'ensemble des secteurs appropriés, qui permettait la réception structurée et la distribution rapide de fonds pour riposter aux urgences de santé publique.

176. Les scores moyens pour la Région des Amériques étaient proches de 60 %, voire supérieurs, et les scores relatifs à 12 des 13 capacités de base du RSI⁶⁹ étaient supérieurs à la moyenne mondiale, à l'exception du score concernant la prestation de services sanitaires. Le score régional moyen le plus élevé, 92 %, concernait toujours les événements liés à des zoonoses, tandis que les capacités de base en matière de ressources humaines et celles de riposte aux événements d'origine chimique étaient affectées des scores les plus bas : 65 % et 63 %, respectivement. Néanmoins, le statut des capacités de base dans les sous-régions des Amériques restait hétérogène. Les scores infrarégionaux moyens les plus élevés étaient de manière constante observés en Amérique du Nord, tandis que la plupart des capacités de base de la sous-région des Caraïbes étaient affectées des scores moyens les plus bas, en matière de législation et de financement, d'événements liés à des zoonoses et interface homme-animal, de surveillance, de ressources humaines, de communication sur les risques, de points d'entrée, d'événements d'origine chimique et d'urgences radionucléaires.

177. Le cadre 2018 de suivi et d'évaluation du RSI comporte une composante obligatoire, le rapport annuel des États Parties, et trois composantes volontaires : l'examen a posteriori des événements de santé publique, les exercices de simulation et les évaluations externes conjointes.

⁶⁵ RSI (2005). Outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties. Genève : OMS ; 2018. License. Disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273002/WHO-WHE-CPI-2018.16-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶⁶ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

⁶⁷ Brésil, Canada, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Mexique, Nicaragua, Suriname et Uruguay.

⁶⁸ Argentine, Bahamas, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago et Uruguay.

⁶⁹ Les capacités de base du RSI et leur état de mise en œuvre dans la Région peuvent être consultés dans le document CD56/INF/4 [juillet 2019] de l'OPS.

Lors de la période établie, le BSP a travaillé avec Grenade pour accueillir une évaluation externe conjointe basée sur l'outil 2018 d'évaluation, et il appuie l'Argentine, Haïti et la République dominicaine dans leurs préparatifs pour accueillir (ou accueillir de nouveau, dans le cas d'Haïti) une évaluation au cours du deuxième semestre de 2019. Quatre États Parties ont inclus une évaluation externe conjointe à leur plan de travail biennal 2018-2019, et quatre autres ont exprimé leur intérêt à en accueillir une. Le BSP a appuyé des exercices de simulation en Bolivie, au Brésil et en République dominicaine, et des examens a posteriori des événements de santé publique au Brésil et en République dominicaine.

178. Renforcer la prévention et le contrôle des infections est une capacité de base selon le RSI. Au cours de la période établie, le BSP a fourni à 30 pays et territoires⁷⁰ des formations sur la prévention et le contrôle des infections, sur l'investigation des flambées et sur la surveillance et le confinement des infections associées aux soins de santé. Le BSP a continué à plaider pour une hiérarchisation nationale des programmes de prévention et contrôle des infections associées aux soins de santé, à utiliser le cadre OMS de mise en œuvre des composantes clés de la prévention et du contrôle des infections et à nommer des points focaux nationaux pour la prévention et le contrôle des infections. La coopération technique spécifique avec certains pays a inclus :

- a) Équateur : un groupe de travail multiprofessionnel a été établi pour réviser les politiques actuelles en matière de prévention et de contrôle des infections et mettre en application un ensemble minimal d'indicateurs pour la surveillance des infections associées aux soins de santé ;
- b) Guyana : une flambée d'histoplasmosse survenue en 2019 chez les ouvriers des mines de manganèse a souligné la nécessité de réviser la politique nationale concernant la prévention et le contrôle des infections et d'initier la formation des agents de santé à la préparation (identification précoce des maladies émergentes et réémergentes ainsi que de leur potentiel en matière de flambée et d'épidémie) et à la riposte (investigation rapide des cas, avec mise en œuvre des mesures de confinement et communication des résultats) ;
- c) République dominicaine : une flambée de mycobactéries non tuberculeuses a constitué une période favorable pour une sensibilisation par le BSP sur le programme de prévention et de contrôle des infections et pour un appui relativement à l'élaboration d'une directive nationale sur les meilleures pratiques en la matière ;
- d) Suriname : à la suite d'une évaluation nationale portant sur le respect des normes minimales en matière de prévention et contrôle des infections dans les établissements de santé, et d'une flambée nosocomiale dans les unités néonatales, le BSP a appuyé le renforcement des capacités et des politiques nationales en matière de prévention et contrôle des infections ainsi que de surveillance des infections associées aux soins de santé ;
- e) Trinité-et-Tobago : le BSP a appuyé l'élaboration d'une politique nationale en matière de prévention et contrôle des infections ainsi que de surveillance des infections associées aux

⁷⁰ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Bermudes, Bolivie, îles Caïman, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Panama, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques-et-Caïques, Venezuela et îles Vierges britanniques.

soins de santé, y compris le rôle et les responsabilités des agents de santé, et appuyé la publication du manuel national sur la prévention et le contrôle des infections.

179. La préparation et les capacités de riposte aux pandémies de grippe ont été renforcées dans 23 pays⁷¹ grâce à la coopération technique du BSP. Les résultats de cette coopération incluaient l'évaluation des systèmes nationaux de surveillance, l'utilisation accrue des données pour une élaboration de politiques fondées sur des données probantes et l'évaluation de la sévérité de la grippe saisonnière. Les résultats incluaient non seulement une amélioration des capacités nationales de préparation et de riposte à une pandémie de grippe, mais aussi l'élargissement du réseau régional de professionnels pour appuyer les pays dans l'éventualité d'une pandémie. De plus, l'Argentine et Trinité-et-Tobago ont reçu une formation sur la gestion de la qualité des laboratoires travaillant sur la grippe et sur la biosécurité, la Bolivie et la République dominicaine ont renforcé leurs équipes multisectorielles de riposte rapide et la Colombie, El Salvador, Haïti, la Jamaïque, le Mexique, le Paraguay, la République dominicaine et le Suriname ont renforcé leur capacité pour un déploiement efficace des vaccins et des fournitures en cas de pandémie.

Flambée de choléra en Haïti

En 2018, 3786 cas présumés de choléra ont été notifiés en Haïti, principalement dans les départements d'Artibonite et du Centre, soit le nombre annuel le plus faible depuis le début de l'épidémie en 2010. En 2019, à la mi-avril, 308 cas présumés ont été notifiés, le dernier cas confirmé en laboratoire ayant été notifié début février 2019.

La réduction continue du nombre de cas de choléra notifiés peut être attribuée au support concerté de la part de partenaires internationaux. Ce support inclut la coopération technique ininterrompue que le BSP a entreprise avec le ministère haïtien de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et d'autres autorités nationales parmi lesquelles la Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DINEPA), avec l'appui du CERF et de la Banque mondiale. Le BSP a appuyé la surveillance épidémiologique, les capacités de laboratoire, la prise en charge des cas médicaux et la vaccination.

Depuis juillet 2018, le système des « infirmières labo-moto » – un réseau d'infirmières de terrain établi en décembre 2017 pour transporter les échantillons envoyés pour analyse par les centres de traitement de la diarrhée aiguë (CTDA) – a été fonctionnel dans 6 des 10 départements qui ont notifié la presque totalité des cas présumés. Les autres initiatives ont inclus l'approvisionnement des CTDA en matériel de prélèvement (Cary Blair) pour le choléra, la formation du personnel de santé des CTDA au recueil des prélèvements chez les personnes atteintes de choléra en respectant les normes de biosécurité et la transmission aux CTDA des résultats des tests de laboratoire. Entre juillet 2018 et avril 2019, les infirmières labo-moto ont transporté 1556 échantillons de diarrhées cholériques, fourni 2041 Cary Blair aux CTDA et formé 1299 agents de santé des CTDA.

Ces initiatives ont contribué à une augmentation importante du nombre de cas notifiés sur l'ensemble du pays depuis 2017, période où moins de 30 % des cas présumés de choléra faisaient l'objet d'un prélèvement. Il y a eu 80 % de prélèvements en 2018 et 97 % en 2019 (à la mi-mai) ; l'augmentation du nombre de prélèvements et de la confirmation des cas présumés de choléra dans ce pays clé a conduit

⁷¹ Barbade, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname et Uruguay.

à une meilleure compréhension de la transmission de cette maladie, et éclairé la prise de décisions pour mieux orienter l'utilisation des ressources limitées du pays.

Flambées de fièvre jaune au Brésil

La plus importante flambée de fièvre jaune de l'histoire récente du Brésil a débuté en 2016 et, en juin 2019, 2236 cas confirmés chez l'homme, dont 759 décès, et 2542 cas chez l'animal, ont été notifiés, principalement le long de la côte est et dans la région du sud-est. Parmi ces cas, 82 cas chez l'homme et 48 cas chez l'animal ont été notifiés entre le 1^{er} janvier et le 9 juin 2019. À la mi-2019, le BSP continuait à travailler sur le mode « alerte » et à surveiller la flambée en collaboration avec les autorités sanitaires nationales. La coopération technique en cours du BSP incluait l'information épidémique, le suivi des activités de vaccination, la cartographie des cas chez l'homme et chez l'animal, ainsi que la notification périodique de l'évolution de la flambée.

En décembre 2018, le BSP a organisé une réunion avec des fonctionnaires des ministères de la Santé d'Argentine, du Brésil et du Paraguay dans la ville de Foz do Iguacu (Brésil) pour débattre des stratégies de riposte dans l'éventualité d'une émergence de la fièvre jaune dans les zones frontalières. Les participants se sont mis d'accord sur une stratégie commune de riposte, adaptée à la structure sanitaire de chaque pays et fondée sur des interventions intégrées, qui comportaient la vaccination, le contrôle vectoriel urbain et la surveillance des cas chez l'animal. Les actions appropriées incluaient la vaccination dans les municipalités à faible couverture vaccinale, le lancement de campagnes médiatiques, la formation de professionnels de la santé à la surveillance et à la lutte contre la fièvre jaune, de même que le renforcement de la surveillance des primates non humains pour un dépistage précoce de la zoonose.

La coopération technique du BSP a accru l'état de préparation propre au pays et la riposte à la fièvre jaune en Argentine, au Pérou et au Suriname, en ciblant le renforcement des réseaux de laboratoire des pays, la surveillance épidémique et épizootique, la prise en charge clinique et les évaluations de risques géographiques conformément au RSI. Des outils pour prévoir les flambées de fièvre jaune, planifier la prévention, détecter les flambées précoces et y riposter ont également été mis au point.

180. Des capacités de laboratoires suffisantes en matière de dépistage et de diagnostic sont essentielles pour que les pays détectent et notifient les urgences de santé publique de portée internationale, tel que requis par le RSI. Au cours de la période établie, le BSP a contribué à des formations concernant :

- a) l'isolement viral et les cultures cellulaires en Argentine ;
- b) le dépistage et le diagnostic en laboratoire des arboviroses et de la grippe, y compris un cours de bio-informatique à l'Université fédérale de Minas Gerais (Brésil), auquel a participé du personnel d'Argentine, de Cuba, du Mexique, du Panama et du Paraguay ;
- c) le dépistage moléculaire du virus de la fièvre jaune et du virus Mayaro, dans le contexte d'une circulation simultanée de ces deux virus, pour du personnel de laboratoire de la Barbade et de la Jamaïque ;

- d) le dépistage moléculaire des arboviroses chez les moustiques pour du personnel de laboratoire ; cette formation s'est déroulée au Brésil, et du personnel du Chili et de la Jamaïque y a participé.

181. Le BSP a également joué un rôle crucial en fournissant aux pays des fournitures de laboratoire pour qu'ils surmontent les défis auxquels un certain nombre font face – parmi lesquels les contraintes budgétaires, l'insuffisance de fournisseurs, et les réglementations douanières – au moment de se procurer des matériels et des réactifs de laboratoire essentiels.

- a) Des réactifs spécifiques au dépistage moléculaire du virus Mayaro ont été fournis à l'Institut national de santé publique de Guayaquil (Équateur), ce qui a permis de confirmer pour la première fois la présence du virus dans le pays en avril 2019 ;
- b) Des fournitures de laboratoires et des réactifs essentiels au dépistage moléculaire et à la sérologie en interne des arboviroses et d'autres maladies virales ont été fournis à 26 pays ;⁷² ce mécanisme d'approvisionnement, qui utilise la même source de matériels et les mêmes protocoles pour tous les pays, garantit la continuité de la composante liée aux laboratoires relativement à la surveillance nationale des virus, et l'utilisation de réactifs et de matériels normalisés de qualité sur l'ensemble du réseau de laboratoires ; cette procédure facilite également la comparaison des résultats et l'efficacité des dépannages, particulièrement quand ils concernent le dépistage moléculaire.

182. Le Programme d'évaluation externe de la qualité des résultats de laboratoires a été élargi pour inclure les virus endémiques et les virus émergents, et garantir la précision des plates-formes de laboratoires sérologiques et moléculaires pour le diagnostic des arboviroses et de la grippe. Vingt-huit laboratoires répartis sur 24 pays⁷³ participent actuellement à l'EQAP.

183. En 2018, le BSP a procédé à la première évaluation externe de la qualité qui concernait le diagnostic moléculaire de la fièvre jaune dans la Région des Amériques. Le comité procédant à cette évaluation a été créé et coordonné, et ses membres ont été répartis, par le BSP en collaboration avec l'Institut Robert Koch (Allemagne). L'évaluation externe de la qualité a été planifiée pour évaluer les résultats des laboratoires nationaux de santé publique et des laboratoires de niveau infranational, et les membres du comité ont été envoyés à 31 laboratoires répartis sur 21 pays.⁷⁴ L'ensemble des résultats a été cohérent avec les résultats prévus pour 30 des 31 laboratoires (97 %), ce qui a validé les bénéfices tirés des activités de formation et de la mise en œuvre de méthodes et de procédures de référence sur l'ensemble de la Région.

⁷² Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Suriname, Uruguay et Venezuela.

⁷³ Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Cuba, Chili, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyane française, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

⁷⁴ Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guyana, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela.

184. Au cours de la période établie, le BSP a collaboré avec l'Agence internationale de l'énergie atomique, l'Organisation mondiale de la santé animale, et le Centre collaborateur de l'OMS pour la gestion de l'exposition aux produits chimiques qui posent un problème de santé publique (WHO CC UNK-179) afin d'appuyer les États Parties sur le plan du renforcement des mécanismes intersectoriels pour répondre à cette menace.

Renforcer la préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques de catastrophe dans le secteur sanitaire

185. La coopération technique offerte par le BSP a contribué au renforcement des capacités nationales en matière de préparation aux situations d'urgence et de réduction des risques de catastrophe grâce à une formation relative aux systèmes de prise en charge de grands nombres de victimes et aux systèmes de commandement en cas d'incident, ainsi que grâce à l'élaboration et au parachèvement de plans de gestion des divers risques de catastrophe. Le BSP a élaboré, diffusé et promu des lignes directrices et des outils visant à renforcer la capacité des pays concernant les situations d'urgence sanitaire et les catastrophes sanitaires, dont les suivants :

- a) le *Cadre d'intervention multirisque du secteur sanitaire*, parachevé au début de 2019 et promu lors d'ateliers tenus au Guatemala et en République dominicaine ;
- b) l'*Indice de préparation aux situations d'urgence sanitaire et aux catastrophes sanitaires*, qui a aussi été parachevé au début de 2019 et qui vise à aider les pays à évaluer leur capacité à répondre à des événements d'origine naturelle, d'origine humaine et de nature épidémique ;
- c) des informations et de nouveaux protocoles concernant les études épidémiologiques respiratoires qui doivent être réalisées lors de crises d'origine volcanique ;
- d) des lignes directrices préliminaires intitulées *Canicule et mesures à prendre* (disponibles en espagnol seulement en date de juin 2019), visant à accroître les capacités du secteur sanitaire à se préparer à ce type de menace et à y répondre, en coordination avec les services météorologiques. Entre décembre 2018 et février 2019, sept pays de la Région – Argentine, Brésil, Chili, Mexique, Paraguay, Pérou et Uruguay – ont déclaré une alerte à la canicule presque simultanément, ce qui ne s'était jamais vu dans la Région ;
- e) le *Système de commandement en cas d'incident (SCI)* destiné aux hôpitaux, qui a été introduit dans tous les pays d'Amérique centrale. Dans sept pays – Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama et République dominicaine –, le BSP a formé 98 facilitateurs, qui reproduiront cette méthodologie dans leurs pays respectifs.

Tornado EF4 à La Havane (Cuba)

Le 27 janvier 2019, une tornade de catégorie EF4 (sur l'échelle de Fujita améliorée [EF] qui compte 5 graduations) a frappé directement La Havane. Cet événement météorologique sans précédent a touché environ 532 000 personnes résidant dans cinq des 15 municipalités de la capitale, provoquant des dommages considérables à l'infrastructure, notamment à des établissements de santé et des systèmes de services publics essentiels. Au total, 19 établissements de santé ont été endommagés, dont la maternité Hijas de Galicia, qui compte le plus grand nombre de naissances dans la capitale et vient au second rang

au niveau national, et qui sert de centre de référence pour la prise en charge périnatale. Après la tornade, il a fallu évacuer entièrement la maternité, ce qui a nui à la continuité des soins de santé essentiels pour les groupes les plus vulnérables, dont les enfants et les femmes enceintes.

En réponse à cet événement, le BSP a activé son mécanisme de riposte aux situations d'urgence et fourni un soutien direct aux autorités cubaines pour leur permettre d'évaluer les besoins humanitaires immédiats et d'y répondre. Le BSP a mobilisé des experts en évaluation des dommages pour qu'ils accompagnent des représentants du ministère de la Santé lors de visites sur le terrain et déterminent les mesures les plus urgentes devant être prises. En outre, le BSP a offert un soutien pour ce qui est de surveiller la qualité de l'eau dans les municipalités touchées, afin d'éviter l'apparition d'une situation épidémiologique complexe dans un contexte de dégradation des conditions environnementales.

Le BSP a mobilisé une somme totale de \$300 000 provenant du CERF et du gouvernement de la Suisse pour soutenir des interventions prioritaires relatives au secteur sanitaire, dont les suivantes : restauration rapide des services essentiels dans les établissements de santé endommagés, renforcement de la surveillance épidémiologique et lutte contre les maladies hydriques et les maladies à transmission vectorielle afin de prévenir les flambées. La réparation de l'infrastructure endommagée ainsi que l'achat de fournitures et de matériel sanitaires essentiels, notamment pour la lutte contre les vecteurs, la surveillance épidémiologique et le fonctionnement des laboratoires, ont été définis comme des priorités pour la restauration et le renforcement des services sanitaires touchés.

186. Le BSP, en collaboration avec le département du Développement international du Royaume Uni, et à l'aide d'un soutien additionnel de la part d'Affaires mondiales Canada, a coordonné la mise en œuvre de la troisième année de la phase II de l'initiative sur les hôpitaux intelligents dans les sept pays ciblés : le Belize, la Dominique, la Grenade, le Guyana, la Jamaïque, Saint-Vincent-et-les Grenadines et Sainte-Lucie. Cette initiative vise à renforcer les établissements de santé en combinant des améliorations relatives à la sécurité et au virage écologique – ce second aspect concerne, par exemple, la consommation renouvelable et durable de l'énergie et de l'eau – pour combler les lacunes existantes, stimuler la résilience et générer des économies de fonctionnement. La période considérée a vu notamment les réalisations suivantes :

- a) rénovation de sept établissements de la Dominique, de la Grenade, de Saint-Vincent-et-les Grenadines et de Sainte-Lucie et sélection de 13 autres établissements devant être rénovés d'ici août 2019 (le pic de la saison annuelle des ouragans) et de 21 autres établissements où des rénovations devraient débiter au cours des six prochains mois.
- b) évaluation de 362 établissements de santé situés dans 10 pays des Caraïbes – Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Jamaïque, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie et Suriname – et sélection de 54 de ces établissements en vue d'une rénovation. Dix % des établissements sélectionnés servent des groupes en situation de vulnérabilité, plus précisément des foyers pour jeunes, pour personnes âgées et pour personnes ayant des troubles de santé mentale ; en outre, deux établissements situés dans deux pays différents sont des établissements d'importance stratégique responsables d'entreposer des fournitures sanitaires pour l'ensemble du pays. De plus, les évaluateurs ont reçu une formation quant à l'utilisation de la trousse à outils relative aux hôpitaux intelligents.

187. Dans le contexte de l'initiative sur la sécurité des hôpitaux, le BSP a actualisé et publié les lignes directrices sur l'indice de sécurité des hôpitaux en espagnol et en anglais ; de plus, il a formé, en octobre 2018, 50 personnes de 18 pays⁷⁵ concernant l'utilisation des lignes directrices actualisées.

188. Les situations d'urgence touchent de manière disproportionnée les populations en situation de vulnérabilité, dont les personnes handicapées, qui sont généralement exclues lors de l'élaboration de politiques et de la planification relatives à la gestion des risques de catastrophe. Cette exclusion augmente leur vulnérabilité et crée des difficultés pour ce qui est de répondre à leurs besoins après une catastrophe. Afin de remédier à cette situation, le BSP a soutenu les efforts consentis par les pays pour accroître la participation des personnes handicapées et de leur famille à la gestion des risques d'urgence sanitaire. Conformément à l'article 11 de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* de l'ONU (Situations de risque et situations d'urgence humanitaire), le BSP a soutenu la mise en œuvre de mesures correctrices dans des hôpitaux priorités, en ciblant des éléments structurels et non structurels liés à l'inclusion de ces personnes, et en préparant le personnel de santé à répondre aux situations d'urgence et aux catastrophes à l'aide d'une approche où « personne n'est laissé pour compte ».

189. Le BSP a élaboré des outils pratiques pour faire en sorte que les plans de réponse des hôpitaux incorporent des dispositions concernant les personnes handicapées, et a soutenu la mise à l'essai des lignes directrices dans trois pays, à savoir le Chili, l'Équateur et le Mexique. La méthodologie employée, appelée INGRID-H (acronyme espagnol désignant la prise en compte des handicaps dans la gestion des risques de catastrophes à l'hôpital), est une méthodologie simple, pratique et axée sur les résultats, visant à évaluer et à améliorer le degré d'inclusivité d'un établissement de santé relativement aux personnes handicapées, dans l'éventualité d'une catastrophe. La mise à l'essai a inclus l'évaluation des établissements de santé, la formation du personnel et l'achat de fournitures de base afin de rendre les établissements plus inclusifs. Les études pilotes ont contribué au parachèvement et à la validation des lignes directrices en septembre 2018 ainsi qu'à leur diffusion, en espagnol et en anglais, au début de décembre 2018. Le Pérou a examiné cette méthodologie en juin 2019 ; le Chili et le Mexique mettent actuellement en œuvre des activités de suivi. On prévoit d'étendre son application à d'autres domaines, dont les EMT et les interventions communautaires.

190. Les pays des Amériques en développement, et les populations les plus vulnérables de ces pays, sont touchés de manière disproportionnée par le changement climatique. Vingt-huit États Membres⁷⁶ ont mentionné la santé comme sujet prioritaire dans leurs contributions déterminées au niveau national, qui représentent leurs efforts visant à réduire les émissions de leur pays et à s'adapter aux effets du changement climatique. Ces États Membres se sont également engagés à recueillir des données probantes concernant les menaces liées au climat, à prévenir celles-ci, à s'y

⁷⁵ Argentine, Brésil, Colombie, Costa Rica, Cuba, Chili, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Venezuela.

⁷⁶ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Haïti, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Uruguay et Venezuela.

préparer et à y répondre rapidement. Le BSP a fourni une coopération technique lors de la rédaction des chapitres portant sur la santé inclus dans les plans nationaux d'adaptation au changement climatique du Brésil, du Chili, de la Colombie, de Cuba, d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras et de Sainte-Lucie. En outre, le BSP élabore actuellement des profils de pays concernant le climat et la santé. Ces divers outils de diagnostic et de planification renforcent la participation des autorités sanitaires, fournissent des données utiles pour le travail de sensibilisation et facilitent les efforts de mobilisation des ressources.

191. En partenariat avec la CARICOM, ses États Membres et ses agences spécialisées, le BSP a fourni une coopération technique quant à la rédaction, au lancement et au début de la mise en œuvre du *Plan d'action des Caraïbes pour la santé et le changement climatique 2019-2023*. Le plan d'action invite instamment les pays des Caraïbes à participer à l'initiative spéciale de l'OMS sur les changements climatiques et la santé dans les PEID, et ses quatre axes stratégiques d'intervention s'alignent sur les quatre principaux domaines de l'initiative spéciale : autonomisation, données probantes, mise en œuvre et ressources. Le plan d'action vise à protéger les populations des Caraïbes des effets négatifs du changement climatique sur la santé en développant des systèmes sanitaires résilients au climat, en accroissant la sensibilisation, en intégrant des possibilités de financement visant à soutenir les pays et en promouvant des mesures intersectorielles d'atténuation dans le secteur sanitaire. L'Union européenne a approuvé le versement d'une subvention de 7 millions d'euros au BSP pour un projet collaboratif intitulé « Systèmes sanitaires résilients au climat dans les Caraïbes », qui devrait débiter au cours de la seconde moitié de 2019. On prévoit que ce projet sera utile aux États Membres du CARIFORUM.

192. Le BSP a défendu la cause de la santé lors d'une rencontre des PEID des Caraïbes tenue en août 2018 à San Pedro (Belize), comme préparation pour l'examen à mi-parcours de haut niveau des *Modalités d'action accélérées des petits États insulaires en développement* (Orientations de Samoa), prévu pour septembre 2019. Le document sur les Orientations de Samoa a été produit lors de la troisième Conférence internationale sur les PEID, qui a eu lieu en 2014 dans l'île-nation de Samoa. La rencontre préparatoire des PEID des Caraïbes tenue en 2018 a débouché sur la Déclaration de San Pedro. Dans cette Déclaration, les pays soulignaient la nécessité d'accroître la participation des citoyens et du secteur privé au niveau national, ainsi que d'intégrer de manière efficace les Orientations de Samoa (qui couvrent la période 2015-2025) dans les plans de développement nationaux. Les pays des Caraïbes réaffirmaient également que le changement climatique constituait l'un des plus grands défis de notre époque et reconnaissaient que ses effets, dont la hausse du niveau de la mer, continuent de représenter une menace importante pour les PEID des Caraïbes et pour leurs efforts visant à mettre en œuvre les Orientations de Samoa.

193. L'action de promotion menée par le BSP a contribué à la participation de représentants des PEID des Caraïbes à la réunion préparatoire interrégionale relative à l'examen à mi-parcours des Orientations de Samoa qui a eu lieu à Apia, la capitale de Samoa, fin 2018, et qui a débouché sur le document final d'Apia. Ce document réaffirme l'importance des Orientations de Samoa en tant que cadre global servant à guider les PEID dans leurs efforts de développement aux niveaux mondial, régional et national, et en tant que partie intégrante du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

194. Dans la sous-région de l'Amérique du Sud, le BSP a organisé une formation destinée aux fonctionnaires chargés de la santé et du changement climatique pour les aider à préparer la Déclaration des ministres de la Santé du MERCOSUR et des États associés sur le changement climatique et la santé, publiée en novembre 2018.⁷⁷

Objectif 9 du PASDA2030 : Maladies non transmissibles, et santé mentale et troubles neurologiques

195. La coopération technique offerte par le BSP concernant la prévention et le contrôle des MNT s'est intensifiée durant la période considérée. Le BSP a contribué à la préparation des États Membres en vue de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, tenue en septembre 2018, et y était représenté. La Déclaration politique issue de cette réunion a réaffirmé la volonté politique des chefs et représentants d'États et de gouvernements d'accélérer et d'élargir la mise en œuvre des engagements pris dans le cadre de la Déclaration politique de 2011 et du Document final de 2014 issus des réunions de haut niveau antérieures de l'Assemblée générale de l'ONU sur la prévention et le contrôle des MNT. La Déclaration politique de 2018 reconnaissait que certains pays avaient fait des progrès pour ce qui est de remplir leurs engagements, mais constatait les défis importants auxquels beaucoup d'autres pays devaient faire face. La Déclaration notait que le fardeau des MNT continuait à s'accroître de manière disproportionnée dans les pays en développement, où les MNT causent 85 % des décès prématurés, à savoir les décès survenant chez les personnes de 30 à 69 ans.

196. La Déclaration politique de 2018 affirmait aussi que les interventions devaient porter essentiellement sur les cinq principales MNT, à savoir les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et les troubles neurologiques et de santé mentale, et sur les cinq principaux facteurs de risque : le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'usage nocif de l'alcool, l'inactivité physique et la pollution de l'air. Les pays s'engageaient, entre autres mesures, à mettre en œuvre des interventions et de bonnes pratiques efficaces, économiques et fondées sur les données probantes, dont les « meilleurs choix » et les autres interventions recommandées par l'OMS pour la prévention des MNT et la lutte contre celles-ci.

Maladies cardiovasculaires : l'initiative HEARTS

197. Le BSP a continué à promouvoir l'initiative Global HEARTS dans les pays des Amériques en tant qu'ensemble complet de pratiques optimales relatives à la prévention et à la prise en charge des maladies cardiovasculaires. HEARTS est un acronyme anglais qui désigne les modes de vie sains (Healthy lifestyles), les protocoles fondés sur les données factuelles (Evidence-based protocols), l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies (Access to essential medicines and technologies), la prise en charge fondée sur les risques (Risk-based management), les soins donnés en équipe et le partage des tâches (Team-based care and task-sharing) et les systèmes de suivi (Systems for monitoring). Ses quatre composantes de base sont un algorithme simplifié et

⁷⁷ On trouvera des renseignements sur la Déclaration ainsi que le texte de la Déclaration elle-même (en espagnol) à l'adresse <https://bit.ly/2L81k3d>.

fondé sur les données factuelles concernant le traitement de l'hypertension, la disponibilité et l'accessibilité économique d'un ensemble essentiel d'antihypertenseurs de haute qualité, un registre de patients atteints d'hypertension destiné au suivi et à l'évaluation de l'efficacité du traitement et le partage des tâches dans le cadre d'une approche en équipe au premier niveau de soins.

198. Durant la période considérée, quatre nouveaux pays ont mis en œuvre l'initiative HEARTS : l'Argentine, l'Équateur, le Panama et Trinité-et-Tobago se sont joints à la Barbade, au Chili, à la Colombie et à Cuba en tant que participants à l'initiative. Les quatre nouveaux pays ont ajouté 22 centres de santé au nombre total d'établissements de santé qui mettent cette initiative en œuvre, pour une couverture totale d'environ 800 000 personnes dans les huit pays participants.

199. Le soutien continu à la mise en œuvre de l'initiative HEARTS a été offert grâce à des webinaires, à des cours virtuels et à la diffusion de nouveaux outils tels que les modules techniques HEARTS et le Cadre de suivi et d'évaluation pour les programmes de lutte contre l'hypertension élaboré par le BSP et la Ligue mondiale contre l'hypertension. Environ 460 professionnels des soins de santé du premier niveau de soins, dont des médecins, du personnel infirmier et des aide-soignants, ont été formés en Argentine, en Équateur, au Panama et à Trinité-et-Tobago ; en outre, 8030 personnes de ces pays ont été agréées après avoir réussi des cours virtuels sur la prise en charge de l'hypertension au premier niveau de soins et sur la prévention secondaire des maladies cardiovasculaires. À la fin du premier semestre de 2019, ces cours virtuels avaient rejoint 82 354 professionnels de la santé au premier niveau de soins dans 29 pays et territoires.⁷⁸ Toutefois, le taux de roulement élevé des agents de santé représente une menace à la pérennité de l'initiative. Pour y remédier, un réseau de personnes formées à la mise en œuvre de l'initiative HEARTS est actuellement mis en place à tous les niveaux des ministères de la Santé, grâce à des programmes de formation des formateurs.

Diabète

200. La coopération technique offerte par le BSP pour combattre les facteurs de risque des MNT et l'obésité, renforcer la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires et des réseaux intégrés de prestation des services de santé, et améliorer la prise en charge personnelle bénéficie aux personnes diabétiques ainsi qu'à celles qui sont atteintes d'autres MNT.

- a) Au Honduras, l'Institut national du diabète a reçu du matériel et des fournitures, et des techniciens ont été formés, afin d'améliorer la capacité de diagnostiquer le diabète avec exactitude et en temps opportun. Cette intervention a été soutenue grâce à une subvention accordée par le Fonds de l'Organisation des pays exportateurs de pétrole pour le développement international.

⁷⁸ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guadeloupe, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Trinité-et-Tobago, Venezuela et Uruguay.

- b) Au Paraguay, on a enregistré des améliorations quant aux soins complets donnés aux personnes atteintes de MNT dans le réseau des services de santé, à la suite de la mise en œuvre d'un modèle de démonstration concernant la prise en charge et les soins complets relatifs aux maladies chroniques, en particulier le diabète. Le modèle a été mis en œuvre au premier niveau de soins dans 124 unités de santé familiale situées dans trois départements du pays. À la mi-2019, une expansion du programme était en cours pour inclure d'autres unités de santé familiale du réseau des services de santé publique.
- c) À Trinité-et-Tobago, le BSP a contribué à l'examen et à l'actualisation du manuel de prise en charge personnelle ainsi que d'autres outils éducatifs connexes relatifs au diabète et à l'hypertension, et a facilité la formation d'éducateurs non spécialisés relativement aux MNT. Ces interventions visent à aider les citoyens et les personnes atteintes de MNT à assumer une responsabilité accrue concernant leur propre santé et à mieux prendre en charge leurs problèmes de santé chroniques.

Cancer

201. À la suite de l'appel mondial lancé par le Directeur général de l'OMS en mai 2018 appelant à l'élimination du cancer du col de l'utérus, et en se fondant sur le travail substantiel déjà réalisé par le BSP dans ce domaine, le BSP a obtenu un soutien concernant le nouveau *Plan d'action régional pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9). Dans ce plan d'action, approuvé par le 56^e Conseil directeur de l'OPS, les États Membres s'engagent à mettre en œuvre des interventions à fort impact à l'échelle de la population sur un continuum qui inclut l'éducation à la santé et la promotion de la santé, la vaccination contre le VPH, le dépistage et le diagnostic du cancer du col de l'utérus, ainsi que le traitement des lésions précancéreuses et du cancer envahissant, à l'aide d'interventions adaptées aux besoins des populations prioritaires en situation de vulnérabilité.

202. Les pays se sont engagés à améliorer l'organisation et la gouvernance du programme relatif au cancer du col de l'utérus, notamment les systèmes d'information et les registres du cancer, à renforcer la prévention primaire grâce à l'information, à l'éducation et à la vaccination contre le VPH, à améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses par le moyen de stratégies innovatrices et à accroître l'accès aux services relatifs au diagnostic et au traitement du cancer envahissant ainsi qu'aux soins palliatifs. Ces axes d'intervention mettront la Région des Amériques sur la voie de l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. À l'appui de cet objectif, durant la période considérée, le Fonds renouvelable de l'OPS a fourni aux pays plus de 1,6 million de doses du vaccin contre le VPH.

203. Dans le cadre de sa stratégie globale de prévention et de contrôle du cancer du col de l'utérus, Saint-Kitts-et-Nevis a inclus la vaccination contre le VPH dans son programme national de vaccination, et le BSP a contribué à l'élaboration d'un plan d'action et d'une formation destinés au personnel du ministère de la Santé et à des parties prenantes clés telles que les médias, les organismes religieux, les parents et les adolescents. Bien que de nombreux pays offrent actuellement la vaccination contre le VPH comme élément de leurs programmes de vaccination (voir la section « Maintenir et intensifier la vaccination » plus haut), atteindre le total estimé de 37

millions de jeunes filles du groupe d'âge ciblé, à savoir les 9 à 14 ans, demeure un défi car la couverture vaccinale dans la plupart des pays est inférieure au taux recommandé, à savoir 80 % de cette population.

204. Trinité-et-Tobago est le seul pays de la Région des Amériques qui participe à l'étude des coûts de l'OMS relative au cancer du col de l'utérus, réalisée au moyen de l'outil d'établissement des coûts de l'OMS concernant la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus. Trinité-et-Tobago contribue aussi à la campagne régionale visant à mettre fin au cancer du col de l'utérus, lancée en novembre 2018 à l'appui du *Plan d'action régional pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus 2018-2030*. Cette campagne inclut des récits portant sur des interventions de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus dans divers pays de la Région, et du matériel connexe a été mis à la disposition de tous les pays.

205. Dans certains pays, la coopération technique offerte par le BSP a donné lieu à une actualisation des plans de lutte contre le cancer et des protocoles de traitement, à la sensibilisation et l'éducation du public et à l'amélioration des systèmes d'information sur le cancer, en collaboration avec des partenaires clés.⁷⁹

- a) Belize : une évaluation des besoins du programme relatif à la lutte contre le cancer a été réalisée, le plan national pour la prévention et le contrôle du cancer a été actualisé et un plan opérationnel visant à soutenir la mise en œuvre de ce plan sur une période de trois ans a été élaboré.
- b) Bolivie et Honduras : pour améliorer la détection et le traitement des lésions cervicales précancéreuses, les services de colposcopie ont été renforcés dans six cliniques de Bolivie et 10 cliniques du Honduras, des colposcopes et d'autres types de matériel ainsi que des fournitures ont été offerts et les colposcopistes ont reçu une formation supplémentaire.
- c) Colombie : l'Institut national du cancer a collaboré avec le Centre international de recherche sur le cancer pour produire des informations relativement à la planification et au suivi des programmes sur le cancer en Amérique latine. L'Argentine, El Salvador, le Guatemala, le Panama, le Paraguay et le Pérou ont également participé à cette initiative.
- d) Trinité-et-Tobago : une analyse multidisciplinaire du programme de lutte contre le cancer a permis d'évaluer les capacités en matière de prestation de services et de cerner des lacunes sur le plan des soins, et a fourni au ministère de la Santé des indications devant servir à renforcer les services relatifs au cancer. Le BSP a soutenu l'élaboration d'un plan d'action destiné à améliorer la lutte contre le cancer, ainsi que la tenue d'événements d'action éducative et de sensibilisation du public visant à améliorer le dépistage, la détection rapide et le traitement du cancer.
- e) Sous-région de l'Amérique du Sud : dans le cadre d'une initiative de coopération horizontale entre le Réseau des instituts et établissements nationaux du cancer de l'Union des nations sud-américaines et le Centre international de recherche sur le cancer, un registre du cancer basé sur la population a été mis sur pied. Ce registre constitue un nouvel outil

⁷⁹ Une subvention accordée par le Fonds de l'Organisation des pays exportateurs de pétrole pour le développement international a aidé à réaliser les interventions en Bolivie et au Honduras.

technique important pour le suivi et le contrôle du cancer dans cette sous-région, ainsi que dans la toute la Région des Amériques.

Autres questions relatives aux MNT

206. Tout en s'intéressant surtout aux cinq MNT principales, le BSP a poursuivi ses activités interprogrammatiques portant sur la maladie rénale chronique de causes non traditionnelles en Amérique centrale,⁸⁰ et un rapport d'étape examinant les progrès réalisés par les États Membres en matière de lutte contre ce problème de santé prioritaire a été préparé pour le 57^e Conseil directeur de l'OPS, qui aura lieu en septembre 2019. Plusieurs pays dont le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et le Panama ont élaboré des réponses intégrées visant à accroître la capacité de leurs services sanitaires en matière de diagnostic, ainsi que de soins et de prise en charge appropriés. De plus, les pays accroissent leur capacité à améliorer la surveillance de ces maladies, en intégrant la surveillance épidémiologique à leurs stratégies de surveillance portant sur l'environnement et sur la santé au travail.

207. La coopération technique offerte par le BSP a mis en évidence le fossé important qui existe entre la demande et la disponibilité des organes aux fins de transplantation dans la Région des Amériques. La *Stratégie et le plan d'action régionaux pour le don et l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030*, fondés sur des dons volontaires et sur le respect des *Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains*, ont été élaborés en vue d'être présentés au 57^e Conseil directeur, qui aura lieu en septembre 2019. Ce document vise à créer et à élargir des programmes actifs de transplantation rénale dans tous les pays de la Région, mais particulièrement en Amérique centrale et dans les Caraïbes.

208. La coopération technique offerte par le BSP a renforcé les systèmes de surveillance des MNT dans plusieurs États Membres durant la période considérée.

- a) L'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves, qui produit des informations cruciales sur les comportements à risque chez les adolescents de 13 à 17 ans, a été menée dans cinq pays : l'Argentine, la Bolivie, le Panama (pour la première fois), Saint-Vincent-et-les Grenadines et Sainte-Lucie. Les données serviront à produire des rapports nationaux sur la consommation d'alcool et de tabac, l'activité physique, l'obésité, la santé mentale et les comportements sexuels chez les adolescents.
- b) Sept pays ont fait des progrès concernant la mise en œuvre de l'enquête panaméricaine STEPS portant sur les MNT et les facteurs de risque. Les Bahamas, la Bolivie et l'Équateur ont complété l'enquête, et ces deux derniers pays ont produit des estimations nationales relatives aux MNT et aux facteurs de risque pour la première fois ; Saint-Kitts-et-Nevis et Sainte-Lucie ont adapté le protocole à leur situation nationale particulière et devraient compléter l'enquête vers la fin de 2019 ; Antigua-et-Barbuda et la Grenade ont commencé à élaborer un plan visant à mettre l'enquête STEPS en œuvre en 2020.

⁸⁰ OPS. Epidemic of chronic kidney disease in agricultural communities in Central America: case definitions, methodological basis and approaches for public health surveillance. Washington, D.C. : OPS ; 2017. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34132>.

- c) Les résultats de l'enquête sur les capacités des pays à lutter contre les MNT ont été divulgués et ont servi de base à la publication par l'OMS des profils nationaux relatifs aux MNT pour 2018.⁸¹ Ces profils comprennent des données sur la mortalité due aux MNT, la prévalence des facteurs de risque, la capacité des systèmes nationaux à prévenir les MNT et à lutter contre celles-ci, ainsi que sur les progrès réalisés quant à l'atteinte des cibles nationales liées au Cadre mondial de suivi pour les MNT, d'après les neuf cibles mondiales qui doivent être atteintes d'ici 2025. Ces résultats ont permis aux responsables des programmes nationaux relatifs aux MNT de comparer la situation de leur pays en matière de MNT avec celle des autres pays de la Région.

Facteurs de risque des MNT

209. Conformément aux cadres régionaux tels que la *Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2012-2025* (document CSP28/9, Rev. 1), le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2019* (document CD52/7, Rev. 1), le *Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents 2014-2019* (document CD53/9, Rev. 2), ainsi que les « meilleurs choix » et les autres interventions recommandées par l'OMS pour la prévention des MNT et la lutte contre celles-ci, le BSP a renforcé sa coopération technique afin de réduire les facteurs de risque des MNT durant la période considérée. Le BSP a mis l'accent sur la promotion de politiques fiscales visant à réduire la consommation de produits malsains, telles que des hausses de taxes sur les produits du tabac et l'alcool, l'imposition de taxes sur les boissons sucrées pour en augmenter le prix d'au moins 20 %, comme le recommande l'OMS,⁸² l'amélioration des connaissances en nutrition et l'instauration de l'étiquetage sur le devant des emballages pour faciliter les choix éclairés, ainsi que les restrictions sur l'offre et la commercialisation d'aliments et de boissons malsains auprès des enfants et des interventions en milieu scolaire, dans la communauté et sur les lieux de travail pour promouvoir et favoriser une alimentation saine et l'augmentation de l'activité physique. Les activités de plaidoyer ont également souligné une retombée positive éventuelle de la taxation accrue des produits malsains, à savoir une hausse du financement de la santé, grâce à l'allocation d'une partie ou de l'ensemble des revenus ainsi recueillis à la prévention et au contrôle des MNT et à d'autres programmes prioritaires.

210. Un régime alimentaire malsain comprenant des aliments et des boissons non alcoolisées à haute teneur en gras, en sucre ou en sel – selon des critères tels que ceux qui figurent au modèle de profil nutritionnel 2016 de l'OPS – et l'inactivité physique contribuent de manière importante à l'obésité, au surpoids, au diabète, à l'hypertension et à la cardiopathie. Dans la Région, la consommation de sel s'élève à 10 grammes par personne par jour, ce qui est le double du niveau recommandé par l'OMS. L'augmentation de l'obésité et du surpoids dans la Région est évidente, particulièrement chez les enfants : 7 % des enfants de moins de cinq ans sont en surpoids, une proportion supérieure à la moyenne mondiale qui est de 6 %.⁸³ Ces tendances sont inquiétantes, car elles annoncent un accroissement du fardeau déjà accablant des MNT dans la Région.

⁸¹ OMS. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Genève : OMS ; 2018.

⁸² OMS. Taxes on sugary drinks: why do it? Genève : OMS ; 2017. Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/2KbHxQq>.

⁸³ Dépôt de données de l'Observatoire mondial de la santé. Global and regional trends by WHO regions 1990-2030. Overweight 1990-2018. Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/2Y48hoJ>.

211. La coopération technique offerte par le BSP a contribué à l'élaboration, à la mise en œuvre, à l'actualisation ou à l'évaluation de cadres nationaux – dont des lois, des politiques, des plans et des lignes directrices – visant la réduction des facteurs de risque des MNT ainsi que la prévention et le contrôle de l'obésité et du surpoids, surtout chez les enfants et les adolescents, dans 13 pays et territoires :⁸⁴

- a) Antigua-et-Barbuda a élaboré une politique sur l'allaitement maternel, créé un comité sur l'allaitement maternel, entrepris de former des formateurs et renforcé les politiques et les normes relatives à l'alimentation en milieu scolaire. Ces interventions visaient à aider le pays à se préparer à l'agrément ayant trait à l'initiative Hôpitaux amis des bébés, lié à l'objectif 1 du PASDA2030, mais qui concerne aussi la cible 9.7 du PASDA2030, y compris grâce aux liens reconnus entre l'allaitement maternel exclusif et la prévention de l'obésité chez les enfants.⁸⁵
- b) Les Bahamas ont inclus des options alimentaires plus saines dans les « paniers d'aliments » dont le prix est contrôlé, et ont élargi les programmes de santé en milieu scolaire.
- c) Le Belize a élaboré un manuel concernant les menus du programme national d'alimentation en milieu scolaire, en partenariat avec les ministères de la Santé et de l'Éducation ainsi qu'avec l'UNICEF.
- d) Le Brésil a mené une évaluation des effets économiques de l'obésité et des stratégies visant à prévenir l'obésité.
- e) Le Brésil, le Costa Rica, le Paraguay et le Pérou ont mené des recherches formatives – en collaboration avec l'Institut costaricain de recherche et d'enseignement sur la nutrition et la santé (INCIENSA) – en vue d'élaborer une stratégie de médias sociaux visant la réduction de la consommation discrétionnaire de sel, qui constituera une référence pour le reste de la Région.
- f) La Dominique, la Grenade et Sainte-Lucie ont renforcé les politiques et les normes relatives à l'alimentation en milieu scolaire.
- g) Le Guatemala a élaboré la Stratégie nationale pour la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents.
- h) Porto Rico a élaboré et mis en œuvre son Plan d'action pour la prévention de l'obésité.
- i) L'Uruguay a voté une nouvelle loi concernant l'étiquetage sur le devant des emballages, qui entrera en vigueur en 2020.

⁸⁴ Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Belize, Brésil, Dominique, Grenade, Guatemala, Paraguay, Pérou, Porto Rico, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago et Uruguay.

⁸⁵ OMS. Exclusive breastfeeding to reduce the risk of childhood overweight and obesity (2014). Disponible en anglais sur : https://www.who.int/elena/titles/bbc/breastfeeding_childhood_obesity/en/.

La loi 30021 sur l'alimentation saine des enfants et des adolescents au Pérou

Le Pérou a approuvé un manuel portant sur les avertissements publicitaires liés à la loi 30021, qui concerne la promotion d'une alimentation saine chez les garçons, les filles et les adolescents. Le manuel régleme l'usage d'octogones noirs comprenant les mots « forte teneur en » sodium, sucre ou graisses saturées et « contient des acides gras trans », sur les étiquettes frontales des produits alimentaires transformés. Le manuel régleme aussi la publicité faite pour ces produits dans différents médias. Son approbation et sa publication mettent la touche finale aux régleme permettant la pleine entrée en vigueur de la loi 30021.

La documentation du processus suivi et de l'expérience relative à l'élaboration, à l'adoption et à l'application de la loi 30021 au Pérou offre un modèle et un outil précieux pour les pays désireux d'introduire un étiquetage alimentaire dans le cadre de leurs interventions visant à réduire les facteurs de risque modifiables des MNT.

Comme mesure complémentaire, le Pérou a relevé la taxe sélective sur les boissons sucrées, le tabac, l'alcool et les carburants fossiles. Le nouveau revenu provenant de cette taxe contribuera à la prévention et au contrôle des MNT, à la réduction de la violence et des accidents de la route, ainsi qu'à la protection de l'environnement.

212. Le BSP a contribué, aux niveaux régional et infrarégional, à la promotion d'une alimentation saine.

- a) Le Brésil dirige un réseau régional d'intervention visant à réduire les maladies cardiovasculaires par la réduction de la consommation de sel.
- b) Dans les Caraïbes, l'initiative de la coopération entre les pays pour le développement sanitaire appelée « Faire progresser les politiques de santé publique pour s'attaquer au surpoids et à l'obésité au Chili et dans la communauté des Caraïbes », conclue entre le gouvernement du Chili et la CARICOM et lancée en 2017, s'est poursuivie. Cette initiative correspond bien aux efforts de la CARICOM dans ce domaine, notamment l'approbation par les chefs d'État et de gouvernement de la CARICOM, en juillet 2018, de l'étiquetage sur le devant des emballages en tant que priorité.
- c) En Amérique centrale et en République dominicaine, le BSP a agi en coordination avec l'Institut sur la nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) pour mettre en œuvre la trousse d'outils du Réseau de suivi mondial et de soutien à la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé (NetCode). En outre, le BSP a collaboré avec l'INCAP et le COMISCA en vue d'élaborer une stratégie infrarégionale pour l'Amérique centrale visant la réduction de la consommation de sel.

Étiquetage sur le devant des emballages dans les Caraïbes

L'Organisation régionale des normes et de la qualité de la CARICOM (CROSQ) dirige actuellement la révision de la norme régionale de la CARICOM sur la spécification concernant l'étiquetage des aliments préemballés (CRS 5: 2010), afin d'y intégrer des dispositions relatives à l'étiquetage sur le devant des emballages. L'approche proposée, qui inclut les mots « forte teneur en », constitue une politique clé permettant aux consommateurs d'identifier rapidement et facilement les aliments préemballés qui renferment une grande quantité des éléments nutritifs associés à l'épidémie croissante de MNT et d'obésité dans les Caraïbes.

Le processus régional suivi par la CROSQ implique une collaboration avec diverses parties prenantes, notamment la société civile, le secteur privé, le monde universitaire, les ministères de la Santé et les autres secteurs gouvernementaux tels que la finance, le commerce et l'agriculture. Une série de consultations avec des parties prenantes a été tenue par des bureaux nationaux responsables des normes un peu partout dans les Caraïbes, et des comités ont été créés pour élaborer des positions nationales sur le projet de norme. Une troisième ronde de consultations avec des parties prenantes doit avoir lieu pendant le second semestre de 2019, avant qu'une version définitive ne soit produite et présentée au Conseil du commerce et du développement économique (COTED) de la CARICOM.

Cette initiative a déclenché un débat public sur le droit de connaître le contenu nutritionnel des produits alimentaires. Des organisations de la société civile, telles que la Healthy Caribbean Coalition (HCC), ont mené des campagnes de sensibilisation publique sur cette question et sur d'autres questions liées à la prévention et au contrôle de l'obésité et des MNT. L'initiative a également suscité la participation du secteur privé, et certaines entités de l'industrie alimentaire ont exprimé des préoccupations, proposant des approches volontaires et des systèmes différents d'étiquetage sur le devant des emballages qui ne seraient pas aussi efficaces pour ce qui est d'atteindre l'objectif de santé publique visé.

Grâce à cette initiative, les Caraïbes se sont rapprochées de la mise en place du système d'étiquetage sur le devant des emballages qui inclut les mots « forte teneur en ». Non seulement ce système aidera les consommateurs à faire des choix plus favorables à la santé, mais il servira aussi de politique habilitante pour d'autres approches efficaces telles que la taxation, les politiques sur l'alimentation en milieu scolaire et la restriction du marketing qui s'adresse aux enfants, en désignant clairement les produits transformés et ultra-transformés qui devraient être ciblés par ces mesures. Afin de mieux aligner les différentes politiques, le COTED a préconisé la tenue d'une rencontre des ministres du Commerce et de la Santé leur permettant de discuter de leurs positions et d'harmoniser celles-ci ; en outre, l'obésité infantile et la réduction de la consommation d'alcool ont été définies comme des domaines de politiques prioritaires.

213. Durant la période considérée, la coopération technique offerte par le BSP a inclus un niveau suffisant d'activité physique en tant que composante importante de la prévention de l'obésité et du surpoids, et en tant qu'élément des efforts intégrés de réduction des facteurs de risque des MNT aux niveaux national et infrarégional.

- a) Belize : un mémorandum d'accord a été élaboré entre l'Association des maires du Belize et le ministère de la Santé pour la promotion de parcs-santé dans l'ensemble des six districts du pays.
- b) Brésil : l'activité physique a été incluse en tant qu'élément d'un programme convergent et intersectoriel d'intervention à l'échelle nationale qui mobilise le gouvernement, le monde

universitaire, la société civile et des agences onusiennes. Les autres éléments du programme sont la pollution de l'air et la mobilité durable.

- c) Caraïbes : depuis le lancement de *Jamaica Moves* par le ministère de la Santé de ce pays en 2017, dans le but de faciliter une augmentation de l'activité physique parmi la population, ce programme s'est développé au niveau infrarégional lorsque les chefs d'État et de gouvernement de la CARICOM ont approuvé l'initiative *Caribbean Moves* en septembre 2018. Avec le soutien du BSP, le programme s'est étendu à d'autres pays de la sous-région, comme la Barbade, où *Barbados Moves* a été lancé en octobre 2018 dans le cadre d'une initiative nationale sur le bien-être, et Trinité-et-Tobago, où *TT Moves* a été lancé en avril 2019.
- d) Équateur : un projet financé par l'Agence coréenne de coopération internationale a créé des réseaux inter- et multisectoriels, comprenant le monde universitaire et la société civile, pour renforcer les soins primaires et les connaissances en santé, promouvoir une alimentation saine et l'activité physique en milieu scolaire, et prévenir l'infection à virus Zika. Grâce à ce projet, qui a pris fin en février 2019, les vendeurs de nourriture ambulants ont commencé à offrir des options plus favorables à la santé ; les écoles ont inclus des périodes parascolaires consacrées aux activités physiques, ce qui a augmenté le taux d'activité physique chez les élèves ; l'approvisionnement en eau des districts scolaires a été désinfecté pour que les écoliers bénéficient d'une eau potable de bonne qualité ; les services de santé ont été renforcés pour améliorer la prévention des MNT et la lutte contre celles-ci.

214. Dans l'ensemble, la Région des Amériques est en voie d'atteindre la cible de 2025 prévoyant une réduction de 30 % de la prévalence standardisée pour l'âge de l'usage du tabac chez les personnes de sexe masculin et féminin de 15 ans ou plus. Selon le rapport mondial de l'OMS sur les tendances concernant la prévalence de l'usage du tabac pour 2000-2025,⁸⁶ la cible régionale relative à cet indicateur pour 2025 est de 14,2 % ; toutefois, la prévalence projetée concernant la Région pour 2025 est plus faible, à 13 %.

215. Durant la période couverte par ce rapport, le BSP a fourni une coopération technique visant à soutenir la mise en œuvre par les pays de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS, suite à l'adoption de la *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* (document CSP29/11).

- a) Antigua-et-Barbuda a approuvé une loi exhaustive sur la lutte antitabac qui en a fait l'un des 20 pays⁸⁷ de la Région qui ont rendu obligatoires les milieux sans fumée, l'un des 21 pays⁸⁸ qui exigent la présence d'avertissements concernant la santé et l'un des sept pays

⁸⁶ OMS. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025, deuxième édition. Genève : OMS ; 2018. Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/2ThRdhj>.

⁸⁷ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Panama, Pérou, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

⁸⁸ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Pérou, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

(Antigua-et-Barbuda, Brésil, Colombie, Guyana, Panama, Suriname et Uruguay) qui ont interdit la publicité et la promotion du tabac ainsi que les commandites par les fabricants de produits du tabac. Toutes ces mesures sont conformes à la Convention-cadre.

- b) La Barbade, la Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis, Trinité-et-Tobago et le Venezuela ont réexaminé leurs lois sur le tabac.
- c) Le Brésil a atteint le plus haut niveau d'application du programme MPOWER, ayant mis en œuvre les six mesures du programme au niveau des pratiques optimales. MPOWER vise à faciliter la mise en œuvre, au niveau des pays, d'interventions efficaces fondées sur la Convention-cadre afin de réduire la demande de tabac. Le Brésil est le deuxième pays au monde (après la Turquie) à atteindre ce niveau historique. En reconnaissance de cette réussite, l'OMS et le gouvernement du Brésil lanceront le rapport 2019 de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabac au Brésil en juillet 2019.
- d) Le Brésil et la Colombie se sont joints à l'Argentine et au Chili pour imposer des taxes sur les produits du tabac qui représentent plus de 75 % du prix de détail final.
- e) Le Canada et l'Uruguay ont adopté un emballage neutre pour les produits du tabac.
- f) Le Guyana a élaboré une campagne de communication antitabac faisant appel à la radio et à la télévision, à des panneaux-réclame, à des affiches, à des prospectus, ainsi qu'aux médias imprimés et aux médias sociaux. Cette campagne faisait suite à l'adoption par le pays, en 2017, d'une loi antitabac qui est l'une des plus complètes de la Région.
- g) Sainte-Lucie a parachevé un projet de loi visant à modifier sa loi sur la santé publique afin de créer des espaces publics sans fumée ; à la mi-2019, ce projet de loi était examiné par le Cabinet en vue d'une adoption éventuelle. Une campagne antitabac de huit mois, qui faisait appel aux médias imprimés, aux médias sociaux, à la télévision et à la radio, a été lancée en avril 2018.

216. En août 2018, le BSP a accueilli une conférence régionale à Washington, D.C. en prévision de deux événements qui devaient avoir lieu en octobre 2018 : la huitième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre pour la lutte antitabac et la première Réunion des Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. La conférence régionale tenue en août 2018 a permis aux Parties à la Convention-cadre des Amériques de partager leurs expériences, en plus d'offrir l'occasion d'élaborer une position régionale plus cohésive en prévision de la huitième session de la Conférence des Parties et de la première Réunion des Parties. Le BSP continue à faciliter la coordination entre les Parties aux deux traités.

217. En 2018, le BSP a collaboré avec le ministère de la Santé et le Fonds solidaire pour la santé d'El Salvador, le Secrétariat de la Convention-cadre, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et RTI International pour préparer un argumentaire en faveur de l'investissement concernant la lutte antitabac dans ce pays. L'élaboration de tels argumentaires s'est avérée un outil puissant servant à soutenir la conception de politiques fiscales sur le tabac et

à mobiliser des secteurs autres que le secteur sanitaire dans la mise en œuvre de la Convention-cadre.⁸⁹

218. Parmi les collaborateurs et les partenaires du BSP dans ce travail, on peut noter Campaign for Tobacco-Free Kids, l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, l'Alliance pour la Convention-cadre, l'American Cancer Society, l'Université Johns Hopkins, l'Université de l'Illinois à Chicago, l'InterAmerican Heart Foundation et Vital Strategies.

219. La coopération technique offerte par le BSP en vue de réduire la pollution de l'air comme facteur de risque durant la période couverte par ce rapport est décrite plus loin, dans la section qui traite de l'objectif 11 du PASDA2030.

Sécurité routière

220. À l'appui du Rapport mondial sur la sécurité routière 2018 de l'OMS,⁹⁰ une collecte et une analyse des données régionales sur les principales interventions législatives et de santé publique et sur leur impact ont été menées dans 30 pays des Amériques.⁹¹ L'analyse pour la Région des Amériques, également détaillée dans le quatrième rapport régional sur la sécurité routière publié en 2018, intitulé *Road Safety in the Americas*, a révélé que les décès dus aux accidents de la route ont légèrement augmenté, passant de 153 714 en 2013 à 154 997 en 2016. Toutefois, le taux de mortalité est demeuré relativement stable : il était de 15,6 pour 100 000 personnes en 2016, comparativement à 15,9 pour 100 000 personnes en 2013.

221. Les usagers de la route les plus vulnérables – les piétons, les motocyclistes et les cyclistes – présentaient les taux les plus élevés de décès et de traumatismes dus aux accidents de la route ; en particulier, les décès chez les motocyclistes ont augmenté. Dans l'ensemble, les décès dus aux accidents de la route demeurent la deuxième cause de décès chez les jeunes adultes de 15 à 29 ans dans la Région des Amériques, ce qui souligne la nécessité de prioriser la sécurité routière dans le programme de santé des adolescents. Le rapport régional montre, dans certains pays, une amélioration de certains aspects concernant la gestion de la sécurité routière, de la législation en la matière et des soins aux victimes des accidents de la route. Grâce aux lacunes cruciales et aux opportunités identifiées dans le rapport, celui-ci offre aussi un outil important pouvant servir à suivre les progrès accomplis et à encourager les États Membres à améliorer la sécurité routière.

⁸⁹ RTI International. Studying investment in tobacco control in low- and middle-income countries: investment cases for the FCTC. Disponible en anglais sur : <https://www.rti.org/impact/studying-investment-tobacco-control-lmics>.

⁹⁰ OMS. Global status report on road safety 2018. Genève : OMS ; 2018. Disponible en anglais sur : https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/.

⁹¹ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

Réduire la consommation d'alcool et les traumatismes dus aux accidents de la route au Guatemala

Au Guatemala, le BSP a joué un rôle de chef de file dans les efforts collaboratifs et intersectoriels consentis par le gouvernement pour renforcer la mise en œuvre et l'application du cadre juridique visant à réduire les décès liés à l'alcool et les traumatismes liés aux accidents de la route. Cette initiative, financée par le Fonds de l'Organisation des pays exportateurs de pétrole pour le développement international, a renforcé la capacité des gestionnaires au niveau du ministère des Transports, de la Police nationale civile, des policiers municipaux et des professionnels de la santé œuvrant dans les salles d'urgence de l'un des plus grands hôpitaux nationaux de mener de brèves interventions.

Conjointement avec le ministère de l'Intérieur, le BSP a organisé une tribune publique afin de discuter des aspects juridiques de la conduite en état d'ébriété. C'était la première fois que les autorités ainsi que des représentants officiels de l'Institut national des sciences judiciaires, l'Association des juges et des magistrats, l'Institut de la défense publique criminelle, le Bureau du procureur général pour les droits de l'homme, le doyen de la faculté de droit, la police nationale municipale et les transports civils nationaux discutaient de cette importante question. À la suite de la tribune, toutes les entités participantes ont signé une entente visant à créer un groupe de travail technique, à préparer un protocole et à réviser la loi existante sur la conduite en état d'ébriété. Cette entente constitue une étape majeure pour le Guatemala pour ce qui est de s'attaquer aux problèmes de sécurité routière liés à l'alcool et aux accidents de la route grâce à une approche fondée sur la collaboration.

Le BSP a collaboré avec le secrétaire exécutif de la Commission contre les dépendances et le trafic illicite de drogue (SECCATID) et le ministère de l'Intérieur aux niveaux central, municipal et communautaire pour renforcer la prévention et le contrôle de la consommation nocive d'alcool et de la consommation de substances psychoactives. L'un des objectifs de cette initiative, soutenue par le gouvernement de la Suède dans le cadre d'un programme commun de développement rural global, était de protéger les populations indigènes contre les problèmes graves de santé liés à un usage nocif de l'alcool.

Santé mentale et troubles neurologiques

222. Durant la période considérée, la coopération technique offerte par le BSP concernant la santé mentale et les troubles neurologiques s'est poursuivie, dans le cadre du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale de l'OMS (mhGAP, selon le sigle anglais). La prémisse du programme est qu'avec des soins appropriés et adéquats, une aide psychosociale et des médicaments, des millions de personnes pourraient être traitées pour la dépression, la schizophrénie et l'épilepsie, protégées contre le suicide et aidées à mener une vie normale, même là où les ressources sont limitées. L'initiative mhGAP vise à accroître les services relatifs aux troubles mentaux et neurologiques ainsi qu'aux troubles liés à l'usage de substances psychoactives dans les pays. Elle offre des outils pouvant être utilisés dans des contextes sanitaires non spécialisés, dont le manuel d'utilisation du mhGAP (mis à jour en 2018 – disponible en anglais), le *Guide d'intervention mhGAP* ainsi que des manuels de formation (disponibles en anglais). À la mi-2019, 25 pays et territoires⁹² de la Région avaient mis en œuvre le mhGAP.

⁹² Argentine, Bahamas, Belize, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela et les îles Vierges britanniques.

Renforcer le Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale dans les pays

Anguilla, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Vincent-et-les Grenadines : ces pays ont entrepris la mise en œuvre du mhGAP, en intégrant la santé mentale à la stratégie des soins de santé primaires et en privilégiant les modules concernant la dépression et le suicide, afin de réduire les préjugés et de faciliter un diagnostic et une prise en charge rapides. La formation de formateurs chargés de superviser l'éducation continue des prestataires de soins de santé concernant le mhGAP a constitué un sujet principal de la coopération technique offerte par le BSP : 20 personnes ont été formées à Anguilla, 35 à Saint-Kitts-et-Nevis et 30 à Saint-Vincent-et-les Grenadines.

Argentine : un plan a été élaboré pour la mise en œuvre efficace et par étapes de l'initiative mhGAP, ce qui a entraîné une amélioration des compétences et une meilleure capacité des équipes sanitaires centrales, provinciales et locales à entreprendre des interventions au premier niveau de soins. Au total, 250 professionnels ont été formés et la phase d'obligation de rendre compte de la mise en œuvre locale du mhGAP a été lancée, avec la conception d'indicateurs de suivi qui permettront d'ajuster la mise en œuvre de la stratégie.

Bahamas : en 2018, une campagne de prévention du suicide accompagnée de la formation de 25 professionnels de la santé des îles Family a eu lieu, avec pour objectif d'accroître l'accès aux services communautaires de santé mentale. Lors des interventions auxquelles ont participé des groupes multisectoriels – comprenant des représentants des ministères de la Santé, de l'Éducation et de la Sécurité nationale ainsi que d'autres partenaires –, un module relatif aux connaissances en santé mentale a été intégré au programme d'études portant sur l'éducation à la santé et à la vie familiale dans huit écoles secondaires ; en outre, un projet pilote sur la prévention de la violence a été entrepris dans une école primaire et une école secondaire de New Providence, l'île la plus peuplée des Bahamas. Ces projets en milieu scolaire visent à repérer les enfants ayant des troubles de santé mentale, ainsi que les responsables ou les victimes de violence entre jeunes, à les référer à des prestataires de soins et à réduire les préjugés dont ils sont l'objet.

Belize : parmi les interventions réalisées, notons le renforcement des capacités des médecins et des infirmières quant aux lignes directrices du mhGAP, la formation de formateurs portant sur les connaissances en santé mentale pour 65 membres du personnel des ministères de la Santé et de l'Éducation, ainsi que l'élaboration du plan stratégique national concernant la prévention du suicide et la lutte contre celui-ci. Un partenaire clé pour l'amélioration des connaissances en santé mentale a été l'Université Dalhousie (Canada), un centre collaborateur de l'OPS/OMS.

Colombie : à la fin de 2018, 1800 professionnels de la santé au premier niveau de soins et dans des hôpitaux primaires avaient reçu une formation sur le mhGAP, ce qui couvrait presque l'ensemble du pays. Il s'agit là du seul exemple dans la Région d'une formation ayant eu une portée aussi vaste ; elle a été réalisée grâce au campus virtuel de la santé publique, en mettant à profit l'expertise de quatre universités de la Région. Le personnel formé par le moyen de cette initiative renforcera l'attention accordée aux troubles de santé mentale au premier niveau de soins en Colombie. Ce travail peut servir d'exemple aux pays à revenu faible et intermédiaire, où jusqu'à 75 % des personnes atteintes de troubles mentaux n'ont pas accès au traitement dont elles ont besoin.

Équateur : le plan national en santé mentale a été révisé afin de renforcer l'approche communautaire.

Guyana : des progrès importants ont été accomplis quant à l'intégration de la santé mentale au premier niveau de soins, avec l'élaboration d'un guide sur l'introduction de services communautaires en santé

mentale, la création d'une unité de santé mentale chargée de diriger la mise en œuvre d'une stratégie en santé mentale et d'un plan d'action sur le suicide, ainsi que la formation au mhGAP de 233 prestataires de soins de santé.

Paraguay : parmi les interventions de réforme de la santé mentale, notons la création d'un groupe de travail technique pour la réforme des soins en santé mentale et la transformation graduelle du modèle traditionnel axé sur les hôpitaux psychiatriques vers une approche holistique et communautaire. Il s'agit là d'une intervention importante, étant donné qu'en 2003 et en 2008, le pays a été sanctionné par la Cour internationale des droits de l'homme pour avoir violé les droits des personnes ayant des troubles de santé mentale en ce qui concerne leurs soins de santé.

Pérou : le plan national de renforcement des services communautaires de santé mentale 2018-2021 a été approuvé, signe de l'institutionnalisation dans le pays d'une réforme en santé mentale et d'un modèle fondé sur les droits de l'homme. Le modèle communautaire en santé mentale comprend un accroissement du budget consacré à la santé mentale et un financement de la mise en œuvre du plan, la mise sur pied de 106 centres communautaires en santé mentale dans 24 régions, le renforcement des services au premier niveau de soins, par la formation de 170 facilitateurs du programme mhGAP à Lima et dans les provinces, la formulation d'un ensemble d'outils politiques et réglementaires, dont une politique sectorielle en santé mentale ainsi que des normes pour les centres communautaires en santé mentale et les foyers protégés, de même que l'élaboration d'une proposition relative à un projet de coopération entre les pays pour le développement sanitaire faisant intervenir le Chili, le Paraguay et le Pérou et visant à partager de bonnes pratiques en santé mentale communautaire et à promouvoir le renforcement mutuel des services connexes dans ces pays.

République dominicaine : des progrès importants ont été accomplis concernant la réforme du modèle de soins en santé mentale pour que ceux-ci soient axés sur la personne, la famille et la communauté grâce à la désinstitutionnalisation, où l'hôpital psychiatrique est remplacé par un centre psychosocial, à la création d'unités de santé mentale dans les hôpitaux provinciaux, municipaux et régionaux, à un investissement dans les centres de santé communautaire et à un renforcement du premier niveau de soins et à la création d'autres services psychosociaux de réadaptation tels que des centres de jour et des établissements résidentiels pour les personnes ayant des troubles mentaux chroniques. Un *Plan national sur la santé mentale 2019-2022* a été élaboré sur le modèle du *Plan d'action sur la santé mentale 2015-2020* de l'OPS.

Trinité-et-Tobago : la politique et le plan en santé mentale ont été réexaminés, et des consultations avec des parties prenantes ont été entreprises en 2019 en vue d'une approbation finale. La version définitive a été adoptée et la rédaction du plan de mise en œuvre a commencé. Le pays a également élaboré une stratégie de prévention du suicide, dont le lancement officiel doit avoir lieu à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale 2019, conformément au thème choisi pour cette année : « Promotion de la santé mentale et prévention du suicide ». Avec le soutien du BSP, l'Unité de santé mentale a entrepris une formation sur le mhGAP auprès de toutes les autorités sanitaires régionales ainsi qu'une évaluation des effets de la formation sur les services et les soins en santé mentale.

Îles Turques et Caïques : un examen et une actualisation de la législation du pays en matière de santé mentale ont été entrepris, en vue de réduire les préjugés, de favoriser une collaboration multisectorielle accrue et de créer des liens vers des services de soins communautaires dans le pays-même – selon le cas – pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale. Le BSP a offert un accès à des ressources de formation en ligne portant sur la santé mentale pour le personnel des soins de santé.

223. Au vu des effets psychosociaux des catastrophes et des crises humanitaires sur la population dans son ensemble, sur les répondants et sur les agents de santé, la coopération technique offerte par le BSP a porté également sur l'amélioration de la santé mentale et du soutien psychosocial pour les populations touchées par des catastrophes. Des interventions en ce sens ont été mises en œuvre dans neuf pays : Antigua-et-Barbuda, le Brésil, la Colombie, l'Équateur, la Grenade, le Nicaragua, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago et le Venezuela.

Accroître le soutien psychosocial lors de catastrophes et de crises humanitaires

À **Antigua-et-Barbuda**, une évaluation des besoins en matière de santé mentale et de soutien psychosocial a été entreprise, un plan d'action a été élaboré et 30 responsables de refuges ont reçu une formation en premiers secours psychologiques.

Au **Brésil**, une proposition a été élaborée en vue de renforcer les capacités locales en santé mentale et en soutien psychosocial afin de prendre en charge les personnes touchées par des catastrophes et des crises humanitaires.

En **Colombie**, les interventions réalisées dans le cadre de l'initiative Santé pour la paix portaient sur les activités de plaidoyer et le développement de capacités institutionnelles et communautaires dans les zones touchées par les conflits armés, la reconnaissance des problèmes liés à la santé mentale et à l'abus de substances psychoactives, ainsi que la préparation à une mise en œuvre continue de stratégies connexes en 2019.

À la frontière entre la **Colombie** et le **Venezuela**, un soutien psychosocial et des soins en santé mentale ont été offerts à la population migrante ainsi qu'aux professionnels de la santé victimes d'épuisement professionnel.

En **Équateur**, un renforcement des compétences des équipes sanitaires pour les aider à répondre à la situation causée par la migration transfrontalière a été inclus dans le plan national de santé mentale révisé.

À la **Grenade**, à **Sainte-Lucie** et à **Trinité-et-Tobago**, une formation a été réalisée en vue de renforcer les capacités nationales concernant le soutien à la santé mentale en temps de catastrophe et concernant les premiers secours psychologiques.

Au **Nicaragua**, un programme a été élaboré avec la participation du ministère de la Santé et du ministère des Familles pour offrir des soins en santé mentale durant et après la crise sociopolitique que le pays a connue en 2018. Le programme a formé 120 facilitateurs à la prise en charge standardisée relative aux premiers secours psychologiques ; en outre, il a renforcé les capacités des équipes de santé mentale au sein des systèmes locaux de soins de santé complets (SILAIS) et des équipes en santé familiale et communautaire (ESFAC), leur communiquant des compétences relatives à la détection, à la prévention et aux soins opportuns concernant les troubles de santé mentale chez les individus et les familles touchés.

Les **îles Vierges britanniques** ont mis en œuvre un projet visant à renforcer la résilience aux niveaux individuel et communautaire en réponse à la dévastation causée par les ouragans Irma et Maria en 2017. Cette initiative a employé une approche à plusieurs volets : aider les individus à faire face aux effets psychologiques persistants des catastrophes, accroître la capacité des agents de santé, des premiers

répondants et des autres agents communautaires à s'occuper de leurs propres besoins en santé mentale, tout en répondant aux besoins des autres, ainsi que renforcer la résilience en vue d'événements défavorables futurs. Le projet a également aidé les collectivités participantes à élaborer des plans de résilience communautaires, et comprenait une campagne nationale de communication visant à sensibiliser et à éduquer la population sur les façons de préserver sa santé mentale dans des situations de catastrophe.

224. Des équipes de quatre pays et territoires des Caraïbes – le Belize, les Bermudes, les îles Caïman et la Jamaïque – ont été formées à la mise en œuvre, en milieu scolaire, d'une intervention modèle relative aux connaissances en santé mentale et fondée sur des données probantes. En outre, le tout premier argumentaire au niveau national en faveur des investissements en santé mentale en Jamaïque a été élaboré. L'argumentaire a démontré que pour chaque dollar jamaïcain consacré à l'extension du traitement contre la dépression, l'anxiété et la psychose, le rendement des investissements attendu est de 5,50 dollars jamaïcains.

Usage de substances psychoactives

225. Le BSP a poursuivi son travail visant à renforcer la coopération intersectorielle aux niveaux régional et national afin d'améliorer l'accès au traitement pour les troubles liés à l'usage de substances psychoactives et la qualité de ce traitement. Le principal défi demeure de savoir comment faire participer efficacement les autorités sanitaires nationales aux efforts visant à renforcer la dimension de santé publique des politiques afin de réduire l'usage de substances psychoactives et ses complications. Bien que l'élément central de ces politiques soit en train de passer d'une perspective répressive et punitive vers une approche plus globale qui comprend un élément de santé publique, les stratégies et les ressources existantes continuent à privilégier les interventions répressives et judiciaires.

226. Le BSP a participé à la validation des normes internationales concernant le traitement des troubles liés à l'usage de drogues préparées par l'OMS et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, ainsi que des critères standards concernant l'agrément des programmes de réduction de la demande de drogues préparés par le Programme de coopération dans le domaine des politiques sur les drogues (COPOLAD).⁹³ Par conséquent, le BSP était particulièrement bien placé pour appuyer 18 pays⁹⁴ alors qu'ils mettaient ces normes en œuvre durant la période couverte par ce rapport.

227. Le BSP s'est également employé à renforcer la collaboration avec des partenaires mondiaux, régionaux et infrarégionaux, dont l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'OEA et la CARICOM, pour l'élaboration et l'actualisation des politiques sur les drogues à l'aide d'une approche de santé publique. Le BSP a également entrepris une coopération technique avec des

⁹³ COPOLAD est le fruit d'une collaboration entre l'Union européenne et la Communauté d'États latino-américains et caribéens (CELAC).

⁹⁴ Argentine, Bahamas, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

agences nationales responsables des politiques sur les drogues dans 14 pays ;⁹⁵ ce travail a aidé à positionner l'OPS comme un acteur clé de la réorientation des politiques actuelles sur les drogues vers une approche plus globale, plus équilibrée et plus intégrée. En 2018 et 2019, le BSP a renouvelé son protocole d'entente avec la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues de l'OEA, en mettant sur pied des projets particuliers visant à améliorer l'accès aux traitements pour les troubles liés à l'usage de substances psychoactives ainsi que la qualité de ceux-ci grâce à des réseaux de services de santé publique. Parmi les bénéficiaires de ces projets, notons les ministères de la Santé, les commissions nationales de lutte antidrogue et des organisations de la société civile en Argentine, aux Bahamas, en Jamaïque, au Panama et au Pérou. Le BSP a collaboré avec les Bahamas pour élaborer et adopter des normes de soins relatives aux établissements de désintoxication dirigés aussi bien par des agences de santé publique que par des ONG.

228. Dans le cadre de sa coopération technique visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, le BSP a collaboré avec le Guyana, la Jamaïque et le Suriname pour élaborer des stratégies et des plans d'action nationaux relatifs à l'alcool. En République dominicaine, les prestataires de soins de santé ont été formés à l'évaluation et au diagnostic de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, ce qui a mené à la mise sur pied du premier centre de diagnostic du pays en matière d'alcoolisation fœtale, au début de 2019. Le BSP a élaboré et lancé un cours virtuel auto-administré concernant l'alcool et la grossesse, offert en anglais, en espagnol et en portugais : à la fin de juin 2019, 4500 élèves avaient suivi ce cours.

229. Le BSP a coordonné une étude régionale en cours portant sur l'alcool, les drogues et les traumatismes dus aux accidents de la route réalisée dans les salles d'urgence. Des interventions efficaces visant la réduction de la consommation d'alcool ont été mises à l'essai en Jamaïque, au Pérou et en République dominicaine. De plus, le BSP a rédigé et publié un rapport régional⁹⁶ sur le degré de mise en œuvre des politiques visant la réduction de l'usage nocif de l'alcool dans les États Membres, qui mesure leurs progrès quant à l'application de la *Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool* adoptée en 2010. La stratégie mondiale a été entérinée par les États Membres de l'OPS et opérationnalisée pour la Région des Amériques grâce au *Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool* (document CD51/8, Rev. 1) publié en 2011. Le rapport régional de 2018 a fait apparaître que les États Membres de l'OPS ont encore beaucoup à faire pour élaborer des politiques plus complètes et plus strictes concernant l'alcool, et le BSP invitait instamment les pays à se servir du rapport et de son modèle de notation pour suivre et comparer leurs progrès dans ce domaine de travail.

230. Dans les îles Turques et Caïques, l'instrument d'enquête de l'OMS portant sur l'alcool a servi à documenter, à cerner et à réduire les lacunes existantes concernant les politiques du pays visant à réduire la consommation d'alcool. Dans la sous-région de l'Amérique centrale, le BSP a employé une approche interprogrammatique afin de collaborer avec le PARLACEN et le SE-

⁹⁵ Argentine, Bahamas, Chili, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Jamaïque, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Uruguay et Venezuela.

⁹⁶ OPS. Alcohol Policy Scoring: Assessing the level of implementation of the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol in the Region of the Americas. Washington, D.C. : OPS ; 2018. Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/31atfnT>.

COMISCA pour élaborer et faire approuver une déclaration visant une réglementation complète de l'alcool, la première dans cette sous-région.

Approche infrarégionale des politiques de réduction de l'alcool en Amérique centrale

Le BSP a joué un rôle clé dans l'élaboration d'une proposition pour le Parlement d'Amérique centrale visant à renforcer et à harmoniser la législation sur l'alcool en Amérique centrale et en République dominicaine, conformément à l'initiative SAFER de l'OMS sur le contrôle de l'alcool. L'acronyme anglais SAFER désigne le renforcement des restrictions sur la vente d'alcool, la promotion et l'application de contremesures sur l'alcool au volant, la facilitation de l'accès au dépistage, à des interventions brèves et au traitement, l'application d'interdictions ou d'importantes restrictions sur la publicité et la promotion de l'alcool et sur les commandites par des fabricants d'alcool, ainsi que la hausse des prix de l'alcool par des taxes d'accise et des politiques sur les prix.

La proposition a été approuvée en mars 2019 durant un atelier auquel assistaient 120 membres du PARLACEN et a été officiellement ratifiée par l'assemblée plénière du PARLACEN en avril 2019. Elle s'applique à tous les États Membres du Système d'intégration centraméricain.

La résolution du PARLACEN déclarait que l'usage nocif de l'alcool est un problème sérieux de santé publique et reconnaissait qu'il n'existe aucun degré de consommation d'alcool qui soit sans danger. La résolution priait également tous les pays d'Amérique centrale et la République dominicaine d'actualiser et renforcer leur législation visant à limiter la vente d'alcool, de prévenir l'alcool au volant, d'interdire la commercialisation et la promotion de l'alcool ainsi que les commandites par les fabricants d'alcool, de réduire la demande d'alcool grâce à des politiques de contrôle des prix et à la taxation, de prévenir l'influence de l'industrie de l'alcool sur les politiques de santé publique et de garantir l'accès à des informations dignes de confiance sur la consommation d'alcool.

La résolution créait aussi, pour la première fois, une obligation pour le SE-COMISCA de compiler et de communiquer au PARLACEN des informations détaillées sur la conformité des pays à la résolution. Ce travail illustre un domaine prometteur d'intervention en santé publique promu par le BSP, appelé « législation communautaire ».

Objectif 10 du PASDA2030 : Maladies transmissibles

231. Le BSP a poursuivi sa coopération technique en vue de mettre fin aux épidémies de VIH et de sida, d'IST et de tuberculose, d'éliminer le paludisme, les maladies infectieuses négligées et la transmission mère-enfant de certaines maladies transmissibles (décrites à la section portant sur l'objectif 1 du PASDA2030), de combattre l'hépatite, les maladies hydriques et les autres maladies transmissibles, de lutter contre la résistance aux antimicrobiens et d'atténuer les risques liés à la salubrité des aliments.

VIH et sida, IST, tuberculose et paludisme

232. L'Organisation a continué à promouvoir l'accès universel à un traitement efficace contre le VIH grâce à une coopération technique visant à accroître l'acceptation des recommandations de l'OMS sur l'amorce du traitement antirétroviral chez les personnes atteintes du VIH, indépendamment de la numération des CD4. À la mi-2019, 29 (83 %) des 35 États Membres de

l'OPS avaient adopté ces recommandations, et les six autres étaient en train d'actualiser leurs politiques.

233. Le BSP a collaboré avec des partenaires régionaux et des laboratoires de référence de l'OMS pour aider à élargir la surveillance de la résistance aux médicaments contre le VIH et l'optimisation du traitement contre le VIH, en réponse à la menace émergente que représente la résistance aux médicaments couramment employés en première ligne. À la mi-2019, 16 pays⁹⁷ avaient réalisé des enquêtes sur la résistance aux médicaments ; cinq autres – El Salvador, Haïti, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay – étaient en train de mener de telles enquêtes ; et huit autres – l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, Cuba, le Guatemala, Haïti, la Jamaïque et le Venezuela – avaient entamé une transition vers des régimes basés sur le dolutégravir, que l'OMS a recommandé comme traitement de première ligne dans ses directives intérimaires concernant le traitement contre le VIH publiées en juillet 2018. Dix pays – l'Argentine, la Bolivie, le Chili, le Costa Rica, le Guatemala, le Guyana, le Honduras, le Paraguay, le Pérou et le Venezuela – ont achetés du dolutégravir grâce au Fonds stratégique de l'OPS.

234. Selon des estimations à l'échelle mondiale présentées dans le numéro d'août 2019 du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, la prévalence et l'incidence de quatre IST curables – chlamydie, gonorrhée, trichomonase et syphilis – demeure élevée : plus d'un million de nouvelles infections en moyenne chaque jour en 2016. Ces estimations sont semblables, aussi bien à l'échelle mondiale que par région, à celles qui ont été publiées en 2012, et soulignent le défi persistant de santé publique posé par ces quatre IST.

235. Conformément au *Plan d'action régional pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (document CD55/14), le BSP a donné la priorité à des mesures visant à combattre les infections relatives à la syphilis et à la gonorrhée, et à prévenir l'infection au VPH. Parmi ces mesures, on peut noter : l'introduction du dépistage diagnostique rapide, la standardisation et la simplification des algorithmes diagnostiques concernant la syphilis chez les femmes enceintes et chez des populations névralgiques à El Salvador, au Guatemala, au Honduras et au Nicaragua, ainsi que des interventions pilotes à la Barbade, en Jamaïque, au Suriname, à Trinité-et-Tobago et dans les six pays membres indépendants de l'Organisation des États de la Caraïbe Orientale (Antigua-et-Barbuda, Dominique, Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines et Sainte-Lucie). Dans les Caraïbes, le travail a été réalisé en collaboration avec la subvention multi-pays accordée par le Fonds mondial à l'Organisation des États de la Caraïbe Orientale et à la CARPHA. Pendant l'année écoulée, le BSP a publié une alerte épidémiologique concernant la résistance à la céphalosporine à large spectre dans les cas de *Neisseria gonorrhoeae* et a offert une coopération technique visant à améliorer la surveillance nationale de la résistance aux antimicrobiens afin de guider les traitements administrés.

236. En dépit des progrès réalisés concernant la prévention et le contrôle de la tuberculose, cette maladie demeure un problème important de santé publique. Le BSP a contribué à la préparation des États Membres pour la première Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de l'ONU

⁹⁷ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Brésil, Colombie, Cuba, Dominique, Grenade, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie et Suriname.

visant à mettre fin à la tuberculose, tenue en septembre 2018, et y était représenté. La Déclaration politique issue de cette réunion⁹⁸ préconise d'accroître les efforts et les investissements visant à mettre fin à la pandémie de tuberculose d'ici 2030, et fixe des jalons précis et mesurables devant être atteints d'ici 2022. Durant la période considérée, la coopération technique offerte par le BSP aux pays a été guidée par le *Plan d'action régional pour la prévention et le contrôle de la tuberculose 2015-2019* (document CD54/11, Rev. 1), la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS publiée en 2018 et la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau tenue en septembre 2018. Le BSP a accordé la priorité aux pays où le fardeau de la tuberculose est considérable ; parmi les mesures prises, notons le renforcement des interventions de prévention, de diagnostic et de traitement, ainsi que des capacités de prise en charge. Les interventions mettaient particulièrement l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité, les approches interprogrammatiques et intersectorielles, ainsi qu'une participation active de la société civile. Des initiatives innovantes, telles que l'initiative de lutte contre la tuberculose dans les grandes villes et l'initiative d'élimination de la tuberculose, ont été encouragées.

237. Le BSP a entrepris une coopération technique avec l'ensemble des 18 pays⁹⁹ de la Région qui répondent aux conditions régissant l'aide du Fonds mondial, dans le cadre du processus de demande du Fonds. Au milieu de 2019, tous les pays avaient réussi à se procurer un nouveau financement pour le VIH, la tuberculose et le paludisme ; au total, \$351,3 millions ont été alloués pour la Région. En avril 2019, on comptait 42 subventions actives dans 18 pays et six propositions concernant plusieurs pays. Le BSP a également soutenu des activités relatives à la durabilité et à la transition (« évaluation de l'état de préparation à la transition ») dans huit pays qui allaient cesser de recevoir l'aide du Fonds mondial durant la période couverte par ce rapport : le Belize, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, le Panama, le Paraguay, la République dominicaine et le Suriname.

238. Le BSP a collaboré avec le Fonds mondial dans d'autres domaines, notamment les suivants : l'accord conjoint visant à renforcer les chaînes d'approvisionnement de produits pharmaceutiques et à réduire le risque de pénuries et de ruptures de stock de médicaments essentiels dans huit pays, à savoir la Bolivie, Cuba, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et le Paraguay ; l'initiative concernant l'élimination du paludisme en Amérique centrale et sur l'île d'Hispaniola et le projet régional visant à renforcer les réseaux de laboratoires relatifs à la tuberculose dans 20 pays.¹⁰⁰

239. Dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan d'action régional pour l'élimination du paludisme 2016-2020* (document CD55/13), le BSP a aidé l'Argentine et le Paraguay à compléter leur processus menant à la certification de l'élimination du paludisme en juillet 2018 et en mai 2019, respectivement. D'autres pays qui sont très près d'éliminer le paludisme, en particulier le Belize, le Costa Rica, El Salvador et le Suriname, ont reçu un soutien continu de la part du BSP afin de consolider l'interruption de la transmission de cette maladie. Le BSP a aidé tous les pays endémiques à adapter des plans et des stratégies visant l'élimination du paludisme ; en outre, il a

⁹⁸ Document A/73/L.4 de l'Assemblée générale de l'ONU.

⁹⁹ Belize, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname.

¹⁰⁰ Argentine, Belize, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela.

fourni des ressources techniques et financières destinées à la réalisation d'initiatives dans les pays où certains secteurs sont fortement touchés et où il existe un intérêt politique renouvelé, tels que la Colombie, grâce au pacte pour l'élimination du paludisme, et le Pérou, grâce à l'initiative Municipalités sans paludisme.

240. Au niveau local, le BSP a fait la promotion de mesures à impact accru grâce à l'élaboration d'un cadre technique visant à s'attaquer aux foyers de paludisme et à consolider les efforts collaboratifs contre le paludisme réalisés dans certaines des municipalités les plus touchées au Brésil, en Colombie, au Guatemala, au Guyana, en Haïti, au Honduras, au Nicaragua, au Pérou et au Venezuela.

241. En 2018, le BSP s'est joint à la nouvelle initiative régionale pour l'élimination du paludisme, assumant le rôle d'entité dirigeante en matière de coopération technique. Cette initiative cible les pays d'Amérique centrale, la Colombie et la République dominicaine, en partenariat avec la Banque interaméricaine de développement. Elle fait appel à de nouvelles approches techniques, à un développement des capacités, à une mobilisation de ressources et à un renouveau de l'intérêt politique. Parmi les autres partenaires, notons le COMISCA et la Fondation Bill et Melinda Gates.

Maladies infectieuses négligées

242. Ces maladies sont souvent considérées comme des marqueurs d'iniquités, puisqu'elles sont plus courantes chez les populations vivant dans de mauvaises conditions socioéconomiques caractérisées par un faible revenu, un niveau d'instruction limité, un accès limité ou inexistant à des services de base comme l'eau potable et un assainissement adéquat, ainsi que des obstacles quant à l'accès aux services de santé.

243. Dans le cadre de sa coopération technique concernant l'élimination de la filariose lymphatique durant la période considérée, le BSP a mobilisé \$1,5 million par an sur deux ans – \$1 million provenant de l'agence USAID et \$500 000 provenant du fonds appelé END (Fonds pour mettre un terme aux maladies négligées) – et a soutenu le programme d'élimination de la filariose lymphatique en cours au Guyana.

244. L'élimination de *Rhodnius prolixus*, le vecteur domestique de la maladie de Chagas, en tant que problème de santé publique a été certifiée au Guatemala, au Honduras et au Nicaragua durant la période couverte par ce rapport. Cela signifie que la sous-région d'Amérique centrale et le Mexique sont maintenant exempts du vecteur responsable de la plus grande part de l'endémicité de la maladie de Chagas dans cette région géographique. De même, le Paraguay a obtenu la certification attestant l'élimination de la transmission vectorielle par *Triatoma infestans* de *Trypanosoma cruzi*, le parasite qui cause la maladie de Chagas, dans le département Presidente Hayes et, par conséquent, sur l'ensemble de son territoire. Ces succès représentent des réalisations importantes pour ces pays névralgiques, étant donné les difficultés bien connues relatives à l'élimination de la transmission vectorielle de la maladie de Chagas.

245. La Région est sur le point d'éliminer la rage humaine transmise par les chiens. Il y a eu une réduction marquée des cas humains de rage d'origine canine, et durant la période considérée, seulement deux pays – Haïti et la République dominicaine – ont notifié des cas de ce type d'infection, pour un total de six cas. Ces deux pays sont en train de mettre en œuvre des programmes de prévention, et Haïti a connu une augmentation importante de l'accès à une prophylaxie post-exposition chez les personnes en situation de vulnérabilité. Le BSP a facilité le don à Haïti de 15 000 doses de vaccin contre la rage humaine fournies par le Brésil et de 3000 doses fournies par le Paraguay. Huit pays ont notifié des cas de rage canine – l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, la Colombie, le Guatemala, Haïti, la République dominicaine et le Venezuela – et 27 pays et territoires¹⁰¹ se sont procuré des produits immunologiques antirabiques (vaccins humains ou à usage vétérinaire et immunoglobuline) grâce au Fonds renouvelable de l'OPS. Le Mexique a parachevé une validation externe de l'élimination de la rage humaine d'origine canine, comme en témoigne le troisième rapport de la Consultation d'experts sur la rage de l'OMS, publié en 2018.

246. La coopération technique offerte par le BSP a contribué à la mise en œuvre de programmes prophylactiques pré-exposition concernant la rage sylvatique dans les régions amazoniennes du Brésil, de la Colombie et du Pérou, et à la prévention de la rage chez les herbivores au Guyana, ce qui a réduit les effets de la maladie sur les peuples autochtones et les autres populations en situation de vulnérabilité.

247. Une évaluation de la situation épidémiologique relative à la brucellose a été entreprise au Brésil, en Équateur, au Panama et au Paraguay, en vue d'améliorer les programmes nationaux de lutte contre cette maladie et la collaboration entre les secteurs de la santé animale et de la santé publique. Le BSP a continué à soutenir l'initiative sud-américaine de contrôle et de surveillance de l'échinococcose kystique ou hydatidose, et a fourni une coopération technique visant à documenter l'interruption de la transmission de la schistosomiase à Antigua-et-Barbuda et à Sainte-Lucie.

248. Les incidents mettant en jeu des animaux venimeux ont un taux de morbidité élevé et représentent une cause de mortalité partout dans le monde. En mai 2018, la 71^e Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA71.5, intitulée *Faire face à la charge de mortalité et de morbidité due aux envenimations par morsures de serpents*, qui vise à réduire les décès, les dysfonctions et la souffrance liés à ces incidents. Dans la Région des Amériques, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes sont particulièrement touchés par les incidents mettant en jeu des serpents venimeux – principalement dans les zones rurales – et d'autres animaux venimeux tels que des scorpions, des araignées, des chenilles et des abeilles. Durant la période couverte par ce rapport, le BSP, par l'intermédiaire du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), un centre spécialisé de l'OPS situé au Brésil, a convoqué la première rencontre des laboratoires officiels qui produisent des agents antivénéneux en Amérique latine, et a entrepris

¹⁰¹ Argentine, Aruba, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, îles Caïman, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

de coordonner la rédaction d'un guide technique devant servir de document de référence pour le diagnostic et le traitement des incidents mettant en jeu des animaux venimeux dans la Région.

Hépatite

249. En plus des efforts décrits à l'objectif 1 du PASDA2030 concernant l'élimination de la transmission mère-enfant de l'hépatite B grâce à l'initiative ETME Plus, le BSP a contribué à l'extension d'un dépistage et d'un traitement de qualité de l'hépatite B et C dans la Région. Avec la publication, en 2018, des lignes directrices de l'OMS sur les soins et le traitement relatifs à l'hépatite C, qui recommandent l'emploi d'antiviraux pangénotypiques à action directe, le BSP a favorisé l'alignement des orientations nationales en Argentine, au Brésil, en Colombie, en Équateur et au Pérou, et entrepris un processus à l'échelle des Caraïbes visant à élaborer des lignes directrices sur l'hépatite C, une première dans le traitement de l'hépatite. L'alignement des lignes directrices nationales concernant le dépistage et le traitement de l'hépatite B sur les lignes directrices de l'OMS concernant l'hépatite B publiées en 2015 a été facilité dans les Caraïbes, en Équateur et au Pérou.

250. Pour la première fois, le BSP a convoqué une réunion infrarégionale des Caraïbes sur la prévention de l'hépatite et la lutte contre celle-ci. Aussi pour la première fois, une rencontre intégrée de responsables des programmes relatifs à l'hépatite, au VIH et à la tuberculose dans les pays d'Amérique latine a été tenue, au Guatemala en novembre 2018. Une planification nationale de la lutte contre l'hépatite a été entreprise ou soutenue dans plusieurs pays, dont l'Équateur, le Guatemala et le Pérou ; le Honduras est devenu le premier pays d'Amérique centrale à rédiger une stratégie nationale concernant l'hépatite ; et la Colombie a publié la première stratégie nationale intégrée concernant le VIH, les IST, la tuberculose et l'hépatite dans la Région.

251. Le BSP a consenti des efforts substantiels pour aider les pays à mieux comprendre les coûts actuels et futurs pour les systèmes épidémiologiques et sanitaires associés aux épidémies d'hépatite B et C. Ces efforts ont inclus :

- a) l'élaboration d'un argumentaire en faveur des investissements concernant l'hépatite, ainsi que la mise en œuvre d'une modélisation mathématique et d'un processus de création de consensus afin de prévoir le fardeau de la maladie et les effets économiques des mesures visant à s'attaquer à ces épidémies au Brésil et au Chili ;
- b) l'examen des programmes relatifs à l'hépatite en Bolivie, à El Salvador et au Pérou ; à El Salvador, cet examen a été réalisé en partenariat avec les CDC des États-Unis.

Maladies à transmission vectorielle et maladies hydriques

252. Comme nous l'avons décrit dans les sections précédentes portant sur les flambées, les situations d'urgence et les catastrophes, et comme nous le décrivons plus loin dans les sections portant sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la prévention et le contrôle des maladies à transmission vectorielle telles que la dengue, le chikungunya et le virus Zika ainsi que des maladies hydriques telles que le choléra représentent toujours des défis pour plusieurs pays de la Région des Amériques. La réduction importante du nombre de cas de choléra sur l'île d'Hispaniola – passant

de 3895 cas suspects notifiés en 2018 à 452 pendant la première moitié de 2019 – laisse entrevoir des progrès vers l'élimination de cette maladie. Toutefois, comme le souligne la *Stratégie régionale pour la prévention et la lutte contre les arboviroses* (document CD55/16), approuvée par le 55^e Conseil directeur en 2016, il est nécessaire d'accroître les efforts visant à lutter contre plusieurs maladies transmises par des moustiques.

253. La coopération technique offerte par le BSP a continué à cibler une réduction accrue du choléra sur l'île d'Hispaniola, a renforcé les capacités visant l'élaboration de programmes efficaces de contrôle vectoriel, par une formation sur l'identification des moustiques, la surveillance des vecteurs et la résistance aux insecticides offerte à la Dominique, à Saint-Kitts-et-Nevis et à Saint-Vincent-et-les Grenadines, et a évalué le programme de lutte contre les rongeurs à la Barbade, en recommandant de renforcer le programme afin de prévenir les flambées de leptospirose et de hantavirus.

Combattre la résistance aux antimicrobiens

254. La résistance aux antimicrobiens (RAM) est à la fois une menace croissante aux progrès réalisés en santé et un sérieux défi concernant l'atteinte de l'objectif 10 du PASDA2030 et de plusieurs autres objectifs et cibles du PASDA2030, dont ceux qui concernent la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans, et certains objectifs et cibles concernant les MNT. Avec le soutien financier de l'Allemagne, du Canada et des CDC des États-Unis, le BSP a lancé en 2018 un nouveau programme spécial sur la RAM visant à accroître les interventions des États Membres – selon leur contexte, leurs besoins et leurs priorités – en vue d'atténuer les effets de la RAM.

255. Les progrès accomplis dans ce domaine se reflètent dans l'élaboration et la mise en œuvre par les pays de plans d'action nationaux sur la RAM, selon l'approche « Un monde, une santé ». À la fin de 2018, 16 pays¹⁰² des Amériques disposaient de plans d'action nationaux et 13 autres¹⁰³ étaient en train d'élaborer de tels plans. Le BSP a offert une coopération technique directe à huit pays – Cuba, El Salvador, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Paraguay, la République dominicaine et le Suriname – pour les aider à élaborer des plans d'action nationaux durant la période couverte par ce rapport.

256. En novembre 2018, la Commission européenne a entériné le projet d'initiative appelant à collaborer pour lutter contre la RAM. Cette initiative, coordonnée par le BSP et mise en œuvre en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé animale, a pour objectifs globaux de s'attaquer à la RAM en mobilisant des acteurs mondiaux majeurs et des pays stratégiques, et de faire progresser le Plan d'action mondial de l'OMS pour combattre la résistance aux antimicrobiens (2015) en partageant les expériences vécues, en préconisant des pratiques optimales et en stimulant la prise de mesures

¹⁰² Argentine, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guyana, Haïti, Mexique, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Suriname et Trinité-et-Tobago.

¹⁰³ Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Cuba, Dominique, Équateur, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie et Venezuela.

dans sept pays d'Amérique du Sud : l'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay.

257. Le BSP a aidé les pays à mettre en œuvre des interventions opérationnelles multidisciplinaires et fondées sur des données probantes concernant leurs programmes de gestion des antimicrobiens :

- a) Une enquête portant sur la prévalence ponctuelle de l'utilisation des antimicrobiens par les hôpitaux a été menée à la Barbade, au Guyana et à Sainte-Lucie, et un outil standardisé a été créé dans une application sécurisée en ligne pour recueillir des données en vue de l'enquête sur l'utilisation des antibiotiques.
- b) Des lignes directrices pratiques ont été publiées à l'intention des décideurs pour appuyer les agents de santé et pour la mise en œuvre d'interventions économiques de prise en charge de la RAM.¹⁰⁴
- c) Sept pays – le Costa Rica, Cuba, le Guyana, le Mexique, le Nicaragua, le Paraguay et le Pérou – ont reçu une aide pour la mise en œuvre de programmes relatifs à la gestion des antimicrobiens.
- d) Une formation d'une semaine concernant la détection, la surveillance et l'analyse de la RAM a été donnée à l'intention des microbiologistes et des responsables de l'information sanitaire de la sous-région des Caraïbes.

258. Le BSP a facilité l'élaboration d'une initiative de coopération entre les pays pour le développement sanitaire d'une durée de deux ans entre l'Argentine et la CARICOM, destinée à renforcer la détection et la surveillance de la RAM aux niveaux national et régional dans les 14 États Membres indépendants de la CARICOM.¹⁰⁵ Le but de cette initiative est de renforcer la capacité technique requise pour mener un dépistage de haute qualité concernant la détection de la RAM, recueillir et analyser les données relatives à la RAM provenant des laboratoires, et se servir des résultats des laboratoires pour suivre les tendances existantes et améliorer les pratiques relatives à la prescription de médicaments ainsi que pour favoriser les politiques, la prévention et les interventions concernant la RAM. L'initiative contribue à la mise en œuvre du Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens de l'OMS (GLASS), lancé en 2015 en appui à la mise en œuvre du *Plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens*. Elle aide également les pays des Caraïbes à se conformer au RSI. À la mi-2019, le BSP cherchait à mobiliser des ressources pour permettre aux territoires britanniques et néerlandais des Caraïbes de prendre part à l'initiative.

259. Le BSP a participé à la réunion du Conseil consultatif présidentiel sur la lutte aux bactéries résistantes aux antibiotiques des États-Unis d'Amérique tenue en 2019, ainsi qu'à plusieurs réunions et discussions du Conseil concernant la surveillance, la gestion des antimicrobiens, et la

¹⁰⁴ OPS ; Florida International University. Recommendations for Implementing Antimicrobial Stewardship Programs in Latin America and the Caribbean: Manual for Public Health Decision-Makers. Washington, D.C. : OPS ; FIU ; 2018.

¹⁰⁵ Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname et Trinité-et-Tobago.

prévention et le contrôle des infections. Le BSP a également joué un rôle de premier plan pour veiller à ce que la RAM soit incluse dans la Déclaration du sommet des leaders du G20 tenue en Argentine vers la fin de 2018.

260. Le BSP a pris part à des négociations réalisées avec le gouvernement du Danemark, la Banque mondiale et le Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (GCRAI) pour en arriver à une entente concernant la création du Centre international de solutions à la résistance aux antimicrobiens au Danemark. Ce centre international renforcera la lutte contre la RAM à l'échelle mondiale, comme centre mondial indépendant de connaissances et comme ressource pour les entités nationales et internationales, et préconisera des solutions sur mesure et économiquement réalistes qui tiennent compte de tous les aspects de l'approche « Un monde, une santé », en mettant particulièrement l'accent sur les pays à revenu faible et intermédiaire.

261. En parallèle, le BSP a conclu un partenariat avec le Canada et les CDC des États-Unis pour soutenir une réunion du Réseau régional sur la surveillance aux antifongiques des maladies mycosiques invasives. Le Réseau coordonnera la surveillance régionale et renforcera les capacités nationales pour la mise en œuvre du système mondial de surveillance de la RAM. L'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, les États-Unis d'Amérique, le Guatemala, le Mexique, le Panama, le Pérou et le Venezuela font partie de l'organisation régionale, qui est en train d'élaborer un protocole de surveillance concernant la résistance aux antifongiques chez l'espèce *Candida*, une source fréquente des infections nosocomiales du sang. Un projet pilote utilisant ce protocole en Amérique latine est prévu pour 2020.

Salubrité des aliments

262. La salubrité des aliments et l'inspection des aliments, fondées sur l'analyse des risques, sont des composantes indispensables d'un système de contrôle alimentaire moderne. Le BSP a travaillé au niveau infrarégional des Caraïbes au renforcement de la réglementation axée sur le risque par les autorités nationales de salubrité des aliments dans la sous-région, et l'un des résultats fondamentaux qui est ressorti pendant la période considérée est l'élaboration d'un manuel générique portant sur l'inspection fondée sur les risques. Le manuel cible les autorités nationales de salubrité des aliments chargées d'assurer la salubrité des aliments dans l'intérêt de la santé publique, de la protection des consommateurs et du commerce international. Le manuel est conforme aux lignes directrices et normes du Codex alimentarius, particulièrement aux principes et approches suivis pour les systèmes nationaux de contrôle des aliments et d'hygiène alimentaire, ainsi qu'à d'autres codes de pratique, tels que ceux s'appliquant aux poissons, aux produits laitiers, à la viande et aux aliments vendus sur la voie publique. Le manuel a été validé par des hauts responsables de l'inspection des aliments qui ont été formés sur l'inspection des aliments fondée sur les risques lors d'un atelier infrarégional, et il sert à la fois d'outil de formation à l'intention des autorités nationales de salubrité des aliments et de modèle pour la création de manuels nationaux à l'intention des organismes d'inspection des aliments des Caraïbes.

263. Le Réseau interaméricain des laboratoires d'analyse des produits alimentaires comprend 250 laboratoires membres provenant de 31 pays.¹⁰⁶ En 2018, environ 5000 membres du personnel technique de laboratoires issus de 19 pays¹⁰⁷ ont été formés grâce à des webinaires offerts par le réseau. Le réseau a également coordonné une comparaison interlaboratoire en microbiologie faisant intervenir 41 participants de 23 pays.¹⁰⁸

264. Le BSP a aussi entrepris des activités de coopération technique au niveau national.

- a) Les systèmes de salubrité des aliments ont été évalués au Costa Rica, à El Salvador et au Suriname, et la mise en œuvre des recommandations concernant leur renforcement a été amorcée.
- b) Le Honduras a reçu un financement s'élevant à \$150 000 du Fonds fiduciaire du Codex de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'OMS pour renforcer son Comité national du Codex, avec des activités se déroulant jusqu'en 2021 ; le Bureau a fourni une coopération technique pour la mise en œuvre du projet.
- c) Au Pérou, le BSP a entrepris des activités de coopération technique avec la Direction générale de la Santé environnementale et de la Salubrité des aliments du Ministère de la Santé, en collaboration avec les Services nationaux de santé agricole du Ministère de l'Agriculture et du Risque, et l'Organisme national de Santé des pêcheries du Ministère de la Production, pour élaborer des lignes directrices sur la communication des risques relatifs à la salubrité des aliments.
- d) Le Cabinet national de Trinité-et-Tobago a élaboré et approuvé une politique nationale sur la salubrité des aliments.

Objectif 11 du PASDA2030 : Inégalité et iniquité en matière de santé

265. Les mécanismes de renforcement servant à mesurer et à suivre les iniquités et les progrès accomplis vers l'atteinte des objectifs et des cibles de développement durable sont une priorité pour le BSP. Le Bureau a organisé une réunion régionale en mars 2019 intitulée « Les objectifs de développement durable en matière de santé dans les Amériques : difficultés liées à la surveillance de l'équité et propositions pour faire progresser ». L'événement a permis de lancer la création d'un cadre axé sur l'équité à l'échelle de l'Organisation, servant à suivre les progrès réalisés aux niveaux régional et des pays vers l'atteinte des cibles du PASDA2030 et de l'ODD 3. Des méthodes potentielles de mesure des inégalités liées aux 27 indicateurs de l'ODD 3 ont fait l'objet d'un examen, et la réunion a produit une carte liant chaque indicateur aux mécanismes habituels de

¹⁰⁶ Argentine, Aruba, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Uruguay et Venezuela.

¹⁰⁷ Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela.

¹⁰⁸ Argentine, Barbade, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

collecte des données pour déterminer les données de référence et les données cibles. Les participants à la réunion comptaient des membres du personnel de l'ensemble des départements techniques du BSP et de plusieurs bureaux de pays de l'OPS/OMS, ainsi que des experts de l'OMS de Genève, du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, de l'Université fédérale de Pelotas du Brésil, de l'Institut de métrologie et d'évaluation sanitaires et de l'École de santé publique Bloomberg de l'Université John Hopkins.

266. Les travaux du BSP sur la promotion de la santé s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé et sont une composante essentielle de la coopération technique avec les États Membres pour faire progresser le PASDA2030. Pendant la période considérée, le nouveau cadre de travail pour une coopération technique pertinente au niveau régional appelé *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* (document CD57/10) a été élaboré suite à un vaste processus de consultation. Le processus comprenait une réunion régionale au Brésil, durant laquelle 70 participants de 31 pays et territoires¹⁰⁹ se sont rencontrés et 35 consultations nationales impliquant des ministères de la Santé et des représentants d'autres secteurs, notamment du milieu universitaire et de la société civile.¹¹⁰ Le document finalisé a été approuvé par la 164^e session du Comité exécutif en vue de sa présentation au 57^e Conseil directeur en septembre 2019.

267. La mesure dans laquelle la promotion de la santé est utilisée comme une approche intersectorielle varie d'un pays à l'autre, et il est nécessaire que tous les États Membres incluent la promotion de la santé dans leurs politiques et plans sanitaires nationaux comme une approche englobant non seulement les activités d'éducation sanitaire, mais aussi les travaux intersectoriels, la participation communautaire, et d'autres aspects de la stratégie des soins de santé primaires. Dix-sept pays¹¹¹ sont dotés de politiques de promotion de la santé, 9 incluent la promotion de la santé dans leurs plans sanitaires nationaux : l'Argentine, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, l'Équateur, la Jamaïque, le Mexique et le Pérou, et 7 sont dotés d'une stratégie nationale de promotion de la santé : le Chili, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Mexique, le Panama et le Pérou.

268. Afin de renforcer la mise en œuvre du PASDA2030 au niveau local et faire progresser les politiques faisant la promotion de la santé, le BSP a travaillé de concert avec la Fédération latino-américaine des villes, municipalités et associations de gouvernements locaux pour relancer le mouvement villes-santé et municipalités-santé dans la Région. Le Bureau a contribué à la création

¹⁰⁹ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Brésil, îles Caïman, Canada, Chili, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Guatemala, Grenade, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela et îles Vierges britanniques.

¹¹⁰ Des consultations nationales ont eu lieu à Anguilla, à Antigua-et-Barbuda, en Argentine, à Aruba, à la Barbade, aux Bermudes, en Bolivie, au Brésil, aux îles Caïman, au Canada, au Chili, en Colombie, à Cuba, en Dominique, à El Salvador, à la Grenade, au Guatemala, au Guyana, en Haïti, au Honduras, en Jamaïque, au Mexique, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay, au Pérou, à Porto Rico, en République dominicaine, à Saint-Kitts-et-Nevis, à Saint-Vincent-et-les Grenadines, à Sainte-Lucie, au Suriname, au Venezuela, en Uruguay et aux îles Vierges britanniques.

¹¹¹ Argentine, Barbade, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Panama, Pérou et République dominicaine.

d'une Commission sanitaire spéciale au sein de la Fédération pour mettre l'accent sur la promotion de la santé, la santé dans toutes les politiques et la mise en œuvre du PASDA2030 et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 au niveau local.

269. L'OPS célèbre chaque année depuis 2011 la Semaine du bien-être dans les Amériques, calquée sur la Journée du bien-être dans les Caraïbes, célébrée annuellement en septembre, qui a été établie par les chefs d'État et de gouvernement de la CARICOM au moyen de la Déclaration de Port-of-Spain de 2007 sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. L'initiative de la Semaine du bien-être cherche à mobiliser un large éventail d'acteurs susceptibles d'avoir un impact positif sur leurs communautés, notamment des promoteurs de la santé, du personnel des ministères de la Santé, des maires, des dirigeants communautaires et la société civile en général. Le slogan de la Semaine du bien-être 2018 était « Bâtir des communautés saines pour tous », et soulignait l'importance de la promotion de la santé dans la prise des décisions de chaque personne, dans tous les contextes, pour améliorer la vie de tous et chacun. La campagne menée en 2018 a souligné les récits de personnes venant de huit pays – la Barbade, le Belize, la Bolivie, la Colombie, Cuba, El Salvador, l'Équateur et la Jamaïque – entreprenant des interventions de promotion de la santé dans leurs communautés.

270. À la mi-2018, le BSP a entamé un examen des approches actuelles qui sont suivies pour traiter de l'équité en matière de santé dans ses activités de coopération technique. L'examen a porté sur la cohérence et l'efficacité des mandats et des activités de coopération technique relevant de l'équité en matière de santé qui ont été entrepris dans le cadre de la réalisation du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, et a analysé les obstacles à la mise en œuvre d'initiatives pour l'équité en matière de santé au sein de l'Organisation. L'évaluation a conclu qu'une grande partie des travaux sur l'équité en matière de santé se concentrait sur la mesure des inégalités et sur les approches dans les cadres de la santé universelle et des déterminants sociaux, et elle a proposé des stratégies pour un éventail plus large d'approches afférentes à l'équité en matière de santé.

271. Au mois de septembre 2018, la Commission de l'OPS sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques, qui a été établie par la Directrice de l'OPS en 2016 sous la vice-présidence de Sir Michael Marmot, a présenté au 56^e Conseil directeur un résumé analytique de ses constatations sur les causes sociales et les contextes de la mauvaise santé dans la Région et des propositions de mesures concrètes à prendre pour y remédier. En avril 2019, le BSP a reçu le rapport final de la Commission, qui comporte 12 recommandations reposant sur les trois principaux facteurs qui influencent l'équité en matière de santé : *les facteurs structurels* (les structures politiques, sociales, culturelles et économiques, le racisme structurel et le changement climatique), *les conditions de la vie quotidienne* (la petite enfance et l'éducation, la vie de travail, le revenu et la protection sociale, la violence, les milieux de vie et le logement et les systèmes de santé) et *les systèmes de gouvernance et le respect des droits de l'homme*. Le rapport reconnaît également les effets de chevauchement et cumulatifs des diverses formes de désavantage, et, en réponse, le BSP a établi un groupe interprogrammatique voué à l'analyse de l'alignement optimal des travaux du Bureau aux recommandations de la Commission. Un document d'information connexe a été élaboré, et sera présenté au 57^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2019, coïncidant avec le lancement régional du rapport final de la Commission.

272. En janvier 2019, le BSP a obtenu des fonds de la part d'un nouveau partenaire important, la Fondation Robert Wood Johnson, pour appuyer la priorité mise sur l'équité en matière de santé. Ces ressources visent les lacunes en matière de connaissances sur la portée et l'efficacité des politiques nationales et infranationales destinées à réduire les iniquités en matière de santé, l'amélioration de l'échange des connaissances avec les réseaux d'équité en matière de santé qui comprennent la société civile, le milieu universitaire et les agents de mise en œuvre des programmes, ainsi que l'élaboration de conseils, d'outils et de formation en matière d'élaboration de politiques et de planification de l'équité pro-santé pour les États Membres.

273. Pendant la période considérée, le Bureau a mené et publié un examen systématique sur le VIH, les IST et l'hépatite virale chez les populations autochtones et d'ascendance africaine en Amérique latine.¹¹² L'étude a identifié des lacunes dans les données existantes sur le fardeau de ces maladies et a fait ressortir la nécessité d'améliorer la surveillance nationale par la collecte et l'analyse systématiques des variables relatives à l'appartenance ethnique et par le lancement d'études biocomportementales intégrées suivant des méthodes robustes et des stratégies sensibles à la réalité culturelle, d'élaborer une politique d'intervention à l'échelle de la Région qui tienne compte des besoins des populations autochtones et d'ascendance africaine, ainsi que de mettre en œuvre une approche interculturelle de la santé et de la prestation des services afin d'éliminer les obstacles à l'accès à la santé et améliorer les résultats sanitaires de ces populations.

274. Le BSP a procédé à de vastes consultations nationales et infranationales auprès des peuples autochtones et d'ascendance africaine, des populations roms, des ministères de la Santé et d'autres entités pertinentes en employant diverses modalités – notamment des rencontres en présentiel et des réunions virtuelles – pour éclairer l'élaboration de la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* (document CD57/13) de l'OPS. L'objectif était de veiller à ce que toutes les perspectives soient intégrées à ce nouveau cadre de travail, qui sera présenté lors du 57^e Conseil directeur en septembre 2019. Le cadre de travail repose sur l'initiative de 2006, *Santé des peuples autochtones des Amériques* (document CD47/13), est en harmonie avec le *Plan d'action de la décennie des personnes d'ascendance africaine dans les Amériques (2016-2025)*, adopté conjointement par l'OEA et l'OPS (en anglais), met en œuvre l'orientation de la *Politique en matière d'ethnicité et de santé* de l'OPS, adoptée par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2017 (document CSP29/7, Rev. 1) et prend en considération le *Plan d'action sanitaire pour les jeunes autochtones en Amérique latine et dans les Caraïbes* et le *Plan sanitaire pour les jeunes d'ascendance africaine en Amérique latine et dans les Caraïbes*, tous deux de 2018. Une fois approuvés, la nouvelle stratégie et plan d'action donnera des indications importantes pour faire progresser l'équité en matière de santé dans la Région des Amériques.

275. Le BSP a collaboré avec le centre national de la santé interculturelle du ministère de la Santé du Pérou pour promouvoir l'inclusion dans les registres de santé de l'auto-identification des peuples autochtones, afro-péruviens et autres. Une telle identification permet l'analyse de données ventilées, l'identification des iniquités et l'élaboration de mesures spécifiques visant à répondre

¹¹² Russell NK, Nazar K, del Pino S, Alonso Gonzalez M, Díaz Bermúdez XP, Ravasi G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin America indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e17. Disponible en anglais sur : <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.17>.

aux besoins des populations qui vivent dans les pires conditions de vulnérabilité et d'exclusion. Aussi au Pérou, le BSP a appuyé la mise à l'essai d'un outil qualitatif de l'OMS servant à effectuer des analyses de situation concernant les obstacles liés à la demande qui entravent l'accès efficace à la santé auxquels sont confrontés les personnes travaillant dans l'économie parallèle. L'essai pilote s'attache à la situation des migrants vénézuéliens, et les résultats guideront les initiatives destinées à faire progresser la santé universelle au Pérou.

276. Une méthodologie pro-équité appelée l'outil des critères des thèmes transversaux¹¹³ a été mise au point en 2017 dans le cadre du projet des systèmes de santé intégrés en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le BSP a affiné et mis à l'essai une version davantage intégrée de l'instrument, en créant une plateforme en ligne comportant des indications conviviales et des exemples facilitant l'emploi de la méthodologie. La nouvelle version a été appliquée dans des bureaux de pays de l'OPS/OMS pour faire rapport sur le projet des systèmes sanitaires intégrés en Amérique latine et aux Caraïbes à la fin 2018. Le BSP prévoit de faire une utilisation plus systématique des nouvelles méthodologie et plateforme pour créer, suivre et tenir à jour une base de données sur les approches que le BSP et les États Membres emploient pour s'attaquer aux thèmes transversaux.

Faire progresser l'égalité des genres en matière de santé

277. L'inégalité des genres est bien reconnue comme un important facteur sous-jacent de l'iniquité en matière de santé des hommes, des femmes et des personnes ayant diverses identités de genre. Cette inégalité est conditionnée par des différences sexospécifiques déterminées socialement et culturellement concernant les expositions, les comportements et l'accès aux soins de santé, et par des préjugés lors de la prestation de services de santé et de la recherche sur la santé, entre autres facteurs.

278. Pendant la période considérée, le BSP a entrepris une étude ayant pour objet d'examiner les efforts déployés aux niveaux régional et nationaux concernant l'intégration des questions liées au genre en matière de santé. L'étude comprenait une analyse des définitions et des besoins institutionnels de l'intégration de la dimension du genre dans les documents de politique et les mandats régionaux, un examen systématique des résultats documentés de l'intégration du genre dans les politiques et programmes sanitaires nationaux, principalement en ce qui concerne les priorités de genres et de santé de l'ODD 3 et de l'ODD 5, un examen des documents, publications scientifiques et informations de l'OPS disponibles sur le web et la tenue d'entrevues semi-structurées avec des experts. Ces composants ont été complétés par l'élaboration de trois études de cas – au Guatemala, au Guyana et au Pérou – se concentrant sur les expériences des parties prenantes et les enseignements qu'elles ont tirés de l'intégration du genre dans leurs secteurs de santé respectifs. Les études ont été complétées avec la participation des pays, et le BSP a organisé pour chaque pays des présentations virtuelles sur les constatations et les recommandations, et a facilité la collaboration entre les partenaires pour encourager la poursuite des travaux.

¹¹³ Quatre thèmes transversaux – le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'ethnicité – ont été identifiés dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 comme approches programmatiques à appliquer dans l'ensemble des domaines programmatiques pour améliorer les résultats sanitaires et réduire les inégalités en santé.

279. L'étude approfondie du BSP et les études de cas effectuées dans les trois pays ont mené à une série de recommandations sur l'intégration du genre en matière de santé : l'établissement d'exigences minimales dans les interventions institutionnelles, ainsi que les interventions programmatiques, la documentation des stratégies efficaces et fructueuses et leurs résultats, l'élargissement de la portée et des définitions, avec des plans opérationnels mesurables et une attention portée aux résultats, et le renforcement des capacités pour l'analyse, la surveillance et l'évaluation sexospécifiques. Les recommandations ont été présentées lors de la réunion d'un groupe d'experts tenue lors de la conférence Women Deliver 2019, à Vancouver (Canada) en juin.

280. La coopération technique du BSP a contribué à renforcer les capacités en matière d'analyse du genre à la Grenade, à Saint-Vincent-et-les Grenadines et à Sainte-Lucie, dans l'intention d'appliquer des interventions similaires à d'autres pays des Caraïbes orientales. L'initiative faisait intervenir l'élaboration de profils de genre pour des sujets sanitaires précis – tels que le VIH et les IST – en collaboration avec chaque ministère de la Santé et ses partenaires, pour fournir des informations de base permettant de suivre les progrès et d'élaborer de nouvelles initiatives.

281. Parmi les efforts déployés pour renforcer la capacité des systèmes de santé des Caraïbes à combattre la violence à l'égard des femmes, notons la mise en œuvre d'un exercice de formation des formateurs dans cette sous-région sur les interventions du système de santé fondées sur des données factuelles pour aider les personnes ayant survécu à la violence sexuelle ou à celle d'un partenaire intime. Les principaux objectifs de ces travaux étaient de renforcer la capacité des prestataires de soins de santé à identifier et à s'occuper des survivantes victimes de violence, et de renforcer la collaboration entre le gouvernement et les organisations de la société civile qui fournissent des soins aux survivantes. L'intervention a été entreprise en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada et l'École de sciences infirmières de l'Université Johns Hopkins, qui est un centre collaborateur de l'OPS pour les ressources humaines dans le domaine de la santé. Au nombre des partenaires se trouvaient le FNUAP, l'UNICEF, ONU Femmes, la Banque mondiale et la CARICOM.

282. À la fin 2018, le Bureau a signé un protocole d'entente avec l'association mondiale des professionnels pour la santé transgenre (WPATH), une organisation sans but lucratif, interdisciplinaire, professionnelle et éducative consacrée à la santé des personnes transgenres, pour développer un cours virtuel en cinq modules sur la santé des personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et transgenre. Le cours sera hébergé par le campus virtuel de la santé publique de l'OPS et son lancement est prévu pour la fin 2019.

283. En 2018, le *Rapport du Directeur sur la lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans* (document CD56/INF/11, Corr.), rédigé avec l'apport du groupe de travail interprogrammatique sur les personnes LGBT du BSP, a exposé les obstacles à l'accès à la santé auxquels font face les personnes LGBT. La présentation du rapport au 56^e Conseil directeur en septembre 2018 a rempli un mandat établi en 2013 par la résolution CD52.R6 de l'OPS, *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*. Les constatations et les recommandations du rapport du Directeur visent

à guider les efforts que déploient les pays pour éliminer les obstacles auxquels les personnes LGBT sont confrontés pour accéder aux services de santé, particulièrement en faisant la promotion de la protection sociale et financière de façon non discriminatoire, et en protégeant leur droit à la santé.

Amélioration de la santé des adolescents

284. Les adolescents font face à de nombreux obstacles pour ce qui est de recevoir l'éventail complet des services de qualité, convenant à leur âge, préventifs, promotionnels et curatifs dont ils ont besoin. Lorsque les services existent, ils peuvent être fragmentés et ne pas correspondre aux besoins en matière de soins de santé des jeunes. Les approches et les interventions multisectorielles ciblant les familles, les écoles et les communautés, ainsi que les efforts visant à identifier et à cibler les groupes de jeunes les plus vulnérables par des interventions fondées sur des données probantes demeurent limitées en nombre et dans leurs champs d'application.

285. Les activités de coopération technique du BSP dans le domaine de la santé des adolescents contribuent à faire progresser plusieurs cibles du PASDA2030, en particulier celles liées aux maladies non transmissibles et aux troubles de santé mentale, aux maladies transmissibles, aux incidents de la route, à la violence, à l'abus de substances psychoactives, à la mortalité maternelle, et à la santé sexuelle et génésique. En 2018, le BSP a parachevé un rapport régional sur l'état de santé des adolescents dans les Amériques,¹¹⁴ fondé sur 19 indicateurs régionaux et des informations sur la mise en œuvre de la stratégie et plan d'action de l'OPS pour les adolescents et les jeunes 2010-2018. Le rapport révèle que des progrès importants ont été accomplis aux niveaux régional et nationaux dans l'élaboration et la mise en œuvre de mesures destinées à la santé des adolescents et des jeunes, notamment l'établissement de programmes sanitaires pour les adolescents dans la plupart des pays, la disponibilité et l'utilisation d'informations stratégiques, l'élargissement des services de santé pour les adolescents, le développement des capacités des parties prenantes dans un éventail de sujets afférents à la santé des adolescents et l'introduction d'interventions menées à l'école ou au sein des familles. Le rapport note aussi toutefois que tous les groupes n'ont pas profité de manière égale de ce progrès, et que la mortalité des adolescents est demeurée stagnante, les homicides, les suicides et les accidents mortels de la circulation étant les principales causes de décès dans ce groupe d'âge.

286. Les recommandations du rapport régional comprennent l'apport d'un financement adéquat pour les programmes sanitaires multisectoriels destinés aux adolescents et aux jeunes qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé, l'établissement d'un système de santé réactif aux besoins des adolescents, la mise en œuvre d'interventions axées sur l'école, la famille et la communauté pour protéger et promouvoir la santé des enfants et des adolescents, l'emploi d'approches fondées sur des données probantes ciblant des groupes en situations de vulnérabilité, la surveillance et l'évaluation pour éclairer la planification stratégique et l'adaptation en temps opportun des programmes et services, ainsi que l'engagement de jeunes comme catalyseurs de changement.

¹¹⁴ OPS. The Health of Adolescents and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018. Washington, D.C.: OPS ; 2018 (mis à jour en février 2019). Disponible en anglais et en espagnol sur : <http://iris.OPS.org/xmlui/handle/123456789/49545>.

287. L'Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) de l'OMS, lancée en 2017, donne des conseils pour élaborer des plans et stratégies sanitaires complets, fondés sur des données probantes et multisectoriels s'adressant aux adolescents, qui soient alignés avec les ODD et la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Pendant la période considérée, le BSP a formé des équipes de huit pays – le Brésil, El Salvador, l'Équateur, Haïti, le Honduras, le Panama, le Pérou et la République dominicaine – pour qu'elles appliquent les conseils de l'AA-HA!, et il a soutenu quatre pays – le Belize, le Honduras, le Guyana et le Suriname – pour qu'ils puissent développer une nouvelle génération de plans sanitaires destinés aux adolescents.

288. En plus de soutenir l'utilisation de l'outil Innov8 de l'OMS servant à examiner les interventions de réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes, le BSP a appuyé l'utilisation de l'outil pour procéder à l'analyse des programmes sanitaires destinés aux adolescents. Le processus d'analyse en huit étapes de l'outil Innov8 pour les programmes de santé vise à concrétiser l'engagement des ODD de « ne laisser personne pour compte », et son application aboutit à des recommandations de mesures concrètes pour s'attaquer aux iniquités en matière de santé, soutenir l'égalité entre les genres et les ethnies, s'attaquer aux principaux déterminants sociaux de la santé et matérialiser progressivement la santé universelle et le droit à la santé.

289. Le Bureau a soutenu la traduction et la mise en œuvre de la publication de l'OMS de 2019 « *Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents* ». L'AHSBA est une méthodologie servant à identifier les sous-populations sans couverture efficace des services de santé et les obstacles les plus importants les auxquels elles sont confrontées. Le Mexique a demandé la mise en œuvre de l'ASHBA au cours de l'année suivante.

Santé environnementale, eau, assainissement et hygiène

290. Les activités de coopération technique du BSP menées au cours de la période envisagée ont contribué à réduire les assauts et les menaces pour la santé de l'environnement, et à améliorer l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les pays et les sous-régions sélectionnées.

291. En collaboration avec des ministères de la Santé, de l'Environnement et de l'Énergie, le BSP a effectué une évaluation de l'état de préparation national à réduire l'utilisation résidentielle des combustibles solides et du kérosène en employant l'outil d'évaluation rapide de l'énergie domestique (HEART, d'après le sigle anglais de Household Energy Assessment Rapid Tool) au Honduras, au Mexique, au Panama, au Paraguay et au Pérou. La boîte à outils HEART est une nouvelle méthode qui permet de stimuler le dialogue entre les secteurs qui suivent les lignes directrices de la santé dans toutes les politiques. L'utilisation de la boîte à outils avec les pays a permis au BSP d'impliquer les secteurs de la santé respectifs dans des discussions pertinentes et de produire un rapport pour chaque pays qui fournit un diagnostic de la situation et une feuille de route pour améliorer l'accès à une énergie propre pour tous.

292. Dans le cadre de la campagne mondiale pour l'air pur (*BreatheLife*) – une initiative conjointe de l'OMS, d'ONU environnement et de la Coalition pour le climat et l'air pur – le BSP a aidé à renforcer les capacités pour lutter contre la pollution de l'air ambiant dans plusieurs États Membres. Cette coopération technique comprenait un atelier tenu en Colombie sur les systèmes de surveillance de la qualité de l'air, les inventaires d'émissions et le transport, ainsi qu'un appui à l'élaboration de feuilles de route pour l'action en Argentine, au Honduras et au Paraguay.

293. Le Bureau a soutenu la formation d'agents de santé environnementale et d'autres parties prenantes à Montserrat, à Saint-Kitts-et-Nevis et aux îles Vierges britanniques pour surveiller la qualité de l'air intérieur. De plus, la capacité des pays a été rehaussée dans le domaine de la gestion des eaux usées sur place, et des lignes directrices propres aux pays ont été élaborées et adoptées.

294. Sans la sous-région d'Amérique centrale, le BSP a proposé et négocié une initiative sur la qualité de l'air et la santé avec le PARLACEN, qui l'a entérinée par résolution en mai 2019. La résolution reconnaît que la mauvaise qualité de l'air constitue un problème de santé publique et un facteur de risque environnemental important pour les maladies non transmissibles qui méritent d'être prioritaires et traités adéquatement. La résolution exige que le Secrétaire exécutif de la SE-COMISCA et la Commission centraméricaine pour l'environnement et le développement établissent ou renforcent les normes techniques relatives à la qualité de l'air pour protéger la santé des personnes. De même, elle prie instamment les États Membres du Système d'intégration centraméricaine de procéder à l'examen de leurs cadres juridiques dans ce domaine, et elle appelle à la création, avec la coopération technique du BSP, d'un observatoire de la qualité de l'air dans la sous-région centraméricaine. Le BSP a proposé une loi type à utiliser pour créer ou renforcer la législation afférente à la qualité de l'air, qui a aussi été approuvée par le PARLACEN.

295. Grâce au financement d'ONU environnement et du Fonds pour l'environnement mondial, le Bureau a entrepris une activité de coopération technique sur l'élimination du plomb dans la peinture, en organisant le premier atelier régional sur le sujet en juin 2019. Le BSP a aussi commencé à travailler à d'autres projets du Fonds pour l'environnement mondial pour la mise en œuvre de la Convention de Minamata sur le mercure : en Argentine (remplacement des thermomètres), dans les Caraïbes (produits de dépigmentation de la peau) et en Uruguay (réduction progressive des amalgames dentaires).

296. Le BSP a appliqué le protocole WASH s'appliquant à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène dans les établissements de santé, pour évaluer les établissements de soins de santé de six pays – la Bolivie, le Guatemala, le Honduras, le Panama, le Paraguay et le Pérou – quant aux mesures afférentes à l'eau, à l'assainissement, à l'hygiène, au drainage, aux déchets médicaux et à la lutte antivectorielle. Ces informations, qui constitueront la base de l'intégration du protocole WASH aux politiques et plans sanitaires nationaux, étaient la principale source de données régionales pour le rapport du programme de surveillance conjoint de l'OMS-UNICEF : WASH dans les établissements de soins de santé (rapport mondial de référence 2019), qui a été publié en avril 2019. Au nombre des partenaires et supporteurs de ces travaux, notons l'OMS, l'UNICEF, le projet des systèmes sanitaires intégrés en Amérique latine et aux Caraïbes et le gouvernement du Pérou.

297. Au Brésil, le Bureau a coordonné et mis en œuvre l'initiative TrackFin, une méthodologie servant à faire le suivi du financement du protocole WASH au niveau infranational. De plus, le Bureau a appliqué la méthodologie d'analyse et d'évaluation mondiale de l'assainissement et de l'eau potable dans 25 pays et territoires.¹¹⁵ Les deux instruments ont révélé des lacunes substantielles dans la compréhension des pays et leur suivi du financement fourni au secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les établissements de santé, ce qui rend difficile la prise de décisions pour la planification et la budgétisation fondées sur des données probantes. Le BSP continuera de promouvoir la méthodologie TrackFin et de soutenir une étude régionale sur le caractère abordable des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les établissements de santé, selon une approche des droits de l'homme. Au nombre des partenaires et parties prenantes concernant ces travaux, notons l'Association des organismes de réglementation de l'eau et de l'assainissement des Amériques, l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement, la Fondation Oswaldo Cruz du Brésil, le gouvernement du Pérou et l'OMS.

Migration et santé

298. En 2018, les États Membres ont été confrontés à d'importants défis en matière de santé et de migration, tels que décrits précédemment à l'objectif 8 du PASDA2030, Flambées de maladies, urgences et catastrophes. De plus, prenant note des mesures adoptées par les États concernant les migrations internationales, le BSP a convoqué une réunion de haut niveau à Washington, D.C., en novembre 2018, au cours de laquelle les ministres de la Santé et d'autres représentants de 32 pays et territoires¹¹⁶ de l'ensemble de la Région des Amériques ont identifié une série de mesures visant à améliorer l'intervention sanitaire face à la migration massive dans la Région.¹¹⁷ D'après ces renseignements et d'autres consultations tenues auprès des États Membres, le BSP a publié un document d'orientation sur la migration et la santé (*Guidance Document on Migration and Health*), qui propose des actions axées sur les personnes, une approche multirisques, ainsi qu'une responsabilité partagée par les institutions et autorités nationales et infranationales, et les secteurs public et privé.

Renforcer l'accent sur les pays et la coopération internationale pour la santé

299. Les résultats des activités de coopération technique de l'OPS sont évidents dans ses États Membres, et le BSP a continué d'adapter ses interventions au niveau des pays en fonction de leurs priorités et besoins nationaux, qui ont été identifiés au moyen de l'élaboration d'une stratégie de coopération avec chaque pays. Chaque stratégie de coopération est parfaitement conforme au PASDA 2030, à l'ODD 3 et aux ODD connexes, selon ce qui convient à la situation nationale. La

¹¹⁵ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Belize, Brésil, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago, Venezuela et îles Vierges britanniques.

¹¹⁶ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Curaçao, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

¹¹⁷ OPS. Regional ministerial meeting on mass migration on health, 29 novembre 2018 : Meeting proceedings. Washington, D.C. : OPS ; 2018. Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/2OEMm4o>.

stratégie coopération guide aussi le travail de l'Organisation avec et dans le pays, toute en reflétant la vision à mi-parcours de la coopération technique avec cet État Membre. Au cours de la période concernée, des stratégies de coopération ont été parachevées dans 10 pays – Antigua-et-Barbuda, la Barbade, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Dominique, la Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines et Sainte-Lucie – et évaluées dans 4 pays : le Costa Rica, le Mexique, le Panama et la République dominicaine.

300. Le BSP a mis en œuvre la stratégie des pays clés de l'OPS en étant guidé par le principe de « ne laisser personne pour compte » et en restant attentif aux besoins des huit pays désignés comme pays clés, qui doivent surmonter des défis structurels, économiques et sociaux de taille. La surveillance étroite et l'ajustement de la coopération technique avec ces pays pendant la période considérée, notamment un examen formel de la coopération technique avec Haïti, ont abouti à des interventions rapides et efficaces dans les pays, optimisant ainsi la valeur ajoutée et l'impact du BSP.

301. Depuis longtemps, le BSP est le maître-d'œuvre de la promotion de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire, initialement par son initiative de coopération technique entre les pays, et maintenant grâce au programme de coopération entre les pays pour le développement sanitaire. Ce dernier met à profit l'expertise au sein de l'Organisation mais, ce qui est tout aussi important, il identifie et mobilise également le savoir-faire dans les pays-mêmes pour formuler des solutions adaptées aux problèmes sanitaires. Pendant la période concernée, les expériences de coopération entre les États Membres de l'OPS ont été documentées dans des publications du Bureau des Nations Unies pour la coopération Sud-Sud (UNOSSC),¹¹⁸ le ministère des Affaires étrangères de l'Argentine¹¹⁹ et l'OMS.¹²⁰

302. Pour la deuxième année consécutive, le BSP et le Secrétariat général ibéro-américain ont uni leurs forces pour contribuer à la visibilité et à la compréhension de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire dans le secteur de la santé de la Région des Amériques, en élaborant et en publiant un rapport conjoint.¹²¹ Cette édition de 2018, qui a été lancée lors de la deuxième Conférence de haut niveau des Nations Unies sur la coopération Sud-Sud (BAPA+40) qui a eu lieu à Buenos Aires (Argentine) en mars 2019, présente les profils de pays de chacun des États Membres qui a fait rapport au Secrétariat général ibéro-américain. Le rapport analyse également la contribution de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire aux ODD au-delà de l'ODD 3, en démontrant l'approche multisectorielle des projets.

¹¹⁸ UNOSSC. Les Bonnes pratiques de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire pour le développement durable – Volume 2. New York : UNOSSC ; 2018. Disponible sur :

https://drive.google.com/file/d/1IBljquwU41mw9LsCEwkqU-lyZXsB6T4_/view

¹¹⁹ Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la República Argentina. Cooperación Argentina. Buenos Aires: MREC ; 2019. Disponible en espagnol sur : <https://cancilleria.gob.ar/userfiles/ut/publicacion-paba.pdf>

¹²⁰ OMS. Promoting health through South-South and triangular cooperation: selected WHO country case studies. Genève : OMS ; 2019 (WHO/CCU/19.05).

¹²¹ OPS. SEGIB, South-South and triangular cooperation in health in Ibero-America 2018. Washington, D.C. : OPS, SEGIB ; 2018. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50514>.

303. Au cours de la période considérée, cinq projets ont été approuvés par le biais de l'initiative de coopération entre les pays pour le développement sanitaire, facilitant ainsi les échanges parmi 25 pays et territoires,¹²² dont 6 sont des pays clés. Voici les cinq projets :

- a) vers la santé universelle au sein de la population du Chaco sud-américain, avec l'Argentine, la Bolivie, le Brésil et le Paraguay ;
- b) faire progresser les politiques de santé publique pour lutter contre le surpoids et l'obésité dans la CARICOM et au Chili, avec la CARICOM et le Chili ;
- c) amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à la frontière septentrionale entre Haïti et la République dominicaine, avec Haïti et la République dominicaine ;
- d) renforcement de la détection et de la surveillance nationales et régionale de la résistance aux antimicrobiens dans les États Membres de la CARICOM, avec l'Argentine et la CARICOM ;
- e) production d'informations essentielles à la planification et à la surveillance des programmes de lutte contre le cancer en Amérique latine, concernant l'Argentine, la Colombie, El Salvador, le Guatemala, le Panama, le Paraguay et le Pérou.

304. Le BSP a alloué \$1,9 million à cette modalité de coopération et a mobilisé \$1,2 million en contributions en nature des États Membres participants. Tous les projets ont contribué directement à des cibles choisies du PASDA2030 et de l'ODD 3, ainsi que des ODD 2 et 17. De plus, le BSP a travaillé au renforcement des bureaux de relations internationales des ministères de la Santé et a lancé une communauté de pratique à l'intention des représentants de ces bureaux en novembre 2018. Les objectifs de cette communauté de pratique sont de faciliter les améliorations de la gouvernance nationale pour la santé mondiale et la coopération internationale en matière de santé, et de promouvoir la diplomatie et la coopération en matière de santé entre les pays.

305. L'attention du BSP mise sur les pays a aussi été bonifiée par l'étroite collaboration avec les États Membres dans les domaines essentiels de la planification, de la budgétisation et des exercices d'évaluation, notamment le processus d'évaluation conjointe de fin d'exercice biennal, l'élaboration du projet de Plan stratégique de l'OPS 2020-2025, ainsi que des indicateurs du plan stratégique et du PASDA2030, par le biais du Groupe consultatif sur le plan stratégique, l'élaboration d'une nouvelle politique budgétaire régionale et la préparation du projet de Budget programme 2020-2021. La partie 3 du présent rapport fournit davantage de détails sous la rubrique « Planification et budgétisation ».

¹²² Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Dominique, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haïti, Jamaïque, Montserrat, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname et Trinité-et-Tobago.

Partie 3 : Examen du renforcement institutionnel du BSP

306. Pendant la période concernée, les systèmes internes d'administration et de gestion du BSP ont été suivis et renforcés lorsque cela était nécessaire, pour améliorer l'efficacité et l'impact de l'OPS. Des ajustements ont été opérés au titre de la structure organisationnelle afin de mieux refléter les priorités de la coopération technique avec les États Membres dans leurs démarches vers l'atteinte du PASDA2030 et des ODD. Parmi ces changements, il convient de noter l'établissement du nouveau Département des données probantes et des renseignements pour l'action en santé (EIH). EIH, qui a subsumé l'ancienne unité d'analyse sanitaire, a été créé pour améliorer l'utilisation des nouvelles technologies d'acquisition et d'analyse des données, et pour renforcer la capacité du BSP à prévoir et à fournir rapidement des renseignements, des données probantes et des informations stratégiques servant à éclairer la coopération technique. Deux nouvelles unités, Promotion de la santé et déterminants sociaux (PS) et Changement climatique et déterminants environnementaux de la santé (CE), ont également été créées, ainsi que les deux programmes spéciaux sur la Résistance aux antimicrobiens (AR) et le Fonds stratégique de l'OPS (SF). Les ajustements ont permis de simplifier la poursuite par le BSP de l'alignement étroit à la réforme et à la planification stratégique de l'OMS en cours, tout en reconnaissant et en respectant le statut de l'OPS à titre d'organisation internationale indépendante qui, avec son Directeur, est directement responsable devant les États Membres des Amériques.

Gestion des ressources humaines

307. Le BSP a continué de mettre en œuvre sa stratégie de gestion du personnel au moyen d'actions visant à renforcer l'alignement et la souplesse, à encourager le talent à tous les niveaux et à assurer un leadership propice au changement.

308. Le BSP a élaboré et adopté de nouvelles lignes directrices pour établir de nouveaux profils de postes du BSP afin de répondre aux besoins programmatiques changeants et d'assurer que l'Organisation soit parfaitement adaptée. Le processus d'établissement des nouveaux profils implique d'examiner la composition des effectifs afin d'établir la répartition la plus efficace des postes et des compétences nécessaires pour entreprendre les activités de coopération technique de l'Organisation. En 2018, l'Organisation a achevé les processus d'établissement des nouveaux profils dans ses bureaux de pays de l'Équateur et d'Haïti.

309. Les statistiques sur les effectifs pour la période à l'étude ont reflété les progrès réalisés vers la parité entre les genres, particulièrement au niveau P.4 ou aux postes de rang supérieur. Globalement, le BSP a atteint la parité entre les genres dans les catégories professionnelles et de rang supérieur : 51 % de femmes et 49 % d'hommes. Les données du Bureau pour l'année 2018 indiquent ce qui suit :

- a) Au Siège, les femmes représentaient 54 % du personnel professionnel, tandis que dans les bureaux de pays de l'OPS/OMS et dans les centres panaméricains, le pourcentage de femmes appartenant à cette catégorie était de 48 %. Les deux chiffres demeurent inchangés depuis 2017.

- b) Les nominations à des postes à durée déterminée comprenaient 79 professionnels et administrateurs recrutés sur le plan national : 35 (44 %) étaient des hommes et 44 (56 %) des femmes. Ces chiffres comprennent les conversions des nominations de postes temporaires à des postes à durée déterminée.
- c) La nomination des femmes a augmenté de façon substantielle en 2018, puisque 44 femmes ont été nommées à des postes professionnels, par rapport à 25 en 2017.
- d) Parmi les 24 représentants de pays de l'OPS/OMS, 13 (54 %) sont des hommes et 11 (46 %) des femmes.

310. Ces réalisations témoignent de l'engagement du BSP à rendre accessibles les ouvertures de postes de leadership et de direction, tant aux femmes qu'aux hommes, et à encourager un groupe diversifié de candidats et candidates à postuler à de tels postes.

311. Le BSP a renforcé ses programmes d'apprentissage existants, tout en créant aussi de nouvelles occasions d'apprentissage pour le personnel, afin de favoriser le talent organisationnel et accompagner le perfectionnement professionnel. Une entente pluriannuelle conclue avec l'École des cadres du système des Nations Unies a été signée, et une nouvelle initiative de formation en gestion et leadership a été lancée à l'intention des cadres supérieurs et moyens. La première cohorte de 29 participants a achevé le programme de certificat, qui comprend une évaluation à 360 degrés et un mentorat fondés sur le cadre de leadership du système des Nations Unies. Une deuxième cohorte de 32 participants a débuté sa formation fin mai 2019.

312. Les représentants de l'OPS/OMS jouent un rôle essentiel en assurant que la coopération technique du BSP soit pertinente, appropriée, efficace et de la plus haute qualité. Le Bureau a préparé une initiative de formation spéciale destinée aux membres du personnel interne qui souhaitent devenir représentant de l'OPS/OMS, afin d'améliorer leurs chances de réussite lors de processus mondial pour l'évaluation des chefs des bureaux de pays de l'OMS.

313. Le BSP a aussi révisé son programme d'orientation à l'intention des personnes nouvellement recrutées et du personnel en rotation entre lieux d'affectation, ainsi que son programme d'apprentissage des langues. En adoptant la formation virtuelle avec instructeur, le BSP a été en mesure de proposer des cours en groupe dans les quatre langues officielles : anglais, espagnol, français et portugais.

314. En 2019, le BSP a effectué une enquête interne sur l'engagement du personnel, à laquelle a répondu 74 % du personnel – le taux de réponse le plus élevé jamais observé pour une enquête interne. Les résultats ont révélé que le personnel se sentait fortement connecté à la mission de l'Organisation, mais laissait toutefois entendre qu'il y faudrait améliorer le climat organisationnel, particulièrement au moyen d'une communication interne et de pratiques de gestion meilleures.

Éthique, transparence et responsabilisation

315. Tel que décrit en détail dans le document CE164/8 présenté à la 164^e session du Comité exécutif de l'OPS de juin 2019, le BSP a continué de déployer des efforts pour assurer la conduite

éthique dans ses opérations et activités dans le cadre du Système d'intégrité et de résolution des conflits de l'OPS,¹²³ pour aider les employés à résoudre les conflits et régler les préoccupations liées au lieu de travail et pour entretenir un climat positif d'inclusion, de responsabilisation et de transparence dans l'ensemble de l'Organisation.

316. Pendant la période concernée, les membres du personnel du Siège et des bureaux de pays ont participé à une formation en présentiel sur le comportement éthique, les conflits d'intérêt, la prévention et la détection de la fraude, l'utilisation des médias sociaux, le harcèlement personnel et sexuel, ainsi que la protection du dénonciateur. Dix-huit sessions d'un séminaire interactif portant sur la manière de tenir des conversations difficiles en mettant en valeur le meilleur de soi-même et des autres, intitulé « *How to Have Difficult Conversations: Bringing the Best Out of You and Others* » ont eu lieu, portant à 611 le nombre de personnes formées. Le séminaire comprenait des exercices d'auto-évaluation, des travaux de groupe et des activités de jeu de rôle se concentrant sur la façon d'aider le personnel du BSP à acquérir les aptitudes permettant de résoudre les conflits sur le lieu de travail de manière positive et efficace. Une formation sur la courtoisie sur le lieu de travail a été suivie par plus de 60 directeurs de haut niveau, cadres supérieurs et représentants de l'OPS/OMS, qui visait à définir l'impact de l'incivilité sur le lieu de travail et ses conséquences, telles une productivité plus faible, un mauvais moral, une hausse de l'absentéisme et une rotation accrue du personnel.

317. Le BSP a mis à disposition, sur la plateforme iLearn de l'OPS, un programme de formation en ligne qui comprend un cours d'auto-apprentissage des Nations Unies (disponible en anglais) intitulé « *Prevention of Harassment, Sexual Harassment, and Abuse of Authority in the Workplace* » et une vidéo des Nations Unies (disponible en anglais) intitulée « *To Serve with Pride: Zero Tolerance for Sexual Exploitation and Abuse* ». Le programme est obligatoire pour tout le personnel du BSP, quel que soit le poste occupé ou le type de contrat détenu. De plus, le Bureau de l'éthique a collaboré avec le Bureau de l'Ombudsman à l'élaboration d'une séance de formation consacrée au harcèlement sexuel sur le lieu de travail. Ce nouveau programme de formation vise à assurer une meilleure compréhension de ce qui constitue le harcèlement sexuel et explique comment éviter un comportement susceptible de donner lieu à une allégation de harcèlement sexuel, les façons de gérer une telle situation et quelles sont les ressources disponibles au Bureau pour le prévenir et y faire face. La formation a été lancée en décembre 2018, et à la mi-2019, 161 employés l'avaient suivie.

318. Un nouveau Bureau d'enquête, mis sur pied au début de 2018, a mené plusieurs enquêtes sur des allégations d'actes répréhensibles et a communiqué ses conclusions à l'administration du BSP pour servir de base à la prise de mesures correctrices. Le nouveau bureau est fonctionnellement indépendant et relève du Comité exécutif de l'OPS, tout en collaborant avec d'autres unités administratives du BSP pour assurer la cohérence, la coordination et l'optimisation des ressources, tel que rapporté à la 164^e session du Comité exécutif en juin 2019 (document CE164/9).

¹²³ Les membres du Système d'intégrité et de résolution des conflits comprennent le Bureau de l'éthique, le Bureau de l'Ombudsman, le Bureau du Conseiller juridique, le Département de la Gestion des ressources humaines, le responsable de la sécurité de l'information, les Services de contrôle et d'évaluation internes, le Bureau d'enquête, le Comité d'appel et l'Association du personnel de l'OPS/OMS.

319. Le BSP a continué d'assurer la conformité au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (FENSA) (document CD55/8, Rev. 1), adopté en 2016 par le 55^e Conseil directeur de l'OPS par la résolution CD55.R3. Plus de 120 exercices de diligence raisonnable et d'évaluation des risques ont été menés par le Bureau du Conseiller juridique sur des projets de collaboration avec des acteurs non étatiques. Le Bureau a exercé une coordination active, avec le Secrétariat de l'OMS, de la mise en œuvre cohérente du FENSA, et a adapté des processus et procédures selon les besoins pour prendre en compte le statut juridique unique de l'OPS.

320. Dix audits internes ont été réalisés pendant la période concernée : 4 dans des bureaux de pays (Brésil, Haïti, Trinité-et-Tobago et Venezuela), 2 au Siège (portant sur la sécurité de la technologie de l'information et les frais de déplacement) et 4 afférents à des projets précis (3 couvrant Mais Médicos et 1 portant sur le projet des hôpitaux intelligents). Pour la première fois depuis quelques années, aucune des constatations des missions individuelles de vérification interne au cours de cette période n'a été jugée « insatisfaisante », ce qui indique une amélioration continue des contrôles internes, attribuables au Système d'informations pour la gestion (PMIS) de l'OPS et une sensibilisation accrue à l'importance des contrôles internes au sein de la direction et du personnel du BSP.

321. Le comité d'audit de l'OPS a continué de fournir des services consultatifs lors de deux sessions au cours de cette période. Spécifiquement, le comité a prodigué des conseils sur l'élaboration de politiques du BSP portant sur la prévention de la fraude et sur les missions d'évaluation et a donné des avis sur des sujets allant de la sécurité de la technologie de l'information à la gestion des risques institutionnels, ainsi que sur les opérations de la fonction d'enquête récemment établie.

322. Dans le domaine de l'évaluation, le BSP a lancé une nouvelle plateforme au deuxième trimestre de 2019 qui rassemble les rapports d'évaluation de différentes parties de l'Organisation et les met à disposition de tout le personnel du BSP. La plateforme permet un plus grand partage de l'information et facilite un suivi plus systématique des constatations, des recommandations et des enseignements tirés des évaluations, fournissant ainsi une importante boucle de rétroaction à la planification et à la conception des nouvelles initiatives du BSP.

323. Le rapport de fin de période biennale 2016-2017 a été terminé en 2018 et présenté aux États Membres lors de la tenue du 56^e Conseil directeur cette année-là. Il a documenté les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs d'impact, des résultats intermédiaires et des résultats immédiats dans le domaine de la santé figurant dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et le Programme et budget 2016-2017. Cette évaluation, soit la deuxième évaluation conjointe entre les États Membres et le BSP, a été effectuée en s'appuyant sur les enseignements tirés du rapport de fin de période biennale 2014-2015 et reflète l'engagement de l'Organisation envers la responsabilisation et la transparence.

Mobilisation des ressources

324. Le BSP a poursuivi la mise en œuvre de la stratégie de mobilisation des ressources 2016-2019 pour combler l'écart financier et permettre d'obtenir une coopération technique efficace avec les États Membres. Les mesures prises comprenaient la relance du réseau de mobilisation des ressources pour mettre en valeur le potentiel, renforcer la planification et susciter une mobilisation plus efficace des ressources partout dans l'Organisation.

325. Le Bureau n'a ménagé aucun effort pour consolider et élargir ses relations avec les organisations partenaires existantes – aux niveaux régional, infrarégional, national et infranational – tout en cherchant aussi à forger de nouveaux partenariats. En matière de partenariats financiers, entre la mi-2018 et la mi-2019, le Bureau a mobilisé \$55,9 millions en contributions volontaires de l'OPS (y compris les contributions volontaires nationales et les fonds d'urgence) provenant de partenaires existants et de 10 nouveaux¹²⁴ partenaires. Ces derniers comprennent le gouvernement des îles Vierges britanniques, l'University of the West Indies, le Fonds END, la Direction du développement et de la coopération (Suisse), la Fondation Robert Wood Johnson, la Fondation Bernard van Leer, les Émirats arabes unis, le Secrétariat pour des politiques globales sur les drogues de l'Argentine et deux Secrétariats à la santé du Brésil, de l'État d'Espírito Santo et de la municipalité de Florianópolis.

326. En travaillant à l'habilitation de l'approche multisectorielle nécessaire à la réalisation du PASDA2030, de l'ODD 3 et d'autres ODD, et particulièrement en appui à l'ODD 17, la feuille de route en vue de la collaboration avec le secteur privé a été élaborée pour promouvoir l'engagement coordonné du secteur privé, en alignement avec le FENSA. Ce guide fournit de multiples axes stratégiques pour former des partenariats influents, ainsi qu'une base solide pour atteindre et maintenir les objectifs du plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et le projet de plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

327. Le BSP a mené une enquête auprès des départements techniques et des bureaux de pays pour rassembler et compiler des informations sur le travail accompli avec des organisations de la société civile, notamment le type d'engagement que le Bureau a pris avec ces dernières, les catalyseurs d'une collaboration plus étroite avec ces organisations et les tribunes optimales permettant d'assurer le succès de l'engagement.

- a) Concernant les types d'engagement, 54 % des personnes interrogées avaient des accords informels avec des organisations de la société civile, 21 % avaient des protocoles d'entente ou d'autres accords officiels, 17 % travaillaient avec des acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OPS et 8 % avaient d'autres types d'entente.
- b) Les personnes interrogées ont identifié les facteurs favorisant une collaboration plus étroite comme étant les lignes directrices stratégiques, 31 %, les ressources financières, 24 %, le temps, 20 %, la formation, 17 %, et d'autres facteurs 8 %.

¹²⁴ Des entités avec lesquelles le BSP n'avait conclu aucun accord au cours des cinq dernières années.

- c) D'après 46 % des personnes interrogées, les contextes qui conviennent le mieux à la participation des organisations de la société civile étaient les processus consultatifs, pour 34 % des activités mentionnées avec le ministère de la Santé, alors que 13 % souhaitaient de « nouveaux espaces » et 7 % ont nommé les réunions des Organes directeurs.

Planification et budgétisation

328. Les États Membres ont continué de jouer un rôle crucial en conseillant le BSP sur ses processus de planification stratégique, de surveillance et d'évaluation. Conformément au mandat des États Membres de l'OPS concernant la responsabilisation et la responsabilité conjointes (document CD52.R8), le BSP a finalisé l'évaluation conjointe de fin de période biennale du programme et budget de l'OPS 2016-2017 pendant cette période, avec la participation de la majorité des États Membres. L'évaluation conjointe nécessite l'engagement de tous les pays et territoires, fait partie intégrante du cadre de gestion de l'OPS fondé sur les résultats et reflète l'engagement de l'Organisation à améliorer en permanence la responsabilisation et la transparence.

329. Une grande partie de l'élaboration du projet de Plan stratégique 2020-2025, sous le thème « L'équité au cœur de la santé », s'est déroulée pendant la période considérée, grâce à la participation active et aux apports des États Membres de l'OPS, ainsi que du personnel de tous les niveaux du Bureau. Le Plan stratégique 2020-2025 reflète un engagement commun entre les États Membres et le BSP pour les six prochaines années, énonce des orientations stratégiques basées sur les priorités collectives des États Membres et précise les résultats à atteindre en santé publique pendant la période visée. Le projet de Plan stratégique 2020-2025 est l'un des principaux instruments de mise en œuvre du PASDA2030 – dont les 11 objectifs forment les objectifs d'impact du plan – et il est étroitement aligné sur le projet de treizième programme général de travail 2019-2023 de l'OMS.

330. L'élaboration du nouveau plan stratégique, qui sera présenté au 57^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2019 pour fins d'approbation, a été soutenue par le Groupe consultatif sur le plan stratégique (SPAG, selon le sigle anglais) composé de représentants de 21 États Membres et formé par la 162^e session du Comité exécutif en juin 2018. Le SPAG a travaillé en étroite collaboration avec le BSP pour fournir une contribution stratégique et technique au Plan stratégique 2020-2025 en suivant un processus itératif et rigoureux, et le résultat final représente la meilleure réflexion collective sur la question de savoir où et comment le BSP et les États Membres devront concentrer leurs efforts au cours des six prochaines années.

331. Le SPAG a approuvé l'emploi de la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS¹²⁵ pour identifier les priorités programmatiques du Plan stratégique 2020-2025. Cette méthode est reconnue par les États Membres comme une approche systématique, objective et robuste

¹²⁵ Le cadre de stratification des priorités programmatiques, approuvé par les États Membres dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, a été un précieux instrument pour guider l'affectation de toutes les ressources dont dispose le BSP et pour cibler les efforts de mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan. La méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS a été approuvée par le 55^e Conseil directeur en 2016 par la résolution CD55.R2 comme l'instrument de mise en œuvre du cadre de stratification des priorités programmatiques et d'identification des priorités programmatiques du plan stratégique.

permettant d'identifier les priorités en matière de santé publique dans la Région. Les consultations sur l'établissement des priorités nationales ont été lancées en décembre 2018, et chaque consultation comprenait des évaluations individuelles effectuées par de hauts responsables de la santé publique ayant une vaste compréhension du contexte national de la santé publique. Quarante-sept pays et territoires¹²⁶ ont identifié leurs priorités programmatiques en employant la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS, et les résultats régionaux regroupés serviront à éclairer la mise en œuvre du Plan stratégique 2020-2025 et ses budgets programmes, ainsi qu'à guider l'attribution des ressources et à orienter les efforts de mobilisation des ressources.

332. En réponse aux préoccupations des États Membres et aux recommandations émanant d'une évaluation externe, le BSP a élaboré une nouvelle *Politique budgétaire* (document CD57/5) à mettre en œuvre avec le Plan stratégique 2020-2025. Le principal objectif de la politique budgétaire est de fournir une base empirique fondée sur des éléments probants à l'attribution de plafonds budgétaires à l'ensemble des États Membres de l'OPS, tout en laissant suffisamment de souplesse pour répondre aux développements politiques, sanitaires et techniques changeants. Durant la formulation du Plan stratégique 2020-2025, le BSP a travaillé avec le SPAG à l'élaboration d'un nouvel indice des besoins en santé et de la politique budgétaire. Le SPAG a appuyé l'indice de santé durable élargi Plus (SHIe+) de 2019, qui sera utilisé aux mêmes fins que le précédent indice des besoins : pour identifier les pays clés ayant besoin de coopération technique et pour calculer la composante fondée sur les besoins de la politique budgétaire de 2019. La nouvelle politique budgétaire a été approuvée par la 164^e session du Comité exécutif en juin 2019, et sera présentée au 57^e Conseil directeur en septembre 2019 pour approbation.

333. Parallèlement à l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025, le BSP a élaboré le projet de Budget programme 2020-2021. Ce budget programme définit les résultats intermédiaires et immédiats de santé à atteindre collectivement par le BSP et les États Membres pendant la période 2020-2021, et il fixe un budget pour les atteindre. Le Budget programme 2020-2021 est aligné sur mandats sanitaires pertinents et y répond, notamment ceux du PASDA2030, du projet de Plan stratégique 2020-2025, du treizième programme général de travail de l'OMS et du Budget programme de l'OMS 2020-2021. Le projet de Budget programme 2020-2021 a été élaboré avec les apports coordonnés de tous les échelons du BSP, et il constitue un instrument clé pour la responsabilisation institutionnelle envers les États Membres. Il sera soumis à l'approbation du 57^e Conseil directeur en septembre 2019.

Opérations financières

334. Le BSP a géré un revenu total de \$1,393 milliards pendant l'année 2018, soit l'exercice financier qui s'est terminé pendant la période couverte dans le présent rapport. Cela comprenait \$266,8 millions pour le budget programme de l'OPS, \$678,3 millions pour l'achat de vaccins et

¹²⁶ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Bonaire, Saba, îles Caïman, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Saba, Saint-Eustache, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques et Caïques, Uruguay, Venezuela et îles Vierges britanniques.

de fournitures de santé publique pour le compte des États Membres et \$439,4 millions en contributions volontaires nationales de la part des États Membres, dont \$427,5 millions provenaient du Brésil. Ce dernière somme était inférieure de \$93 millions à celle durant la période de rapport précédente, principalement en raison de la dévaluation du real brésilien par rapport au dollar américain. Le total des contributions fixées exigibles des États Membres est passé de \$62 millions en juillet 2018 à \$141 millions en juin 2019. Pendant cette période, la communication de l'information financière en temps réel pour les gestionnaires s'est sensiblement améliorée grâce au déploiement des tableaux de bord pour surveiller à la fois le budget programme et les achats pour le compte des États Membres.

335. L'Office national de l'audit du Royaume Uni, qui a été nommé comme nouveau vérificateur externe de l'OPS par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017, a émis une opinion du vérificateur sans réserve pour l'année 2018, ce qui témoigne de la conformité du BSP aux Normes comptables internationales du secteur public. L'audit n'a révélé aucune insuffisance ou erreur considérée comme substantielle quant à l'exactitude, l'exhaustivité ou la validité des états financiers de l'OPS. L'Office national de l'audit a formulé des recommandations générales concernant la gestion du Fonds de roulement et d'autres ressources de trésorerie en soutien aux programme et budget, à la stratégie de mobilisation des ressources de l'OPS, au suivi et à la surveillance budgétaires, ainsi qu'à l'assurance globale que fournissent la conformité, la gestion des risques et les activités de supervision.

336. Le BSP s'est employé à poursuivre la réorganisation des services et des responsabilités pour accroître le niveau d'efficacité. Par conséquent, les postes du Département de la gestion des ressources financières ont été réduits de 15 % de plus au cours de la période allant du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019, libérant des ressources supplémentaires à allouer à l'appui financier de la coopération technique.

337. Pendant la période considérée, un nouveau compte de dépôt à vue portant intérêts a été établi pour le Siège de l'Organisation, générant un apport additionnel de \$1 million en produit des intérêts pour l'année 2018, ainsi qu'une meilleure liquidité. L'objectif des recettes diverses pour la première année de la période biennale a été atteint grâce à la diligence raisonnable en matière de politique de placement et sa mise en œuvre.

338. Un processus de conformité financière pour les centres de coûts, révisé mensuellement et trimestriellement, a été établi, avec pour résultat une clôture financière plus efficace en 2018. De même, l'approbation des dépenses à imputer aux bons de commande de l'OMS a été décentralisée vers les centres de coûts pour faciliter la mise en œuvre rapide des petits engagements (moins de \$10 000) reçus de l'OMS. Une autre innovation a consisté en l'établissement d'une nouvelle catégorie de points focaux au niveau du centre de coût pour faciliter la génération et le suivi en temps opportun des lettres d'accord relatives à la coopération technique. Une formation a été dispensée à 20 de ces points focaux dans 14 bureaux de pays et départements du Siège.

339. Le BSP a élaboré plusieurs nouveaux rapports automatisés pour accélérer l'établissement de rapports financiers présentés aux donateurs et pour suivre les niveaux de mise en œuvre des fonds reçus. Le BSP s'est aussi servi de nouveaux outils d'analyse des données pour améliorer

l'établissement de rapports de comptabilité et le suivi, et pour permettre une analyse plus spécifique et efficace des tendances en matière de dépenses de l'Organisation.

Gestion des risques institutionnels

340. Pendant la période à l'examen, le BSP a continué de renforcer son système de gestion des risques institutionnels considéré comme l'un des éléments essentiels de la gestion efficace axée sur les résultats. Au niveau stratégique, les risques et les mesures d'atténuation connexes ont été inclus dans le cadre du projet de Plan stratégique 2020-2025 et du Budget programme 2020-2021, pour faire l'objet de discussions au 57^e Conseil directeur de septembre 2019. En 2018, pour la toute première fois, le registre des risques sur la gestion des risques institutionnels et les listes des principaux risques institutionnels ont été utilisés comme une source essentielle d'informations pour orienter les travaux afférents aux fonctions de supervision et d'évaluation du BSP, reflétant la maturité croissante du processus de gestion des risques institutionnels de l'Organisation.

Achats

341. Pendant la période considérée, le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (le Fonds renouvelable) et le Fonds renouvelable pour les fournitures stratégiques de santé publique (le Fonds stratégique) de l'OPS ont fourni aux États Membres un accès rapide à des vaccins, dispositifs d'injection, médicaments essentiels et fournitures connexes à un coût abordable.

- a) Le Fonds renouvelable a acheté des vaccins et fournitures connexes pour \$814,2 millions destinés à 41 pays et territoires.¹²⁷ Les améliorations du processus d'achat ont entre autres abouti à une réduction du délai d'approvisionnement des vaccins contre la grippe saisonnière dans 33 pays et territoires.¹²⁸
- b) Le Fonds stratégique de l'OPS a soutenu 24 pays et territoires¹²⁹ pour l'achat de \$69,5 millions de médicaments et fournitures stratégiques. Le Fonds stratégique a également établi des accords à long terme pour une liste de produits clés, notamment des traitements de l'hépatite C et d'oncologie et, pour la première fois, des médicaments antihypertenseurs, pour aider les États Membres à se procurer des médicaments onéreux.

342. Le renouvellement du partenariat du BSP avec le Fonds mondial en 2018 a fourni aux pays participant au Fonds stratégique de l'OPS un accès à des antirétroviraux à des coûts plus

¹²⁷ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, îles Caïman, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques et Caïques, Uruguay, Venezuela

¹²⁸ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, îles Caïman, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, îles Turques et Caïques, Uruguay, Venezuela et îles Vierges britanniques.

¹²⁹ Argentine, Bahamas, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago, îles Turques et Caïques, Uruguay et Venezuela.

concurrentiels et à un meilleur approvisionnement. L'arrangement a amélioré la position de l'OPS à titre d'acteur stratégique parmi les agences des Nations Unies et d'autres organisations internationales.

Services de technologie de l'information

343. Le BSP a poursuivi la mise en œuvre d'une stratégie de technologie de l'information axée sur l'amélioration de la fiabilité, de la sécurité, de la qualité et de la souplesse des services de technologie de l'information pour soutenir ses activités de coopération technique et les programmes habilitants. Cela a nécessité l'introduction de nouveaux contrôles de cybersécurité alignés sur les pratiques exemplaires en usage dans l'industrie, particulièrement depuis que le risque d'une cyberattaque a été identifié comme l'un des risques majeurs auxquels les systèmes de technologie de l'information du BSP sont confrontés. Les mesures associées comprennent l'introduction d'un programme de vigilance de la sécurité de l'information, une évaluation continue des risques pour la sécurité de l'information concernant les nouvelles applications et la mise en œuvre d'un nouveau centre des opérations de sécurité pour améliorer la surveillance des incidents de cybersécurité et poser des interventions pour y remédier.

344. Le perfectionnement et l'optimisation du PMIS ont été effectués, concrétisés par la mise au point de nouveaux tableaux de bord et rapports permettant d'appuyer la prise de décisions éclairées, et la mise en œuvre d'un nouveau cadre de travail pour soutenir et faire le suivi des activités de coopération technique. Les perfectionnements visant à améliorer les processus d'achat comprennent une nouvelle signature électronique, un nouveau portail Web qui permet d'interagir avec les fournisseurs et un nouveau comité d'examen des contrats électroniques dans le PMIS. De plus, le PMIS a été configuré de manière à permettre la planification des effectifs.

345. Le Bureau a continué d'ajouter des services infonuagiques sûrs et rentables pour améliorer la mobilité et la durabilité. Les nouveaux services permettent au personnel d'accéder à leurs outils de travail et dépôts n'importe où et sur n'importe quel appareil. Le BSP a aussi progressé dans l'élaboration et le perfectionnement d'outils de flux de production numérique afin d'améliorer la collaboration, la mémoire institutionnelle et les gains d'efficacité sur le lieu de travail. Une nouvelle application mobile a été lancée pour mieux appuyer les réunions des Organes directeurs, avec des processus plus conviviaux pour permettre l'inscription et la collaboration entre les participants.

Gestion du savoir

346. Pendant l'année 2018, le BSP a créé un nouveau Bureau de gestion du savoir, des publications et des traductions, en fusionnant trois programmes anciennement distincts. Le nouveau bureau est chargé de positionner l'OPS comme la source faisant autorité en matière d'informations et de publications scientifiques et techniques multilingues dans le domaine de la santé pour les Amériques, et de fournir la coopération technique pour développer les capacités en matière de gestion du savoir, de publication et de multilinguisme dans les États Membres.

347. Dans le contexte du multilinguisme, en avril 2019, le BSP a lancé officiellement la version espagnole de la Classification internationale des maladies. Cette version espagnole a été élaborée en coopération avec d'autres institutions, principalement les centres collaborateurs. Aussi, en plus de fournir tous les documents techniques et de gouvernance dans les quatre langues officielles de l'OPS, le Bureau a traduit 80 publications de l'OMS (70 en espagnol, 9 en portugais et 1 en français) pendant la période considérée.

348. Le Bureau a continué de publier le *Pan American Journal of Public Health*, qui a maintenant 98 ans, une revue scientifique à comité de lecture, librement accessible. Pendant la période considérée, 180 manuscrits scientifiques originaux ont été publiés, ainsi que des numéros spéciaux traitant des soins de santé primaires, des maladies non transmissibles, de la santé mentale, du financement et de l'espace budgétaire pour la santé universelle, ainsi que de la santé des hommes. Ce contenu a contribué à combler le manque de connaissances et à éclairer l'élaboration de politiques, reflétant souvent les activités de coopération technique aux niveaux régional, infrarégional et national.

349. Dans son rôle de source faisant autorité en matière d'informations scientifiques et techniques, le BSP a publié 32 nouvelles publications scientifiques et techniques et 31 autres documents originaux. Ces 63 publications et plus de 50 000 autres documents sont mis à disposition au dépôt institutionnel pour le partage de l'information de l'OPS (IRIS), qui est la bibliothèque en ligne et en texte intégral de l'Organisation. De plus, des activités de coopération technique ont été entreprises avec les ministères de la Santé et des instituts publics au Brésil, à El Salvador, à Porto Rico et en République dominicaine, pour qu'ils organisent leurs propres dépôts, en s'inspirant des meilleures pratiques du BSP. Cette intervention contribuera à préserver et à partager la mémoire institutionnelle de la santé publique dans les Amériques.

350. Au cours de la période à l'examen, des produits d'information du BSP ont été diffusés lors de plusieurs événements clés, dont la Conférence de l'Association canadienne de santé publique et la Conférence canadienne sur la santé mondiale, toutes deux tenues au Canada, la Conférence de l'American Public Health Association, tenue aux États-Unis d'Amérique, la Foire internationale du livre de Guadalajara, tenue au Mexique, et la 72^e Assemblée mondiale de la Santé, tenue à Genève (Suisse).

351. Pendant la période 2018-2019, neuf nouveaux centres collaborateurs de l'OPS/OMS ont été désignés dans les Amériques, portant à 190 le nombre de centres actifs dans la Région. Ces centres ont continué d'apporter une contribution importante aux activités de coopération technique du BSP en produisant des connaissances et des données probantes afférentes aux domaines programmatiques de l'Organisation et aux priorités sanitaires des États Membres. Les pays dotés de centres collaborateurs sont l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, les États-Unis d'Amérique, la Grenade, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Pérou et l'Uruguay.

Communication en matière de santé

352. Le Bureau a promu la communication stratégique et efficace en matière de santé fondée sur le cadre de travail établi dans le plan stratégique des communications du BSP 2018-2022, qui appelle à des messages ciblés et fondés sur des données probantes, ainsi que l'utilisation de contenus et de récits portant une charge émotive pour intéresser et convaincre plus facilement les auditoires. Pendant la période considérée, le BSP a effectué des interventions visant à renforcer les capacités en matière de communications en temps de crise à l'intention des professionnels de la santé nationaux en République dominicaine, et en matière de communication narrative et de photographie à l'intention du personnel du ministère de la Santé et d'autres experts de la santé de 27 pays¹³⁰ lors de la 6^e réunion régionale sur la polio qui a eu lieu en décembre 2018 au Guatemala.

353. Au début de l'année 2019, le BSP a achevé un exercice « d'évolution de la marque » qui a abouti à l'adoption d'une nouvelle identité visuelle de l'OPS et à de nouvelles lignes directrices concernant les produits et les voies de communication, pour renforcer tant la communication institutionnelle que celle en matière de santé.

Services généraux

354. Pendant la période concernée, le BSP a investi dans la sécurité améliorée et l'infrastructure du Siège, où les services d'une nouvelle société de sécurité ont été retenus, et dans des bureaux de pays, dont ceux de la Barbade, du Brésil, du Honduras, du Pérou, de Trinité-et-Tobago, de l'Uruguay et du Venezuela. De plus, 16 véhicules ont été remplacés dans les bureaux de pays, notamment au Belize, en Colombie, au Costa Rica, en Équateur, au Guatemala, au Guyana, au Mexique, au Nicaragua, au Panama, au Pérou et à Trinité-et-Tobago. Une nouvelle agence de voyage a été sélectionnée pour le Siège et pour six bureaux de pays qui emploient les services de l'agence – les Bahamas, la Barbade, le Belize, Haïti, la Jamaïque et Trinité-et-Tobago – ce qui a permis de réduire les frais de service.

¹³⁰ Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

Partie 4 : Défis actuels et enseignements tirés

355. Les travaux de l'Organisation contribuant à l'avancement du PASDA2030 au cours de la période considérée se sont heurtés à certains défis. De nombreux facteurs risquent de retarder les progrès et menacent de faire dérailler les accomplissements, tels que la situation politique changeante de nombreux États Membres, la dissolution de certains mécanismes d'intégration ainsi que des fissures apparentes dans la solidarité tant louangée de la Région, la migration de masse de la population et les tensions résultantes qui pèsent sur les zones frontalières et sur les pays d'origine, de transit et de destination, avec des conséquences sanitaires importantes, l'augmentation des coûts des médicaments, dont plusieurs sont essentiels à la prise en charge efficace des maladies non transmissibles, et enfin les catastrophes plus fréquentes dues à des aléas naturels et au changement climatique.

356. Le Bureau a toutefois appris à s'adapter au fil des ans pour relever les défis qui surgissent invariablement, et à tirer profit des enseignements tirés afin d'adapter ses activités de coopération technique et permettre les progrès vers les objectifs sanitaires convenus des États Membres. Lors des opérations que le BSP a menées pendant la période considérée, plusieurs enseignements ont été mis en évidence et renforcés, qui seront utiles à la poursuite des travaux de tous les niveaux de l'Organisation.

Défis

357. *Des changements de régime politique* se sont produits, et peuvent encore se produire, à la suite d'élections tenues ou prévues aux niveaux national, provincial et municipal dans plusieurs pays, dont l'Argentine, le Belize, le Brésil, le Guatemala et le Guyana. L'attention portée aux élections et ses préparatifs occasionne souvent des retards dans les activités de coopération technique. Les nouveaux gouvernements peuvent avoir des priorités et des politiques sanitaires différentes, et le changement parmi les homologues nationaux nécessite souvent de sensibiliser le nouveau personnel des niveaux politique et technique aux priorités fondées sur des données probantes et sur les programmes et interventions en cours. La mise en œuvre de la politique sanitaire nationale peut évoluer au rythme des changements d'autorités sanitaires nationales. Par exemple, au Brésil, le programme *Mais Médicos* transitionne vers le recrutement de médecins brésiliens au niveau municipal, qui très souvent remplacent des médecins cubains qui travaillaient dans des zones mal desservies et reculées du pays. Dans certains pays, il peut y avoir une forte rotation du personnel aux niveaux où les politiques et techniques sont établies, au sein des autorités sanitaires nationales, ce qui a des répercussions négatives sur les activités de coopération technique du BSP.

358. *Des mécanismes inadéquats d'élaboration participative des politiques et programmes favorisant l'équité*, impliquant des parties prenantes et des partenaires clés du gouvernement, de la société civile et du secteur privé – tenant compte de conflits d'intérêt potentiels – et comprenant les utilisateurs finaux des interventions et les groupes vivant en situations de vulnérabilité. La Région des Amériques demeure l'une des régions du monde les plus inéquitables sur le plan social, tel qu'en témoignent les iniquités profondes et persistantes en matière de santé. Des limites existent quant à la compréhension commune des moyens programmatiques inclusifs et intégrés permettant

de progresser vers l'équité en santé, particulièrement un manque de connaissances, d'outils et d'expérience pour améliorer la participation et l'engagement communautaires. De même, la prise de conscience et la sensibilité concernant le dialogue culturel et les différences culturelles sont inadéquats, comme par exemple la compréhension limitée de la construction culturelle de l'autonomisation des femmes au niveau communautaire. Cela est amplifié par des connaissances et pratiques inégales relatives à l'égalité des genres, aux constructions plus récentes des genres (telles que les identités de genre), à l'analyse des données pour identifier les questions de genre et à l'évaluation de l'impact de l'intégration de la dimension de genre.

359. *Le manque de cohérence politique* au sein du secteur de la santé et entre les divers secteurs, qui donne lieu à des stratégies fragmentées, sporadiques et contradictoires, plutôt qu'à des synergies et la convergence dans le traitement des priorités nationales et des ententes internationales et régionales. Ce problème est souvent exacerbé par les nombreuses parties prenantes qui soutiennent des domaines techniques précis, avec une collaboration et une coordination intersectorielles et interinstitutions limitées, et par une mise en œuvre insuffisante des interventions conjointes de coopération technique. Un autre facteur est que la promotion de la santé n'est pas intégrée de manière adéquate aux systèmes et services de santé, qui se concentrent sur l'éducation sanitaire et les connaissances en matière de santé et la prévention des maladies, ainsi que sur les déterminants sociaux et autres déterminants de la santé.

360. *Les démarches politiques dispersées dans certaines sous-régions*, comptant différentes entités d'intégration politique dans la même sous-région, chacune avec son propre programme, a pour effet de multiplier les demandes de coopération technique auprès des organes parlementaires et des entités multisectorielles dans les sous-régions.

361. *Des décalages entre les engagements politiques et les interventions techniques* concernant les priorités, la vision et la planification à moyen et à long termes pour répondre à certaines priorités sanitaires. Dans nombre de pays, les interventions sanitaires et liées à la santé sont dictées par les ressources mobilisées, plutôt que par les priorités fondées sur des données probantes. Par exemple, bien que l'engagement politique pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles ait été exprimé à maintes reprises dans des forums internationaux, régionaux et infrarégionaux, dans la plupart des pays cet engagement ne s'est pas concrétisé aux niveaux souhaités en matière de direction politique, d'investissement, d'intégration au renforcement des systèmes de santé et de coordination pangouvernementale efficace. La rotation élevée du personnel des ministères de la Santé de nombreux pays qui s'occupe des maladies non transmissibles a entravé les progrès, tout comme les défis que représente l'évolution des systèmes de santé d'un modèle de soins de courte durée pour les maladies infectieuses et les problèmes de santé de la mère et de l'enfant vers un modèle axé sur les soins aux malades chroniques.

362. *Les crises économiques et les mesures d'austérité budgétaire* prises dans de nombreux pays, associées à une baisse des niveaux d'aide publique au développement et d'investissement étranger direct dans la Région, se sont soldées par une perte de personnel national et d'homologues de la coopération technique, ainsi que par des réductions des ressources disponibles pour les programmes sanitaires et liés à la santé, malgré les lacunes persistantes dans les services et systèmes de santé, et les iniquités sanitaires évidentes. La réforme du secteur de la santé dans

certaines pays omet les importants efforts à fournir pour réduire la segmentation et la fragmentation, augmenter le budget alloué à la santé, éliminer les frais à la charge des particuliers et assurer que les ressources humaines pour la santé sont suffisantes, de qualité et bien réparties. Bien que de nombreux pays de la Région soient en voie d'atteindre le statut de pays à revenu intermédiaire d'après les indices internationaux du seuil de pauvreté, la plupart ne progressent que lentement lorsqu'il s'agit d'augmenter l'allocation de ressources nationales à la santé. Si les choses persistent, le pays ciblés n'atteindront pas le point de référence d'affecter au moins 6 % du PIB aux dépenses publiques dans le secteur de la santé d'ici la fin 2019.

363. *La mobilisation limitée des ressources* des partenaires de développement pour les pays à revenu élevé à intermédiaire, en dépit des iniquités sanitaires persistantes dans ces États Membres, avec une concurrence accrue pour l'obtention de ressources provenant d'autres organismes de coopération technique et ONG.

364. *La rétablissement tardif des pays* après des catastrophes dévastatrices dues à des dangers naturels. Par exemple, l'impact de l'ouragan Maria, un ouragan de catégorie 5 qui a touché la Dominique, Porto Rico, Saint-Martin et les îles Vierges britanniques en 2017, se fait encore sentir dans ces pays et territoires.

365. *Les effets indésirables de la migration de masse sans papiers* sur les systèmes de santé des pays d'origine, de transit et destinataires aux ressources limitées. Cet exode pose une menace pour les droits et le bien-être de toutes les parties concernées, notamment les familles de migrants, et peut aggraver le mouvement déjà inquiétant du personnel de santé qualifié des pays ayant peu de ressources vers des pays plus aisés.

366. *Le succès mitigé pour rendre accessibles les services de santé dans les zones reculées* où vivent des populations qui sont dispersées, autochtones, ou habitant des zones frontalières, et sont en situation de vulnérabilité.

367. *Le manque d'informations normalisées sur la santé et liées à la santé* permettant de suivre les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs et cibles du PASDA2030, et les retards relatifs aux dates butoirs fixées pour l'établissement de rapports, souvent exacerbés par des demandes d'enquête simultanées, répétitives et complexes.

368. *L'ingérence industrielle* dans les mesures législatives, réglementaires et fiscales visant à réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles, et, lorsque des lois ont été rédigées, des délais dans leur promulgation et leur application. La capacité du BSP de fournir une coopération technique dans le domaine de la législation en matière de santé est également limitée.

369. Le BSP rencontre aussi des difficultés dans certaines fonctions habilitantes :

- a) *Les limitations de budget, de ressources humaines et de capacité*, qui peuvent avoir une incidence sur la rapidité et l'efficacité de la coopération technique. Au nombre de ces facteurs limitants, notons les modalités contractuelles exigeant la prise d'une pause d'un an de service, ce qui entraîne des interruptions tant des activités de coopération technique

que des fonctions habilitantes, et un recours excessif à des contrats d'employé n'ayant pas le statut de membre du personnel, particulièrement par les entités techniques.

- b) *Les changements du contexte opérationnel externe de l'Organisation* qui peuvent mettre en péril la préservation du statut indépendant de l'OPS et la protection de ses ressources, progrès et accomplissements, y compris la réforme des Nations Unies et de l'OMS, et les changements de la protection accordée à des organisations internationales à la suite de décisions judiciaires dans certains États Membres. Un autre défi apparenté réside dans la compréhension limitée de la double identité de l'OPS, à la fois à titre d'institution spécialisée chargée de la santé au sein du système interaméricain et à titre de bureau régional de l'OMS pour les Amériques, par certains partenaires et parties prenantes clés, dans le contexte de la réforme des Nations Unies et de l'OMS.
- c) *L'adaptation du cadre FENSA aux réalités de la Région des Amériques*, notamment :
1) une définition précise de l'étendue des intérêts de certains acteurs non étatiques, particulièrement lors de l'examen de la prise d'engagement avec des entités du secteur privé et de gestion des conflits d'intérêt dans les PEID, qui présentent habituellement une interconnectivité sociale importante et qui ont des choix restreints de partenariats, et 2) le maintien d'un effectif adéquat pour exercer une diligence raisonnable et des systèmes d'évaluation des risques dans l'ensemble de l'OPS.
- d) *L'utilisation suboptimale des normes, instruments et mécanismes afférents aux droits de l'homme* – à certains niveaux de l'Organisation – pour faire progresser les principaux enjeux sanitaires, en raison de la compréhension limitée des meilleurs moyens de les intégrer à des projets et programmes.
- e) *La capacité insuffisante pour répondre à la demande en matériel technique multilingue*. Le matériel technique multilingue est de plus en plus en demande dans l'ensemble de la Région, mais le Bureau a une capacité limitée à le produire en temps utile et avec le contrôle de qualité voulu.
- f) *Les limitations de la prévision exacte de la demande et de la planification des achats*, qui sont essentielles pour assurer une intervention rapide et éviter les achats *ad hoc*.
- g) *La disponibilité limitée à consacrer au renforcement des capacités* des équipes des entités, en raison du poids des responsabilités des travaux en cours.

Enseignements tirés

370. Le BSP doit *demeurer politiquement neutre et impartial*, et travailler avec tous les gouvernements, partis politiques et principales parties prenantes légitimes du secteur de la santé, documenter les expériences vécues et les bonnes pratiques et intercéder en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et programmes fondés sur des données probantes qui transcendent la politique partisane.

371. *Le positionnement de l'OPS et des priorités sanitaires dès l'arrivée au pouvoir* des nouvelles administrations politiques nationales peut faciliter la promotion et les relations efficaces touchant à la santé. À n'importe quel stade de l'administration, le processus d'élaboration ou

d'évaluation d'une stratégie de coopération avec les pays de l'OPS/OMS facilite la compréhension du rôle de l'OPS et de ses activités de coopération technique par les homologues nationaux, des secteurs de la santé et autres, et d'autres organismes de développement.

372. En interagissant avec des entités d'intégration politique aux niveaux politique, de formulation des politiques et technique, le BSP doit *préconiser la tenue de réunions intersectorielles et les soutenir*, pour faciliter la cohérence politique et s'attaquer aux déterminants de la santé sociaux, environnementaux, économiques et autres. Le BSP doit *maintenir un niveau élevé de plaidoyer fondé sur des éléments probants* pour les priorités sanitaires et les interventions éprouvées, et travailler pour les maintenir au programme politique, particulièrement en rapport à des questions telles que la santé mentale, les approches intersectorielles de réduction des facteurs de risque des maladies non transmissibles et la poursuite des stratégies de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles dont la prévalence est faible. Un plaidoyer doit être mené en faveur d'*une attention claire portée à l'équité*, non seulement dans les indicateurs, mais aussi dans les politiques publiques et l'action intersectorielle. Réaliser la promesse de « ne laisser personne pour compte » exige de renforcer les capacités institutionnelles et d'informer les décideurs politiques quant à l'existence de programmes et interventions pro-équité et économiques au niveau local, en plus d'établir des systèmes de suivi des inégalités en matière de santé. De plus, lors du plaidoyer intensif auprès des décideurs politiques (particulièrement les nouveaux élus), il est utile de *se référer aux cadres sanitaires internationaux, régionaux et infrarégionaux* pour négocier et convenir d'interventions de coopération technique. *L'élaboration de dossiers d'investissement* afférents aux interventions pour les questions prioritaires est un ajout important à la base factuelle servant à éclairer le plaidoyer et l'action intersectorielle.

373. *Il convient de renforcer la promotion de la santé publique et le droit à la santé*, tout comme l'application des principes de droit de l'homme à l'appui de questions telles que la santé des migrants. Il est également urgent de renforcer les mécanismes de collaboration avec des parties prenantes non traditionnelles – telles que les commissions parlementaires, les ministères des Affaires étrangères et du Développement et les comités nationaux des droits de l'homme – dont l'engagement est crucial à la réalisation progressive du droit à la santé.

374. *La collaboration interprogrammatique et les interventions conjointes* facilitent l'utilisation efficace et efficiente des ressources financières et des capacités techniques, et les centres collaborateurs de l'OMS, les associations professionnelles tout comme les consultants experts sont essentiels pour élargir et compléter les capacités de coopération technique du BSP.

375. *La collaboration avec des organisations de la société civile et leur renforcement* – ONG, milieu universitaire, organisations confessionnelles, syndicats et autres – sont des facteurs essentiels à la réussite de la coopération technique du BSP. Le BSP doit entreprendre des activités de coopération technique et mobiliser des partenariats avec ces entités, notamment les organisations communautaire qui œuvrent au niveau infranational, pour les habiliter à défendre et à influencer le leadership politique. Les partenaires du BSP doivent aussi comprendre des usagers du système de santé et le grand public, et le BSP doit veiller à ce que, dans la mesure du possible, il y ait une représentation équilibrée des parties prenantes dans les activités d'élaboration des

politiques. Les partenariats stratégiques avec des établissements universitaires sont essentiels à l'élaboration et au renforcement de la capacité des ressources humaines pour la santé.

376. *Il faut gérer les attentes des parties prenantes* et promouvoir une compréhension de leurs rôles et responsabilités pour parvenir à la synergie, à l'alignement et à l'harmonisation des approches stratégiques en vue d'obtenir des résultats équitables en santé.

377. *Les approches infrarégionales sont avantageuses* lorsqu'il s'agit de produire des biens publics qui peuvent être adoptés ou adaptés par les pays, de partager les enseignements tirés, d'intensifier la coopération entre les pays et de mettre en commun et mobiliser les ressources. Les interlocuteurs de la coopération technique à ce niveau doivent être des entités d'intégration politique infrarégionales, dans le cadre de leurs mandats et accords respectifs, plutôt que des pays membres individuels. Lorsque plusieurs entités d'intégration sont présentes dans une sous-région, le BSP doit identifier et développer des mécanismes pour répondre à leurs objectifs communs, en favorisant ainsi la complémentarité et la convergence de leurs programmes dans la mesure du possible, pour obtenir un plus grand impact en matière de coopération technique.

378. Il est essentiel de *se concentrer sur l'initiative des systèmes d'information pour la santé*, en investissant de manière adéquate dans les ressources, l'intégration des sous-systèmes d'information et l'interopérabilité. L'initiative des systèmes d'information pour la santé doit procurer des informations exactes en temps utile qui catalysent la promotion et la prise de décisions fondées sur des éléments factuels, qui permettent de faire le suivi et l'évaluation des progrès réalisés vers les objectifs et cibles du PASDA2030 et qui contrent l'interférence créée par les intérêts spéciaux et le lobbying anti-santé.

379. Il faut fournir des *ressources pour faciliter et habiliter l'institutionnalisation et la pérennité* des initiatives et interventions. En plus des ressources adéquates, les partenariats stratégiques, la continuité du leadership et le renforcement des capacités sont des facteurs cruciaux pour la pérennité.

380. Il est important d'*évaluer l'impact de la législation, de la réglementation et des mesures fiscales* sur la santé et, parmi ces dernières, les taxes sur les boissons sucrées, le tabac, l'alcool et les combustibles fossiles. De telles évaluations peuvent être présentées aux décideurs, et être ajoutées à la base des données probantes. Les *stratégies de communication pour sensibiliser, informer et influencer de façon positive le public* sur les mesures de promotion de la santé sont des composantes essentielles de la mise en œuvre de ces mesures. *Il faut se servir des avancées en matière de technologie de l'information et de communication*, notamment pour les réunions virtuelles et les médias sociaux. De plus, le réseautage avec d'autres institutions régionales engagées dans la production et la diffusion d'informations facilite l'élaboration de produits et services d'information adaptés aux réalités de l'Amérique latine et des Caraïbes.

381. Concernant les fonctions habilitantes du BSP, les enseignements tirés montrent qu'il est nécessaire :

- a) de contribuer de manière continue aux progrès des États Membres pour produire, partager et réutiliser l'information et le savoir, conformément aux objectifs 6 et 7 du PASDA2030, et, dans le même temps, d'améliorer la planification et l'établissement des priorités concernant les besoins du BSP en matière de traduction et,
- b) de disposer de contrôles internes renforcés et d'une capacité améliorée pour identifier et atténuer le risque d'activité frauduleuse,
- c) d'examiner et de réviser les politiques de l'Organisation pour assurer une utilisation correcte, efficace et efficiente des mécanismes contractuels de l'OPS,
- d) d'améliorer de façon continue les mécanismes de protection et de préservation des systèmes d'information et systèmes connexes de l'Organisation,
- e) d'opérer des ajustements importants au système de gestion de l'information de l'OPS et à la coordination dans toute l'Organisation lors de la transition vers le nouveau Plan stratégique de l'OPS 2020-2025,
- f) de communiquer en temps utile le travail de l'OPS, particulièrement lors de crises et de situations hautement médiatisées.

Partie 5 : Conclusions et perspectives d'avenir

382. Au fil des nombreux changements de l'environnement opérationnel de l'OPS depuis la création de l'Organisation en 1902, son travail a eu pour objectif premier l'amélioration de la santé et du bien-être de toutes les populations de la Région des Amériques. Avec pour guides le PASDA2030, les États Membres de l'OPS et le Plan stratégique de 2014-2019, le BSP a continué de renforcer sa fonction normative, et de prioriser et adapter ses interventions de coopération technique pour atteindre les objectifs sanitaires nationaux, infrarégionaux, régionaux et internationaux alignés avec sa vision et sa mission.

383. La santé universelle, ayant comme principale composante l'approche des soins de santé primaires, est essentielle à l'amélioration des résultats en santé équitables qui sont liés à tous les objectifs et cibles du PASDA2030. Le BSP continuera de promouvoir et de préconiser la mise en œuvre du Pacte régional de l'OPS sur les soins de santé primaires pour la santé universelle : SSP 30-30-30 et la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé universelle. Ces cadres de travail sont complétés par la nouvelle *Stratégie et plan d'action pour améliorer la qualité des soins lors de la prestation de services de santé 2020-2025* (document CD57/12) qui sera présentée au 57^e Conseil directeur en septembre 2019.

384. La coopération technique visant l'atteinte de la santé universelle sera adaptée à la situation nationale selon les besoins, mais elle mettra toujours l'accent sur le premier niveau de soins, sur l'accès à des services de qualité complets et à des vaccins et médicaments essentiels, ainsi que sur l'inclusion et la participation sociale, et elle sera axée sur les peuples en situation de vulnérabilité, dans le cadre de la réalisation progressive du droit à la santé. La réunion de haut niveau des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, prévue pour septembre 2019, fournit une occasion au BSP de s'engager avec les chefs d'État et de gouvernement, les ministres de la Santé et d'autres parties prenantes clés, notamment la société civile, dans le processus de consultation menant à la Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Le BSP continuera de prôner l'inclusion d'une perspective plus large de la couverture sanitaire universelle, qui soit davantage alignée avec l'engagement de la Région envers la santé universelle, englobant à la fois l'accès et la couverture.

385. En allant plus loin dans la démarche recherchant l'équité en matière de santé et pour renforcer les mesures qui font pencher la balance des déterminants sociaux et autres déterminants de la santé en faveur des résultats en santé, plutôt que contre eux, la promotion et les contributions du BSP envers les actions multisectorielles, pangouvernementales et de l'ensemble de la société sont essentielles. Le BSP a préparé la *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* (document CD57/10), qui aspire à renouveler la promotion de la santé en déplaçant son centre d'attention au-delà du comportement individuel pour favoriser les actions techniques et politiques qui soutiennent un éventail plus large d'interventions sociales et environnementales pour « faire du choix sain le choix facile ».

386. La stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé est complétée par l'élaboration de la nouvelle *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025*, qui rend opérationnelle la *Politique régionale en matière d'ethnicité et de santé*, adoptée par la 29^e Conférence sanitaire

panaméricaine en 2017 (document CSP29/7, Rev. 1). Cette politique couvre les actions visant à assurer une approche interculturelle de l'accès à la santé et des déterminants sociaux de la santé, dans une perspective d'égalité et de respect mutuel, qui valorise les pratiques culturelles des groupes ethniques de la Région, leurs modes de vie, organisation sociale, systèmes de valeurs, traditions et visions du monde. La *Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030* et la *Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* sera soumise au 57^e Conseil directeur en septembre 2019.

387. La fréquence de certaines maladies transmissibles dans la Région a été réduite au point où leur élimination est devenue une cible réaliste. Le BSP a élaboré *l'Initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies : une politique visant à appliquer une approche intégrée et durable aux maladies transmissibles dans les Amériques* (document CD57/7), qui a été approuvée lors de la 164^e session du Comité exécutif en juin 2019 et qui sera soumise au 57^e Conseil directeur en septembre 2019. Les maladies ciblées comprennent, mais sans s'y limiter, le paludisme, la tuberculose, le choléra, la peste, la rage humaine et plusieurs maladies infectieuses négligées telles que la maladie de Chagas, la lèpre, le trachome, la filariose lymphatique et l'onchocercose (cécité des rivières). L'initiative pour l'élimination des maladies concerne aussi la réintroduction de maladies à prévention vaccinale telles que la rougeole et la rubéole, tout comme l'élimination du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique, au vu de ses liens étroits avec l'infection par le VPH et la disponibilité d'interventions préventives économiques. Elle vise également certains déterminants environnementaux liés aux maladies transmissibles, dont l'élimination de la défécation en plein air et des biocombustibles polluants pour la cuisine, qui posent des défis importants à la santé publique dans certaines zones géographiques.

388. Les maladies non transmissibles demeurent au premier plan des priorités du BSP en matière de coopération technique avec les États Membres. Leur charge de morbidité et leur impact sur la santé, la productivité et l'économie grèvent les budgets nationaux alloués à la santé, représentent une lourde charge pour les établissements de santé et ont un impact négatif sur le développement durable. Tout en défendant la qualité des soins à tous les niveaux du système de santé, et en y contribuant, particulièrement au premier niveau, le BSP continuera de se concentrer sur la réduction des facteurs de risque. Cela aura pour conséquence l'intensification du plaidoyer dans les forums politiques, ainsi que la mise en œuvre d'interventions en milieu scolaire, sur les lieux de travail et dans les communautés, en partenariat avec les secteur de la santé et autres, la société civile et le secteur privé, suivant le FENSA. Le BSP poursuivra ses travaux sur tous les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles, y compris l'introduction d'un *Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement 2020-2025* (document CD57/8), compte tenu de la contribution importante de ces substances à la mauvaise alimentation. Le plan d'action sera soumis au 57^e Conseil directeur en septembre 2019.

389. De nombreux États Membres de l'OPS, notamment les PEID, éprouvent de graves difficultés à fournir des services tels que les interventions cardiaques effractives ou non effractives et la dialyse rénale, complémentés lorsque nécessaire, par des interventions hautement technologiques et très coûteuses telles les greffes d'organes. De telles interventions sont souvent rendues nécessaires par les complications des maladies non transmissibles et elles sont susceptibles de prolonger et d'améliorer la qualité de vie. Le BSP a élaboré la *Stratégie et plan d'action pour*

le don et l'accès équitable aux greffes d'organes, de tissus et de cellules 2019-2030, qui sera soumise pour considération par le 57^e Conseil directeur en septembre 2019. L'objectif de la stratégie et plan d'action est de favoriser l'expansion de l'accès équitable et de qualité aux greffes d'organes, de tissus et de cellules dans les États Membres de l'OPS au moyen de dons volontaires, en observant les *Principes directeurs de l'OMS sur la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains*. De plus, le Bureau continuera d'explorer et de soutenir la coopération Sud-Sud et les initiatives de services partagés pour répondre à ce besoin.

390. Des analyses de situation, notamment l'identification des iniquités, et les initiatives, stratégies et plans d'action pour la surveillance et l'évaluation sont essentiels à la prise de décisions éclairées, aux ajustements programmatiques et à l'identification des réussites, des lacunes, des défis et des enseignements. Les systèmes d'information pour la santé qui produisent des données ventilées par revenu, sexe, âge, race, origine ethnique, statut migratoire, incapacité, emplacement géographique et autres caractéristiques pertinentes de leur contexte national et infranational sont des composantes cruciales du système de santé, et la poursuite de la coopération technique dans l'initiative des systèmes d'information pour la santé est une priorité du BSP. Un *Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023* (document CD57/9), dont l'objectif est de renforcer l'utilisation des systèmes d'information interconnectés et interexploitables dans les États Membres, grâce à une technologie de l'information et des communications et à une gestion des données améliorées, dans l'intérêt de la santé publique, a été élaboré et sera soumis au 57^e Conseil directeur en septembre 2019.

391. Des systèmes d'information pour la santé efficaces et efficaces dans les pays permettront d'effectuer un suivi exact des progrès réalisés vers les cibles du PASDA2030 et de l'ODD 3 et contribuera au Cadre d'impact de l'OMS, qui mesurera les progrès accomplis vers l'atteinte de la cible ambitieuse du triple milliard¹³¹ du treizième programme général de travail de l'OMS.

392. Mis à part son impératif de promouvoir et de mettre en œuvre les cadres approuvés par les Organes directeurs de l'OPS pour faire progresser le PASDA2030 et le Programme de développement durable à l'horizon 2030, le BSP est aussi pleinement déterminé à employer les approches stratégiques décrites à la Phase 1 d'une initiative commune appelée *Vers un plan d'action global pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous : unir nos efforts pour accélérer les progrès en vue des objectifs de développement durable liés à la santé*. Jusqu'en juin 2019, l'initiative faisait intervenir l'OMS et 10 autres organisations internationales de premier plan œuvrant dans le domaine de la santé,¹³² et il est prévu que ce plan d'action global contribue de manière significative à l'atteinte des ODD d'ici 2030. Ses approches stratégiques, ayant pour objectif d'aligner les efforts conjoints aux priorités et besoins des pays, d'accélérer les progrès en multipliant les nouvelles façons pour travailler ensemble et dégager des approches novatrices et de contribuer au progrès d'une manière plus transparente et stimulante, sont en adéquation avec les mécanismes de coopération technique de l'OPS.

¹³¹ Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire et un 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

¹³² La Banque mondiale, Gavi, l'Alliance du vaccin, le Fonds mondial, le FNUAP, le Mécanisme de financement mondial, ONU Femmes, ONUSIDA, le PNUD, l'UNICEF et UNITAID.

393. Le Bureau, en sa qualité de Bureau régional pour les Amériques de l’OMS et d’organisme spécialisé dans le domaine de la santé du système interaméricain, guidé par le Plan stratégique de l’OPS 2020-2025, se réjouit de renforcer les partenariats multisectoriels en vue de procurer des activités de coopération techniques améliorées, stratégiques et efficaces aux États Membres de l’OPS par le biais de ses entités régionales, infrarégionales et nationales, pour faire progresser le Programme d’action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et le Programme de développement durable à l’horizon 2030.

Liste des sigles

BSP	Bureau panaméricain de la Santé
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CARPHA	Agence de santé publique des Caraïbes
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
CERF	Fonds central d'intervention pour les urgences sanitaires
CICOM	cellule de coordination et d'information médicale
COMISCA	Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine
CRS	système de réglementation des Caraïbes
EMT	équipe médicale d'urgence
FENSA	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
FESP	fonction essentielle de santé publique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
IS4H	système d'information pour la santé
ITS	infection transmise sexuellement
LGBTQ	lesbienne, gay, bisexuel, trans et queer
MERCOSUR	Marché commun du Sud
mhGAP	combler les lacunes en santé mentale
MNT	maladie non transmissible
ODD	objectif de développement durable
OEA	Organisation des États Américains
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PARLACEN	parlement centraméricain
PASDA2030	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018–2030
PEID	petit État insulaire en développement
PIB	produit intérieur brut
PMIS	système d'information pour la gestion du BSP
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RAM	résistance aux antimicrobiens
RISS	réseau intégrés de services de santé
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SE–COMISCA	Secrétariat administratif du Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine
SIP	système d'information périnatale
SPAG	Groupe consultatif sur le Plan stratégique
SSP	soins de santé primaires
SVA	Semaine de la vaccination dans les Amériques

UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNASUR	Union des nations sud-américaines
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain
WASH	eau, assainissement et hygiène

Remerciements

Le Bureau sanitaire panaméricain est reconnaissant pour le soutien accordé par ses États Membres grâce à leurs contributions fixées, et pour les généreuses contributions volontaires et la collaboration de gouvernements, d'agences et d'institutions, notamment, mais non exclusivement, des suivants :

Action on Smoking and Health
Agence coréenne de coopération internationale
Agence de la santé publique du Canada
Agence de santé publique des Caraïbes
Agence des États-Unis pour le développement international
Agence espagnole de coopération internationale pour le développement
Agence internationale de l'énergie atomique
Agence internationale pour la prévention de la cécité
Agence nationale de réglementation, de contrôle et de surveillance sanitaires (Équateur)
Alliance nationale pour la santé des Hispano-Américains
Agence norvégienne de coopération pour le développement
Alliance pour la Convention-cadre
American Cancer Society
American Heart Association
American Public Health Association
American Speech-Language-Hearing Association
Association des organismes de réglementation de l'eau et de l'assainissement des Amériques
Association latino-américaine des industries pharmaceutiques
Banque de développement des Caraïbes
Banque interaméricaine de développement
Banque internationale pour la reconstruction et le développement
Banque mondiale
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du sud-est
Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Caisse de sécurité sociale du Costa Rica
Campaign for Tobacco-Free Kids
Caribbean Regional Nursing Body
CBM (Christian Blind Mission) International
Centre collaborateur de l'OMS pour la Famille des Classifications internationales
Centre collaborateur de l'OMS pour la gestion en santé publique des expositions aux produits chimiques
Centre international de recherche sur le cancer
Centre Rosarino d'études périnatales
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (États-Unis d'Amérique)
Coalition against Addiction and Illicit Drug Trafficking (Guatemala)
Coalition pour le climat et l'air pur (ONU)

Commission européenne
Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues
Communauté des Caraïbes
Communauté des États d'Amérique latine et des Caraïbes
Confédération latino-américaine de biochimie clinique
Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine
Conseil des organisations internationales des sciences médicales
Conseil national des médicaments (Uruguay)
Conseil national du bétail (Brésil)
Conseil sud-américain de la santé
Conseil supérieur universitaire centraméricain
Cooperation Program between Latin America, the Caribbean and the European Union on Drugs Policies
Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis
Département du développement international du Royaume-Uni
Direction de la coopération au développement et de l'action humanitaire du Luxembourg
Direction du développement et de la coopération (Suisse)
DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) (Amérique latine)
École de santé publique Bloomberg de l'Université Johns Hopkins
École des sciences infirmières de l'Université Johns Hopkins
Émirats arabes unis
Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique
Fondation Bernard van Leer
Fondation Bill et Melinda Gates
Fondation des Nations Unies
Fondation interaméricaine pour le cœur
Fondation MacArthur
Fondation Mundo Sano
Fondation nationale de la santé (Brésil)
Fondation Oswaldo Cruz
Fondation Robert Wood Johnson
Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies
Fonds de l'OPEP pour le développement international
Fonds de réserve pour les situations d'urgence (OMS)
Fonds des Nations Unies pour la population
Fonds des Nations Unies pour la sécurité humaine
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Fonds des Nations Unies pour les partenariats internationaux
Fonds de solidarité pour la santé (El Salvador)
Fonds END (Ending Neglected Diseases)
Fonds fiduciaire multipartenaires des Nations Unies pour le post-conflit en Colombie
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Fonds pour la santé du district – Secrétariat de la Santé du district de Bogotá

Fonds pour l'environnement mondial
Gavi, l'Alliance du vaccin
George Alleyne Chronic Disease Research Center, Caribbean Institute for Health Research
Global Men's Health Foundation
Gouvernement de l'Allemagne
Gouvernement de l'Argentine
Gouvernement du Brésil
Gouvernement du Canada
Gouvernement du Chili
Gouvernement de la Chine
Gouvernement de Cuba
Gouvernement de l'Espagne
Gouvernement des États-Unis d'Amérique
Gouvernement d'Haïti
Gouvernement du Luxembourg
Gouvernement de Macao
Gouvernement du Nicaragua
Gouvernement de la Norvège
Gouvernement de la Nouvelle-Zélande
Gouvernement de la République de Corée
Gouvernement de la Suède
Gouvernement de la Suisse
Gouvernement de Trinité-et-Tobago
Gouvernement des îles Vierges britanniques
Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile (Nations Unies)
Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (Nations Unies)
Healthy Caribbean Coalition
Hôpital italien de Buenos Aires
Institut de métrologie et d'évaluation sanitaires
Institut national des services sociaux pour retraités et pensionnés (Argentine)
Institut national de surveillance de la coordination des ablations et des transplantations (Argentine)
Institut national du cancer (Colombie)
Institut Robert Koch
Institut social du MERCOSUR
International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research
Ligue mondiale contre l'Hypertension (OMS)
Marché commun du Sud
March of Dimes Foundation
Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada
Ministère des Affaires étrangères et du Commerce extérieur de la Nouvelle-Zélande
Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération internationale de l'Italie
Ministère de l'Agriculture, du Bétail et de l'Approvisionnement alimentaire (Brésil)
Ministère de l'Agriculture et du Bétail de l'Équateur
Ministère de l'Intérieur du Guatemala

Ministère des Relations extérieures du Chili
Ministère de la Santé de l'Argentine
Ministère de la Santé de la Bolivie
Ministère de la Santé du Brésil
Ministère de la Santé du Chili
Ministère de la Santé du Costa Rica
Ministère de la Santé d'El Salvador
Ministère de la Santé du Panama
Ministère de la Santé du Pérou
Ministère de la Santé de la province de Junjui (Argentine)
Ministère de la Santé de la province de Santa Fe (Argentine)
Ministère de la Santé de la province de Santiago del Estero (Argentine)
Ministère de la Santé de Trinité-et-Tobago
Ministère de la Santé publique de l'Équateur
Ministère de la Santé publique du Guyana
Ministère de la Santé publique de la République dominicaine
Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale du Guatemala
Ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être du Japon
Mission permanente du Brésil auprès de l'OEA
Municipalité provinciale de Palpa (Pérou)
Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
Office of United States Foreign Disaster Assistance (États-Unis d'Amérique)
Orbis International
Organisation des États Américains (OEA)
Organisation des États des Caraïbes orientales
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)
Organisation du traité de coopération amazonienne
Organisation internationale pour les migrations
Organisation mondiale de la santé animale
Organisation régionale des normes et de la qualité de la CARICOM
Organisme de réglementation sanitaire du Brésil (ANVISA)
Organisme national de réglementation des assurances-maladies privées et des régimes d'assurance-maladie (Brésil)
Parlement centraméricain
Partenariat des Nations Unies pour promouvoir les droits des personnes handicapées
Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/sida
PATH
Pharmacopée des États-Unis
Plan binational de développement pour la région frontalière Pérou-Équateur, Section du Pérou
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
Programme des Nations Unies pour le développement
Programme des Nations Unies pour l'environnement
Programme hémisphérique des Amériques d'éradication de la fièvre aphteuse
Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes

Réseau des écoles de santé publique de l'UNASUR
Réseau des Instituts et institutions nationaux du cancer
Réseau interaméricain de laboratoires d'analyse des aliments
Réseau pour le renforcement des systèmes d'information sur la santé d'Amérique latine et des Caraïbes
Sabin Vaccine Institute
Secrétariat à la santé de l'État de Bahia (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État d'Espírito Santo (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Maranhão (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Pará (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Pernambuco (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Rio Grande do Sul (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de São Paulo (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Tocantins (Brésil)
Secrétariat à la santé de la municipalité de Florianópolis (Brésil)
Secrétariat à la santé de la ville de São Paulo (Brésil)
Secrétariat à la santé du Honduras
Secrétariat à la santé du Mexique
Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques (FDA)
Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
Secrétariat de la Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes des Nations Unies
Secrétariat des politiques globales sur les drogues (Argentine)
Secrétariat général ibéro-américain
Service national de la qualité et de la santé animale (Paraguay)
Société latino-américaine de Néphrologie et d'Hypertension
Task Force for Global Health
Therapeutic Goods Administration (ministère de la Santé de l'Australie)
Union des nations sud-américaines
Union européenne
Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires
Université Dalhousie (Canada)
Université de l'Illinois à Chicago (ÉUA)
Université de l'Utah (ÉUA)
Université fédérale de Pelotas (Brésil)
Université Harvard
Université Johns Hopkins
University of the West Indies
Vaccine Ambassadors
Ville de Buenos Aires
Vital Strategies
Wellcome Genome Campus
Wellcome Trust
World Association for Sexual Health
World Professional Association for Transgender Health
World Resources Institute Ross Center for Sustainable Cities

Annexe A: résumé des ODD et de l'ODD 3



Objectif 1: Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde



Objectif 2: Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable



Objectif 3: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge



Objectif 4: Assurer à tous une éducation équitable, inclusive et de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie



Objectif 5: Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles



Objectif 6: Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable



Objectif 7: Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable



Objectif 8: Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous



Objectif 9: Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation



Objectif 10: Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre



Objectif 11: Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables



Objectif 12: Établir des modes de consommation et de production durables



Objectif 13: Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions



Objectif 14: Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable



Objectif 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



Objectif 16: Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives 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



Objectif 17: Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser

Cibles de l'ODD 3	
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 l'hépatite, 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 couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à 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, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol
SDG 3 mécanismes de mise en œuvre	
3.a	Renforcer dans tous les pays l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac
3.b	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. Cette déclaration 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 et à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments
3.c	Accroître considérablement le budget de la santé, 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
3.d	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

Annexe B: exemples de l'influence des autres ODD sur l'ODD 3

- *Objectif 1.* L'effet négatif de la pauvreté sur la santé est indéniable, et les dépenses en soins de santé à la charge des particuliers peuvent faire basculer les ménages dans la pauvreté, ce que l'on voit souvent lors de la prise en charge des cinq principales maladies non transmissibles¹³³ et de leurs complications.
- *Objectif 2.* La sécurité alimentaire et nutritionnelle sont des facteurs essentiels pour contrer la mauvaise alimentation (qui est l'un des cinq principaux facteurs de risque¹³⁴ des maladies non transmissibles) et pour réduire l'émaciation et les retards de croissance, ainsi que l'obésité et le surpoids de l'enfant.
- *Objectif 4.* L'éducation et la littéracie en matière de santé sont d'importants facteurs de réussite pour la promotion de la santé, l'autonomisation des patients et les soins autoadministrés.
- *Objectif 5.* Les rôles et responsabilités des genres définis socialement et culturellement contribuent à des écarts entre les résultats sanitaires des filles, des garçons, des femmes et des hommes, et ils alimentent aussi les iniquités. Tel qu'il en est fait référence dans un article d'une série portant sur l'égalité des genres, les normes et la santé publié en mai 2019 dans la revue *The Lancet*, les facteurs pertinents comprennent les différences sexospécifiques en matière d'expositions, le comportement genré en matière de santé, les impacts du genre sur l'accès aux soins de santé, les systèmes de santé empreints de préjugés sexistes, ainsi que la recherche, les institutions et la collecte de données sanitaires entachées de biais sexospécifiques.
- *Objectif 6.* L'eau propre et l'assainissement adéquat sont des aspects cruciaux de la prévention et du contrôle des maladies transmissibles, du rétablissement suite à des catastrophes dues à des dangers naturels, de la préservation de l'environnement et de la santé générale tout au long de la vie.
- *Objectif 7.* Les sources d'énergie abordables, efficaces, non polluantes et renouvelables qui facilitent l'approvisionnement en énergie domestique propre, et son utilisation, sont essentielles dans la prévention des maladies respiratoires chroniques et d'autres menaces pour la santé.
- *Objectif 8.* Le plein emploi productif, particulièrement l'emploi des jeunes, les conditions de travail sécuritaires et le travail décent, ainsi que la parité salariale pour fonctions équivalentes, y compris pour les femmes, sont des éléments qui contribuent tous à l'inclusion sociale, à l'amélioration du statut socioéconomique, à la réduction des iniquités, à la croissance économique et aux améliorations de la santé.

¹³³ Les cinq principales maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et les troubles de santé mentale et neurologiques.

¹³⁴ Les cinq principaux facteurs de risque sont le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation, la sédentarité et la pollution atmosphérique.

- *Objectif 9.* Les progrès et les innovations de la technologie de l'information et des communications sont le complément de l'ODD 3. La santé numérique, ou l'utilisation de technologies numériques pour la santé – notamment par des améliorations de l'accès à l'internet et en profitant des téléphones mobiles, des tablettes et des ordinateurs – a le potentiel de renforcer les services essentiels et de contribuer à la santé universelle et à l'amélioration des résultats sanitaires.
- *Objectif 10.* La réduction des iniquités dépend, entre autres facteurs, de l'utilisation des données sanitaires et connexes ventilées selon l'âge, le sexe, l'emplacement géographique, la race, l'ethnicité, l'incapacité, le statut économique et d'autres déterminants sociaux de la santé. Cette désagrégation aide à identifier les personnes et les groupes vivant en situations de vulnérabilité, et à promouvoir et faciliter l'inclusion sociale et la protection sociale.
- *Objectif 11.* Les mesures spécifiques peuvent jouer un rôle crucial dans la réduction des facteurs de risque des maladies non transmissibles, des accidents de la route et des traumatismes. Ces mesures peuvent comprendre des améliorations du transport public et de la sécurité routière, ainsi que des établissements humains et une planification urbaine qui améliorent la qualité de l'air ambiant et qui donne accès à des espaces publics verts qui soient sûrs et qui permettent à tous de pratiquer des loisirs et des activités physiques, notamment les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées.
- *Objectif 12.* La réduction de la production de déchets et la gestion efficace des produits chimiques et de tous les déchets contribuent aux diminutions de la pollution de l'air, de l'eau et du sol, des éléments qui ont une forte influence sur la santé.
- *Objectif 13.* Le changement climatique a des répercussions considérables sur la santé, particulièrement dans les petits États insulaires en développement qui sont déjà aux prises avec d'autres vulnérabilités, par ses effets négatifs sur la sécurité environnementale, alimentaire et nutritionnelle, la fréquence des catastrophes dues à des risques naturels et les maladies transmissibles et non transmissibles. Les interventions d'atténuation du changement climatique et l'adaptation à ce changement telles que les établissements de santé intelligents améliorent les résultats sanitaires, et les efforts d'atténuation et d'adaptation dans d'autres secteurs peuvent avoir des avantages connexes tels que des réductions de la pollution atmosphérique, de la sédentarité et de la mauvaise alimentation.
- *Objectif 14.* La conservation des océans, des mers et des ressources marines profite à l'environnement et procure aussi des moyens de subsistance à ceux et celles qui participent à des entreprises connexes, dont le tourisme et la pêche, contribue à l'alimentation saine et, en particulier, encourage le développement durable de petits États insulaires en développement.
- *Objectif 15.* La conservation des écosystèmes terrestres, la gestion forestière durable et la réduction de la perte de biodiversité sont les pivots de la sécurité de l'agriculture, de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, tout comme de l'atténuation du changement climatique et l'adaptation à ce changement : tout cet ensemble a un impact sur la santé.

- *Objectif 16.* La violence, les conflits et le terrorisme ont de sérieuses conséquences sur la santé et sont souvent mortels. Ils sont parfois aggravés par des règles juridiques inadéquates et une justice qui manque de constance. Ces facteurs engendrent l'insécurité des citoyens et, lorsqu'ils sont intimement liés aux déterminants sociaux de la santé (y compris la race, l'orientation sexuelle et la religion), ils présentent des risques plus élevés pour des groupes précis de personnes.
- *Objectif 17.* Les partenariats et la collaboration sont au centre des mesures prises pour concrétiser tous les ODD, et les approches multisectorielles, pangouvernementales, de la société tout entière, et de la santé dans toutes les politiques sont essentiels à la réalisation de l'ODD 3. Parmi les facteurs qui contribuent aux résultats sanitaires attendus, notons la cohérence des politiques, les améliorations de l'affectation et de la mobilisation des ressources nationales et internationales, la coopération entre les pays en matière de développement sanitaire, les systèmes qui favorisent la transparence et la responsabilisation, et le renforcement permanent des capacités.

Annexe C: relation entre le PASDA2030 et les ODD et cadres habilitants choisis du PASDA2030

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
1. Élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.	1.1 Réduire d'au moins 50 % le taux de mortalité régionale due à des causes traitables par des soins médicaux.	-	<ul style="list-style-type: none"> Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé) (Document officiel 345)
	1.2 Réduire le taux de mortalité maternelle régionale à moins de 30 pour 100 000 naissances vivantes dans tous les groupes de population, y compris les groupes les plus à risque de mort maternelle (c.-à-d., les adolescentes, les femmes de plus de 35 ans et les femmes autochtones, d'ascendance africaine, roms et vivant en milieu rural, entres autres, selon ce qui s'applique à chaque pays).	Adaptation de la cible 3.1 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD50/15 et résolution CD50.R12 (2010): Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale 2010-2015 Document CD51/12 et résolution CD51.R12 (2011): Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle 2012-2017 Chaque femme. Chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 Document CD56/8, Rev.1 et résolution CD56.R8 (2018): Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030
	1.3 Réduire le taux mortalité néonatale régionale à moins de 9 pour 1000 naissances vivantes dans tous les groupes de population, dont ceux les plus à risque (les populations autochtones, d'ascendance africaine, roms et rurales, entres autres, selon ce qui s'applique à chaque pays), et la mortalité avant l'âge de 5 ans à moins de 14 pour 1000 naissances vivantes.	Adaptation de la cible 3.2 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD50/15 et résolution CD50.R12 (2010): Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale 2010-2015 Document CSP28/10 et résolution CSP28.R20 (2012): Stratégie et Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
			<ul style="list-style-type: none"> • OMS et UNICEF. Chaque nouveau-né: un plan d'action pour mettre fin aux décès évitables. Geneva: OMS; 2014 (résumé d'orientation). • Document CD54/7, Rev.2 et résolution CD54.R8 (2015): Plan d'action en matière de vaccination 2016-2020 • Chaque femme. Chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 • Document CD55/14 et résolution CD55.R5 (2016) : Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 • Document CD56/8, Rev.1 et résolution CD56.R8 (2018): Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030
	1.4 Assurer l'accès universel à des services de soins de santé sexuelle et génésique, dont la planification familiale, l'information et l'éducation, ainsi que l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et les programmes nationaux.	Cible 3.7 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> • Document CD52/18 et résolution CD52.R6 (2013) : 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 (document de réflexion) • Chaque femme. Chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 • Document CD55/14 et résolution CD55.R5 (2016) : Plan d'action pour la

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
			<p>prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021</p> <ul style="list-style-type: none"> Document CD56/9 et résolution CD56.R9 (2018) : Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030 Document CD56/8, Rev.1 et résolution CD56.R8 (2018): Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030
	1.5 Augmenter la capacité de résolution du premier niveau de soins, mesurée par une réduction de 15 % des hospitalisations qui peuvent être prévenues par des soins ambulatoires de qualité.	-	<ul style="list-style-type: none"> Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé) (Document officiel 345)
	1.6 Organiser les services de santé en réseaux intégrés de prestation de service de santé ayant une grande capacité de résolution au premier niveau de soins.	-	<ul style="list-style-type: none"> Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé) (Document officiel 345)
2. Renforcer le rôle directeur et la gouvernance de l'autorité sanitaire nationale, tout en encourageant la participation sociale.	2.1 Atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, selon le contexte national.	Adaptation de la cible 3.8 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD53/5, Rev.2 et résolution CD53.R14 (2014) : Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
	2.2 Exercer les fonctions essentielles de santé publique selon les normes établies.	-	<ul style="list-style-type: none"> Core Competencies for Public Health: A Regional Framework for the Americas. OPS, 2013 (en anglais).
	2.3 Renforcer le rôle directeur, la gouvernance et la transparence, notamment des politiques, des plans, des règles et des processus pour	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD51/5 et résolution CD51.R4 (2011) : Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
	l'organisation du système de santé et les mécanismes de suivi et d'évaluation.		<ul style="list-style-type: none"> • Document CD53/5, Rev.2 et résolution CD53.R14 (2014) : Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle • Document CD55/9 et résolution CD55.R8 (2016) : Résilience des systèmes de santé
	2.4 Élaborer et renforcer des mécanismes, selon les besoins, assurant la réglementation de la prestation des services de santé pour élargir l'accès et améliorer la qualité.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Document CD52/5 et résolution CD52.R11 (2013) : Protection sociale en matière de santé. Document conceptuel • Document CD53/5, Rev.2 et résolution CD53.R14 (2014) : Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
	2.5 Augmenter la participation de toutes les parties concernées, y compris la société civile et les communautés, au processus d'établissement et d'évaluation des politiques liés à la santé dans toutes les politiques afin de réduire les iniquités en matière de santé.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Document CD52/18 et résolution CD52.R6 (2013) : 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 (document de réflexion) • Document CD53/10, Rev.1 et résolution CD53.R2 (2014) : Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques 2014-2019 • Document CD56/INF/11. Corr. (2018) : Rapport du Directeur sur la lutte contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
3. Renforcer la gestion et le perfectionnement des ressources humaines pour la santé avec des compétences facilitant une approche intégrale de la santé.	3.1 Assurer une disponibilité adéquate du personnel de santé (44,5 agents de santé pour 10 000 habitants) qui est qualifié, culturellement et linguistiquement adapté et bien réparti.	Adaptation du mécanisme de mise en œuvre 3.c des ODD	<ul style="list-style-type: none"> • Document CD52/6 et résolution CD52.R13 (2013) : Ressources humaines pour la santé: élargir l'accès des personnels de santé qualifiés aux systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires • Document CSP29/10 et résolution CSP29.R15 (2017) : Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle • Document CD56/10, Rev.1 et résolution CD56.R5 (2018) : Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023
	3.2 Élaborer des politiques en matière de ressources humaines en santé et des mécanismes de coordination et de collaboration intersectorielles entre les secteurs de la santé et de l'éducation, et avec d'autres acteurs sociaux, pour répondre aux exigences du système de santé et aux besoins de la population en matière de santé.	-	
	3.3 Renforcer la qualité de l'éducation des professionnels de la santé en collaboration avec le secteur de l'éducation, au moyen de systèmes d'évaluation et de l'accréditation des établissements de formation et des programmes de diplôme universitaire.	-	
	3.4 Développer des conditions de travail qui permettront d'attirer et de stabiliser le personnel de santé et de favoriser leur participation et leur engagement envers la gestion sanitaire, y compris par la collaboration avec des organisations représentant les travailleurs de la santé (unions et syndicats) et autres acteurs sociaux.	Adaptation du mécanisme de mise en œuvre 3.c des ODD.	

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
4. Parvenir à un financement adéquat et durable de la santé, avec équité et efficacité, et progresser vers la protection contre les risques financiers pour toutes les personnes et leur famille.	4.1 Atteindre un niveau de dépenses publiques dans le domaine de la santé représentant au moins 6 % du PIB.	L'objectif de la cible du PASDA2030 est harmonisé avec la cible 3.8 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD53/5, Rev.2 et résolution CD53.R14 (2014) : Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle
	4.2 Réduire les paiements directs pour la santé en collaboration avec les autorités financières.	-	
	4.3 Élaborer et renforcer des politiques et des stratégies visant à réduire la segmentation du financement du système de santé.	-	
	4.4 Mettre en œuvre des politiques et/ou des stratégies visant à élaborer des systèmes d'achat et de paiement des fournisseurs, qui encouragent l'efficacité et l'équité de l'affectation des ressources stratégiques.	-	
	4.5 Élaborer et renforcer des stratégies visant à réduire la segmentation et à améliorer les mécanismes de financement de la santé, en collaboration avec les décideurs et les acteurs pertinents, qui font la promotion de l'efficacité et l'équité dans l'attribution des ressources.	-	
5. Garantir l'accès aux médicaments et aux vaccins essentiels, et à d'autres technologies sanitaires prioritaires, selon les données scientifiques	5.1 Garantir l'accès opportun aux médicaments figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels et aux technologies de santé prioritaires, sans qu'aucun paiement ne soit fait au lieu de dispensation des soins, de prestation des services ou de	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD54/7, Rev.2 et résolution CD54.R8 (2015): Plan d'action en matière de vaccination 2016-2020 Document CD55/10, Rev.1 et résolution CD55.R12 (2016) : Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
disponibles et le contexte national.	distribution de médicaments, selon le contexte national.		
	5.2 Atteindre une couverture vaccinale de 95 % des enfants de moins de cinq ans grâce aux programmes nationaux de vaccination.	-	<ul style="list-style-type: none"> Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé) (Document officiel 345)
	5.3 Disposer d'une autorité nationale de réglementation des médicaments ayant une capacité de niveau 3 selon l'outil d'analyse comparative mondiale de l'OMS.	-	<ul style="list-style-type: none"> WHO Global Benchmarking Tool for the evaluation of national regulatory systems. OMS, 2018 (en anglais)
	5.4 Suivre des méthodes d'évaluation des technologies de la santé lors des processus décisionnels pour l'incorporation dans les systèmes de santé.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CSP28/11 et résolution CSP28.R9 (2012) : Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires
	5.5 Appliquer les exigences relatives aux Normes fondamentales internationales de protection dans les services diagnostiques et thérapeutiques se servant de technologies de santé employant des rayonnements.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CSP28/17, Rev.1 et résolution CSP28.R15 (2012) : Protection contre les rayonnements et la sécurité des sources de rayonnements
	5.6 Promouvoir uniquement et exclusivement les dons de sang bénévoles, répétés et non rémunérés, et décourager les dons rémunérés et les dons de compensation/pour un membre de la famille, sauf lorsqu'ils sont protégés par le système national de réglementation.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD53/6 et résolution CD53.R6 (2014) : Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle
	5.7 Renforcer les mécanismes nationaux, infrarégionaux et régionaux de négociation et d'achat pour améliorer	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD55/10, Rev.1 et résolution CD55.R12 (2016) : Accès

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
	la capacité des pays à obtenir des prix plus abordables et équitables pour les médicaments, les vaccins et autres technologies de la santé.		aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel
	5.8 Renforcer, en tenant compte des perspectives de santé publique, la capacité de mise en œuvre de politiques relatives à la propriété intellectuelle et à la santé qui encouragent la recherche et le développement en matière de médicaments, vaccins et autres technologies sanitaires pour les maladies transmissibles et non transmissibles qui touchent principalement les habitants des pays en développement et qui encouragent l'accès aux médicaments, vaccins et autres technologies sanitaires accessibles.	Adaptation du mécanisme de mise en œuvre 3.b des ODD.	
6. Renforcer les systèmes d'information en santé pour soutenir l'élaboration de politiques et de prises de décisions fondées sur des données probantes.	6.1 Élaborer une politique nationale relative aux systèmes d'information sanitaire interopérables pour produire, identifier, collecter, traiter, analyser et stocker des données de qualité et des informations stratégiques, et les mettre gratuitement à la disposition du public pour disposer de meilleurs processus stratégiques et décisionnels en santé publique et planification sanitaire.	Intègre la cible 17.18 des ODD	<ul style="list-style-type: none"> • Document CD53/5, Rev.2 et résolution CD53.R14 (2014) : Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle • PAHO initiative on information systems for health (IS4H), 2016 (en anglais) • Document CSP29/9 et résolution CSP29.R4 (2017) : Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022
	6.2 Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour soutenir l'évaluation du rendement du système de santé	-	

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
	national, ainsi que suivre et faire rapport des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs sanitaires nationaux, régionaux et mondiaux, notamment les cibles des ODD liées à la santé et du PASDA2030.		<ul style="list-style-type: none"> Document CD57/9 et résolution CE164.R4 (2019) : Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023
	6.3 Renforcer la capacité d'analyse et l'utilisation des informations pour la prise de décisions aux niveaux national et infranational.	Adaptation de la cible 17.18 des ODD.	
7. Développer la capacité de production, de transfert et d'utilisation des données probantes et des connaissances en matière de santé, en encourageant la recherche et l'innovation, ainsi que l'utilisation de la technologie.	7.1 Élaborer des politiques de recherche sur la santé qui conduiront à un financement représentant au moins 2 % du budget de la santé affecté à la recherche en santé publique.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD49/10 et résolution CD49.R10 (2009) : Politique sur la recherche pour la santé
	7.2 Développer les capacités institutionnelles, l'infrastructure, la technologie et les ressources humaines qualifiées en faveur de la recherche en santé publique et de sa dissémination, conformément à la politique sanitaire nationale.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD49/10 et résolution CD49.R10 (2009) : Politique sur la recherche pour la santé Document CSP28/12, Rev.1 et résolution CSP28.R2 (2012) : Stratégie et plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication 2013-2018
	7.3 Élaborer et renforcer les stratégies et les plans sur la santé numérique en ligne (eHealth).	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD51/13 et résolution CD51.R5 (2011) : Stratégie et plan d'action sur la cybersanté 2012-2017
8. Renforcer les capacités nationales et régionales pour la préparation aux flambées de maladie, aux urgences et aux catastrophes qui	8.1 Réduire le nombre de cas de décès, de handicap et de maladie, avec un accent mis sur la protection des populations pauvres et vulnérables affectées par les urgences et les catastrophes.	Intègre la cible 11.5 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD53/12 et résolution CD53.R9 (2014) : Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire
	8.2 Renforcer les fonctions essentielles de santé publique pour consolider la	Cible 13.1 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD51/6, Rev. 1 et résolution CD51.R15 (2011) : Stratégie et plan

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
affectent la santé de la population, les prévenir, les détecter, les surveiller et y riposter.	résilience et l'adaptabilité au changement climatique et à d'autres dangers dans le secteur de la santé.		d'action sur le changement climatique 2012-2017
	8.3 Respecter et maintenir les principales capacités pour les urgences sanitaires, notamment les capacités essentielles du RSI.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD56/INF/9 (2018) : Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)
	8.4 Disposer de la capacité essentielle de riposte à tout type d'urgence ou de catastrophe (systèmes d'alerte précoce, centres des opérations d'urgence, communication des risques et hôpitaux sécuritaires).	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD55/17, Rev.1 et résolution CD55.R10 (2016) – Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021
9. Réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale.	9.1 Diminuer d'un tiers la mortalité prématurée découlant des maladies non transmissibles ¹³⁵ par la prévention et le traitement, en en faisant la promotion de la santé mentale et du bien-être. ¹³⁶	Cible 3.4 des ODD.	<p><i>MNT</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Document CSP28/9, Rev. 1 et résolution CSP28.R13 (2012) – Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles Document CD52/7, Rev.1 et résolution CD52.R9 (2013) : Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2019 Document CD53/10, Rev.1 et résolution CD53.R2 (2014) : Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques 2014-201 Document CD56/9 et résolution CD56.R9 (2018) : Plan d'action pour la

¹³⁵ Principalement pour les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète ou les maladies respiratoires chroniques.

¹³⁶ Cible 3.4 des ODD.

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
			<p>prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030</p> <p><i>Santé mentale et troubles neurologiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Document CD51/10, Rev.1 et résolution CD51.R8 (2011) – Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie 2012-2021 Document CD53/8, Rev.1 et résolution CD53.R7 (2014) : Plan d'action sur la santé mentale 2015-2020 Document CD54/8, Rev.1 et résolution CD54.R11 (2015) – Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées 2015-2019
	9.2 Appliquer la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en fonction du contexte national. ¹³⁷	Adaptation du mécanisme de mise en œuvre 3.a des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD50/26 et résolution CD50.R6 (2010) – Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques Document CSP29/11 et résolution CSP29.R12 (2017) – Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022
	9.3 Assurer l'accès à des services complets d'adaptation/de réadaptation, notamment l'accès à des technologies d'assistance et à des services de soutien pour toutes les personnes qui en ont besoin, et promouvoir notamment la mise en œuvre de la	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CSP28/9, Rev. 1 et résolution CSP28.R13 (2012) – Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2012-2025

¹³⁷ Adaptation du mécanisme de mise en œuvre 3.a des ODD.

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
	stratégie de réadaptation à base communautaire.		<ul style="list-style-type: none"> Document CD52/7, Rev.1 et résolution CD52.R9 (2013) – Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2019
	9.4 Contribuer à une réduction significative de la violence et de ses impacts sur la santé, en collaboration avec des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. ¹³⁸	Adaptation des cibles 16.1 , 3.6 et 5.2 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD51/5 et résolution CD51.R4 (2011) : Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain CD51/8, Rev.1 et résolution CD51.R14 (2011) – Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2021
	9.5 Réduire de moitié le nombre de décès et de traumatismes causés par des accidents de la route. ¹³⁹	Adaptation de la cible 3.6 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD51/5 et résolution CD51.R4 (2011) : Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain Document CD51/7, Rev. 1 et résolution CD51.R6 (2011) – Plan d'action sur la sécurité routière 2012-2017 Document CD51/8, Rev.1 et résolution CD51.R14 (2011) – Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2021
	9.6 Augmenter l'accès universel aux services de santé mentale, y compris la promotion du bien-être émotionnel et des conditions qui le favorisent, la prévention des problèmes psychosociaux et des troubles mentaux et le rétablissement psychologique, à toutes les étapes du parcours de vie, avec une approche sexospécifique, interculturelle et communautaire, grâce	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD50/18, Rev.1 et résolution CD50.R2 (2010) – Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique Document CD/51/9 et résolution CD51.R7 (2011) – Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique 2012-2021 Document CD51/8, Rev.1 et résolution CD51.R14 (2011) – Plan d'action pour

¹³⁸ Adaptation des cibles 16.1, 3.6 et 5.2 des ODD.

¹³⁹ Adaptation de la cible 3.6 des ODD.

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
	à l'intégration de soins de santé mentale prodigués dans les soins primaires.		réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2021
	9.7 Contribuer à éliminer toutes formes de malnutrition, notamment en atteignant d'ici 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans et en répondant aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes, ainsi que des personnes âgées.	Adaptation de la cible 2.2 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD53/9, Rev. 2 et résolution CD53.R13 (2014) – Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents 2014-2019 Chaque femme. Chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 Document CD56/8, Rev.1 et résolution CD56.R8 (2018): Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030
10. Réduire la charge des maladies transmissibles et éliminer les maladies négligées.	10.1 Éliminer l'épidémie de sida.	Cible 3.3 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Programme commun contre le VIH/sida (UNAIDS) (2014). 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida
	10.2 Éliminer l'épidémie de tuberculose.	Adaptation de la cible 3.3 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD54/11, Rev.1 et résolution CD54.R10 (2015) – Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose 2015-2019
	10.3 Mettre fin à la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale.	Adaptation de la cible 3.3 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD55/14 et résolution CD55.R5¹⁴⁰ (2016) : Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021

¹⁴⁰ PAHO resolution CD55.R5 urges Member States to “continue actions already in place to prevent mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis, with special attention to ... the second phase of the elimination strategy, which includes the elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of other infections relevant to public health, such as hepatitis B and Chagas disease in endemic areas.” The inclusion of these latter two diseases comprises the [EMTCT Plus](#) initiative.

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
	10.4 Lutter contre les maladies d'origine hydrique et autres maladies transmissibles.	-	<ul style="list-style-type: none"> • OPS. Water and Sanitation: Evidence for Public Policies Focused on Human Rights and Public Health Results. OPS, 2011. • Document CSP29/8 et résolution CSP29.R11 (2017) – Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques (2018-2023) • Document CD56/11 et résolution CD56.R2 (2018) – Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023 • Document CD56/INF/9 (2018) Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
	10.5 Mettre fin à la transmission de l'hépatite virale et accélérer la réduction des infections chroniques et des décès découlant de l'hépatite afin d'éliminer l'hépatite virale comme menace majeure pour la santé publique dans la Région des Amériques.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Document CD54/13, Rev.1 et résolution CD54.R7 (2015) – Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales 2016-2019
	10.6 Éliminer la transmission du paludisme au niveau local entre les États Membres et prévenir l'éventuelle reprise de la maladie.	-	<ul style="list-style-type: none"> • Document CD55/13 et résolution CD55.R7 (2016) – Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
	10.7 Éliminer les maladies infectieuses négligées ¹⁴¹ comme problèmes de santé publique.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD55/15 et résolution CD55.R9 (2016) – Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022
	10.8 Traiter et prévenir les maladies infectieuses, notamment l'utilisation responsable et rationnelle de médicaments de qualité, sûrs, efficaces, accessibles et à un coût abordable.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD54/12, Rev.1 et résolution CD54.R15 (2015) – Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens 2015-2020
	10.9 Atténuer les risques envers la salubrité des aliments.	-	<ul style="list-style-type: none"> OPS. Water and Sanitation: Evidence for Public Policies Focused on Human Rights and Public Health Results. OPS, 2011. Document CD56/INF/9 (2018) Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
	10.10 Contrôler la transmission de la dengue, de la fièvre chikungunya, de la maladie à virus Zika et de la fièvre jaune grâce à une approche intégrée et intersectorielle.	-	<ul style="list-style-type: none"> Document CD55/16 et résolution CD55.R6 (2016) – Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses Document CD56/11 et résolution CD56.R2 (2018) – Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023
11. Réduire l'inégalité et l'iniquité en matière de santé au moyen d'approches intersectorielles,	11.1 Démontrer une forte réduction des écarts en matière d'inégalités en santé, mesurée par l'un ou l'autre des facteurs de stratification de l'équité suivants : le lieu de résidence	ODD 10 .	<ul style="list-style-type: none"> OMS. National health inequality monitoring: a step-by-step manual. OMS, 2017. OPS. Just Societies: Health Equity and Dignified Lives. Executive Summary

¹⁴¹ Principalement la leishmaniose, la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, le trachome et la bilharziose.

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
multisectorielles, régionales et infrarégionales envers les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.	(rural/urbain), la race, l'ethnicité, l'emploi, le genre, le sexe, l'âge, l'éducation et le statut socioéconomique, en employant des mesures simples de l'inégalité (l'écart absolu et relatif).		of the Report of the PAHO Commission on Equity and Health Inequalities in the Americas . OPS, 2018
	11.2 Réduire de façon substantielle le nombre de décès et de maladies causés par des produits chimiques dangereux et par la pollution de l'air, de l'eau et des sols, particulièrement lorsque le risque environnemental pourrait avoir un impact disproportionné sur des populations ou communautés défavorisées.	Adaptation de la cible 3.9 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> • WHA67.11 (2014) – Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata • WHA69.4 (2016) – Rôle du secteur de la santé dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, dans la perspective de l'objectif fixé pour 2020 et au-delà • A72/15 (2019) – Santé, environnement et changements climatiques : Projet de stratégie mondiale OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains Rapport du Directeur général
	11.3 Diminuer de façon significative les inégalités relatives à la qualité et à l'assainissement de l'eau en progressant avec les secteurs responsables de l'accès aux services	Cibles 6.1 et 6.2 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> • A72/15 (2019) – Santé, environnement et changements climatiques : Projet de stratégie mondiale OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques : la transformation

Objectif du PASDA2030	Cibles du PASDA2030	ODD et cibles	Cadres internationaux de l'OPS/OMS et d'autres organisations
	d'eau et d'assainissement pour leur gestion sécuritaire.		nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains Rapport du Directeur général
	11.4 Instaurer des politiques qui intègrent la mobilité et la migration sûres et saines des personnes.	Cible 10.7 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD55/11, Rev.1 et résolution CD55.R13 (2016) – La santé des migrants
	11.5 Promouvoir des milieux de travail sains, sécuritaires et sans risque pour les travailleurs, y compris les travailleurs migrants et les personnes qui occupent des emplois précaires.	Cibles 8.5 et 8.8 des ODD.	<ul style="list-style-type: none"> Document CD54/10, Rev.1 et résolution CD54.R6 (2015) – Plan d'action sur la santé des travailleurs

Cadres transversaux de l'OPS qui abordent les déterminants sociaux, économiques et structurels de la santé, et qui facilitent l'atteinte des objectifs et cibles du PASDA2030 en appliquant des approches respectant les droits de l'homme et l'équité.

- Document [CD46/12](#) et résolution [CD46.R16](#) (2005) – Politique de l'OPS en matière d'égalité entre les sexes
- Document [CD50/12](#) et résolution [CD50.R8](#) (2010) – La santé et les droits de l'homme : document conceptuel
- Document [CD53/10, Rev.1](#) et résolution [CD53.R2](#) (2014) – Plan d'action pour la santé dans toutes les politiques 2014–2019
- Document [CD54/14, Rev.1](#) et résolution [CD54/R9](#) (2015) – Stratégie en matière de législation pour la santé
- Document [CSP29/7, Rev.1](#) et résolution [CSP29.R3](#) (2017) – Politique en matière d'ethnicité et de santé
- Document [CD56/INF/8](#) (2018) – Rapport de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques
- Document [CD57/10](#) (2019) – Stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2030
- Document [CD57/13](#) (2019) – Stratégie et plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025
