



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



52^e CONSEIL DIRECTEUR 65^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2013

Point 7.4 de l'ordre du jour provisoire

CD52/INF/4 (Fr.)

19 août 2013

ORIGINAL: ANGLAIS/ESPAGNOL*

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

SOMMAIRE

A.	Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (2008-2015) : évaluation à mi-parcours.....	2
B.	Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale : évaluation à mi-par-cours.....	9
C.	Objectifs du Millénaire pour le développement et cibles sanitaires dans la Région des Amériques	15
D.	Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	22
E.	Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique.....	28
F.	Plan régional sur la santé des travailleurs	34
G.	Vers l'élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques	43
H.	Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé.....	52
I.	Situation des Centres panaméricains	56

* Original en anglais : partie B. Original en espagnol : parties A, C, D, E, F, G, H et I.

A. STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION RÉGIONAUX SUR LA SANTÉ NÉONATALE DANS LE CONTEXTE DES SOINS APPORTÉS À LA MÈRE, AU NOUVEAU-NÉ ET À L'ENFANT (2008-2015) : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. En octobre 2008, le 48^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté, par la résolution CD48.R4, Rév 1, la Stratégie et Plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (1). La résolution invite les États Membres à tenir compte de cette stratégie et plan d'action lors de l'élaboration des plans nationaux visant à réduire la mortalité néonatale dans le contexte de la continuité des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant. Le suivi de la stratégie et plan d'action, qui est également mentionné dans la résolution, est un élément essentiel pour évaluer l'état de la mise en œuvre et les résultats. Ces activités permettront de déterminer si des mesures correctives sont nécessaires pour atteindre les résultats escomptés.

Portée et méthodologie de l'évaluation

2. L'objectif de ce document est de consolider les résultats de l'évaluation à mi-parcours de la Stratégie et Plan d'action en vue de déterminer les progrès et les réalisations de la première phase de mise en œuvre (2008-2012), et d'établir les priorités et les recommandations pour la période 2013-2015. Dans cette évaluation sont analysés les processus et les résultats aux niveaux régional et national.

3. L'évaluation a été effectuée sur la base des lignes directrices établies dans le Plan d'action. La méthodologie comprenait des approches qualitatives et quantitatives qui permettent d'évaluer les processus en place aux niveaux régional, infrarégional et national, ainsi que les réalisations et résultats. L'approche participative a été choisie et les responsables de la formulation et de la mise en œuvre des plans et mesures au sein des ministères de la Santé, des associations scientifiques et académiques, ainsi que des experts, des agences de coopération et des intervenants des centres collaborateurs ont pu apporter leur contribution.

4. L'évaluation comportait quatre volets principaux :

a) Examen des plans et documents techniques contenant de l'information pertinente sur les stratégies, objectifs et résultats escomptés.

- b) Analyse des informations à partir de sources primaires et secondaires afin de répondre aux indicateurs mentionnés.
- c) Promotion d'un processus d'examen dans les pays de la Région sur la mise en œuvre du plan et sa pertinence vis-à-vis des réalités nationales, ainsi que des résultats et des leçons apprises. Les résultats de ce processus ont été regroupés et analysés lors de deux réunions sous-régionales.
- d) Consultations avec des groupes techniques et d'experts, y compris l'Alliance pour la santé néonatale et le Groupe technique régional de la PCIME-Santé intégrale des enfants (GATA-SIN), et les centres collaborateurs de l'OPS/OMS. Un mécanisme similaire de consultation participative avec les partenaires et autres organisations pertinentes a été encouragé au sein du processus d'analyse et de débat.

État actuel de la situation

5. Voici certaines des réalisations les plus importantes, en fonction des domaines stratégiques du plan :

- a) La création d'environnements propices à la promotion de la santé néonatale, la conception de plans nationaux et la promotion de partenariats dans les pays sont parmi les principales stratégies mises en œuvre dans la Région. Sur les 29 pays qui ont signalé des résultats¹ (représentant 83 % des pays de la Région), 72 % possède un plan national qui intègre la santé maternelle et néonatale dans le continuum des soins et trois pays de la Région élaborent actuellement un plan national. Les plans nationaux approuvés ou en cours d'approbation incluent, dans leur grande majorité, un système de surveillance. Environ la moitié d'entre eux dispose d'un budget spécifique alloué et une grande partie des pays a mis en place des alliances ou des groupes techniques sur la santé néonatale.
- b) Globalement, dans la Région, la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié est élevée. Cependant, dans 20 % des pays, la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié est inférieure à 90 %. Et cette situation est particulièrement évidente dans les pays où les différences sont les plus importantes, tant pour les accouchements assistés par du personnel qualifié que pour les accouchements institutionnels. Dans certaines zones géographiques, le nombre de naissances institutionnelles est inférieur à 50 %, et dans de nombreux cas, ces zones présentent une forte proportion de population indigène. Pratiquement tous les pays (96 %) déclarent disposer de guides, normes ou protocoles pour les soins néonataux dans les services de santé agréés par les autorités nationales. Les visites à domicile ou d'autres interventions

¹ L'information provient d'un sondage en ligne spécialement conçu à cet effet.

communautaires relatives à la santé du nouveau-né sont très limitées dans les pays de la Région.

- c) Les pays de la Région disposent de systèmes d'information, mais avec une variabilité importante en termes de couverture et du type d'information. Ils disposent également de systèmes destinés à évaluer les événements de la vie (88,5 %) ainsi que de systèmes d'information dans les services de santé (77 %). Les pays ont réalisé des progrès en matière de création de comités d'analyse des causes des décès néonataux (70 % d'entre eux ont déclaré disposer d'un comité de ce genre). La présence de systèmes d'information au niveau communautaire est encore plus éparse (50 %).

6. Entre 1990 et 2010, une diminution de 55,6 % du taux estimé de mortalité néonatale (de 18 à 8 pour 1000 naissances vivantes)² a été enregistrée dans la région des Amériques. Néanmoins, la variabilité entre les pays est grande, avec des taux allant de 2,8 à 27,3 pour 1000 naissances vivantes.

7. Dans la même période, une réduction de 50 % du taux de mortalité néonatale a été estimée pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Dans ce cas, le taux de mortalité néonatale pour les années 1990 et 2010 a enregistré une diminution de 22 à 11 pour 1000 naissances vivantes.² Et entre 2008 et 2010, le taux de mortalité néonatale aurait diminué de 4 %.³

8. La mortalité néonatale (moins de 28 jours) est la composante principale de la mortalité chez les enfants de moins de 1 an et de 5 ans et elle a augmenté dans la Région au cours de l'année 1990. La mortalité néonatale représente 57,1 % de tous les décès d'enfants de moins de 1 an et 44,4 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans dans la Région des Amériques. Pour l'Amérique latine et les Caraïbes, cette proportion s'élève à 61,1 % et 47,8 %, respectivement. La mortalité néonatale présente une tendance légèrement plus élevée chez les garçons, pour lesquels la médiane estimée s'élèverait à 54,6 %, bien que les valeurs fluctuent entre 45,2 et 61,1 %.

9. La mortalité néonatale ventilée par origine n'a pas subi de changements majeurs : la prématurité (35,2 %), les anomalies congénitales (20 %), l'asphyxie (15,2 %) et les processus infectieux tels que la septicémie, la méningite et le tétanos (12,2 %) représentent plus de 85 % des décès néonataux. Tous ces problèmes peuvent être en grande partie évités si des mesures spécifiques de contrôle et de traitement sont mises en œuvre de manière opportune et dans le respect des normes de qualité.

² Les données correspondent aux estimations du Groupe inter-agence des Nations Unies pour l'Estimation de la Mortalité Infantile. IGME. Levels & Trends in Child Mortality. Rapport 2012 (la mise à jour d'août 2012 est disponible à l'adresse : <http://www.childmortality.org>).

³ Les données se réfèrent aux estimations les plus récentes de l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation. Infant and Child Mortality Estimates by Country 1970-2010 (mise à jour juillet 2012 disponible à l'adresse : <http://www.healthmetricsandevaluation.org>).

10. Toute autre condition affectant la santé du nouveau-né et qui pourrait entraîner un risque de séquelles pour la vie est considérée comme prioritaire et devrait être abordée. Parmi elles, la prématurité (2) et le faible poids à la naissance (3, 4, 5), la rétinopathie du prématuré (6), les malformations congénitales, ainsi que les problèmes métaboliques ou sensoriels spécifiques contribuent à des degrés divers au développement de différents handicaps et au développement de maladies chroniques qui affectent de manière significative la qualité de vie et le capital social dans les pays de la Région (7).

Mesures visant à améliorer la situation

11. Compte tenu de l'analyse en termes d'exécution tant au niveau régional qu'au niveau du pays, voici quelques mesures pour améliorer la situation pour la période 2013-2015 :

- a) Continuer la mise en œuvre du plan dans la Région et la promotion du développement de plans nationaux et d'alliances stratégiques là où elles sont inexistantes.
- b) Conforter la baisse de la mortalité néonatale en orientant les mesures vers les principales causes identifiées. Les pays devraient également définir des stratégies d'intervention qui mettent l'accent sur les zones géographiques où l'accès est le plus critique, ainsi que celles qui présentent une plus grande vulnérabilité et des conditions d'exclusion (socio-économiques, ethniques ou d'un autre type qui soit jugé pertinent).
- c) Renforcer le travail au niveau des services de santé et de la communauté. Les États Membres doivent renforcer de manière prioritaire ces services, en encourageant l'accès universel à des soins de qualité et en exécutant des interventions efficaces dans le contexte des systèmes de santé inclusifs, de qualité et équitables.
- d) Approfondir les soins néonataux dans le continuum de soins, en impliquant les parties prenantes et en coordonnant les mesures avec celles proposées dans le Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (8) et dans la Stratégie et le Plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (9).
- e) Renforcer les systèmes d'information afin de fournir une information opportune, à la fois agrégée au niveau national et désagrégée par zone géographique et selon les problématiques de manière à pouvoir identifier les conditions d'iniquité et contribuer ainsi à la création de systèmes de surveillance et de contrôle qui reposent sur les mesures à prendre et dont les résultats sont évalués.

Conclusions

12. Des progrès ont été observés vis-à-vis de la mise en œuvre du plan régional et de l'obtention de résultats. Néanmoins, le renforcement de mesures est essentiel pour répondre aux déterminants qui influencent la mortalité néonatale ainsi que le développement de maladies qui affectent la qualité de vie des enfants et, par conséquent, de leurs familles et de la communauté.

13. Dans ce sens, les réseaux de soins de santé doivent être consolidés pour prétendre à des systèmes de santé inclusifs, équitables et de qualité, dans le cadre du continuum de soins et en particulier dans les zones géographiques et groupes de population avec le plus haut degré de vulnérabilité.

14. La formation des professionnels de santé et l'amélioration de la qualité des soins doivent être également des priorités. L'utilisation de stratégies modernes de communication et de formation doit être promue de manière à rendre plus aisé l'accès aux nouvelles connaissances qui devront se traduire en pratiques et aptitudes.

15. Le travail au niveau communautaire doit être soutenu de manière prioritaire en favorisant l'accès aux soins, en identifiant les facteurs de risques et en encourageant des habitudes et pratiques saines, particulièrement l'allaitement maternel ainsi que le suivi et le développement de l'enfant.

16. L'inégalité est un thème récurrent dans la Région et il requiert une approche spécifique. Le travail au sein des pays et en particulier dans les zones où la population est le plus vulnérable est nécessaire.

17. Le renforcement des systèmes d'information afin de disposer une information de qualité, en temps opportun et avec le plus haut degré de désagrégation possible pour permettre de détecter les situations d'inégalité est primordial.

18. Le renforcement des alliances tant au niveau régional que national s'est avéré être un élément essentiel dans la mise en œuvre du plan car elle favorise la visibilité de la problématique et son plaidoyer, aspect qui doit être également renforcé dans les pays de la Région.

19. L'OPS devra continuer à promouvoir et à mettre en œuvre des mesures de coopération technique entre les pays, afin que ceux-ci puissent approfondir leurs réalisations.

Mesure à prendre par le du Conseil directeur

20. Le Conseil directeur est prié de prendre note de ce rapport et de formuler des recommandations le cas échéant.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant [Internet]. 48e Conseil directeur de l'OPS, 60e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 28 septembre au 3 octobre 2008, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS, 2008 (résolution CD48.R4, Rév 1) [consulté le 26 janvier 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r4-s.pdf>.
2. March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, Organisation mondiale de la Santé. Born too soon: the global action report on preterm birth [Internet]. Eds. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. Genève : OMS ; 2012 [consulté le 26 janvier 2013]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index1.html.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2008 [Internet]. Washington: OPS; 2008 [consulté le 26 janvier 2013]. Disponible à l'adresse : http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI_2008_ESP.pdf.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2010. Washington: OPS; 2010.
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2012 [Internet]. Washington: OPS; 2012 [consulté le 17 mars 2013]. Disponible à l'adresse : http://ais.paho.org/chi/brochures/2012/BI_2012_SPA.pdf.
6. Furtado JM, Lansingh VC, Carter MJ, Milanese MF, Peña BN, Ghersi HA, Bote PL, Nano ME, Silva JC. Causes of blindness and visual impairment in Latin America. *Surv Ophthalmol* [Internet]. Mars-avril 2012 ; 57(2) :149-77 [consulté le 17 mars 2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=silva%20JC%20prematurity%20retinopathy>.
7. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008; 371:340-357.

8. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle [Internet]. 51e Conseil directeur de l'OPS, 63e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2011 (document CD51/12) [consulté le 26 janvier 2013]. Disponible à l'adresse : [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14677&Itemid=.](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14677&Itemid=)
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant [Internet]. 28e Conférence sanitaire panaméricaine de l'OPS, 64e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 21 septembre 2012 ; Washington (DC) États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2012 (document CSP28/10) [consulté le 26 janvier 2013]. Disponible à l'adresse : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18432&Itemid=270&lang=en

B. STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION POUR L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH ET DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Contexte

1. En 2010, la Stratégie et le Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ont été approuvés par les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (résolution CD50.R12) (1). L'objectif de la stratégie est d'éliminer la syphilis congénitale ainsi que la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les Amériques d'ici l'an 2015 par les moyens suivants : *a)* réduction de la transmission mère-enfant du VIH à 2 % ou moins, *b)* réduction de l'incidence de la transmission mère-enfant du VIH à 0,3 cas ou moins pour 1000 naissances vivantes et *c)* réduction de l'incidence de la syphilis congénitale à 0,5 cas ou moins (y compris les enfants mort-nés) pour 1000 naissances vivantes. La résolution demande à la Directrice de l'OPS de promouvoir la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action, de promouvoir des partenariats et une coopération technique entre les pays et de faire un rapport périodiquement aux Organes directeurs sur les progrès réalisés et les obstacles rencontrés durant l'exécution de la Stratégie et du Plan d'action.

Soutien de l'OPS à la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action

2. Le projet VIH/IST de l'OPS, le Centre latino-américain de périnatalogie et de santé féminine et génésique (CLAP/SMR) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) sont les chefs de file du soutien à la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action. Parmi les autres partenaires, on peut noter : le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Parmi les outils qui ont été élaborés, on retrouve un document conceptuel (2), des lignes directrices cliniques intégrées (3), un outil d'établissement des coûts (4), une stratégie de suivi (5), un guide pratique (6) et une méthodologie de validation (7). On a aussi mené diverses activités de renforcement des capacités en collaboration avec les partenaires, et on a accordé un soutien direct aux pays prioritaires. Le projet VIH met actuellement en œuvre une stratégie innovatrice visant à améliorer la durabilité des programmes de traitement, en conformité avec l'initiative Traitement 2.0 de l'ONUSIDA/OMS, qui appuie les efforts d'élimination déployés dans les pays. En réponse à la résolution, l'OPS a aussi mis en place en 2010 une notification relative aux cibles en matière d'élimination, alignée sur la notification relative à l'accès universel ; sur cette base, on a préparé deux rapports d'étape régionaux (8, 9). Une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action a été menée en 2013.

But de l'évaluation à mi-parcours

3. L'évaluation à mi-parcours avait pour but : *a)* d'évaluer les progrès réalisés et de cerner les défis rencontrés relativement à la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action et *b)* de définir des pays prioritaires et des mesures à prendre afin d'accélérer les progrès vers l'atteinte des cibles en matière d'élimination d'ici l'an 2015.

Portée et méthodologie

4. L'évaluation à mi-parcours couvrait les trois premières années de mise en œuvre prévues dans la résolution (2010-2012). L'évaluation a été menée selon une perspective régionale, la priorité étant accordée aux résultats obtenus et aux problèmes existants au niveau des pays. On a consulté les sources d'information suivantes : *a)* le rapport mondial de l'ONUSIDA (10), *b)* les rapports régionaux (8,9), *c)* les rapports issus de trois réunions de parties concernées infrarégionales tenues en 2012 et *d)* un questionnaire d'évaluation à mi-parcours envoyé à tous les pays et que 32 d'entre eux ont rempli.

Conclusions principales

Progrès

- a) La plupart des pays (33 d'entre eux) ont élaboré des plans stratégiques ou des plans opérationnels, ou les deux, et 30 pays ont élaboré des lignes directrices nationales ou ont mis à jour celles qu'ils possédaient déjà.
- b) La couverture régionale du dépistage du VIH chez les femmes enceintes a augmenté, passant de 29 % en 2008 à environ 66 % en 2011. On estime que la couverture réalisée par le traitement antirétroviral pour les femmes enceintes qui vivent avec le VIH est passée de 55 % en 2008 à 70 % en 2011 (67 % en Amérique latine et 79 % dans les Caraïbes). Par conséquent, le nombre de nouvelles infections au VIH chez les enfants a baissé de 24 % en Amérique latine et de 32 % dans les Caraïbes entre 2009 et 2011.
- c) Pour 2011, on estime le taux de transmission mère-enfant du VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes à 14,2 % (5,8 % – 18,5 %), une baisse par rapport au taux de 18,6 % (10,5 % – 22,9 %) observé en 2010.
- d) Les données notifiées par les pays en 2011 et 2012 indiquent ce qui suit :
 - i. Huit pays ont atteint un taux de couverture de 90 % ou plus quant au dépistage du VIH chez les femmes enceintes, et 10 pays ont notifié des taux de dépistage de la syphilis prénatale de près de 90 % ou plus.
 - ii. Parmi les 15 pays qui ont fait un rapport sur le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes en 2011, le taux de couverture variait de 23 % à plus de 95 % ; neuf pays notifiaient des taux de couverture de 90 % ou plus.

- iii. Le dépistage virologique dans un délai de deux mois après la naissance chez les nourrissons exposés au VIH était faible dans la Région ; seuls trois pays notifiaient des taux de près de 90 % ou plus. Il est nécessaire de renforcer la capacité des pays de notifier et de suivre ce type de données. Certains pays ont noté une perte importante en matière de suivi des nourrissons précédant le diagnostic définitif.
- iv. Quatorze pays dont le taux de couverture des soins prénataux et le taux de dépistage de la syphilis dépassent 80 % ont notifié des taux de syphilis congénitale de moins de 0,5 pour 1000 naissances vivantes.
- v. Cinq pays dont le taux de couverture des soins prénataux et le taux de dépistage du VIH dépassent 80 % ont notifié des taux de transmission verticale du VIH de 2 % ou moins ; dans 10 autres pays, ces taux étaient de près de 2 %.

Défis

- a) Les données disponibles indiquent des variations importantes quant aux progrès réalisés. Certains pays présentent toujours des taux de couverture très faibles en matière de services essentiels.
- b) Parmi les défis clés, on peut noter ce qui suit :
 - i. la nécessité de renforcer les systèmes de santé, les systèmes d'information sanitaire et de collecte de données, ainsi que les modèles de prestation de services qui intègrent les soins prénataux, le VIH et la santé sexuelle et génésique ;
 - ii. la nécessité de promouvoir le début rapide des soins prénataux ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins prénataux ;
 - iii. la nécessité de renforcer les stratégies visant à faire profiter les jeunes femmes et les autres groupes vulnérables d'interventions relatives à la santé sexuelle et génésique ainsi qu'à la prévention primaire.

Conclusions

- a) L'évaluation à mi-parcours indique des progrès importants quant à la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale. Toutefois, il faut prendre des mesures plus intensives afin de remédier aux faibles taux de couverture de services qui existent dans certains pays.
- b) Les pays pour lesquels l'OPS recommande des mesures plus intensives sont les suivants :

- i. Ceux où le taux de dépistage du VIH ou de la syphilis chez les femmes enceintes était inférieur à 50 % en 2011 : le Guatemala, Haïti, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay et la République dominicaine.
 - ii. Ceux où le taux de dépistage du VIH ou de la syphilis chez les femmes enceintes se situait entre 50 % et 70 % en 2011 : Antigua-et-Barbuda, la Barbade, la Bolivie, la Colombie, la Dominique, le Honduras, la Jamaïque, Montserrat, Sainte-Lucie et les îles Turques et Caïques.
- c) Les priorités en matière de programmes pour la seconde phase de la période de mise en œuvre sont les suivantes : renforcement des systèmes d'information sanitaire, élaboration et partage de modèles et de pratiques optimales quant à l'intégration du VIH, de la santé sexuelle et génésique et de la santé maternelle et infantile, et renforcement des laboratoires.
- d) Il est essentiel de continuer à mettre l'accent sur une approche de systèmes de santé afin de remédier aux obstacles que présentent les systèmes de santé.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

5. Le Conseil directeur est prié de prendre acte de cette évaluation à mi-parcours et d'offrir toute recommandation qu'il désirera formuler.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010, Washington (DC), États-Unis. Washington (DC), OPS, 2010 (résolution CD50.R12) [citée le 14 mars 2013]. Disponible à l'adresse <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R12-f.pdf>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. *Regional initiative for elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean. Concept document for the Caribbean* [Internet]. Washington (DC), OPS, 2010 (publication n^o OPS/FCH/HI/05-10.I) [cité le 14 mars 2013]. Disponible à l'adresse <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Regional%20Initiative%20for%20Elimination%20Concept%20Document%20for%20the%20Caribbean.pdf>.

3. Organisation panaméricaine de la Santé. *Clinical guideline for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean* [Internet]. Montevideo (Uruguay), CLAP, 2011 (publication scientifique CLAP/SMR 1570) [cité le 11 mars 2013]. Disponible à l'adresse http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20104&Itemid=.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Elimination Initiative Costing Tool and user manual [Internet]. Washington (DC), OPS, 2011 [cité le 14 mars 2013]. Disponible à l'adresse http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15418&Itemid=.
5. Organisation panaméricaine de la Santé. *Regional initiative for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional monitoring strategy* [Internet]. 2^e édition. Washington (DC), OPS, 2013 [cité le 11 mars 2013]. Disponible à l'adresse http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20146&Itemid=.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. *Field Guide for the Implementation of the Strategy and Plan of Action for the Elimination of mother-to-child transmission of HIV and Congenital Syphilis*. Ébauche. OPS, Washington (DC), 2013.
7. Organisation panaméricaine de la Santé. *Regional Guidance for validation of elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis*. Ébauche. OPS, Washington (DC), 2013.
8. Organisation panaméricaine de la Santé. *2010 Situation Analysis: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas* [Internet]. Washington (DC), OPS, 2011 [cité le 2 avril 2013]. Disponible à l'adresse http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15893&Itemid=&lang=en.
9. Organisation panaméricaine de la Santé. *2012 Progress Report: Elimination of mother-to-child transmission of HIV and congenital syphilis in the Americas* [Internet]. Washington (DC), OPS, 2013 [cité le 11 mars 2013]. Disponible à l'adresse http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=20942&Itemid=.

10. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. *Global Report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012* [Internet]. Genève, ONUSIDA, 2012 [cité le 11 mars 2013]. Disponible à l'adresse http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf.

C. OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT ET CIBLES SANITAIRES DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES

Introduction

1. Les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont exprimé clairement leur engagement à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), animés par la conviction que la santé constitue un élément essentiel du développement social, économique et politique. Les OMD et les cibles qui y sont associées, sont des éléments clés de l'engagement de l'OPS envers les politiques de la santé assorties de résultats quantifiables. L'Organisation a estimé que la meilleure façon de répondre aux OMD consistait à renforcer l'équité dans la santé au moyen de la coopération technique tant dans les pays prioritaires que dans les pays à revenu intermédiaire dans le cadre d'interventions intégrales et intégrées, en accordant la priorité aux régions et groupes vulnérables et aux populations vivant dans la pauvreté.

2. Ce rapport répond à l'engagement pris en 2011 de rendre compte des avancées et des défis de la région pour atteindre les OMD directement liés à la santé.

3. En outre, ce document inclut certains éléments du débat sur le *Programme de développement pour l'après-2015* dans le domaine de la santé, à la suite de la réunion mondiale organisée au Botswana au début-mars par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), et des consultations régionales en vue de répondre aux engagements définis dans le Programme des Nations Unies.

Contexte

4. En 2013, il reste désormais deux ans pour aider les pays, au moyen de stratégies intersectorielles et interinstitutions, afin d'accélérer le rythme des progrès vers la réalisation des OMD d'ici à 2015. La Région des Amériques est en bonne voie pour atteindre les OMD dans le domaine de la santé, ce qui recouvre tant les progrès relatifs aux services d'eau et d'assainissement que les déterminants de la santé ; toutefois, ces progrès se présentent au niveau national et ne sont pas comparables aux progrès accomplis à l'échelle infranationale.

5. Il ressort des données de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) que les chiffres de la pauvreté et de la pauvreté extrême se situent aux niveaux les plus bas jamais enregistrés par la Région, mais cela constitue encore un problème auquel il faut s'attaquer sur le plan régional et national en tant que déterminant essentiel de la santé. En 2012, la CEPAL a estimé que le nombre de latino-américains vivant dans la pauvreté s'élevait à 167 millions, dont 66 millions vivant dans une situation de pauvreté extrême avec des revenus insuffisants pour avoir accès à une

alimentation adéquate. De ce fait, la réduction de la malnutrition chronique continue d'être une priorité.¹

Analyse de la situation actuelle

6. Les progrès sur le plan de la réalisation des OMD varient d'un pays à l'autre et en fonction de chaque cible. Pour ce rapport, ont été prises en compte à la fois les informations communiquées par les pays (appelées OPS), qui ont permis d'analyser la période comprise entre 1990 et 2011, provenant des registres courants et des estimations produites par les pays eux-mêmes, et les estimations fournies par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL/CELADE) responsable du Groupe interinstitutions (1, 2).

7. L'OMD 4 est analysé sur la base de la mortalité des enfants de moins d'un an, étant donné que dans la Région des Amériques, elle constitue plus de 60 % de la mortalité chez les moins de 5 ans. Cette analyse est effectuée sur la base des estimations réalisées par le Groupe interinstitutions. L'organisme chargé de la surveillance et de l'évaluation de cet indicateur est l'UNICEF.

8. La **mortalité infantile** continue à diminuer dans la Région. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le taux de mortalité infantile (TMI) s'élevait à 42 pour 1000 naissances vivantes en 1990 et à 16 pour 1000 en 2011, soit une réduction de 62,0 % (3).

9. En 2011, les calculs font état d'un total de 170 000 décès infantiles dans les Amériques. Les taux de mortalité infantile les plus bas (entre 5 et 12 pour 1000 naissances vivantes) ont été enregistrés à la Barbade, au Canada, au Chili, au Costa Rica, à Cuba, aux États-Unis d'Amérique et en Uruguay ; la Bolivie et Haïti présentent les niveaux les plus élevés (entre 40 et 45 pour 1000 naissances vivantes).

10. Dans les pays des Caraïbes (anglophones et francophones) les séries fluctuent davantage car il s'agit de petites populations ; la situation est plus homogène que dans les pays d'Amérique latine. Les départements français des Amériques (la Guadeloupe, la Guyane française et la Martinique) et Anguilla ont les taux de mortalité infantile les plus bas (moins de 12 pour 1000 naissances vivantes), tandis que le Guyana et le Suriname enregistrent les taux les plus élevés de la sous-région, de 39 et 26 pour 1000 naissances vivantes, respectivement.

11. Au nombre des interventions de santé publique qui ont contribué à cette baisse, on peut citer : *a)* les progrès des soins de santé primaires à fort impact et à faible coût, *b)* les programmes de vaccination de masse, *c)* la thérapie de réhydratation orale, *d)* le contrôle de la santé des enfants en bonne santé, *e)* l'augmentation de la couverture des services de

¹ Hacia el desarrollo Sostenible: América Latina y el Caribe en la agenda post 2015 borrador para discusión. Fév. 2013. Rapport interinstitutions coordonné par la CEPAL.

base, en particulier d'eau potable et d'assainissement, f) l'augmentation des niveaux d'éducation de la population, la baisse de la fécondité et la réduction de la pauvreté.

12. La **mortalité maternelle** a diminué dans la Région, mais on constate des tendances différentes en fonction des pays. Le ratio de mortalité maternelle (RMM) était de 140 pour 100 000 naissances vivantes en Amérique latine et dans les Caraïbes en 1990 et de 80 en 2010 (9726 décès dans les Amériques), soit une réduction de 41 %, avec une baisse moyenne annuelle de 2,6 % (4). L'examen des données provenant de 33 pays et territoires de la Région fait apparaître une diminution de ce ratio dans 25 pays. Dans l'isthme centraméricain, on constate des baisses de ce ratio allant de 8,0 % à 54,5 %. Dans les Caraïbes latines (République dominicaine et Cuba), on observe une baisse des taux de mortalité qui, dans certains pays, va de 9,6 à 57,5 %, tandis que dans d'autres on observe des augmentations de 15,9 % à 86,4 %. Dans la Région andine et le Cône Sud, la quasi-totalité des pays affichent des baisses allant de 2,1 % à 66,5 %. Il est important de noter que, dans plusieurs pays, l'élargissement de la couverture des soins prénatals, la présence de personnel qualifié lors des accouchements et l'accès aux contraceptifs et leur utilisation constituent des stratégies qui contribuent à la réduction de la mortalité maternelle. Les augmentations du ratio de mortalité maternelle peuvent être dues à l'amélioration de la surveillance et de la notification des cas et pas nécessairement à une augmentation de la mortalité réelle.

13. En ce qui concerne le nombre de nouveaux cas d'infection par le **VIH**, les estimations pour les pays de la Région (5) font apparaître une diminution de la morbidité et de la mortalité. En 2011, près de 6 % du nombre total de nouveaux cas d'infection par le VIH dans le monde entier se trouvaient dans la Région (147 000 cas), dont 83 000 en Amérique latine, 51 000 en Amérique du Nord et 13 000 dans les Caraïbes (5). Les Caraïbes ont été l'une des sous-régions ayant enregistré la plus forte baisse du nombre de nouveaux cas d'infection par rapport aux chiffres de 2001 (une baisse de 42 % des nouveaux cas d'infection). Par ailleurs, le nombre d'enfants ayant contracté le VIH a diminué de 24 % en Amérique latine et de 32 % dans les Caraïbes en deux ans (2009-2011). La responsabilité de la surveillance des cibles 6A et 6B incombe au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). L'épidémie n'a pas encore été stoppée, mais sa progression commence à s'inverser (5). À la fin de 2011, 68 % des personnes séropositives en Amérique latine et dans les Caraïbes ont reçu un traitement ; ce pourcentage était plus élevé que la moyenne mondiale de 54 %. Par ailleurs, le pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des médicaments antirétroviraux en Amérique latine et dans les Caraïbes est passé de 36 % à 70 %.

14. Pour la période 2000-2011, en ce qui concerne le **paludisme**, la région a signalé une réduction de 58 % de la morbidité et de 70 % de la mortalité ; sur les 21 pays où le paludisme est endémique, 17 sont parvenus à réduire le nombre de cas en 2011 et, parmi eux, 12 ont enregistré une réduction supérieure à 75 %, et cinq une réduction supérieure à 50 %. Quatre pays ont connu des augmentations du nombre de cas, et parmi eux un seul a

présenté une tendance à la baisse (comportement modifié avec diminution depuis 2005), en bonne voie pour atteindre la cible (6).

15. Les 35 États Membres ont réalisé des progrès en matière de lutte contre la **tuberculose**, avec une détection de 84 % des cas qui, d'après les estimations de l'OMS, devaient exister dans la Région des Amériques en 2011. Cependant, malgré les progrès réalisés sur le plan de la lutte contre cette maladie, la multipharmacorésistance et la co-infection avec le VIH (TB/VIH) continuent de constituer des défis majeurs qui doivent être relevés. Le rapport de l'OMS de 2012 sur la lutte contre la tuberculose (qui reprend les données communiquées par les pays de la Région) fait état d'une baisse annuelle de l'incidence de la tuberculose dans les Amériques de 4 % ; il s'agit donc de la Région ayant enregistré la plus forte baisse à l'échelle mondiale. Dans le même temps, la Région des Amériques a atteint et dépassé les cibles proposées pour 2015, à savoir une réduction de 50 % du taux de prévalence et de mortalité due à la tuberculose.²

16. S'agissant de l'**accès durable à l'eau potable** dans la Région des Amériques (2010), il est fait état d'une amélioration de 96 % de l'accès à des sources d'eau améliorée (99 % dans les zones urbaines et 86 % dans les zones rurales). Si l'on se limite à l'Amérique latine et aux Caraïbes, l'accès tombe à 94 % (98 % en zone urbaine et 81 % en zone rurale) (7, 8). Il convient de noter que sur les 86 % de foyers ayant accès à l'eau par le biais de canalisations (1, 2), on ne dispose pas d'informations systématiques sur la qualité de l'eau, même sachant qu'il y a des polluants qui présentent des facteurs de risque pour la santé. En revanche, on observe une augmentation de l'utilisation d'eau en bouteille (4) ce qui porte atteinte au droit des personnes à l'eau en termes d'accès à un coût abordable (6) et représente un défi environnemental qui doit être étudié plus en détail.

17. Sur le plan de l'**assainissement de base**, à l'échelle de la Région des Amériques, la couverture de l'assainissement de base amélioré est de 88 % (91 % en milieu urbain et 74 % en milieu rural). Quand on se concentre sur l'Amérique latine et les Caraïbes, ce ratio tombe à 80 % (84 % en milieu urbain et 60 % dans les zones rurales). Il est nécessaire non seulement de continuer à développer ce service dans les zones rurales et les zones périurbaines, mais aussi de progresser sur le plan de la qualité, de la réduction des services d'assainissement non améliorés et de la défécation en plein air, et du traitement des eaux usées urbaines. Cela constitue un défi plus grand parmi les habitants des quintiles de revenus les plus bas (8). Il convient de noter que 25 millions de personnes en Amérique latine et dans les Caraïbes défèquent encore en plein air.

² Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde. Genève (Suisse) : OMS ; 2010.

Progrès par rapport aux engagements pris en 2011

18. Les lignes stratégiques définies en 2011 pour la réalisation des OMD continueront d'être étayées : *a)* révision et consolidation des systèmes d'information, *b)* renforcement des systèmes basés sur les soins de santé primaires, en vue de renforcer les systèmes de santé dans les municipalités les plus vulnérables dans le cadre révisé des soins de santé primaires, *c)* réduction des inégalités infranationales en accordant la priorité aux municipalités les plus vulnérables et aux groupes de population marginalisés sur le plan des déterminants sociaux de la santé (DSS). Il est proposé de renforcer les initiatives ciblant ces municipalités et ces groupes, comme « visages, voix et lieux », Municipalités en bonne santé, l'Alliance pour la Nutrition et le Développement, et Maternité sans risques, *d)* formulation de politiques publiques visant à assurer la durabilité des acquis et à réaffirmer la « santé dans toutes les politiques ».

19. En ce qui concerne le *Programme de développement pour l'après-2015 dans le domaine de la santé*, conformément à ce qu'avait défini l'OMS, l'OPS a procédé à des consultations régionales avec les responsables des systèmes et des services de santé, et avec des acteurs clés qui ne participent pas toujours aux décisions, tels que les maires, les dirigeants autochtones et d'ascendance africaine, et les organisations de la société civile. Tous se sont accordés sur la nécessité de donner la priorité à l'accès universel à la santé, en tant que garantie du droit à la santé, non seulement pour ce qui est de la couverture des services de santé, mais aussi des interventions sur le plan des déterminants sociaux de la santé, comme objectif prioritaire devant être présenté dans le cadre du *Programme de développement pour l'après-2015*. Il est également proposé, à titre de cibles, d'analyser les conclusions et les résultats de la réunion qui s'est tenue au Botswana, de poursuivre les progrès relatifs aux OMD directement liés à la santé, de maximiser un mode de vie sain à toutes les étapes de la vie, en tant qu'objectif général, de tenir compte de l'augmentation des maladies non transmissibles (MNT) et de promouvoir la couverture universelle qui doit inclure un accès à toutes les interventions clés, et renforcer les systèmes de santé. Il sera nécessaire de veiller à ce que ces résultats soient analysés par tous les pays et que l'engagement à soutenir l'accès à la santé pour tous les habitants des Amériques se concrétise.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

20. Le Conseil directeur est invité à prendre note du présent rapport et à formuler les observations et recommandations qu'il jugera appropriées.

Références

1. Nations Unies. *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en la América Latina y el Caribe*. Santiago

(Chili) : ONU; 2010 (Informe interagencial coordinado por la CEPAL) [consulté le 28 janvier 2011]. Disponible sur :

<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-ODM-7-completo.pdf>.

2. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA 2012 [Internet]. Genève (Suisse) : ONUSIDA; 2012 [consulté le 15 février 2013]. Disponible sur :
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf
3. United Nations Children's Fund; World Health Organization; The World Bank; United Nations Population Division. Levels & Trends in Child Mortality, Report 2012. New York : UNICEF; 2012 (Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation).
4. Organisation mondiale de la Santé. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates [Internet]. Genève, (Suisse) : OMS; 2012 [consulté le 15 février 2013]. Disponible sur :
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf.
5. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. ONUSIDA Rapport de la journée mondiale de lutte contre le sida 2012 [Internet]. Genève (Suisse) : ONUSIDA; 2012 [consulté le 15 février 2013]. Disponible sur :
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2434_WorldAIDSday_results_fr.pdf
6. Organisation mondiale de la Santé. World Malaria Report 2012 [Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde] (n'existe actuellement qu'en anglais). Genève (Suisse) : OMS; 2012 [consulté le 15 février 2013]. Disponible sur :
http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/report/fr/index.html
7. Organisation mondiale de la Santé ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance. A Snapshot of Drinking-water and Sanitation in the MDG Region Latin-America & Caribbean, 2010 Update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation [Internet]. New York : UNICEF; 2010 [consulté le 20 février 2013]. Disponible sur :
http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181-LAC_snapshot_2010.pdf.

8. Fonds des Nations Unies pour l'enfance et Organisation mondiale de la Santé. Progress on drinking water and sanitation: 2012 update [Internet]. New York : UNICEF/OMS: 2012 (Rapport préparé par le Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement) [consulté le 15 février 2013]. Disponible sur : http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2012/jmp_report/en/index.html.

D. MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC

Historique

1. Le présent rapport est une mise à jour des avancées réalisées dans la lutte antitabac dans la Région des Amériques au 30 juin 2013, ce dans le contexte de deux résolutions : la résolution CD48.R2 (2008) approuvée par le 48^e Conseil directeur (1) et la résolution CD50.R6 (2010) approuvée par le 50^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (2).

Rapport d'avancement

2. Le nombre d'États parties à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac (Convention-cadre) qui ont ratifié la Convention est de 29 ; ce chiffre n'a pas changé depuis le dernier rapport présenté (document CD51/INF/5). Si l'on constate certains progrès dans la mise en œuvre des situations « les plus rentables » (3) (environnements libres de fumée de tabac, avertissements sanitaires, interdiction de publicité, promotion et parrainage des produits du tabac et augmentation des taxes), ceux-ci ont été lents et inégaux aussi bien entre les diverses mesures qu'entre les pays.

3. Dans les pays qui ont réalisé des progrès en matière d'application plus intégrale de la Convention, on commence à constater certains résultats. Ainsi, le Brésil et l'Uruguay affichent une diminution substantielle dans la consommation du tabac chez les adultes (4, 5) et d'autres études constatent des diminutions dans le nombre d'hospitalisations pour infarctus du myocarde (6, 7).

4. En général, on relève une tendance à la féminisation de la consommation de tabac dans la Région, avec une diminution de l'écart dans la consommation entre les femmes et les hommes d'âge adulte (8), laquelle est encore plus prononcée chez les adolescents (prévalence chez les adolescents : 12,3 % et chez les adolescentes : 11,3 %) (9).

5. Le Système mondial de surveillance du tabagisme fournit des données ventilées par sexe, tant entre les adultes qu'entre les adolescents. Toutefois, nombreux sont les pays de la Région qui ne disposent toujours pas d'un système national établi pour la surveillance du tabagisme. Il importe de souligner que, durant la période à l'étude, on a constaté une augmentation du nombre de pays qui recensent des enquêtes sur les adolescents qui sont comparables et représentatives à l'échelle nationale ; il incombe de signaler par ailleurs le cas du Panama, qui obtiendra des données représentatives pour sa population autochtone dans l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les adultes.

6. Le Brésil, le Costa Rica et l'Équateur ont approuvé des mesures destinées à augmenter les taxes sur le tabac. En outre, et pour la première fois, des délégués gouvernementaux des administrations fiscales et des ministères de la Santé de la Région se sont réunis pour discuter de politiques efficaces sur l'imposition du tabac et la lutte anti-contrebande.

7. Dans 17 pays, tous les lieux publics et de travail qui sont fermés ainsi que les transports publics sont des lieux à 100 % libres de fumée de tabac. Récemment, se sont joints à ces pays le Brésil¹, le Chili, le Costa Rica, l'Équateur, la Jamaïque et le Suriname.

8. Vingt pays disposent d'une législation sur l'emballage et l'étiquetage de produits de tabac en conformité avec les exigences minima de la Convention-cadre. Toutefois, il importe de signaler ce qui suit : *a)* dans un de ces pays, la législation ne prévoit pas que les avertissements sanitaires soient assortis d'illustrations graphiques ; s'il est certain que cette exigence n'est pas obligatoire aux termes de la Convention-cadre, elle est recommandée par les directives en la matière qui ont été approuvées par les États parties ; et *b)* quatre de ces pays n'ont pas encore appliqué la loi. À la fin de cette période biennale, 11 pays auront dépassé le délai imparti pour la mise en œuvre de cet article.

9. Le Brésil², le Chili et le Suriname se sont joints à la Colombie et au Panama en interdisant entièrement la publicité, la promotion et le parrainage du tabac, tandis que cinq autres pays prévoient des interdictions de grande envergure sans pour autant parvenir à des interdictions complètes. À la fin de cette période biennale, 22 pays qui n'ont pas encore appliqué les dispositions de cet article auront dépassé le délai prévu dans la Convention-cadre pour son application.

10. L'industrie du tabac continue de s'opposer intensément aux politiques de lutte antitabac et a recours notamment aux activités de pression et aux procès sur le plan national et international. S'y ajoutent actuellement des consultations au sein de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

11. Le Bureau sanitaire panaméricain maintient des relations constantes avec les pays pour fournir un appui technique tant à la rédaction qu'au processus d'approbation et de mise en œuvre de la législation favorable à la lutte antitabac ainsi que pour assurer leur défense contre les assauts livrés par l'industrie. Dans ce sens, un *Manuel pour l'élaboration de lois de lutte antitabac dans la Région des Amériques*³ a été rédigé, qui comprend les fondements de droits de l'homme qui sous-tendent la lutte antitabac ainsi que les enseignements tirés dans les pays en matière de mise en œuvre de la Convention-

¹ La réglementation et l'application de la loi demeurent en suspens.

² *Idem.*

³ Disponible sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1371%3Apublications-and-resources&catid=1279%3Ade-publications-and-resources&lang=es

cadre. Ce manuel a été présenté à la 152^e session du Comité exécutif en juin 2013. De plus, on a encouragé la tenue de forums régionaux pour discuter de questions supranationales (notamment la lutte contre le commerce illicite et les relations entre les accords commerciaux et la Convention-cadre) et des échanges d'informations et de données d'expériences non seulement entre pays mais aussi à l'intérieur de ceux-ci, entre des secteurs autres que celui de la santé.

Mesures recommandées pour améliorer la situation

12. Il est recommandé aux États parties d'envisager de signer puis de ratifier le nouveau Protocole sur le commerce illicite de produits du tabac, lequel a été approuvé par la 5^e Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS.

13. Il importe que les États Membres envisagent éventuellement de ratifier la Convention-cadre de l'OMS, s'ils ne l'ont pas encore fait, ainsi que la possibilité d'appliquer les quatre situations les plus rentables en matière de lutte antitabac.

14. L'établissement et le renforcement ainsi que l'affectation de ressources aux services de coordination ou techniques qui sont chargés de la question de lutte antitabac demeurent une source de difficultés. L'affectation spécifique de fonds provenant des taxes imposées sur le tabac peut constituer une des sources de financement à cet effet.

15. Les États Membres devraient envisager la possibilité d'établir des systèmes nationaux de surveillance comportant des données ventilées par sexe et, si possible, par couche socioéconomique, et également représentatives des populations minoritaires, dont les populations autochtones. Aujourd'hui, l'on dispose d'un module standard de questions sur le tabac. Ce module peut faire partie des enquêtes nationales portant sur des questions plus larges de sorte que l'on puisse effectivement comparer, au plan international, les données avec celles issues d'enquêtes sur le tabagisme réalisées dans d'autres pays, sans que cela ne crée une surcharge additionnelle pour les systèmes nationaux de surveillance (10).

16. Il est recommandé que les États Membres envisagent d'inscrire la détection de la consommation du tabac ainsi que des services d'accompagnement psycho-social de courte durée à la cessation du tabagisme dans leurs systèmes de soins primaires de santé et qu'ils envisagent également des solutions plus complexes à d'autres niveaux pour les cas d'accoutumance grave.

17. Compte tenu des positions divergentes dans diverses tribunes internationales, par exemple au sein de l'OMC et de l'OMS, on rappelle aux États Membres qu'il n'existe pas d'incompatibilité entre l'application de la Convention-cadre de l'OMS et les traités sur le commerce (11). De même, il est recommandé qu'ils envisagent la possibilité de ne pas inclure le tabac dans les futurs accords commerciaux.

18. Compte tenu de l'incidence de la lutte antitabac sur les maladies chroniques non transmissibles,⁴ il est recommandé aux États Membres d'envisager d'inscrire la question de la lutte antitabac aux programmes pays de tous les organismes des Nations Unies ainsi qu'à tous les projets inscrits aux plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) (12, 13).

Intervention du Conseil directeur

19. Il est demandé au Conseil directeur de prendre note du présent rapport intérimaire.

Bibliographie

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 29 septembre - 3 octobre 2008 ; Washington (DC), E-U A. Washington, D.C. : OPS, 2010 (résolution CD48.R2) [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48.r2-f.pdf>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement de la capacité des États Membres pour mettre en œuvre les dispositions et les directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 27 septembre - 1^{er} octobre 2010 ; Washington (DC), E-U A. Washington, D.C. : OPS, 2010 (résolution CD50.R6) [consulté le 3 mars 2013]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-f.pdf>.
3. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 [Internet]. Genève (Suisse). Genève : OMS ; 2010 [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/index.html.
4. Monteiro CA, Cavalcante TA, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Preuve dans la population d'une forte baisse de la prévalence du tabagisme au Brésil (1989-2003). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2007, 85:527-534 [consulté le 4 mars 2013]. Résumé disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/7/06-039073-ab/fr/index.html>.

⁴ À titre de suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles et en application de la résolution du Conseil économique et social (ECOSOC) adoptée en juillet 2012

5. Abascal W., Esteves E., Goja B., González Mora F., Lorenzo A., Sica A., Triunfo P., Harris JE. Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis. *The Lancet* [online] 2012 Nov (Vol. 380, Issue 9853, pg 1575-1582) DOI: 10.1016/s0140-6736(12)60826-5 [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60826-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60826-5/abstract).
6. Ferrante D, Linetzky B, Virgolini M, Schoj V, Apelberg B. Reduction in hospital admissions for acute coronary syndrome after the successful implementation of 100% smoke-free legislation in Argentina: a comparison with partial smoking restrictions. *Tobacco Control* 2011; 21;402-406.
7. Sebrié EM, Sandoya E, Hyland A, Bianco E, Glantz SA, Cummings KM. Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tobacco Control* 2012: PMID 22337557 [Epub ahead of print].
8. Organisation mondiale de la Santé. Gender, women, and the tobacco epidemic [Internet]. Eds. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon. Genève (Suisse). Genève : OMS; 2012 [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html.
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Youth and Tobacco in the Americas: Results from the Global Youth Tobacco Survey 2000-2010 [Internet]. Washington (DC), É-U A. Washington, D.C. : OPS, 2012 (brochure) [consultée le 4 mars 2013]. Disponible sur : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1371&Itemid=1231&lang=fr.
10. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco questions for surveys: a subset of key questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS) [Internet]. 2nd Edition. Atlanta (GA), US. Atlanta, GA: United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2011 [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.who.int/tobacco/surveillance/tqs/en/index.html>.

11. Organisation mondiale de la Santé. Confronting the tobacco epidemic in a new era of trade and investment liberalization [Internet]. Geneva (Switzerland). Genève (Suisse). Genève : OMS ; 2012 [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : http://www.who.int/tobacco/publications/industry/trade/confronting_tob_epidemic/en/index.html
12. Nations Unies. Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. Assemblée générale des Nations Unies, soixante-sixième session ; 19-20 septembre 2011 ; New York (NY), États-Unis. ONU ; 2011 (projet de résolution A/RES/66/2) [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/ga/ncdmeeting2011/documents.shtml>.
13. Naciones Unidas. Proyecto de resolución presentado por el Vicepresidente del Consejo, Luis Alfonso de Alba (México), sobre la base de consultas oficiosas. Coherencia en la labor de control del tabaco a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas [Internet]. Conseil économique et social des Nations Unies, session de fond 2012 ; 2-27 juillet 2012 ; New York (NY), États-Unis. New York : ECOSOC ; 2012 (document E/2012/L.18) [consulté le 4 mars 2013]. Disponible en espagnol sur : <http://www.un.org/es/ecosoc/docs/insessiondocs.shtml>.

E. PLAN D'ACTION SUR L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Antécédents

1. *La Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et à la santé publique*, (document CD50/18, Rév. 1 et résolution CD50.R2 [2010]) (1, 2) et son *Plan d'action* (document CD51/9 et résolution CD51.R7 [2011]) (3, 4) approuvés par le Conseil directeur de l'OPS, de forme complémentaire à la *Stratégie et Plan d'action sur la santé mentale* de 2009 (5, 6) et la *Stratégie hémisphérique sur les drogues* (OEA/CICAD, 2010)¹ (7) forment la base de la coopération technique pour aborder cette problématique en termes de santé publique dans la Région.

2. Lors de la 43^e Assemblée générale de l'Organisation des États Américains (OEA), qui s'est tenue au Guatemala en juin 2013, les États Membres ont approuvé la « Déclaration d'Antigua Guatemala » (8), qui met en relief le rôle de la santé publique au titre d'une approche intégrale pour réagir au problème mondial de la drogue.

Rapport de situation

3. Les États Membres ont fait des progrès dans la reconnaissance de l'impact de l'usage de substances psychoactives sur la santé de la population (7-10). Toutefois, dans de nombreux pays, ces progrès ne se sont pas traduits par l'élargissement et l'amélioration des services, car un écart important persiste au niveau du traitement. Les soins de santé primaires ont encore un rôle très limité dans l'identification précoce, le traitement et l'orientation des personnes ayant des problèmes d'abus de substances. Les services spécialisés sont rares et dans de nombreux cas utilisent des modèles thérapeutiques inappropriés ou de mise en institution.

4. L'OPS a fourni une coopération technique directe aux pays, et également dans le cadre d'initiatives régionales et infrarégionales formulées par l'OEA, le Système d'intégration centraméricaine (SICA) et la Réunion du secteur santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD)² (10, 11).

¹ Approuvée en mai 2010 par la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus de drogues de l'Organisation des États Américains (OEA/CICAD).

² Sommet des Présidents d'Amérique centrale SICA : « Nouvelles routes contre le narcotrafic » (Guatemala, 2012); Sommet des Présidents et Chefs d'État (Cartagena, 2012) ; accord sur les « Progrès dans les soins intégraux des addictions dans les SSP », adopté à la XXVIII RESSCAD, (République dominicaine 2012) ; Rapport sur le problème des drogues dans les Amériques (OEA, 2013) ; dixième Forum hémisphérique avec la société civile et les acteurs sociaux (OEA, 2013); 43^e Assemblée générale de l'OEA (Guatemala, 2013 ; « Déclaration d'Antigua Guatemala » (Guatemala, 2013).

5. À titre d'exemple de coopération avec les pays, au Costa Rica, Guatemala et Panama des ateliers nationaux ont été organisés avec l'appui de l'OPS et la participation de ministères de la santé, organismes nationaux antidrogues, ainsi que des représentants de la société civile, pour renforcer l'approche de santé publique dans les plans nationaux, et en particulier le rôle des ministères de la santé.
6. L'OPS a entrepris une révision systématique de l'efficacité des interventions de santé publique destinées à la problématique de l'usage de substances,³ qui sera publiée et présentée avant la fin de l'année en cours.
7. Elle a participé à des groupes d'experts avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) (12), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁴ et le Programme de coopération entre l'Amérique latine et l'Union européenne des politiques sur les drogues (COPOLAD) (13).
8. Les cours développés par l'OPS sur les interventions brèves (14) et les politiques sur les drogues (15) sont à la disposition des États Membres à travers le Campus virtuel de santé publique. De plus, un cours sur l'intégration de services au niveau des soins de santé primaires⁵ a été développé en collaboration avec COPOLAD.
9. Un mémorandum d'entente a été signé entre l'OPS et la Commission interaméricaine pour la lutte contre l'abus de drogues (CICAD) de l'OEA,⁶ qui constitue une importante alliance stratégique qui servira à appuyer des actions concertées au niveau des pays entre les Commissions nationales antidrogues et le secteur de la santé. Également l'application de la stratégie régionale et du plan d'action est stimulée avec COPOLAD⁷ et des organisations de la société civile qui abordent le thème au niveau national et régional.⁸

³ Rapport en cours de préparation.

⁴ Guides d'interventions liées à l'utilisation de substances psychoactives et les troubles associés pendant la grossesse (OMS). En préparation.

⁵ Cours virtuel "Sistema integral e integrado de atención social y sanitaria en drogodependencias desde la atención primaria", dirigé par l'OPS en collaboration avec COPOLAD. A la première édition (2012) 59 personnes de 14 pays ont assisté au cours (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Guatemala, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou et Uruguay). La deuxième édition est en cours de préparation.

⁶ Outre le mémorandum, l'OPS a participé à la préparation du « Rapport sur le problème des drogues dans les Amériques », a organisé avec CICAD la Journée internationale de la lutte contre l'usage indu et le trafic illicite de drogues et a travaillé dans les groupes d'experts sur les systèmes d'information, d'intégration sociale et alternatives de traitement sous supervision judiciaire.

⁷ L'OPS participe aux composantes de COPOLAD liées à la formation de ressources humaines, au développement de la recherche et au renforcement des systèmes d'information.

⁸ Centres d'intégration juvénile (CIJ) du Mexique, le Réseau ibéro-américain d'organisations qui travaillent sur les drogues RIOD, l'Association civile « Intercambios » en Argentine, entre autres.

Mesures recommandées pour améliorer la situation

10. L'OPS doit intensifier les efforts pour appuyer les États Membres dans l'approbation ou la révision de leurs politiques et plans, ainsi que des lois sur les drogues qui comportent l'approche de santé publique et promeuvent le respect des droits de l'homme.

11. L'OPS et ses États Membres doivent entreprendre une initiative concertée de développement des capacités pour renforcer une réponse intégrée pour les usagers de substances psychoactives dans les systèmes de santé et de la protection sociale. L'OPS doit faciliter les mécanismes d'échange des expériences entre les États Membres.

12. Les États Membres doivent orienter l'affectation des ressources sur la base des besoins identifiés, en accordant une attention particulière aux groupes à haut risque tels que le sont la population indigente, les prisonniers, les travailleurs du sexe, les usagers de drogues injectables, les enfants et les adolescents.

13. L'OPS et ses États Membres doivent continuer à travailler au renforcement des systèmes d'information et de surveillance, à l'amélioration de l'information épidémiologique, à l'augmentation de la couverture d'enquêtes auprès des populations marginalisées et autres groupes vulnérables et à l'utilisation de l'approche des déterminants sociaux pour l'analyse des données et des programmes.

14. Avec la participation des États Membres, l'OPS doit actualiser les données sur les programmes, les services et les ressources consacrés dans la Région à la prévention et au traitement des troubles liés à l'usage de substances (16).

Mesure à prendre par le Conseil directeur

15. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de formuler les recommandations qu'il considère opportunes.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010; Washington (DC), États Unis. Washington (DC) ; OPS; 2010 (document CD50/18, Rév 1) [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-f.pdf>

2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010; Washington (DC), États Unis. Washington (DC) ; OPS; 2010 (Résolution CD50.R2) [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur :
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-f.pdf>
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC); OPS ; 2011 (Document CD51/9) [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=fr
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC); OPS ; 2011 (Résolution CD51.R7) [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur :
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15074&Itemid=
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 de septembre au 2 octobre 2009 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC); OPS ; 2009 (document CD49/11) [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur :
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-11-f.pdf>
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC); OPS ; 2009 (Résolution CD49.R17) [consulté le 2 juillet 2013]. Disponible sur :
[http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20\(Fr.\).pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Fr.).pdf)
7. Commission interaméricaine pour la lutte contre l'abus de drogues de l'Organisation des États Américains. Stratégie continentale sur les drogues [Internet]. Quarante-septième période ordinaire de sessions de la CICAD ; 3 mai

- 2010 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC); OEA; 2010 [consulté le 3 juillet 2013]. Disponible sur :
http://www.scm.oas.org/idms_public/FRENCH/hist_10/cpsc04137f06.doc_05/11/2010
8. Organisation des États américains. Déclaration d'Antigua, Guatemala « Pour une politique intégrale face au problème mondial des drogues dans les Amériques » [Internet]. Quarante-troisième session ordinaire de sessions, du 4 au 6 juin 2013 ; Antigua, Guatemala. Antigua ; OEA ; 2013. (Document AG/DEC.73 [XLIII-O/13]) [consulté le 2 juin 2013]. Disponible sur :
<http://scm.oas.org/ag/documentos/Documentos/AG06196F08.doc>
 9. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. World Drug Report 2013 [Internet] United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6. May 2013 ; Vienna, Austria. Viena ; UNODC ; 2013 [consulté le 5 juillet 2013]. Disponible sur :
http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf
 10. Secrétaire général de l'Organisation des États américains. El problema de drogas en las Américas [Internet]. Washington (DC), OEA ; 2013; [consulté le 5 juillet 2013]. Disponible sur :
http://www.oas.org/documents/spa/press/Introduccion_e_Informe_Analitico.pdf
http://www.cicad.oas.org/main/policy/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ES_P.pdf
 11. Organisation panaméricaine de la Santé. Agreements signed at the Meeting of the Health Sector of Central America and the Dominican Republic (RESSCAD) [Internet]. XXVIII RESSCAD ; 5-6 juillet 2012 ; Santo Domingo (République dominicaine) Santo Domingo : OPS ; 2012 [consulté le 8 juillet 2013]. Disponible sur :
http://new.paho.org/resscad/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=289&Itemid=192
 12. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. International Standards on Drug Use Prevention [Internet].Vienna (Austria) ; UNODC ; 2012 [consulté le 8 juillet 2013]. Disponible sur :
<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
 13. Cooperation Programme between Latin America and the European Union on Drugs Policies. What is COPOLAD? [Internet].COPOLAD; 2013 [consulté le 9 juillet 2013]. Disponible sur : <https://www.copolad.eu/en/que-es-copolad>

14. Organisation panaméricaine de la Santé. Curso de Capacitación en el paquete ASSIST-DIT sobre detección temprana, intervenciones breves y derivación a tratamiento [Internet]. Campus Virtual de Salud Pública. Aula virtual. Cursos regionales. OPS ; 2013 [consulté le 8 juillet 2012]. Disponible sur : <http://cursos.campusvirtualsp.org/>
15. Organisation panaméricaine de la Santé. Curso virtual sobre políticas de salud pública en materias de drogas y otras sustancias psicoactivas. 2^a parte : Políticas sobre Drogas y Salud Pública [Internet]. Campus Virtual de Salud Pública. Aula virtual. Cursos regionales. OPS ; 2013 [consulté le 8 juillet 2012]. Disponible sur : <http://cursos.campusvirtualsp.org>
16. Organisation mondiale de la Santé. ATLAS on substance use 2010. Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. WHO, Geneva, 2010. [Consulté le 31 juillet 2013]. Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html

F. PLAN RÉGIONAL SUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS

Introduction

1. Le *Plan régional sur la santé des travailleurs* ([résolution CD41.13, 1999](#)) a été conçu pour relever les défis que le développement sur les plans politique, social, économique et du travail a posés pour la force de travail durant les années 90. Au niveau national, son application a produit de nombreux résultats empreints d'une grande irrégularité en raison du fait que l'on n'a pas reconnu la fonction importante que cette force de travail exerce en tant que moteur essentiel d'un développement humain durable. Aujourd'hui, on confronte l'obstacle consistant à donner la priorité à la protection de la santé, sachant qu'une force de travail en bonne santé et dont les conditions d'emploi sont satisfaisantes est généralement productive sur les plans social, économique et individuel (1). Si le Plan a effectivement été révisé et adapté par le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) tout au long de ses 13 années d'existence, il est urgent d'envisager et de tracer de nouvelles voies à la lumière de la problématique complexe à laquelle la force de travail de la Région se trouve actuellement confrontée. C'est la raison pour laquelle le présent rapport décrit le contexte historique de la question, résume les résultats obtenus à ce jour, explique la conjoncture globale et les écarts constatés entre les travailleurs sur le plan sanitaire et sollicite l'appui du Comité exécutif dans la perspective d'un nouvel examen.

Antécédents

2. Le Plan est surgi du lancement du concept de « développement durable » au cours du Sommet « Planète Terre », un concept qui prévoyait la nécessité de protéger la santé et la sécurité dans le travail ([CNUED, 1992](#)), et de la Conférence panaméricaine sur la santé et l'environnement dans le développement durable ([OPS, 1995](#)). Il s'inspire des mandats établis par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en matière de santé des travailleurs (résolution [CSP23.R14, 1990](#)), la *Déclaration sur la santé pour tous au travail* ([OMS, 1994](#)) et la *Stratégie mondiale de santé au travail pour tous* ([OMS, 1995](#); résolution [WHA49.12](#)).

3. La nouvelle conception du *Plan d'action mondial : pour la santé des travailleurs 2008-2017* ([résolution WHA60.26, 2007](#)) et les décisions du Secrétariat de l'OMS et du Réseau mondial des Centres collaborateurs ([OMS/CC](#)) ont formé le contexte dans lequel, en 2012, il a été convenu de concentrer les travaux sur sept priorités globales (2, 3), auxquelles l'OPS contribue en fonction des besoins de la Région. L'annexe présente les pierres angulaires qui marquent l'origine et l'exécution du Plan.

4. Les objectifs du Plan ont été atteints au moyen de la réalisation d'activités dans quatre secteurs programmatiques : a) Qualité des lieux de travail, b) Politiques et

législation, *c*) Promotion de la santé des travailleurs et *d*) Services intégrés de santé des travailleurs (4). C'est sur ces fondations que le Bureau a fourni une coopération technique aux pays, en s'appuyant sur le Réseau des Centres collaborateurs pour la santé des travailleurs et en forgeant des partenariats stratégiques avec la Conférence interaméricaine des ministres du travail de l'Organisation des États Américains ([CIMT/OEA](#)), l'Organisation internationale du Travail (OIT), la Commission internationale de la Santé au Travail ([ICOH](#)) et l'Alliance nationale pour les travailleurs hispano-américains des États-Unis.

5. Les résultats du Plan ont été évalués en 2006 au moyen d'une enquête conçue à cet effet et d'autres sources d'information disponibles dans les pays (5) et publiées en partie dans l'édition 2007 du rapport *Health in the Americas* ([OPS, 2007](#)).

Situation actualisée

6. La population de la Région et la population économiquement active (PEA) (entre 15 et 65 ans) ont augmenté de 781 à 954 millions et de 351 à 468 millions de 1996 à 2011, respectivement (6, 7). Près de 60,2 % (283 millions) habitent en Amérique latine et dans les Caraïbes et 39,5 % (185 millions) en Amérique du Nord. Les conditions d'emploi (salaires, chômage, protection sociale, entre autres) et de travail (dangers et risques sur le lieu de travail), qui sont considérées comme des déterminants sociaux de la santé (8) ont subi au cours des 15 dernières années une mutation en raison des processus de changement survenus dans le monde du travail (9), causant parmi les travailleurs de multiples inégalités sur le plan de la santé.

7. Selon l'OIT (10), en 2011, les pays ci-après recensaient les plus forts taux d'emploi informel et le plus grand nombre de personnes dans le secteur informel : Bolivie, Équateur, El Salvador, Honduras, Paraguay, Pérou et Nicaragua. L'expansion du travail précaire dans la région a fragilisé les relations d'emploi et touché la vie quotidienne au travail (11) ; elle pourrait également avoir touché la santé des travailleurs (12).

8. Figurent, au nombre des problèmes graves : *a*) le travail des enfants (13), dont les formes les plus dangereuses se retrouvent en majorité dans le secteur informel de l'économie (agriculture : 60 %, services : 26 %, et industrie : 7 % ; ainsi que les secteurs de l'extraction minière, des pêches et du travail ambulant) (14), *b*) le travail forcé, perçu comme des pratiques abusives de semi-esclavage, de servitude ou d'exploitation par le travail, est passé de 1,3 à 1,8 million de personnes en 2012 dans la région Amérique latine et Caraïbes (15, 16), *c*) les inégalités dans le travail des femmes (17) et *d*) les populations exclues comme les autochtones, les personnes âgées et les populations rurales en général, qui ne sont pas couvertes par la sécurité sociale (18).

9. Les inégalités des conditions de travail révélées dans une analyse réalisée par l'OPS sur la base d'enquêtes effectuées en Argentine, au Chili, en Colombie, au Guatemala et au Nicaragua indiquent une persistance à l'exposition aux dangers sur le lieu de travail avec des degrés différents de fréquence et d'intensité et sans contrôle (19), ce qui porte considérablement atteinte à la santé des travailleurs. Selon des estimations s'appuyant sur des chiffres provenant de seize pays de la Région sur la population couverte par les assurances contre les risques du travail, en 2007, au moins 7,6 millions d'accidents du travail se sont produits, avec une fréquence d'environ 20 825 accidents du travail/jour (19). Pour l'année 2009, l'on estime qu'environ 11 343 accidents du travail mortels ont eu lieu, dont 5 232 en Amérique latine et dans les Caraïbes et 6 107 aux États-Unis d'Amérique et au Canada. Toutefois, ces chiffres ne sauraient refléter un panorama régional complet pour deux raisons : ils ne tiennent pas compte de la population non couverte par les systèmes de sécurité sociale et l'on constate un sous-enregistrement important de ces cas.

10. L'OIT estime que 2,34 millions de décès se produisent sur le lieu de travail (20), dont seuls 321 000 cas sont causés par des accidents du travail. Les autres cas (86 %) sont attribuables aux maladies professionnelles. Selon l'OMS, on constate chaque année environ 160 millions de cas non mortels de maladies professionnelles (21). Quant aux estimations de l'OPS, qui s'appuient sur des données concernant la population assurée dans 9 pays de la Région (19), elles indiquent qu'en 2009, 281 389 cas se seraient produits en moyenne. Dans la Région, le taux de déclaration effectif des maladies professionnelles n'atteindrait que 1 % à 5 % (19) en raison de plusieurs facteurs, dont la couverture limitée (< 30 %) des régimes d'assurance-maladie et de protection contre les risques du travail, les services sanitaires et de santé au travail, la croissance du secteur informel et la non-visibilité des travailleurs ruraux et enfin, les lacunes observées dans les pays sur le plan des systèmes de surveillance, de dépistage et d'enregistrement des maladies professionnelles.

11. L'Étude 2010 sur le fardeau mondial des maladies (22) permet de constater que le plus grand risque de décès parmi les groupes de personnes âgées de 15 à plus de 80 ans demeure l'accident de travail (plus répandu chez les hommes jeunes, bien que l'on remarque ce phénomène chez les personnes de plus de 65 ans) ainsi que l'exposition aux asthmogéniques chez les hommes et les femmes de 15 à 35 ans. Les décès par exposition à des substances cancérigènes et des particules en suspension sur le lieu de travail se retrouvent chez les deux sexes et dans les tranches d'âge inférieures et supérieures et par exposition aux particules parmi les hommes et les femmes de plus de 40 ans ; ces chiffres démontrent un temps de latence important dans les maladies chroniques dues à l'exposition prolongée aux dangers sur le lieu de travail. Au nombre des facteurs de risque les plus fréquents pour les maladies professionnelles, l'Observatoire mondial du fardeau des maladies de l'OMS (23) a considéré les particules inhalées, les substances cancérogènes, les stressseurs ergonomiques, le bruit et les accidents du travail.

12. La situation actuelle indique que, malgré les avancées réalisées par le Plan tout au long de ces années, l'on continue de constater des écarts qui causent des difficultés importantes et inquiétantes pour les pays qui souhaitent surmonter les inégalités entre les travailleurs sur le plan sanitaire. Ce sont les systèmes de santé qui assument le fardeau et les dépenses de prestation de services de santé aux travailleurs des secteurs formel et informel résultant des soins administrés pour lutter contre les maladies professionnelles qui demeurent invisibles en raison du manque de diagnostics et d'un taux de déclaration inadéquat.

13. La situation précitée exige que l'on positionne et privilégie la question de santé des travailleurs dans les programmes des gouvernements des États Membres, en particulier dans les ministères de la Santé. Il importe de renforcer leur leadership dans l'élaboration de politiques et programmes de prévention et de protection de la santé des travailleurs, d'élargir l'offre de soins de santé et de donner une couverture universelle aux travailleurs au moyen de la prestation de soins primaires de santé. Le renforcement des capacités institutionnelles permettra de mieux répondre aux besoins et de combler les écarts dans l'état de santé des travailleurs pour que le lieu de travail soit salubre, sûr, digne et productif.

Mesures recommandées pour améliorer la situation

14. Étant donné que la portée du plan n'est pas homogène et que celui-ci n'a pas atteint tous les pays de la Région, il est nécessaire de proposer et de développer de nouvelles initiatives permettant d'épauler les États Membres et de définir de nouvelles priorités opérationnelles, de sorte que le secteur sanitaire assume une position de chef de file en matière de prestation de services de prévention et d'administration de soins ; il importe également de le renforcer et de le doter d'instruments, de méthodes et de connaissances d'avant-garde pour accomplir l'objectif qui consiste à protéger la vie et la santé des travailleurs.

15. Tout ce qui précède illustre la nécessité de réorienter le Plan de sorte que le Bureau sanitaire panaméricain soit en mesure de réagir efficacement et effectivement pour appuyer les États Membres à la recherche de solutions face aux inégalités entre les travailleurs en matière de santé et aux besoins des pays en matière d'aide technique.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

16. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et d'envisager l'option consistant à soumettre un nouveau Plan pour la santé des travailleurs 2014-2019 à l'examen des organes directeurs, de manière à relever les nouveaux défis mondiaux, régionaux et nationaux, tout en étant en harmonie avec le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

Références

1. Benach J & Muntaner C. Mercados de trabajo y estados de bienestar: una perspectiva de país. Cap. 6. *in* Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Primera edición: Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 2012.
2. Organisation mondiale de la Santé. Meeting Report. Ninth Meeting of the Global Network of WHO Collaborating Centres for Occupational Health (CCs); 15 et 16 mars 2012; Cancún, Mexique. Genève : OMS; 2012. Avant-projet de document de travail non publié. Document disponible sur demande.
3. Organisation mondiale de la Santé. Global Master Plan (GMP) for implementing the global plan of action on workers' health 2012-2017 by WHO and its collaborating centres (CCs) in occupational health. Genève : OMS; 2012. Avant-projet de document de travail non publié. Document disponible sur demande.
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Compte rendu de l'atelier sur le plan régional de santé des travailleurs ; 6 et 7 mai 1999 ; Washington (DC), États-Unis. Washington, D.C. : OPS ; 1999.
5. Rodríguez J, Piedrahita H & Muñoz J. Actualización, edición y traducción de los logros y avances del Plan Regional de Salud de los Trabajadores de la OPS 1995-2006. Document de travail. Washington, D.C. : Organisation panaméricaine de la Santé ; 2006.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan regional en salud de los trabajadores [Internet]. Tennessee, Maritza (Editora). Washington, D.C. : OPS ; 2001 [consulté le 30 novembre 2012]. Disponible sur : http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamplanreg.pdf.
7. Bureau international du travail. Economically active population, Estimates and projections (6th edition, October 2011) [Internet]. Département de statistique de l'OIT. Genève : OIT ; 2011 [consulté le 26 avril 2012]. Disponible sur : http://laborsta.ilo.org/applv8/data/EAPEP/eapep_E.html
8. Benach J & Muntaner C. Mercados de trabajo y estados de bienestar: una perspectiva de país. Cap. 6. *in* Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Primera edición. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 2012.
9. Organisation internationale du Travail et Organisation mondiale du commerce. Mondialisation et emploi informel dans les pays en développement. Étude conjointe du Bureau international du Travail et du Secrétariat de l'Organisation mondiale du commerce [Internet]. Genève : OMC; 2009 [consulté en mars 2012]. Disponible sur : http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2009/109B09_249_fren.pdf.

10. Organisation internationale du Travail. Statistical update on employment in the informal economy. Département de statistique de l'OIT [Internet]. Genève : OIT ; juin 2012 [consulté en mars 2012]. Disponible sur : http://laborsta.ilo.org/applv8/data/INFORMAL_ECONOMY/2012-06-Statistical%20update%20-%20v2.pdf.
11. Solar, O., Bernales, P., González, M. e Ibañez, C. Precariedad laboral y salud de los trabajadores y trabajadoras de Chile. Las inequidades en la salud de los trabajadores y trabajadoras desde una perspectiva de género. Análisis epidemiológico avanzado para la primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida (ENETS 2009-2010) [Internet]. Ministère de la Santé du Chili : Santiago; 2011 [consulté le 19 décembre 2012]. Disponible sur : http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2012/07/PRECARIEDAD_BAJA.pdf.
12. Solar, O. Construction propre, inspirée de la base de données de l'Enquête nationale sur l'emploi, le travail, la santé et la qualité de vie (ENETS 2009-2010). Ministère de la Santé du Chili. Consultation pour l'OPS, Novembre 2011. Document de travail disponible sur demande.
13. Yacouba Diallo, Frank Hagemann, Alex Etienne, Yonca Gurbuzer et Farhad Mehran. Évolution du travail des enfants au niveau mondial : Évaluation des tendances entre 2004 et 2008 [Internet]. Organisation internationale du Travail ; Programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC). Genève : OIT; 2011 [consulté en mars 2012]. Disponible sur : <http://www.ilo.org/ipecinfo/product/viewProduct.do;jsessionid=a0addb0b38b9c54cdd b14c260161b2aae1c6f598f63d36eb98a7dc1514abd552.e3aTbhULbNmSe34RbNeRaNaMchr0?productId=16996>.
14. Pinzon-Rondon Angela Maria, Koblinsky Sally A., Hofferth Sandra L., Pinzon-Florez Carlos E., Briceno Leonardo. Work-related injuries among child street-laborers in Latin America: prevalence and predictors [Internet]. *Rev Panam Salud Publica*. 2009 Sep; 26(3): 235-243 [consulté en avril 2012]. Disponible sur : http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000900008&lng=en.
15. Organisation internationale du Travail. Chapitre 1. Le concept de travail forcé : questions émergentes. *in* Le coût de la coercition. Rapport global en vertu du suivi de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail [Internet]. Conférence internationale du Travail, 98^e session ; du 3 au 19 juin 2009 ; Genève (Suisse). Genève : OIT ; 2009 [Rapport I (B)] dans les langues suivantes :

allemand, arabe, chinois, espagnol, français, anglais, portugais et russe [consulté en mars 2012]. Disponible sur :

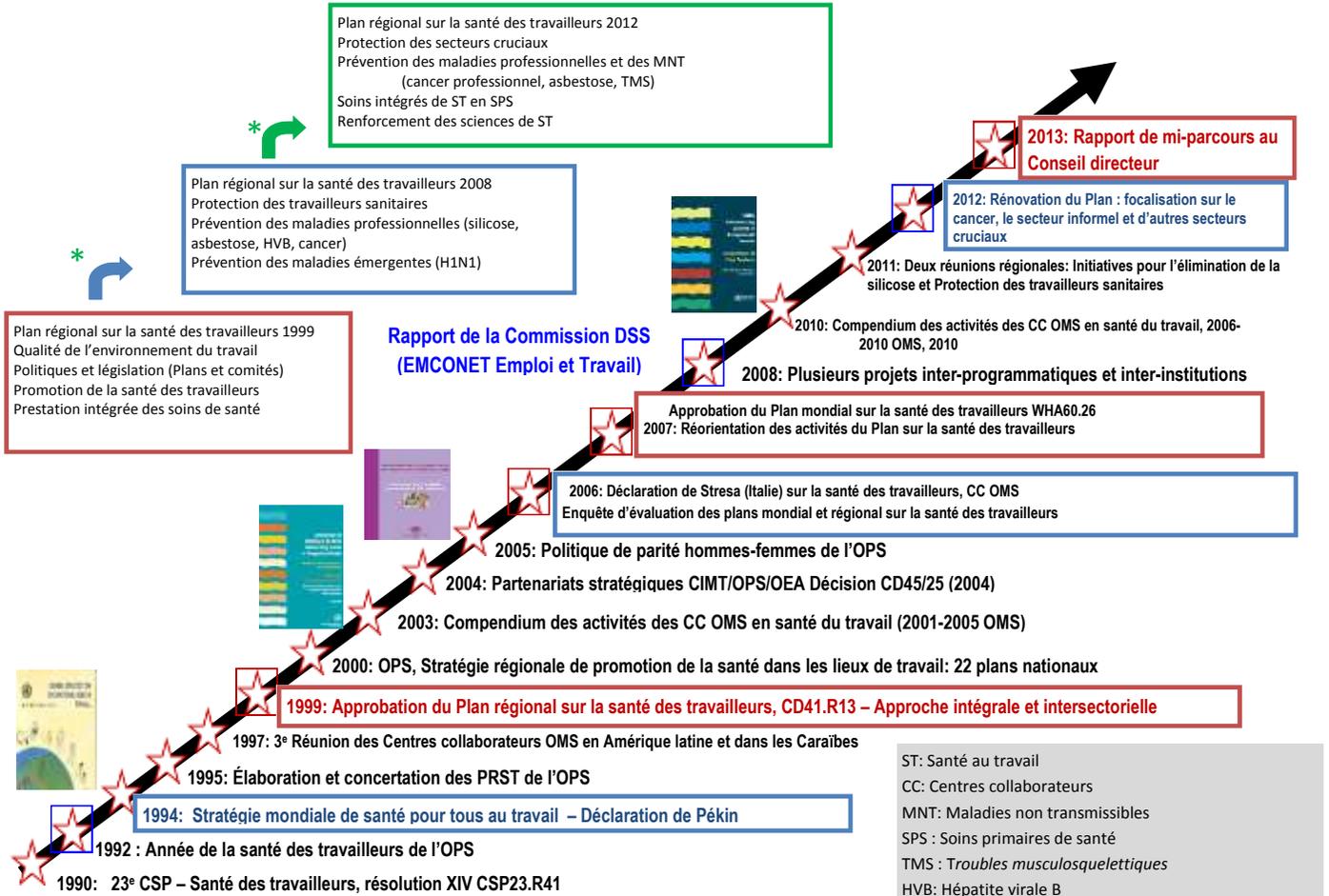
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_106270.pdf.

16. Organisation internationale du Travail. Estimation du travail forcé dans le monde. Résumé [Internet]. Programme d'action spécial du BIT pour combattre le travail forcé (SAP-FL), Programme pour la promotion de la Déclaration relative aux principes et droits fondamentaux au travail. Genève : OIT ; 2012 [consulté en mars 2012]. Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_182009.pdf.
17. Stelman J, Mejía P. Women, work and health in Latin America. University of Columbia. Oral presentation. In: Proceedings of the 2nd Hispanic Forum. California; 2001. Document disponible sur demande.
18. Organisation internationale du Travail. Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive. Rapport du groupe consultatif sur le Socle de protection sociale [Internet]. Genève : OIT ; 2011. [consulté en novembre 2012] Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_176520.pdf.
19. Solar, O. Proporción de trabajadores expuestos a diferentes peligros: Análisis de encuestas de Condiciones de Trabajo, Salud y Seguridad Ocupacional de Argentina, Colombia, Chile, Guatemala y Nicaragua. Estimaciones para determinar la carga de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en 2011 en dieciséis países de las Américas. Document de travail. Consultoría de la OPS. Santiago (Chili); 2011. Document disponible sur demande.
20. Organisation internationale du Travail. La prévention des maladies professionnelles [Internet]. Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail ; 28 avril 2013 Genève (Suisse). Genève : OIT ; 2013 [consulté le 4 avril 2013]. Disponible sur : http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209553.pdf.
21. Fingerhut M, Nelson DI, Driscoll T, Concha-Barrientos M, Steenland K, Punnett L, Prüss-Ustün A, Leigh J, Corvalan C, Eijkemans G, Takala J. The contribution of occupational risks to the global burden of disease: summary and next steps. *Med Lav*. 2006 Mar-Apr;97(2):313-21.
22. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the

Global Burden of Disease Study 2010 [Internet]. *The Lancet*. 2012 Dec 15; 380(9859):2224-2260 [consulté le 4 mars 2013]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>.

23. Organisation mondiale de la Santé. Global estimates of occupational burden of disease [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 5 mars 2013]. Disponible sur : <http://apps.who.int/gho/data/#>
http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/global/occrf2004/en/index.html.

Annexe. Pierres angulaires de l'évolution du Plan régional sur la santé des travailleurs de l'OPS



* Les activités du Plan ont changé au fil des ans en fonction de la conjoncture sociale, politique et économique de la Région.

G. VERS L'ÉLIMINATION DE L'ONCHOCERCOSE (CÉCITÉ DES RIVIÈRES) AUX AMÉRIQUES

Antécédentes

1. L'onchocercose est une infection causée par le parasite *Onchocerca volvulus*, transmis à l'homme par les piqûres de mouches *Simulium*. La maladie provoque des démangeaisons, des malformations dermatologiques, la perte de la vision et la cécité. La prévalence et l'intensité de la microfilarémie augmente significativement avec l'âge, mais aucune association n'a été trouvée avec le sexe des personnes concernées (1, 2).

2. L'onchocercose est endémique dans 13 foyers situés dans six pays des Amériques (Brésil, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique et Venezuela). Elle a diminué, passant d'environ 1,6 millions de personnes exposées au risque d'infection et de cécité en 1996 (3) à 379.234 en 2013 (voir l'annexe A).

3. En 1991, le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté la [résolution CD35.14](#) sur l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques. L'élimination devrait également être possible grâce aux donations de médicaments en quantités suffisantes et dans le laps de temps préconisé, annoncées par le [programme de donations d'Ivermectina](#) en 1987. En 1993, le [Programme d'élimination de l'onchocercose dans les Amériques](#) (OEPA, pour son sigle en anglais) a été créé avec le soutien de l'OPS pour réunir les efforts des partenaires et des organismes associés afin d'atteindre l'objectif d'élimination et fournir une assistance technique et financière aux programmes nationaux. L'objectif a été réaffirmé dans les résolutions [CD48.R12](#) (2008) et [CD49.R19](#) (2009) dans lesquelles 2012 a été déclarée l'année pour atteindre l'objectif d'éliminer la morbidité oculaire et interrompre la transmission dans la Région.

4. En 2013, ce rapport d'étape présente aux Organes directeurs de l'OPS les avancées et expose les défis qui doivent être surmontés pour atteindre l'objectif fixé pour la Région et les résultats obtenus jusqu'ici.

Réalisations

5. La cécité causée par l'onchocercose est considérée comme éliminée dans la Région des Amériques depuis 1995, car aucun nouveau cas n'a été signalé depuis. Suite à l'initiative régionale, en 2013, 184.310 personnes ne sont plus considérées à risque en raison de l'élimination de la maladie des sept foyers énumérés à l'annexe B, avec 20.495 personnes de la zone Yanomami, entre le Brésil et le Venezuela, susceptibles de pouvoir bénéficier d'un traitement et 354.207 personnes qui vivent dans des zones de surveillance post-traitement (annexe B). La transmission de l'onchocercose a été éliminée dans sept foyers et elle a été interrompue dans quatre autres foyers. Ainsi, l'administration massive

de médicaments (annexes A, B et C) a été suspendue dans ces 11 foyers et l'objectif fixé par la résolution CD48.R12 a été atteint.

6. La Colombie est le premier pays dans les Amériques et dans le monde à avoir éliminé la transmission de l'onchocercose. Il a reçu la confirmation officielle délivrée par l'OPS/OMS en juillet 2013. L'Equateur a confirmé que la transmission a été éliminée et a demandé officiellement la vérification de l'OPS/OMS en juillet 2013.

7. Le Guatemala et le Mexique auront complété pour 2014 leurs trois années de surveillance post-traitement (SPT) dans tous leurs foyers et en fonction des résultats des évaluations épidémiologiques, ils pourront demander la vérification de l'OPS/OMS.

8. Le Brésil, dans son foyer de l'Amazonie met en œuvre depuis 2010 le schéma de traitement trimestriel (x4/an) (4) dans les communautés hyper et mésoendémiques pour accélérer le processus d'élimination, tout en continuant le schéma traditionnel (x2/an) dans le reste des communautés. Ces schémas lui permettent de s'approcher de l'objectif d'élimination.

9. Le Venezuela a interrompu la transmission dans deux de ses trois foyers. En 2013, le foyer du Centre-Nord aura accompli trois ans de SPT et il pourrait atteindre la catégorie de maladie éliminée. Et également en 2013, le foyer du Nord -Est a commencé la phase de SPT. Dans le foyer Sud, où la transmission se poursuit toujours, 9.615 personnes au sein de 205 communautés situées dans les zones endémiques Yanomami sont admissibles pour recevoir un traitement. Dans les communautés hyper et mésoendémiques, le Venezuela met en œuvre le schéma trimestriel (x4/an) (4), tout en continuant le schéma de deux tours dans les autres communautés.

10. Les pays ont avancé dans la diffusion des preuves qui soutiennent les réalisations par le biais d'articles scientifiques publiés dans des revues indexées (4-13). Et depuis 1996, les données sont publiées chaque année dans le [Relevé épidémiologique hebdomadaire](#) de l'OMS.

11. Des lignes directrices et des guides élaborés par l'OEPA et la participation de l'OPS ont été adoptés et mis en œuvres par les pays où l'onchocercose est endémique.

Défis

12. La zone Yanomami, située entre le Brésil (foyer Amazonie) et le Venezuela (foyer du Sud), constitue le dernier grand défi pour parvenir à l'élimination de l'onchocercose dans la Région des Amériques, en raison de ses difficultés particulières : a) une population et un territoire divisés par une frontière politique, b) un accès difficile des deux côtés de la frontière (zone de jungle), et c) le nomadisme des communautés

affectées. Par conséquent, la logistique nécessaire pour atteindre cet objectif implique un coût logistique et opérationnel élevé, ce qui rend actuellement difficile la fourniture de soins complets aux communautés et la réalisation de déploiements du traitement requis.

13. S'assurer que les pays, une fois l'interruption de la transmission acquise, *a)* maintiennent des activités de surveillance afin de détecter une recrudescence potentielle (*14*), *b)* documentent le processus et réalisent la demande de vérification de l'OPS/OMS, une fois atteinte l'élimination comme l'a effectué la Colombie et *c)* s'attellent aux défis de la période postélimination constituent d'autres défis.

Prochaines étapes

14. Compte tenu de la situation actuelle, analysée dans ce rapport, les étapes suivantes sont recommandées :

- a) Lancer un appel ferme à l'action coordonnée et binationale dans la zone Yanomami (foyer sud du Venezuela et Amazonie brésilienne) pour la prise de décision au niveau politique dans le but de soutenir la réalisation des actions nécessaires pour parvenir à l'élimination. D'autre part, un plan opérationnel pour les cinq prochaines années devrait être défini et la fourniture du traitement et des soins complets pour garantir la conformité avec l'objectif d'interruption de la transmission en 2015 et l'élimination de l'onchocercose en 2019 (annexe C), dans le cadre de la protection des territoires Yanomami et de l'approche interculturelle devrait être assuré (*15, 16*).
- b) Promouvoir, lors des trois années de SPT, l'adoption de méthodologies éducatives et de participation de la communauté, par l'intégration de programmes de santé publique et le maintien du suivi et de l'évaluation afin de documenter et de soutenir l'objectif d'élimination.
- c) Garder dans la phase post élimination de l'onchocercose, une approche écosystémique en tenant compte des déterminants de la santé et des activités de surveillance, tout en intégrant les activités d'intervention pour traiter d'autres maladies infectieuses négligées et continuer à renforcer l'autonomie, les services de soins primaires et l'approche sectorielle et intersectorielle intégrée (accès aux services de santé, éducation, logement, eau potable et assainissement de base).
- d) Recommander que l'OEPA, avec le soutien de l'OPS/OMS, et en coordination avec les six pays d'endémie, les partenaires et les organismes associés, dirige l'évaluation de l'impact de l'élimination de l'onchocercose dans la Région des Amériques et encourage la publication des leçons apprises pour qu'elles servent de soutien à l'élimination d'autres maladies.

Intervention du Conseil directeur

15. Le Conseil directeur est invité à prendre note du présent rapport d'étape et réaliser les recommandations qu'il jugerait appropriées.

Annexes

Références

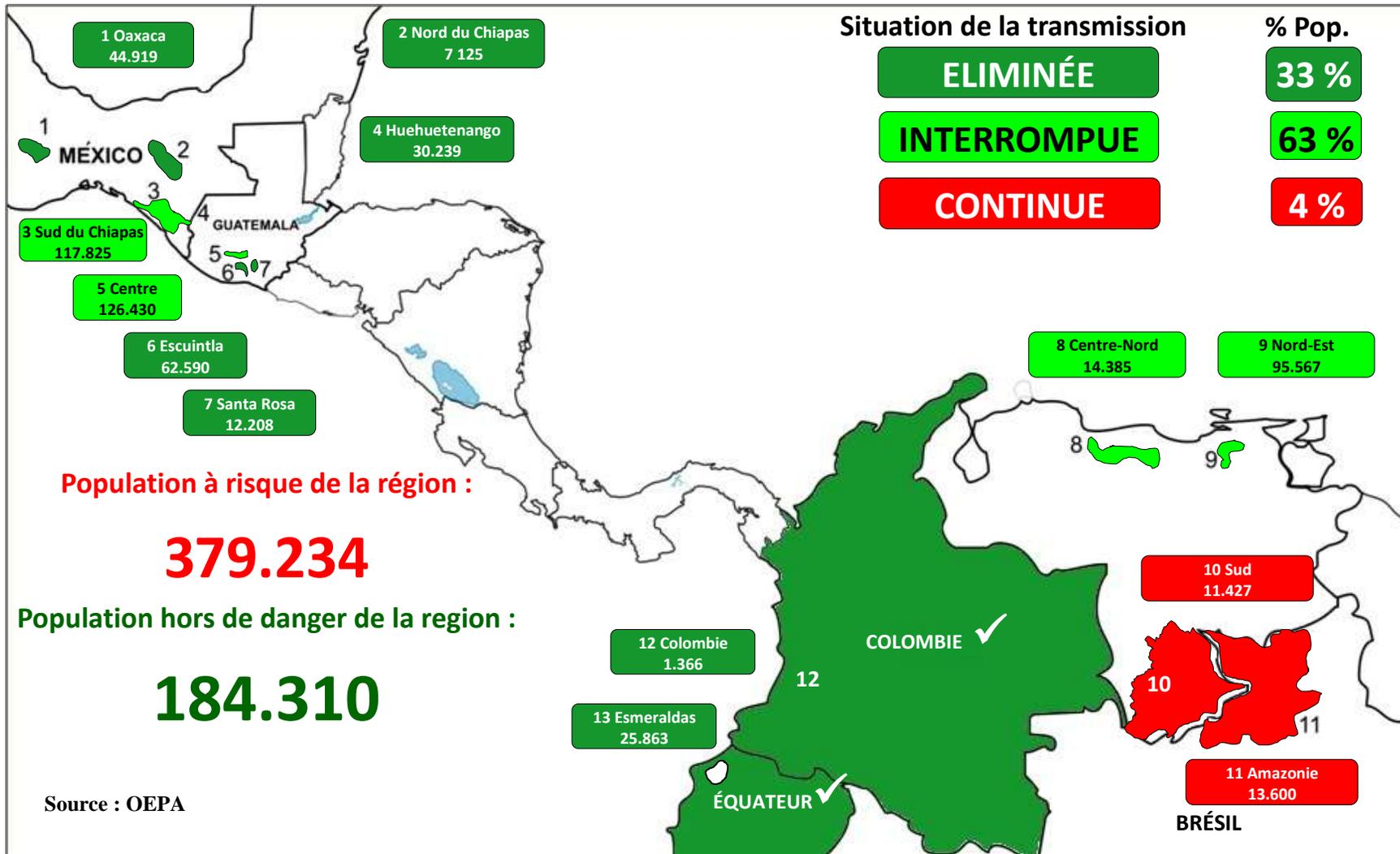
1. Vivas-Martínez S, Basáñez MG, Botto C, Rojas S, García M, Pacheco M, Curtis CF. Amazonian onchocerciasis: parasitological profiles by host-age, sex, and endemicity in southern Venezuela. *Parasitology*. 2000;121(5):513-25.
2. Vivas-Martínez S, Basáñez MG, Grillet ME, Weiss H, Botto C, García M, Villamizar, NJ, Chavasse DC. Onchocerciasis in the Amazonian focus of southern Venezuela: altitude and blackfly species composition as predictors of endemicity to select communities for ivermectin control programmes. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1998;92(6):613-20.
3. World Health Organization. Onchocerciasis, progress towards elimination in the Americas. *Wkly Epidemiol Rec* 1996;71:277-279.
4. Rodríguez-Pérez MA, Lutzow-Steiner MA, Segura-Cabrera A, Lizarazo-Ortega C, Domínguez-Vázquez A, Sauerbrey M, Richards F Jr, Unnasch TR, Hassan HK, Hernández-Hernández R. Rapid suppression of *Onchocerca volvulus* transmission in two communities of the Southern Chiapas focus, Mexico, achieved by quarterly treatments with Mectizan. *Am J Trop Med Hyg*. 2008;79(2):239-44.
5. Cruz-Ortiz N, Gonzalez RJ, Lindblade KA, Richards FO Jr, Sauerbrey M, Zea-Flores G, Dominguez A, Oliva O, Catú E, Rizzo N. Elimination of *Onchocerca volvulus* transmission in the Huehuetenango focus of Guatemala. *J Parasitol Res*. 2012;2012:638429. [Epub 2012 Août 23].
6. Cupp EW, Sauerbrey M, Richards F. Elimination of human onchocerciasis: history of progress and current feasibility using ivermectin (Mectizan®) monotherapy. *Acta Trop*. 2011;120 Suppl 1:S100-8. Epub 2010 Août 27. Revu.
7. Rodríguez-Pérez MA, Unnasch TR, Domínguez-Vázquez A, Morales-Castro AL, Peña-Flores GP, Orozco-Algarra ME, Arredondo-Jiménez JI, Richards F Jr,

- Vásquez-Rodríguez MA, Rendón VG. Interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Oaxaca focus, Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(1):21-7.
8. Rodríguez-Pérez MA, Unnasch TR, Domínguez-Vázquez A, Morales-Castro AL, Richards F Jr, Peña-Flores GP, Orozco-Algarra ME, Prado-Velasco G. Lack of active *Onchocerca volvulus* transmission in the northern Chiapas focus of Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2010;83(1):15-20.
 9. Gonzalez RJ, Cruz-Ortiz N, Rizzo N, Richards J, Zea-Flores G, Domínguez A, Sauerbrey M, Catú E, Oliva O, Richards FO, Lindblade KA. Successful interruption of transmission of *Onchocerca volvulus* in the Escuintla-Guatemala focus, Guatemala. *PLOS Negl Trop Dis.* 2009;3(3):e404. Epub 2009 Mar 31.
 10. Rodríguez-Pérez MA, Lizarazo-Ortega C, Hassan HK, Domínguez-Vásquez A, Méndez-Galván J, Lugo-Moreno P, Sauerbrey M, Richards F Jr, Unnasch TR. Evidence for suppression of *Onchocerca volvulus* transmission in the Oaxaca focus in Mexico. *Am J Trop Med Hyg.* 2008 Jan;78(1):147-52.
 11. Lindblade KA, Arana B, Zea-Flores G, Rizzo N, Porter CH, Dominguez A, Cruz-Ortiz N, Unnasch TR, Punkosdy GA, Richards J, Sauerbrey M, Castro J, Catú E, Oliva O, Richards FO Jr. Elimination of *Onchocercia volvulus* transmission in the Santa Rosa focus of Guatemala. *Am J Trop Med Hyg.* 2007 Août;77(2):334-41.
 12. Vieira JC, Cooper PJ, Lovato R, Mancero T, Rivera J, Proaño R, López AA, Guderian RH, Guzmán JR. Impact of long-term treatment of onchocerciasis with ivermectin in Ecuador: potential for elimination of infection. *BMC Med.* 2007;23;5:9.
 13. Cupp EW, Duke BO, Mackenzie CD, Guzmán JR, Vieira JC, Mendez-Galvan J, Castro J, Richards F, Sauerbrey M, Dominguez A, Eversole RR, Cupp MS. The effects of long-term community level treatment with ivermectin (Mectizan) on adult *Onchocerca volvulus* in Latin America. *Am J Trop Med Hyg.* 2004;71(5):602-7.
 14. Program Coordinating Committee and OEPA staff. Guide to detecting a potential recrudescence of onchocerciasis during the posttreatment surveillance period: the American paradigm. *Research and Reports in Tropical Diseases* 2012;3:21-33.
 15. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos [Internet]. Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1984-1985, Capítulo III, Resoluciones relativas a casos individuales, Resolución No. 7615 (Brasil) 5 de marzo de 1985. Washington (DC), Estados

Unidos. Washington (DC): CIDH; 1985 (document OEA/Ser.L/V/II.66) [consulté le 15 février 2013]. Disponible à l'adresse :
<http://www.cidh.oas.org/annualrep/84.85sp/Brasil7615.htm>.

16. Nations Unies. Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels [Internet]. Assemblée générale des Nations Unies, 21e période de séances, du 20 septembre au 20 décembre 1966, à New York (NY) aux États-Unis. New York: Nations Unies, 1966 (Nations Unies, Recueil des Traités, vol 993, 3 - entrée en vigueur le 3 janvier 1976) [consulté le 15 février 2013]. Disponible à l'adresse :
<http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae6b36c0.html>.

Répartition géographique et statut de la transmission de l'onchocercose dans les Amériques, avril 2013



**État actuel de la morbidité oculaire et de la transmission dans la
Région des Amériques 2013**

Foyer	Communautés endémiques	Population à risque	Population hors de danger	Population sous surveillance post traitement (SPT)	Population pouvant bénéficier d'un traitement	Situation de la transmission
Escuintla-GUA	117		62.590			Éliminée
Santa Rosa-GUA	37		12.208			Éliminée
Nord du Chiapas-MEX	13		7.125			Éliminée
Lopez de Micay-COL	1		1.366			Éliminée
Huehuetenango-GUA	43		30.239			Éliminée
Oaxaca-MEX	98		44.919			Éliminée
Esmeraldas-ECU	119		25.863			Éliminée
Centre-GUA	321	126.430		126.430		Interrompue
Sud du Chiapas-MEX	559	117.825		117.825		Interrompue
Centre-Nord-VEN	45	14.385		14.385		Interrompue
Nord-Est-VEN	465	95.567		95.567		Interrompue
Sud-VEN	10	11.427			9.615	Continue
Amazones-Bré	22	13.600			10.880	Continue
Total	1.850	379.234	184.310	354.207	20.495	

Source : OEPA (pour son sigle en anglais)- Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques.

Chronogramme prévisionnel pour atteindre l'élimination de la transmission de l'onchocercose dans les Amériques par pays endémique

Pays	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Colombie		SPT			2011	✓	L'OMS/OPS a octroyé la vérification sur l'élimination de l'onchocercose à la Colombie en 2013.						
Équateur				SPT			2013	✓	L'Équateur a formellement demandé la vérification de l'élimination à l'OMS/OPS				
Guatemala													
Mexique						SPT			2015				
Brésil													
Venezuela										SPT			2019
		Zone Yanomami											
		Dernière année d'administration massive de médicaments											
		Phase de surveillance post traitement (SPT)											
		Année dans laquelle le pays pourra demander à l'OPS/OMS la vérification de l'élimination de l'onchocercose.											

PCC (pour ses sigles en anglais) : Comité coordinateur du programme

Source : OEPA (pour ses sigles en anglais)- Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques

H. PLAN D'ACTION RÉGIONAL POUR LE RENFORCEMENT DU RECUEIL DES DONNÉES D'ÉTAT CIVIL ET DE SANTÉ

Antécédents

1. Le présent document a pour objet d'informer le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) de l'état d'avancement dans la réalisation des buts établis dans le *Plan d'action régional pour le renforcement du recueil des données d'état civil et de santé* (PEVS) (résolution CD48.R6 [2008]) (1).¹

Rapport d'avancement

2. En ce qui concerne la couverture des naissances (tableau 1), à la moitié du dernier quinquennat (2005-2010)², 17 des 25 pays auraient atteint leur cible de couverture : l'Argentine, les Bahamas, la Barbade, le Belize, le Brésil, le Chili, le Costa Rica, Cuba, les États-Unis d'Amérique, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Pérou, Saint-Vincent-et-Grenadines, Trinité-et-Tobago, l'Uruguay et le Venezuela (12 de ceux-ci l'auraient dépassée). Trois pays (l'Équateur, le Panama et le Paraguay) auraient augmenté leur couverture durant ce quinquennat et pourraient atteindre le but établi à condition de maintenir leurs plans de renforcement en vigueur. La Bolivie, la Colombie, El Salvador, le Guatemala et la République dominicaine auraient diminué leur niveau par rapport à la période antérieure et devraient consentir des efforts particuliers pour atteindre le but.

3. En ce qui concerne la couverture des décès (tableau 2), à la moitié du dernier quinquennat (2005-2010), 11 des 25 pays auraient atteint la cible : l'Argentine, la Barbade, le Belize, le Chili, Cuba, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Mexique, Saint-Vincent-et-Grenadines, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay (les 4 derniers l'auraient dépassée). Les Bahamas, le Brésil, El Salvador, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay et

¹ À cette occasion, seules sont présentées les données relatives à la couverture des naissances et décès car les efforts consentis pour renforcer les systèmes d'information en santé (SIS) durant le quinquennat 2008-2013 se sont attachés à ces événements, lesquels constituent la principale source de données présidant à l'élaboration de la plupart des indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement. Pour ces deux événements, le but établi dans le PEVS est la réalisation, entre 2005 et 2013, des résultats ci-après : les pays dépassant 90 % de couverture devraient au moins maintenir ce chiffre ; les pays dont la couverture se situe entre 80 % et 90 % devraient au moins parvenir à un chiffre de 90 % ; les pays dont la couverture se situe entre 61 % et 79 % devraient augmenter celle-ci d'au moins 10 % et les pays dont la couverture est inférieure ou égale à 60 % devraient augmenter celle-ci d'au moins 20 %. Les autres indicateurs cités à l'annexe de la résolution CD48.R6 (2008) sont en cours d'évaluation ; ils seront disponibles d'ici à la fin 2013.

² Étant donné que l'on dispose uniquement de données uniformes sur les déclarations de routine relatives aux naissances et décès jusqu'en 2011, et d'estimations en vigueur pour les quinquennats 2000-2005 et 2005-2010 provenant de la CEPALC/CELADE, le présent rapport analyse l'évolution de la couverture entre les moyennes relevées pour ces quinquennats. Au cours des deux prochaines années (2014 et 2015), l'on compte disposer de données de routine actualisées jusqu'en 2013 pour les numérateurs des taux et de projections actualisées dans les pays à partir des derniers recensements du cycle 2010 pour les dénominateurs de ces taux. L'on disposera ainsi de valeurs plus réalistes qui permettront d'analyser l'évolution des taux de couverture.

le Pérou auraient augmenté leur taux de couverture durant ce quinquennat et pourraient atteindre le but à condition de maintenir leurs processus de renforcement des systèmes d'information en santé. La diminution minimale enregistrée au Costa Rica, qui a atteint une couverture quasi complète, et les diminutions enregistrées en Colombie, au Guatemala, en République dominicaine et au Venezuela peuvent être associées (particulièrement au Costa Rica et au Venezuela) à l'emploi de valeurs estimatives, non encore ajustées par rapport au nouveau recensement dans ces pays. Enfin, l'on ne dispose d'aucune donnée pour la Bolivie et le Honduras correspondant à la dernière période.

4. En sus de celles destinées à élargir la couverture de ces statistiques, le PEVS prévoit dans sa stratégie pour le quinquennat 2008-2013 certaines mesures pour jeter les bases d'une amélioration dans la qualité des données de mortalité et autres statistiques de santé. L'année 2010 a vu l'entrée en fonctions, à Lima, du Réseau latino-américain pour le renforcement des SIS (RELAC SIS), au titre duquel ont déjà été exécutés deux plans de travail (2010-2011 et 2012-2013) sur la base de la diffusion de pratiques offertes par des pays de la Région dans un contexte de coopération horizontale entre pays.³

5. Parmi les pratiques diffusées figure la dispense de cours sur la famille de classifications internationales de l'OMS, en particulier la Classification internationale des maladies (CIM-10) et la diffusion des directives pour l'établissement de centres nationaux de référence pour la mortalité et la morbidité, lesquels ont bénéficié à la Bolivie, à l'Équateur, à El Salvador, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, au Paraguay et au Pérou ; l'élaboration d'un guide pour la recherche systématique de décès chez les mères ; le transfert de technologie pour la codification assistée selon la CIM-10 et la surveillance épidémiologique ; la conception de cours en ligne pour l'apprentissage de la codification selon la CIM-10 et la sensibilisation des professionnels de la médecine autour du renseignement de la cause de décès.

6. Étant donné l'importance que revêt le suivi des buts du PEVS au moyen de données de routine et d'estimations actualisées, il est nécessaire d'élaborer un nouveau rapport d'avancement à l'horizon 2015 pour en assurer la viabilité et opérer les ajustements nécessaires pour la période 2013-2017 de sorte que, sans pour autant négliger les avancées réalisées par bon nombre de pays, les efforts se concentrent sur l'offre de coopération technique pour que ceux qui se trouvent dans une situation plus grave progressent sur la voie de l'amélioration de la couverture et de la qualité des données d'état civil et de santé.

³ Promu et financé par des organismes de coopération et d'aide au développement [USAID, ACIDI (Canada)] ; des organisations internationales [Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC)], en particulier les divisions de la statistique et de la population du Centre de démographie d'Amérique latine et des Caraïbes (CELADE) ; les Centres collaborateurs OMS [Centre mexicain de classification des maladies (CEMECE)] ; des centres nationaux de classification des maladies (Argentine), enfin, des centres universitaires (notamment *MEASURE Evaluation*), dont les résultats sont consultables à l'adresse www.relacsis.org.

7. En outre, il est nécessaire de renforcer la coopération horizontale, l'échange de bonnes pratiques par l'intermédiaire du RELAC SIS, l'intégration des pays des Caraïbes anglophones dans le réseau et l'entretien du partenariat avec les institutions internationales à vocation technique et de financement.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

8. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport d'avancement et à formuler les recommandations qu'il juge nécessaires de sorte à assurer la réalisation du PEVS.

Annexe

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action régional pour le renforcement du recueil de données d'état civil et de santé [Internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, D.C., ÉUA. Washington, D.C. : OPS ; 2008 (résolution CD48.R6) [consulté le 13 février 2013]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd48.r6-f.pdf>.

Couverture des naissances et décès. 2000-2005 et 2005-2010. But d'ici à 2013, selon le PEVS

Tableau 1. NAISSANCES. Degré de progression de la couverture entre les quinquennats 2000-2005 et 2005-2010

Pays sélectionnés des Amériques								
Groupe selon couverture dans ligne de référence	Pays	2000-2005	But CD48.R6	But en 2013 (% couv.)	2005-2010	Progrès à l'horizon 2010	Efforts à consentir d'ici à 2013 (points)	
1 91 % et plus	ÉUA	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Mexique*	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Argentine**	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Bahamas	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Barbade#	97.0	Maintenir niveau	97.0	100.0	Atteint et augmente		
	Cuba**	96.8	Maintenir niveau	96.8	96.8	Atteint		
	Uruguay**	96.2	Maintenir niveau	96.2	100.0	Atteint et augmente		
	Venezuela**	96.5	Maintenir niveau	96.5	100.0	Atteint et augmente		
	Chili**	95.1	Maintenir niveau	95.1	98.3	Atteint et augmente		
	Saint-Vincent	94.8	Maintenir niveau	94.8	95.4	Atteint et augmente		
	Costa Rica**	94.6	Maintenir niveau	94.6	99.8	Atteint et augmente		
2 80-90 %	Trinité-et-Tobago	92.9	Maintenir niveau	92.9	93.6	Atteint et augmente		
	Guatemala	91.8	Maintenir niveau	91.8	81.6	Diminue (10,2 points)	10.2	
	El Salvador	91.2	Maintenir niveau	91.2	82.8	Diminue (8,4 points)	8.4	
	Panama*	84.6	Atteindre 90 %	90.0	88.4	Augmente sans atteindre	1.6	
	Équateur*	83.0	Atteindre 90 %	90.0	84.6	Augmente sans atteindre	5.4	
	3 61-79,9 %	Nicaragua	79.6	Augmenter de 10 %	87.6	89.3	Atteint et augmente	
		Bolivie**	79.2	Augmenter de 10 %	87.1	52.9	Diminue (26,3 points)	34.2
		Colombie	78.7	Augmenter de 10 %	86.6	76.4	Diminue (2,3 points)	10.2
		Brésil**	74.1	Augmenter de 10 %	81.5	90.8	Atteint et augmente	
		Rép. domin.**	69.3	Augmenter de 10 %	76.2	62.9	Diminue (6,4 points)	13.3
		Honduras#	68.0	Augmenter de 10 %	74.8	100.0	Atteint et augmente	
4 Jusqu'à 60 %	Pérou	62.3	Augmenter de 10 %	68.5	100.0	Atteint et augmente		
	Paraguay** #	60.1	Augmenter de 20 %	72.1	65.0	Augmente sans atteindre	7.1	
	Belize#	50.00	Augmenter de 20 %	60.00	96.4	Atteint et augmente		

* Pays dotés d'estimations ajustées par rapport à des recensements remontant à env. 2010

** Pays à recensement remontant à env. 2010 qui n'ont pas encore diffusé des estimations ajustées. À partir d'estimations courantes des Nations Unies

Pays dotés de données d'enregistrement à l'OPPS

Tableau 2. DÉCÈS. Degré de progression de la couverture entre les quinquennats 2000-2005 et 2005-2010

Pays sélectionnés des Amériques								
Groupe selon couverture dans ligne de référence	Pays	2000-2005	But CD48.R6	But en 2013 (% couv.)	2005-2010	Progrès à l'horizon 2010	Efforts à consentir d'ici à 2013 (points)	
1 91 % et plus	ÉUA	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Cuba**	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Uruguay**	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Chili**	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Argentine**	99.0	Maintenir niveau	99.0	99.0	Atteint		
	Saint-Vincent	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Barbade	100.0	Maintenir niveau	100.0	100.0	Atteint		
	Costa Rica**	97.3	Maintenir niveau	97.3	93.5	Diminue (3,8 points)		
	Trinité-et-Tobago	99.4	Maintenir niveau	99.4	100	Atteint et augmente		
	Mexique*	94.9	Maintenir niveau	94.9	100.0	Atteint et augmente		
	Équateur*	93.5	Maintenir niveau	93.5	94.6	Atteint et augmente		
	Guatemala	93.2	Maintenir niveau	93.2	89.5	Diminue (3,7 points)	3.7	
	2 80-90 %	Venezuela**	89.1	Atteindre 90 %	90.0	71.1	Diminue (18,0 points)	18.9
		Brésil**	86.4	Atteindre 90 %	90.0	87.0	Augmente sans atteindre	3.0
Panama*		84.4	Atteindre 90%	90.0	85.8	Augmente sans atteindre	4.2	
Colombie		81.6	Atteindre 90 %	90.0	78.0	Diminue (3,6 points)	12.0	
3 61-79,9 %	Bahamas	75.6	Augmenter de 10 %	83.2	76.9	Augmente sans atteindre	6.3	
	El Salvador	75.6	Augmenter de 10 %	83.2	79.0	Augmente sans atteindre	4.2	
	Honduras	68.0	Augmenter de 10 %	74.8	nd			
	Paraguay**	62.4	Augmenter de 10 %	68.6	67.9	Augmente sans atteindre	0.7	
4 Jusqu'à 60 %	Nicaragua	57.4	Augmenter de 20 %	68.9	62.0	Augmente sans atteindre	6.9	
	Rép. domin.**	50.4	Augmenter de 20 %	60.5	49.9	Diminue (0,5 points)	10.6	
	Pérou	57.1	Augmenter de 20 %	68.5	58.8	Augmente sans atteindre	9.7	
	Belize	50.0	Augmenter de 20 %	60.0	80.5	Atteint et augmente		
	Bolivie**	31.1	Augmenter de 20 %	37.3	nd			

* Pays dotés d'estimations ajustées par rapport à des recensements remontant à env. 2010

** Pays à recensement remontant à env. 2010 qui n'ont pas encore diffusé des estimations ajustées. À partir d'estimations courantes des Nations Unies

I. SITUATION DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

1. Le présent document a été élaboré en réponse au mandat, établi par les Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), d'effectuer des évaluations et des examens périodiques des Centres panaméricains.

Antécédents

2. Les Centres panaméricains constituent une modalité importante de la coopération technique fournie par l'OPS depuis près de 60 ans. Durant cette période, l'OPS a créé ou administré 13 centres,¹ en a supprimé neuf et transféré l'administration de l'un d'entre eux à ses propres organes directeurs. Le présent document comprend des informations actualisées sur le Centre panaméricain de la Fièvre aphteuse (PANAFTOSA), le Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), le Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain/Santé de la femme et santé reproductive (CLAP/SMR) et les deux centres sous-régionaux, soit le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI), ces deux derniers ayant été transférés fin 2012 à l'Organisme de santé publique des Caraïbes (CARPHA).

Centre panaméricain de la Fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

3. En raison de la convergence de la santé humaine et de la santé animale, il devient de plus en plus nécessaire pour l'OPS d'assumer la direction dans le domaine des zoonoses, de l'innocuité des aliments et de la sécurité alimentaire. L'interrelation entre la santé, l'agriculture et l'environnement a constitué le thème central de la 16^e Réunion interaméricaine de niveau ministériel en matière de santé et d'agriculture (RIMSA 16) : « Agriculture-Santé-Environnement: conjuguer les efforts pour le bien-être des peuples des Amériques » ; cette réunion s'est déroulée à Santiago (Chili) les 26 et 27 juillet 2012 sous la coordination du PANAFTOSA. La RIMSA 16 a été précédée de trois activités de nature technique, à savoir, la 12^e Réunion du Comité continental pour l'élimination de la fièvre aphteuse dans les Amériques (COHEFA 12), la 6^e Réunion de la Commission panaméricaine sur l'innocuité des aliments (COPAIA 6) et le Forum interinstitutions « Vers une surveillance épidémiologique intégrée ». La RIMSA 16 et les trois activités techniques précitées ont bénéficié de la contribution technique et financière du Gouvernement du Chili par l'intermédiaire des ministères de la Santé et de l'Agriculture. Le rapport final de la RIMSA 16, qui a donné lieu au Consensus de Santiago, sera

¹ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ, INCAP, CEPIS, Programme régional de bioéthique au Chili, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA et BIREME

présenté au Conseil directeur séparément. Les rapports finals des activités de nature technique qui ont précédé la RIMSA 16 ainsi que le Consensus de Santiago sont consultables sur la page électronique du PANAFTOSA.²

Avancées récentes

4. Dans le contexte du projet de développement institutionnel lancé en 2010 pour le PANAFTOSA, les contributions financières des secteurs concernés par l'élimination de la fièvre aphteuse en Amérique du Sud appuient la coopération technique du Centre pour ce qui est de la coordination régionale du Plan d'action 2011-2020 du Programme continental pour l'élimination de la fièvre aphteuse (PHEFA). C'est ainsi que l'on a pu canaliser une part notable des ressources financières ordinaires du Centre vers la coopération technique dans les secteurs des zoonoses et de l'innocuité des aliments. La généreuse contribution du ministère de l'Agriculture, de l'élevage et de l'approvisionnement du Brésil continue de couvrir l'intégralité des frais d'entretien du Centre.

5. Vers la fin 2012, l'OPS, par l'intermédiaire du PANAFTOSA, et le Secrétariat à la surveillance du ministère de la Santé du Brésil ont souscrit un Additif à l'Accord de coopération technique pour contribuer au renforcement du Système national de surveillance sanitaire et de la capacité de gestion du Système unique de Santé du Brésil ; cet instrument a vocation à réduire la charge supportée par la population humaine du fait des zoonoses, maladies à transmission vectorielle et maladies d'origine hydrique et alimentaire. L'accord et son additif prévoient également des activités de gestion de l'information et de coopération Sud-Sud ; ils s'ajoutent à la longue et importante collaboration entretenue depuis 62 ans avec le ministère de l'Agriculture, de l'élevage et de l'approvisionnement du Brésil et met donc en exergue la fonction importante que remplit le PANAFTOSA en tant que centre de coopération technique intersectorielle entre la santé animale et la santé publique.

6. En début d'année, un nouvel accord de coopération technique a été conclu avec la Banque de développement d'Amérique latine (CAF) pour la maîtrise de la fièvre aphteuse dans les zones frontalières qui séparent les pays andins. Par ailleurs, des accords de coopération technique avec des organisations publiques d'autres États Membres sont en cours de négociation, qui prévoient des activités dans toutes les sphères d'intervention du PANAFTOSA : zoonoses, innocuité des aliments et fièvre aphteuse.

7. Dans le contexte du plan d'action pour l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens, qui établit les interventions de la dernière phase d'élimination qui doivent être effectuées en 2015, les laboratoires de diagnostic sont en train d'être renforcés au moyen de la formation de professionnels et de la révision des plans

² <http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/>

nationaux d'élimination de cette maladie dans les pays prioritaires grâce à des missions d'évaluation. Une coopération technique a été fournie à la suite d'une flambée de rage sylvestre en Équateur au moyen de la formation de professionnels sur le terrain et en laboratoire. Un appui est également fourni, entre autres, aux laboratoires d'Amérique centrale et de la Colombie pour le diagnostic de l'encéphalite équine ; au Panama, une formation a été dispensée aux professionnels de la santé animale et de la santé publique pour une surveillance intégrée de la fièvre jaune chez les primates et les vecteurs ; au Pérou, une collaboration a été apportée pour l'élaboration du plan national intersectoriel de surveillance, prévention et maîtrise de l'échinococcose/hydatidose.

8. L'on a renforcé les programmes menés dans les pays en matière d'innocuité des aliments au moyen de la coopération technique directe et de l'organisation d'ateliers présentiels de nature intersectorielle, et en collaboration également avec d'autres organisations internationales et régionales. Entre autres, il incombe de distinguer des ateliers consacrés aux questions suivantes : innocuité des aliments dans les situations d'urgence et les interventions au lendemain des flambées, surveillance intégrée des maladies transmises par les aliments, surveillance intégrée des agents antimicrobiens dans la chaîne de production primaire animale et analyse des risques et modernisation des services de contrôle alimentaire. Un atelier a été organisé et consacré à la gestion des risques dans le cadre de la réunion régionale du Codex Alimentarius, avec des participants venus de tous les pays de la Région. Six séminaires virtuels et interactifs ont été organisés avec plus de 1500 participants, sur des questions relatives à la gestion de la qualité des laboratoires du Réseau interaméricain de laboratoires d'analyse des aliments (RILAA).

9. Depuis janvier 2012, aucun cas de fièvre aphteuse n'a été enregistré dans les pays d'Amérique du Sud. Cette maladie est absente des sous-régions de l'Amérique du Nord, de l'Amérique centrale et des Caraïbes. Dans le cadre du Plan d'action 2011-2020 du PHEFA, des activités de coopération technique et de formation ont été réalisées dans le domaine de la surveillance, du laboratoire et de la gestion des programmes au bénéfice de la Bolivie, du Brésil, de la Colombie, de l'Équateur, du Guyana, du Panama, du Paraguay, du Pérou, de l'Uruguay et du Venezuela. Le Paraguay a bénéficié d'une coopération technique en réponse aux foyers apparus en 2011 et 2012 aux fins d'élaboration et de coordination d'une étude nationale sur la circulation du virus de la fièvre aphteuse. La Bolivie a également bénéficié d'une coopération technique pour l'élaboration et la coordination d'une étude nationale sur la circulation du virus à partir de l'expérience du Paraguay.

10. En 2012, le Panama a été reçu comme membre de plein droit à la Commission sud-américaine pour la lutte contre la fièvre aphteuse (COSALFA), dont la 40^e réunion ordinaire s'est déroulée dans ce pays en avril 2013.

Centre d'Information sur les Sciences de la Santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

11. Le BIREME est un centre spécialisé de l'OPS fondé en 1967 dans le but de tirer parti de la coopération technique que l'Organisation fournit aux pays de la Région dans le domaine de l'information scientifique et technique au service de la santé. Le 1^{er} janvier 2010, le nouveau statut du BIREME est entré en vigueur et, le 31 août de la même année, le Comité consultatif du BIREME a été établi. Les membres du Comité consultatif ont tenu, depuis la création de cet organe, trois réunions de travail.

12. La 28^e Conférence sanitaire panaméricaine a élu Cuba, l'Équateur et Porto Rico au Comité consultatif du BIREME, pour un mandat qui durera trois ans ; ces membres remplacent l'Argentine, le Chili et la République dominicaine dont le mandat a pris fin en 2012.

13. Le cadre institutionnel du BIREME est actuellement caractérisé par la coexistence du cadre institutionnel antérieur et du nouveau cadre étant donné que le statut du Centre est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010, et que l'Accord d'entretien et de développement du Centre demeurera en vigueur jusqu'au 31 décembre 2013. De même, les structures de gouvernance du BIREME comprennent actuellement le Comité consultatif et le Comité scientifique (nouveau cadre) ainsi que le Comité consultatif national (cadre antérieur).

Avancées récentes

14. La quatrième réunion du Comité consultatif du BIREME aura lieu fin 2013 dans les locaux du BIREME, tandis que sa troisième réunion s'est déroulée le 5 décembre 2012. Les membres du Comité consultatif ont réaffirmé leur appui continu au développement institutionnel du Centre, qui comprend l'exécution du nouveau cadre institutionnel, l'établissement et la signature de l'Accord de siège et le financement de ses plans de travail en sus de la constitution du Comité scientifique, de l'organisation du 9^e Congrès régional d'information en sciences de la santé (CRICS9) et de la tenue de la 6^e Réunion de coordination régionale de la bibliothèque virtuelle en santé (BVS6) à Washington, D.C., du 20 au 24 octobre 2012. Lors de sa troisième réunion, le Comité consultatif du BIREME a approuvé la nomination des membres du Comité scientifique conformément aux critères établis par l'OPS. Les spécialistes proviennent des cinq pays suivants : Brésil, Canada, États-Unis, Honduras et Trinité-et-Tobago.

15. Dans le cadre des orientations présidant à la mise en œuvre du nouveau cadre institutionnel du BIREME, il incombe de souligner les éléments ci-après :

- a) Accord de siège pour le BIREME : l'OPS et le ministère de la Santé du Brésil ont élaboré une convention de siège, transmise pour approbation le 6 août 2010.

- À l'issue d'une série de négociations tenues en 2012, le 4 octobre de la même année, le Secrétariat exécutif du ministère de la Santé du Brésil, par l'intermédiaire de la Représentation de l'OPS au Brésil, a présenté une nouvelle version du document *Acordo entre a República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde sobre a instalação da sede do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde*, version proposée par le Gouvernement du Brésil. Cette nouvelle version a été révisée au siège de l'OPS et transmise au ministère de la Santé du Brésil assortie de certaines observations car elle comportait des changements de fond par rapport à la proposition antérieure, en particulier au titre des privilèges et immunités revenant à l'OPS. L'analyse du document se poursuit au sein du Conseil juridique (CONJUR) du ministère de la Santé du Brésil.
- b) Accord visant les installations et le fonctionnement du BIREME sur le campus de l'université fédérale de São Paulo (UNIFESP) : plusieurs réunions ont rassemblé les responsables de l'université, au cours desquelles ceux-ci ont évoqué la relation institutionnelle du BIREME avec l'UNIFESP et les conditions de l'Accord. La souscription de cet accord demeure subordonnée à la signature de l'Accord de siège avec le Gouvernement du Brésil cité au paragraphe antérieur.
- c) Définition du mécanisme de financement du BIREME à partir des contributions apportées par l'OPS et le Gouvernement du Brésil, comme établi à l'article 6 du statut : les contributions ordinaires seront arrêtées d'un commun accord et serviront à épauler les plans de travail biennaux approuvés, conformément au statut. La première réunion du Comité consultatif national (CAN) tenue le 2 juillet 2013 et consacrée à l'Accord d'entretien et de développement du BIREME a été l'occasion de présenter les résultats accomplis par le Centre au cours des 18 mois écoulés. Le rapport y relatif a été approuvé par les représentants du ministère de la Santé du Brésil, le *Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo* (SES-SP) et l'université fédérale de São Paulo (UNIFESP). L'on estime que la contribution du ministère aux fins d'entretien et de financement du plan de travail du BIREME en 2013 égalera la somme correspondant à 2012, soit 3,8 millions de reais (environ EU\$1,7 million). Cette somme sera virée à l'OPS par le biais de l'Additif 24 de l'Accord d'entretien et de développement du BIREME, lequel, au moment de la publication du présent document, demeure en cours de négociation.
- d) Établissement du Comité scientifique en coordination avec le Comité consultatif du BIREME. La réunion consacrée à l'installation du Comité scientifique du BIREME s'est déroulée le 25 juillet 2013 à São Paulo (Brésil) en présence des membres du Brésil, du Honduras et de Trinité-et-Tobago ; les membres du Canada et des États-Unis d'Amérique ont participé en mode virtuel. Le rapport de la réunion est en cours d'élaboration et sera prochainement soumis à la considération et l'approbation de tous les membres du Comité consultatif. Le processus de dépôt de candidatures au Comité scientifique s'est déroulé au premier semestre 2012. Durant la troisième réunion du Comité, lorsque ses

membres ont été nommés conformément au mandat du Comité, ont été reçues des propositions de treize États Membres de l'OPS ainsi que des candidatures au Comité consultatif.

16. Le plan de travail biennal 2012-2013 du BIREME, sous forme de sous-entité du domaine de la Gestion de l'information et des communications de l'OPS, a été élaboré de manière intégrée au sein de la section précitée, et la coordination de son perfectionnement et de son articulation se poursuit.

Centre latino-américain de périnatalogie et de développement humain/Santé de la femme et santé reproductive (CLAP/SMR)

17. Le Centre latino-américain de périnatalogie (CLAP) a été créé en 1970 au moyen d'un accord intervenu entre le Gouvernement de la République orientale de l'Uruguay, l'Université de la République de l'Uruguay et l'OPS ; cet accord est reconduit périodiquement et la dernière reconduction prendra fin le 28 février 2016. Le CLAP a pour objectif général de promouvoir, renforcer et perfectionner les capacités des pays de la Région des Amériques en matière de soins de santé féminine, maternelle et néonatale.

Avancées récentes

18. Sur demande de la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain, une mission a été réalisée auprès du CLAP/SMR en mars et avril 2013 dans le but d'analyser ses approches programmatiques, son programme de travail régional, sa capacité d'intervention par rapport aux demandes formulées par les pays, les aspects de gestion et de coordination de cet organisme et les ressources humaines et financières à sa disposition. Après avoir analysé les résultats et les recommandations de la mission, il a été décidé que le CLAP/SMR continuera de fonctionner à titre de « Centre/Unité décentralisée ». Le nouveau Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS prévoit que le CLAP/SMR donnera la priorité aux interventions portant sur la santé maternelle, néonatale et reproductive en fonction des diverses conjonctures épidémiologiques et opérationnelles de la Région. C'est dans ce contexte programmatique que le CLAP/SMR concentrera ses interventions sur les composantes de formation des ressources humaines, de qualité des soins, de systèmes d'information, de formulation de politiques et de lois et ce, en rapport avec les plans ci-après, approuvés par les organes directeurs : *i*) Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé du nouveau-né dans le contexte du processus continu des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant, *ii*) Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave et *iii*) Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale. De même, l'on poursuivra les efforts pour que le CLAP/SMR et le Bureau de la Représentation de l'OPS/OMS en Uruguay puissent partager progressivement leurs ressources humaines aux fins de gestion administrative et ainsi que des installations communes.

19. Ont été élaborés la Ligne de référence du Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave ainsi qu'un formulaire complémentaire de l'historique clinique périnatal du SIP (Système informatique périnatal) pour l'enregistrement des événements de morbidité maternelle extrêmement graves, conjointement avec l'OMS et des experts de la Région ; enfin, l'on a achevé l'exécution du projet de coopération technique entre pays d'Amérique centrale (El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panama) et élaboré une nouvelle proposition dotée des mêmes objectifs et, avec le Belize, le Costa Rica et la République dominicaine, dans le cadre de la stratégie d'élimination de la transmission verticale de la syphilis maternelle et du VIH, l'on a validé l'outil de certification ainsi que sa modalité d'essai sur le terrain pour la certification du Chili en tant que pays ayant atteint l'objectif d'élimination de la syphilis congénitale dans le contexte de la stratégie d'élimination de la transmission verticale de la syphilis maternelle et du VIH ; le CLAP/SMR a assumé la charge d'exécution de la composante néonatale et l'on a procédé à l'évaluation à mi-parcours du Plan régional de santé du nouveau-né ; le CLAP/SMR a été accepté en tant que membre du comité exécutif de Foro LAC, un organisme consacré à la question de planification familiale ; la formation des enseignants d'obstétrique a été impulsée par l'intermédiaire de la *Caribbean Regional Midwives Association*, vu la nécessité de renforcer la profession de sage-femme dans la Région.

20. La recherche d'un local pour installer les bureaux du CLAP et de la Représentation de l'OPS en Uruguay se poursuit. En 2011 et 2012, plusieurs propriétés privées ont fait l'objet de visites, de même qu'un local administratif public, appartenant à la Faculté des sciences vétérinaires ; les propriétés privées n'ont pas réuni les conditions requises. Le local de la faculté a été écarté car il ne sera pas disponible avant deux ans ; les autres propriétés ne remplissent pas les conditions matérielles et économiques requises. De nouvelles négociations ont été engagées récemment avec l'université de la République sur l'éventuelle cession d'une zone réservée dans l'Institut d'hygiène de la faculté de médecine. Cette option sera remise à l'étude au cours du premier semestre 2014, lorsque les locaux correspondants seront vides.

Centres sous-régionaux (CAREC et CFNI)

21. Le 31 décembre 2012 a marqué la transition effective du CAREC et du CFNI à l'Organisme de santé publique des Caraïbes (CARPHA) conformément aux dispositions de l'Accord intervenu entre l'OPS et le CARPHA pour le transfert du CAREC et du CFNI au CARPHA. Avant cela, le 13 décembre, une cérémonie de clôture spéciale du CAREC et du CFNI s'est déroulée en présence de fonctionnaires du ministère de la Santé de Trinité-et-Tobago, de la CARICOM, du directeur par intérim du CARPHA et de fonctionnaires de l'OPS. Le même jour, le Document de transfert a été souscrit par le directeur par intérim du CARPHA et le directeur administratif du Bureau sanitaire

panaméricain. Au vu de ce qui précède, le CAREC et le CFNI ne seront plus mentionnés dans les évaluations des Centres panaméricains.

Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC)

22. En 2012, le CAREC a concentré ses activités sur le maintien de ses services habituels tout en se préparant à la transition. En prévision de celle-ci, l'OPS a constitué un groupe de travail chargé de mettre en œuvre un plan relatif aux produits et services techniques, administratifs et de laboratoire qui seraient transférés au CARPHA. De même, plusieurs sous-comités ont été constitués pour épauler la transition dans les domaines de l'information, des finances et des ressources humaines.

23. En même temps, le CAREC a collaboré activement avec le Comité exécutif du CARPHA pour approuver l'organigramme, les politiques générales, procédures et processus de ce dernier, dont le Règlement du personnel. En outre, l'on a appuyé le processus de recrutement des fonctionnaires qui occuperont les postes essentiels comme le premier directeur du CARPHA, le directeur des services institutionnels et le directeur du service de surveillance et recherche.

24. Les autres missions prévues pour le CAREC au quatrième trimestre 2012 ont été effectuées conformément au plan de transition. C'est ainsi que la transition s'est déroulée avec efficacité et dans l'ordre, sans aucune interruption dans les services fournis par le CAREC à ses États Membres.

Institut des Caraïbes pour l'alimentation et la nutrition (CFNI).

25. Le CFNI a continué de fournir un appui technique aux États Membres en 2012 tout en maintenant sa collaboration avec la CARICOM sur les divers dossiers et processus nécessaires à une transition efficace et ordonnée vers le CARPHA. Conformément aux paragraphes antérieurs, la transition du CFNI au CARPHA s'est déroulée le 31 décembre 2012.

26. L'OPS continuera de fournir une coopération technique aux États Membres conformément à ses mandats et engagements régionaux et infrarégionaux mais certaines fonctions de coopération seront transférées à d'autres entités de la Région, notamment à des universités, des organismes des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des centres collaborateurs. À cet effet, l'OPS encouragera le renforcement de partenariats et de réseaux.

27. Les documents techniques du CFNI ont été transférés à la bibliothèque de l'université des Antilles et numérisés pour qu'ils demeurent à la disposition des pays.

28. Le Bureau de la Représentation de l'OPS à la Jamaïque a été transféré au bâtiment du CFNI sur le campus de l'université des Antilles.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

29. Le Comité exécutif est prié de prendre note du présent rapport intérimaire et de formuler les recommandations qu'il juge pertinentes.

Bibliographie

1. Organisation panaméricaine de la Santé/Centre panaméricain de la Fièvre aphteuse. Programme continental pour l'élimination de la fièvre aphteuse (PHEFA) : Plan d'action 2011-2020. PANAFTOSA ; Rio de Janeiro (Brésil) : OPS ; 2011 [consulté le 9 mars 2012]. Disponible sur : <http://bvs1.panaftosa.org.br/local/File/textoc/PHEFA-PlanAccion-2011-2020esp.pdf%20>.

- - -