



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

56^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CD56/3
10 août 2018
Original : anglais

RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

Soins de santé primaires : le moment est arrivé

Table des matières

Préface	4
Partie 1. Introduction	7
Partie 2. Avancée vers la santé universelle basée sur les soins de santé primaires ... 12	
Le bilan : 40 ans d'Alma-Ata	12
Un accent renouvelé sur une santé équitable pour tous	13
La santé universelle et l'approche des SSP pour de meilleurs résultats sanitaires	19
Urgences de santé publique et élimination des maladies	40
<i>Urgences de santé publique</i>	40
<i>Élimination des maladies</i>	51
Partie 3. Défis et enseignements tirés	54
Défis	54
Enseignements tirés.....	59
Partie 4. Renforcement institutionnel au Bureau sanitaire panaméricain	54
Planification stratégique.....	64
Gestion des connaissances	64
Approche axée sur les pays et coopération entre pays	64
Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques	65
Partenariats et mobilisation des ressources	65
Communication pour la santé.....	68
Ressources humaines du BSP	68
Gestion du risque institutionnel.....	70
Gestion financière et budget.....	71
Technologie et sécurité de l'information	72
Services généraux.....	72
Défis	72
Partie 5. Conclusions	75
Liste des sigles et abréviations	78
Remerciements	80

Aux États Membres :

Conformément à la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel 2018 sur le travail du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour les Amériques.

Le présent rapport met en exergue la coopération technique fournie par le Bureau pendant la période allant d'août 2017 à juin 2018, dans le cadre du [Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019](#), défini par ses Organes directeurs et amendé par la Conférence sanitaire panaméricaine en 2017.

Le rapport est complété par le [Rapport financier du Directeur et le Rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2017](#).

Carissa F. Etienne
Directeur
Organisation panaméricaine de la santé

Préface

Août 2018

1. J'ai eu l'honneur d'être élue Directrice de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) lors de la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012. Au début de mon premier mandat, en février 2013, j'ai fermement défendu quatre priorités: la réduction des iniquités en matière de santé, le renforcement des systèmes de santé, l'action concernant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et la poursuite de la couverture sanitaire universelle (CSU).

2. Le thème général de mon premier mandat était « **Plaider pour la santé en faveur du développement durable et de l'équité : sur la voie de la santé universelle** ». Il est devenu plus évident que jamais que les États Membres de l'OPS et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP ou le Bureau), qui est le secrétariat de l'OPS, doivent poursuivre dans cette voie et s'appliquer à démontrer les valeurs de l'Organisation en matière d'équité, d'excellence, de solidarité, de respect et d'intégrité. Au cours de ce mandat, les États Membres ont approuvé le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, un plan axé sur l'avenir, et la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle – la Stratégie pour la santé universelle – deux cadres qui fournissent des approches stratégiques pour aborder les iniquités en santé au sein des pays et entre eux. L'élaboration de ces cadres n'était pas un accident.

3. J'ai été heureuse et reconnaissante de la confiance que les États Membres ont placée en moi et dans l'équipe de l'OPS lors de ma réélection pour un deuxième mandat de Directrice de l'OPS lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine (Conférence) en septembre 2017. En acceptant cette marque de reconnaissance, j'ai noté que le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, qui a été approuvé lors de la Conférence, guidera nos actions au cours de la période mentionnée. En accord avec ce Programme et les objectifs de développement durable pour 2030 (ODD), le thème général de mon deuxième mandat est « **Promotion de la santé et du bien-être : ne laisser personne de côté** ».

4. J'ai indiqué que le processus pour l'élaboration du prochain Plan stratégique de l'OPS commencerait en 2018 et je me suis engagée à poursuivre le processus participatif applicable aux États Membres, qui est devenu le fer de lance de la formulation des cadres d'orientation de l'Organisation. J'ai également fait savoir qu'au nombre de mes 10 principales priorités pour les cinq prochaines années, je comptais faire progresser la santé universelle au moyen de systèmes de santé résilients basés sur une approche de soins de santé primaires (SSP), et promouvoir un intérêt renouvelé concernant la santé équitable pour tous, avec un accent particulier sur les femmes, les enfants, les groupes ethniques, les populations autochtones et les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité. Ce sont là des aspects qui restent essentiels à mon engagement pour ce deuxième mandat.

5. Au cours de cette première année de mon deuxième mandat, nous allons célébrer le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata. Cette déclaration, en 1978, a été une étape décisive qui a permis de réaffirmer le droit de chacun à atteindre le meilleur état de santé possible, dans le respect de l'équité, de la solidarité et du droit à la santé comme ses valeurs de base. Cette

conférence internationale historique, qui a eu lieu il y a quarante ans, a fourni une stratégie pour le développement humain et social et a donné au monde les SSP comme une approche et une stratégie pour la santé et le bien-être, et pour le développement des systèmes de santé. L'approche des SSP adhère à des systèmes de santé qui facilitent l'accès universel à des services de santé intégrés et de qualité pour tous – en particulier ceux et celles qui se trouvent dans des conditions de vulnérabilité – avec la pleine participation des personnes et des familles, à un coût que la communauté et le pays peuvent se permettre de maintenir, en apportant les services aussi près que possible des endroits où les gens vivent et travaillent, tout en étant capable d'affronter les obstacles qui entravent l'accès aux services grâce à la participation communautaire et la coordination intersectorielle.

6. La célébration du 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata a inspiré le thème pour le présent rapport « **Soins de santé primaires : le moment est arrivé** ». Le thème reflète les efforts des dirigeants du BSP pour faire le bilan et évaluer ce qui a réussi, ce qui n'a pas réussi et, chose encore plus importante, ce que nous devons faire différemment. Ne laisser personne de côté exige que nous ne perdions pas de temps pour renforcer l'approche des SSP : promouvoir et protéger la santé, éliminer les barrières à l'accès, donner une voix à celles et ceux qui ne sont pas entendus et faciliter la participation sociale, l'action gouvernementale, le travail intersectoriel et multisectoriel ainsi que le travail de plaidoyer. L'organisation d'un forum régional et l'établissement de la Commission de haut niveau sur la santé universelle au 21^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata représentent des actions concrètes pour faciliter un mouvement régional qui permettra d'accélérer l'atteinte des objectifs de la santé pour tous.

7. Ce rapport couvre la période d'août 2017 à juin 2018, qui est une période relativement courte pour obtenir les résultats escomptés, mais assez longue pour reconnaître les véritables progrès et réalisations résultant d'un travail d'équipe, de partenariats efficaces – y compris avec des acteurs non étatiques – et d'une collaboration significative avec des secteurs autres que la santé.

8. Les fonctions fondamentales de l'OPS, qui ont trait au leadership et partenariats, à la recherche, à la génération et dissémination de connaissances, aux normes et standards, aux options politiques éthiques et basées sur des données factuelles, à la coopération technique pour le changement et la capacité institutionnelle durable, ainsi qu'aux tendances en matière de situation sanitaire, continuent de guider notre travail aux niveaux national, infrarégional et régional. Le Bureau aspire à poursuivre le renforcement de sa performance dans son travail avec les États Membres, partenaires et parties prenantes clés de l'OPS pour la gestion des défis prioritaires de santé publique auxquels font face les pays et territoires.

9. Je profite de l'occasion pour exprimer ma sincère gratitude aux États Membres de l'OPS, aux États Membres et personnel d'autres Régions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), aux autres agences des Nations Unies (ONU) qui travaillent dans le domaine de la santé, aux partenaires du développement, à d'autres parties prenantes clés dans le domaine de la santé, y

compris celles de la société civile et du secteur privé, et à l'ensemble du personnel de l'OPS, dans les pays et à Washington (D.C.), pour les efforts remarquables qu'ils ont déployés pour continuer à renforcer les soins de santé primaires et veiller à ce que nous ne nous écartions pas de la voie menant à la santé universelle.

Carissa F. Etienne
Directrice
Organisation panaméricaine de la Santé

Partie 1. Introduction

10. Le *Rapport quinquennal 2013-2017 du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain* ([OD355](#), [OD355, Corr.](#)) présenté à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017, résume les 10 priorités principales pour la coopération technique et le développement institutionnel au cours des cinq prochaines années. Une des priorités est de « faire progresser la santé universelle grâce à des systèmes de santé résilients basés l'approche des soins de santé primaires et assurer l'accès universel à des services complets et de qualité tout au long de la vie ».

11. En octobre 2014, lors du 53^e Conseil directeur de l'OPS, les États Membres de l'OPS ont réaffirmé leur engagement d'améliorer l'équité, la santé et le développement en approuvant la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document [CD53/5, Rev. 2](#)). Le but de la stratégie, au niveau tant régional que des pays, est de veiller à ce que « toutes les personnes et les communautés aient accès, sans discrimination d'aucune sorte, à des services de santé globaux, appropriés, opportuns, de qualité, déterminés au niveau national, conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables, tout en assurant dans le même temps que l'utilisation de ces services¹ n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en particulier les groupes en situation de vulnérabilité ». La stratégie stipule également que « l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle requièrent la définition et la mise en œuvre de politiques et d'actions avec une approche multisectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé et encourager l'engagement de toute la société pour promouvoir la santé et le bien-être ».

12. Une fois encore, l'OPS a joué un rôle de premier plan, bien préparée pour l'adoption, en septembre 2015, du [Programme de développement durable à l'horizon 2030](#) de l'ONU et ses [objectifs de développement durable](#). L'objectif de développement durable 3, l'[ODD 3](#), est de « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Il inclut la [cible 3.8](#) qui demande aux pays « de faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ». L'importance de la couverture sanitaire universelle comme un moyen de fournir un accès aux services de santé pour tous a été mise en évidence dans le monde entier et a été abordée dans plusieurs résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies. En décembre 2017, la résolution [72/138](#) a décidé de proclamer le 12 décembre Journée internationale de la couverture sanitaire universelle et la résolution [72/139](#) a déclaré qu'une réunion de haut niveau consacrée à la CSU aurait lieu en 2019. Cette réunion de haut niveau d'une journée en 2019 aura pour thème « Couverture sanitaire universelle : Ensemble pour un monde plus sain ».

13. L'Organisation mondiale de la Santé ([OMS](#)), pour laquelle l'OPS assume les fonctions de Bureau régional pour les Amériques, a adopté son treizième programme général de travail (13^e PGT) pour 2019-2023 (document [A71/4](#)) lors de la 71^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018. Le 13^e PGT établit la vision et l'orientation stratégiques de l'OMS au cours des cinq prochaines années. Le 13^e PGT définit également trois priorités stratégiques visant à améliorer la

¹ Y compris les services et interventions pour promouvoir la santé, prévenir les maladies, fournir des soins en cas de maladie (diagnostic, traitement, soins palliatifs et réadaptation) et offrir les soins nécessaires à court, moyen et long termes.

santé de trois milliards de personnes : **obtenir une couverture sanitaire universelle**, traiter les situations d'urgence sanitaire et promouvoir l'amélioration de la santé des populations.

14. La Journée mondiale de la Santé en avril 2018 a promu la CSU sous le thème de « La couverture sanitaire universelle : pour tous et partout ». De plus, l'OMS [a lancé une campagne](#) soulignant que pour que la cible 3.8 des ODD puisse être atteinte, il faut qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficie de la CSU d'ici à 2023. En octobre 2018, l'OMS organisera une [Conférence mondiale sur les soins de santé primaires](#) visant à renouveler l'engagement du monde de renforcer les soins de santé primaires (SSP) afin de progresser vers la réalisation des SSP et des ODD.

15. Cette attention mondiale sur la CSU est opportune, car 2018 marque le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata sur les SSP. La Région des Amériques a joué un rôle fondamental dans l'élaboration et la négociation de la déclaration et de la stratégie sur les soins de santé primaires. Les valeurs et principes des SSP ont formé la base de nombreux mandats de l'OPS et ont guidé les initiatives de renforcement des systèmes de santé et les processus de réforme de la santé. C'est sur la base de cette expérience accumulée que notre Région est centrée sur la santé universelle, et non pas seulement sur la CSU; la santé universelle est l'expression de la Déclaration d'Alma-Ata au 21^e siècle.

16. Le chemin qui mène à la santé universelle a été long. La Déclaration d'Alma-Ata de 1978 indiquait expressément qu'il incombe au gouvernement de fournir des services de santé à sa population, avec des services complets qui ne sont pas seulement curatifs mais qui abordent aussi la promotion, la prévention, la réadaptation et le traitement d'affections courantes. Le slogan d'Alma-Ata, « La santé pour tous d'ici l'an 2000 », était le cri de ralliement et le moteur de ce mouvement, qui aspire à des services culturellement appropriés accessibles, abordables et adaptables. Les SSP ne sont pas simplement le premier niveau de soins – ils fournissent des soins de santé au premier niveau des soins en tant que base pour le développement du système de santé.

17. Après Alma-Ata, les pays ont commencé la mise en œuvre de l'approche des SSP dans les années 1980, mais plusieurs facteurs, y compris la crise économique et des politiques d'ajustement structurel, ont entraîné une diminution de la vision d'Alma-Ata, avec des conséquences négatives importantes sur la mise en œuvre des SSP. Certains pays ont commencé à mettre l'accent sur des services particuliers et minimum, alors que d'autres sont revenus vers des modèles de soins centrés sur les hôpitaux. Cependant, d'autres ont persisté dans la mise en œuvre de la vision de la santé pour tous et ont atteint un développement national holistique de la santé avec une meilleure santé et l'autonomisation de leur population. La [Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé](#), élaborée dans le cadre de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, qui a été organisée par l'OMS en 1986, fait fond sur la Déclaration d'Alma-Ata. La charte a revitalisé la coordination intersectorielle, la participation sociale et une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé, et elle a demandé la réorientation des services de santé, avec un accent sur l'amélioration de la promotion et de la prévention. C'était là un pas dans la bonne direction, mais qui n'était tout de même pas à la hauteur de la vision d'Alma-Ata. En 2005, l'OPS a lancé des mouvements nationaux et régionaux pour le renouvellement des SSP et une vague de réformes de troisième génération visant le renforcement du premier niveau de soins et la formation de réseaux intégrés de services de santé.

18. Les pays des Amériques ont réaffirmé leur engagement à l'égard de la vision d'Alma-Ata par le biais de mouvements et actions nationaux et régionaux, y compris avec l'approbation du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* (PASDA2030) (document [CSP29/6, Rev. 3](#)) lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2017, et de la stratégie pour la santé universelle de 2014. Notre Région reconnaît que les SSP sont une approche stratégique pour développer, organiser et financer des systèmes et services de santé qui sont équitables et centrés sur les personnes, leurs familles et leurs communautés, et qu'un premier niveau de soins solide est nécessaire pour assurer la santé universelle. Cependant, la Région comprend également qu'un premier niveau de soins solide sans un réseau de prestation de services de santé intégrés tout aussi solide ne permettra pas d'assurer la santé universelle, que la coordination intersectorielle et la participation sociale sont essentielles à la santé universelle et que la réalisation de la santé universelle n'est possible que par un renforcement des systèmes de santé sur la base d'une approche des SSP.

19. En dépit des progrès et des efforts réalisés à ce jour, des iniquités importantes en matière de santé et des barrières à l'accès persistent, et les systèmes de santé ne répondent pas avec efficacité et efficience aux nouveaux défis tels que les maladies non transmissibles (MNT), le changement climatique et les maladies transmissibles émergentes. La Région des Amériques continue d'être une des régions les plus inéquitables au monde. Bien qu'il y ait eu une amélioration notable dans la santé des peuples des Amériques au cours de ces dernières années, d'importantes différences existent au sein des pays et entre eux, et la santé et le bien-être des populations en situation de vulnérabilité n'a pas suivi le rythme des gains réalisés de façon générale. La pauvreté et l'extrême pauvreté ont augmenté dans la Région. En 2016, on a estimé que 30,7 % de la population d'Amérique latine était en état de pauvreté (186 millions de personnes), avec 10,0 % vivant dans des conditions d'extrême pauvreté, comparé à 28,5 % (168 millions de personnes) et 8,2 %, respectivement, en 2014. Les projections pour 2017 étaient, respectivement, 30,7 % (186 millions de personnes) et 10,2 % (48 millions de personnes).² Il y a encore beaucoup plus à faire, comme le souligne le rapport de la [Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans la Région des Amériques](#) établie par la Directrice de l'OPS en 2016. Le rapport de la Commission sera présenté d'ici la fin de 2018.

20. Le rapport régional sur la performance des systèmes de santé dans la publication de l'OPS [La santé dans les Amériques+ 2017](#) a démontré que les barrières à l'accès et les inégalités socioéconomiques subsistent tant au sein des pays qu'entre eux, bien que la couverture de l'assurance maladie et l'utilisation des services de soins de santé primaires se soient améliorés dans la Région. *La santé dans les Amériques+ 2017* a également montré que l'accroissement des dépenses publiques en santé entre 1990 et 2014 (de 25 % en moyenne) et la réduction des frais à la charge des patients (de 15 % en moyenne) n'ont pas été suffisants. La majorité des pays n'ont pas atteint les objectifs convenus de 6 % du produit intérieur brut (PIB) pour les dépenses publiques en santé et l'élimination du paiement direct au point de service, qui sont intrinsèquement liés. Les évaluations actuelles insistent constamment sur le fait qu'un financement accru de la santé est nécessaire, mais pas suffisant, pour améliorer l'accès à des soins de santé de qualité. D'autres facteurs critiques incluent une gouvernance efficace des systèmes de santé, l'utilisation efficace des ressources financières et sanitaires et la distribution relative des apports des systèmes de santé

² Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). [Social Panorama of Latin America 2017](#).

dans l'ensemble des secteurs de services et des points infranationaux. En résumé, le progrès vers la santé universelle exige une approche des SSP.

21. La Région a accumulé de l'expérience, de l'expertise et des connaissances pour dresser un bilan 40 ans après Alma-Ata et pour influencer sur le cours des choses au cours des 40 prochaines années. La vision de la santé pour tous, initialement exprimée dans la Déclaration d'Alma-Ata, a été récupérée dans le contexte de la santé et du développement au vingt-et-unième siècle et de la réalisation de la santé universelle. Le droit de tous, partout dans le monde, d'avoir accès à la santé pour ainsi permettre de mener des vies pleines, productives et décentes a été réaffirmé.

22. La Région des Amériques s'est jointe à la campagne mondiale pour la Journée mondiale de la Santé en avril 2018 sous le thème « La santé universelle : pour tous et partout », soulignant le besoin d'éliminer les barrières persistantes à la santé et aux services de soins de santé. Ces barrières sont de nature variée, et leur élimination exige un mouvement de la société tout entière, avec la participation des personnes et des espaces dédiés pour permettre à tous de faire entendre leur voix, en particulier ceux qui vivent dans des circonstances extrêmement difficiles en raison d'inégalités sociales : les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine et autres groupes ethniques, les femmes, les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (LGBT) et les migrants. Notre Région joue un rôle actif dans les préparatifs de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires, qui aura lieu au Kazakhstan en octobre 2018, et nous démontreront au monde notre engagement à l'égard d'un renforcement des SSP comme moyen de progresser vers la réalisation de la santé universelle et des ODD.

23. Le programme des ODD demande l'éradication de la pauvreté par une lutte contre les inégalités, souligne le développement des personnes, une plus grande participation sociale et une coordination intersectorielle et inclut un objectif visant à assurer des vies saines et la promotion du bien-être de tous à tout âge ([ODD 3](#)). Ces éléments sont au cœur de la vision d'Alma-Ata et de la santé pour tous. Cette vision peut être réalisée dans la Région des Amériques par une intensification des efforts visant à transformer les systèmes de santé pour obtenir la santé universelle, solidement ancrée dans l'approche des SSP. Par conséquent, il faut que les États Membres mettent en œuvre ou renforcent l'approche des SSP sans plus tarder : le moment est arrivé.

24. L'approche des SSP implique un engagement de l'ensemble de la société à l'égard de l'élaboration de modèles de soins de santé axés sur les personnes, par le biais desquels le droit à la santé est pleinement exprimé et qui permettent de répondre aux besoins sanitaires de la population au sein des communautés qu'ils desservent, d'accroître la capacité du premier niveau de soins dans le cadre de réseaux intégrés de services, de traiter les déterminants sociaux de la santé, d'encourager la collaboration, d'assumer la responsabilité des engagements pris, de rester à l'écoute des personnes en situation d'exclusion et de vulnérabilité, d'inclure les personnes et les communautés dans la formulation, la mise en œuvre et la supervision des politiques et plans en matière de santé, ainsi que d'assurer la disponibilité de mécanismes pour la participation des gouvernements, de la société civile et de parties prenantes clés à la définition de la route à suivre vers la réalisation de la santé universelle. L'approche des SSP exige gouvernance et volonté politique, des ressources humaines pour la santé bien formées, motivées et distribuées équitablement, des mécanismes de financement qui sont justes, équitables et axés sur la solidarité, des systèmes d'information sanitaires, un accès à des médicaments et technologies sûrs, appropriés,

abordables et efficaces, ainsi qu'une participation sociale efficace. Des systèmes de santé résilients peuvent offrir des soins de santé adéquats et de qualité pour la population et ont la souplesse nécessaire pour intensifier les actions et répondre aux demandes découlant de catastrophes et de flambées de maladies infectieuses, tout en continuant de fournir des services de routine.

25. Les SSP constituent la stratégie la plus effective et la plus efficace par laquelle les États Membres peuvent établir des systèmes de santé résilients et durables pour appuyer la réalisation de la santé universelle et des objectifs adoptés dans le cadre du PASDA2030 et des ODD. Les données factuelles, les mandats et le savoir-faire pour assurer que cela se réalise existent. Ce dont nous avons besoin maintenant est l'établissement de priorités, l'engagement et la mise en œuvre efficace.

26. Ce rapport résume la coopération technique de l'OPS avec les États Membres, la collaboration avec les partenaires et parties prenantes clés pour progresser vers la santé universelle – avec une attention particulière sur l'utilisation de l'approche des SSP – et les progrès des processus et systèmes administratifs internes qui appuient le travail de l'Organisation au cours de la période examinée.

27. Comme dans toutes les activités de coopération technique de l'OPS, une attention particulière a été accordée aux huit pays clés de l'Organisation : la Bolivie, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname. Le BSP a mis en évidence la coopération technique aux niveaux infranational et infrarégional et, dans la mesure du possible, la collaboration interprogrammatique était un aspect intégral des interventions.

Partie 2. Avancée vers la santé universelle basée sur les soins de santé primaires

Le bilan : 40 ans d'Alma-Ata

28. La nature visionnaire de la Déclaration d'Alma-Ata et les concepts originaux des SSP sont encore valables, même si le monde lance un nouvel appel à l'action, les objectifs de développement durable, qui fixent des objectifs ambitieux pour l'année 2030. L'ODD3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » reflète la cible ambitieuse de la « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » établie en 1978. Bien que le monde ait raté cette cible, nombre de progrès ont été accomplis et d'enseignements tirés, et cette accumulation de connaissances, d'expérience et de capital social a amené le BSP à repenser et à réinventer ses interventions au cours de la période examinée, dans le but de renforcer les SSP comme stratégie essentielle pour progresser vers la santé universelle au vingt-et-unième siècle.

Paragraphe I de la Déclaration d'Alma-Ata, 1978 : vision originale des SSP

« La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé ».

29. Faire des SSP une réalité dans la Région des Amériques au vingt-et-unième siècle signifie qu'il faut combattre les iniquités en santé qui retardent le progrès vers la santé universelle et le développement durable. La formulation d'interventions différenciées qui permettent à ceux qui se trouvent en situation de vulnérabilité d'accéder à des services de santé complets et de qualité et de vivre des vies saines sera la pierre angulaire du travail de l'OPS. Une approche des SSP au vingt-et-unième siècle, axée sur le traitement des iniquités et le progrès vers la santé universelle, exige un leadership, accompagné d'une vision renouvelée et d'un engagement politique. Par conséquent, le BSP a coordonné l'élaboration du PASDA2030, qui représente un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans les Amériques sur la base de la santé universelle et des ODD. Le PASDA2030 définit l'action collective nécessaire pour que les pays et la Région puissent avancer vers l'équité et le bien-être pour tous à toutes les étapes de la vie.

PASDA2030 – un plan directeur régional pour la santé

Élaboré dans le cadre d'un vaste processus de consultation coordonné par le BSP, le PASDA2030 est le document stratégique de planification et de politique sur la santé de plus haut niveau dans les Amériques. Le PASDA2030 représente la réponse de santé régionale au Programme de développement durable à l'horizon 2030, de pair avec le travail inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, ainsi que les défis émergents en santé publique au plan régional. Il couvre tous les aspects des ODD liés à la santé et il fournit vision et orientation aux interventions de santé pour la période indiquée. Le programme définit l'action collective qui est nécessaire pour que les pays et la Région dans son ensemble puissent atteindre, d'ici l'année 2030, le meilleur état de santé possible, avec un accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, des systèmes de santé résilients et des services de soins de santé de qualité, en progressant vers l'équité et le bien-être de tous tout au long du parcours de vie.

L'objectif 1 du PASDA2030 est le suivant : « élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies ». La cible 1.5 est incluse dans l'objectif 1 : « Augmenter la capacité de résolution du premier niveau de soins, mesurée par une réduction de 15 % des hospitalisations qui peuvent être prévenues par des soins ambulatoires de qualité ». On retrouve également la cible 1.6 dans l'objectif 1 : « Organiser les services de santé en réseaux intégrés de prestation de service de santé ayant une grande capacité de résolution au premier niveau de soins ». Le PASDA2030 est mis en application par des plans stratégiques, des programmes et budgets biennaux de l'OPS, ainsi que par le biais de plans de santé infrarégionaux et nationaux.

30. En décembre 2017, le Directeur de l'OPS a lancé un [mouvement régional pour la santé universelle](#) dans le cadre du [Forum régional de haut niveau sur la santé universelle au 21^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata](#) en Équateur. Plus de 200 dirigeants politiques, représentants de la société civile et du monde universitaire, et des experts d'environ 30 pays et territoires des Amériques y ont participé, dans le but d'identifier les obstacles et de créer des alliances pour aider les pays à atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2030. Pour compléter le forum régional, en février 2018, le Directeur a établi la [Commission de haut niveau sur la santé universelle au 21^e siècle : 40 ans d'Alma-Ata](#) sous la direction compétente de Son Excellence Madame Michelle Bachelet, pour examiner l'avenir des systèmes de santé dans les Amériques, évaluer les progrès accomplis dans le contexte d'Alma-Ata et déterminer comment promouvoir une plus grande participation sociale à l'élaboration des politiques sanitaires. La Commission rassemble différentes perspectives, des acteurs étatiques ou non et des experts travaillant avec divers groupes de population, y compris des peuples autochtones, des personnes d'ascendance africaine, des personnes LGBT, des jeunes, des personnes avec des besoins particuliers et des migrants. Le Forum et la Commission de haut niveau continueront de travailler jusqu'en 2019 pour plaider en faveur de la forte contribution de cette Région à la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019.

31. Au cours de la période examinée, le BSP a collaboré avec les États Membres pour la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé universelle en fonction de leurs contextes et besoins nationaux respectifs.

Un accent renouvelé sur une santé équitable pour tous

32. Au cours de la période examinée, le BSP a mis en œuvre plusieurs initiatives pour répondre aux besoins différenciés des personnes, y compris des personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité. De plus, 15 pays ont effectué des examens des iniquités et des inégalités en santé et élaboré des plans nationaux pour relever les défis identifiés.

33. La Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans la Région des Amériques, établie par le Directeur de l'OPS en 2016 sous la direction de son président, Sir Michael Marmot, a fait des progrès dans sa mission de recueillir des données factuelles sur les iniquités et inégalités en matière de santé dans la Région, en vue de leur réduction. Le premier projet de rapport de la Commission a été discuté en juin 2018, et son rapport final, avec des recommandations sur la réduction ou l'élimination des lacunes en matière d'équité en santé, devrait être terminé d'ici la fin 2018. En 2017, la Commission a organisé plusieurs réunions d'experts pour discuter, et permettre une sensibilisation, de questions clés touchant aux iniquités, y compris en Colombie pour examiner l'ethnicité et ses répercussions sur la santé, et au Costa Rica pour

examiner des questions liées au genre et à la violence. En 2018, la Commission s'est réunie à Trinité-et-Tobago pour traiter de questions des droits de l'homme et à Atlanta (États-Unis d'Amérique) pour aborder des questions liées aux droits civils et aux populations minoritaires en Amérique du Nord, sous les auspices de la Morehouse School of Medicine.

34. Une nouvelle *Politique de l'OPS en matière d'ethnicité et de santé* (document [CSP29/7, Rev. 1](#)) a été approuvée par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2017, à la suite d'un vaste processus de consultation avec des ministères de la Santé, des populations autochtones, des personnes d'ascendance africaine et des Roms, ainsi que d'autres parties prenantes clés. La politique cherche à garantir l'accès à la santé pour tous les groupes ethniques en incorporant des approches interculturelles dans la coopération technique. Les discussions entourant la politique ont généré une attention accrue concernant les disparités d'origine ethnique dans le domaine de la santé et ont alimenté la demande de coopération technique et de données factuelles à ce sujet. Un certain nombre d'initiatives du BSP ont répondu à cet intérêt accru ou ont reflété la collaboration interprogrammatique qui résulte d'efforts continus visant à intégrer les questions de genre dans l'ensemble de la coopération technique de l'OPS. Par exemple, le BSP a collaboré avec le Centre latino-américain de démographie ([CELADE](#)) de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes ([CEPALC](#)) et le Fonds des Nations Unies pour la population ([FNUAP](#)) pour produire [un rapport détaillé en espagnol sur la situation des personnes d'ascendance africaine en Amérique latine et dans les Caraïbes](#). Le rapport est utilisé comme une source clé de l'analyse de la santé des personnes d'ascendance africaine dans les Andes et d'autres sous-régions. De plus, plusieurs rapports analysant les besoins des populations autochtones et d'ascendance africaine dans des questions de santé spécifiques ont été rédigés. Le BSP a produit une analyse du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de l'hépatite et des infections sexuellement transmissibles (IST) parmi les populations autochtones et d'ascendance africaine, suivie de l'élaboration de méthodologies spécifiques pour traiter les questions identifiées.

35. Le Bureau a adapté l'approche « Innov8 » de l'OMS, un outil programmatique intégré axé sur les questions de genre, d'équité et de droits, aux fins d'utilisation dans les Amériques. L'outil, auquel le BSP a ajouté une composante ethnicité, a été utilisé par la Jamaïque et la République dominicaine dans la formulation et la mise en œuvre de programmes de santé, dans le but d'assurer l'inclusion. Le BSP a également intensifié des efforts d'assurer l'inclusion des perspectives de genre et d'ethnicité dans les stratégies de coopération avec les pays ([CCS](#)), en particulier en Jamaïque et à Trinité-et-Tobago.

36. Le BSP a développé des documents conceptuels régionaux et des webinaires techniques pour appuyer les résolutions et faciliter de nouveaux domaines de coopération technique dans le domaine du genre, des masculinités et de la santé, le domaine de l'identité de genre et le domaine de l'accès à la santé pour les personnes LGBT. Le Bureau a fait des progrès dans la préparation d'un rapport sur la situation de la santé et de l'accès des personnes LGBT aux soins de santé, les obstacles qu'elles ont à surmonter pour accéder aux services de soins de santé et l'impact d'un accès réduit pour ces personnes. Ce rapport faisait suite à la résolution historique de l'OPS *Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans* (résolution [CD52.R6](#)), qui a été adoptée par le 52^e Conseil directeur en 2013, sur la base de données fournies par 33 États Membres et 28 organisations non gouvernementales dans les Amériques. À la suite d'une critique des pairs, le rapport sera finalisé et présenté au États Membres de l'OPS d'ici la fin de 2018. Ses conclusions sur les obstacles,

notamment la stigmatisation et la discrimination, le manque de politiques ou de services complets et un personnel insuffisamment formé, fourniront la base nécessaire pour générer une attention accrue sur l'utilisation des services par les personnes LGBT et la coopération technique ciblée dans ce domaine.

37. Le BSP a préparé un rapport interprogrammatique régional sur l'égalité entre les sexes, les masculinités et la santé, dont les conclusions seront discutées par des parties prenantes clés au niveau infrarégional et qui serviront de base pour l'élaboration de réponses politiques permettant de traiter les lacunes liées aux masculinités et à la santé des hommes. Des progrès ont été accomplis par les pays pour faire avancer l'égalité des sexes en matière de santé sous le dénominateur commun de la santé universelle, y compris la documentation sur la protection sociale en matière de santé, notamment dans les domaines des soins de santé non rémunérés, des engagements pris à l'égard de la santé des femmes, des enfants et des adolescents pour 2018-2030 et du suivi de l'équité grâce à des indicateurs sexospécifiques spéciaux.

38. Au cours de cette période, le BSP a accru son leadership et son appui technique pour faire avancer la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Le lancement de l'initiative Chaque femme, chaque enfant – Amérique latine et Caraïbes ([EWEC-LAC](#)), et l'[Engagement à l'action de Santiago](#), sous le parrainage de la Présidente du Chili, Michelle Bachelet, en 2017, a gagné l'engagement politique interministériel nécessaire pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent dans la Région. EWEC-LAC est un mouvement interinstitutionnel qui appuie les efforts des pays de réduire les iniquités d'accès à la santé pour les femmes, les enfants et les adolescents.³ Le BSP a réorienté la coopération technique pour la mise en œuvre de la stratégie et a fait des progrès dans l'élaboration d'un plan d'action qui sera présenté au 56^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2018.

39. Dans ce cadre, au cours de cette période, la mise en œuvre a été accélérée par le biais de l'initiative phare du Directeur [Réduire à zéro le taux de mortalité maternelle par hémorragie](#), qui vise à réduire l'écart en matière d'équité en matière de mortalité maternelle dans 10 pays prioritaires ayant des indicateurs de mortalité maternelle à risque : Bolivie, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname. Le BSP a utilisé une approche interprogrammatique, en établissant des synergies dans l'ensemble des départements techniques et des bureaux de pays pour améliorer l'efficacité de la coopération technique. Dix conseillers supplémentaires spécialisés en santé de la femme et la réduction des taux de mortalité maternelle ont été placés dans ces pays pour accroître la coopération technique par des interventions spécifiques aux pays, en particulier des interventions novatrices pour renforcer la capacité locale d'atteindre les femmes qui sont le plus exposées et en situation de vulnérabilité. Ces interventions tiennent compte des liens évidents entre les inégalités sexistes et les taux élevés de mortalité maternelle parmi les femmes autochtones dans la Région. Cette modalité de coopération technique s'est avérée efficace. Quatre des pays impliqués (Bolivie, Guatemala, Pérou et République dominicaine) ont signalé que depuis la mise en œuvre de cette initiative, il n'y a eu aucun décès maternel dû à une hémorragie. Le Paraguay a mentionné des réductions de 30 % du taux de mortalité maternelle et de 18,6 % du taux de mortalité néonatale, en date de décembre

³ Les membres d'EWEC-LAC sont la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale, le FNUAP, ONU Femmes (l'entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes), ONUSIDA, l'OPS/OMS, l'UNICEF et USAID.

2017. Le BSP a entrepris des activités de coopération technique avec 32 pays dans la Région. Le [Réseau régional de surveillance de la mortalité maternelle et néonatale](#) a été consolidé, avec la mise en œuvre de deux projets liés à la mortalité maternelle, [Near Miss](#) et le Réseau d'assistance aux femmes en situation d'avortement (MUSA). Le Réseau de surveillance vise à améliorer l'analyse des données sur la santé maternelle et néonatale dans la Région. La Région des Amériques est la seule Région de l'OMS qui a mis en œuvre cette initiative de surveillance.

Travail interprogrammatique axé sur les pays – santé maternelle et périnatale et environnement

Nicaragua: un projet interprogrammatique « Maisons d'attente de maternité saines, écologiques et durables » a développé des instruments d'auto-évaluation pour évaluer les risques environnementaux et identifier les interventions d'atténuation des priorités. Cela fait partie d'une stratégie plus large de réduction de la mortalité maternelle et périnatale par une amélioration des soins maternels à l'accouchement et la création d'environnements qui protègent et promeuvent la santé dans les foyers. Le projet était appuyé par les autorités et institutions nationales et locales, y compris le Centre pour la recherche et les études en santé et le Centre pour la recherche sur la santé et l'environnement des travailleurs. Le financement provient du projet BSP-Canada sur les systèmes de santé intégrés en Amérique latine et dans les Caraïbes ([IHSLAC](#)).

40. En cherchant à mieux cibler la santé infantile, le Bureau a veillé à la promotion de politiques et services intégrés pour accélérer les progrès relatifs à la santé et au développement des enfants dans le cadre d'un partage des enseignements tirés des meilleures pratiques appliquées dans les pays; la mise à jour des pays sur des approches et stratégies basées sur des données factuelles pour une action multisectorielle, l'engagement des ministères de la Santé et du Développement social envers les efforts mondiaux actuels déployés pour améliorer le développement des jeunes enfants et la formation sur la prestation de soins réceptifs. Ces efforts contribueront à un accroissement de l'accès et de la couverture d'interventions qui promeuvent la santé et le développement des enfants au cours des premières années de vie. Toutes ces activités ont été réalisées à titre d'efforts conjoints avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance ([UNICEF](#)) et l'OMS, en collaboration avec d'autres partenaires, y compris [Bernard Van Leer Foundation](#), [Plan International](#), la Banque mondiale et d'autres. Le BSP a facilité l'élaboration du [Nurturing Care Framework](#) avec la participation de plus de 15 pays et a lancé ce cadre de soins lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2018. Le Bureau a également établi un réseau d'experts et d'institutions sur la petite enfance qui inclut l'UNICEF, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture ([UNESCO](#)) et des centres de recherche et des universités de divers pays. Le plaidoyer politique, le partenariat et l'engagement des communautés ont été au cœur de ces efforts.

41. Dans le cadre de ses activités de coopération technique, le BSP a travaillé avec 21 pays pour examiner et mettre à jour leurs stratégies de santé pour les adolescents, mettre en œuvre des normes pour les services de santé aux adolescents, et renforcer la capacité pour la mise en œuvre du Cadre pour une action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents ([AA-HA!](#)) par des ateliers au niveau infrarégional et des pays, ces derniers à la Barbade, au Brésil, au Guyana, en Haïti, à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et au Suriname. Le BSP a également réalisé des activités de coopération technique pour l'élaboration de plans de santé pour la jeunesse autochtone et d'ascendance africaine, sur la base de priorités auto-identifiées par ces groupes. Le rapport régional [Accélération du progrès vers la réduction de la grossesse chez les adolescentes en](#)

[Amérique latine et dans les Caraïbes](#) est terminé et un rapport sur la santé des jeunes est en préparation.

42. Le Bureau a fait des progrès dans la mise en œuvre du projet IHSLAC, un effort de collaboration entre le BSP et [Affaires mondiales Canada \(AMC\)](#). Le projet, de 2016 à 2019, est mis en œuvre dans 11 pays : Bolivie, Colombie, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou et Suriname. Le but est d'améliorer la santé des enfants, des jeunes filles et des femmes (y compris les mères) en situation de vulnérabilité en Amérique latine et dans les Caraïbes, Par le biais de ce projet, les autorités sanitaires nationales ont été en mesure d'atteindre les communautés mal desservies, difficiles à atteindre et désavantagées sur le plan socio-économique. Les résultats signalés au cours de cette période incluaient : allaitement 100 % exclusif des enfants (11 000+) nés dans une maternité, fourniture de l'équipement, produits de base et autres matériel pour appuyer la prestation de services dans 150 établissements de soins et deux réseaux communautaires dans huit pays (Bolivie, Colombie, Équateur, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua et Pérou) et l'action communautaire, notamment l'appui à la mise en œuvre de services de télémédecine au Paraguay. Au nombre des autres résultats signalés au cours de cette période, il convient de mentionner le traitement vermifuge fourni à environ 305 214 personnes, le dépistage de la maladie de Chagas chez 1457 enfants de moins de 15 ans, le dépistage du cancer du col de l'utérus chez 1500 femmes et le renforcement de la sensibilisation aux questions d'autonomisation chez 11 000+ femmes, y compris les questions relatives à l'entrepreneuriat, au leadership, à la participation et au droit au travail rémunéré. De plus, le projet a appuyé l'élaboration de politiques, plans et normes, lignes directrices et outils qui sont basés sur l'équité, les droits de l'homme, l'ethnicité et les approches de genre. Les 11 pays ont tous appuyé les activités de renforcement des capacités des ressources humaines, et plus de 11 000 prestataires de services de santé ont tiré parti des activités de formation ou de sensibilisation.

43. Le BSP a mené des interventions stratégiques et de sensibilisation pour appuyer la mise en œuvre de la résolution [CD55.R13](#) sur la santé des migrants, qui a été adoptée par le 55^e Conseil directeur en 2016. Lors d'un événement parallèle lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017 qui avait été proposé par le Mexique et d'autres pays, les panélistes ont convenu que la santé devrait être au centre de toute politique de migration, et que le BSP et les États Membres de l'OPS devraient conjointement défendre son inclusion dans le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, actuellement en voie d'élaboration. Un tel plaidoyer se fonde sur la Déclaration ministérielle d'avril 2017 sur la santé et les migrations, qui a été signée par 10 pays en Mésio-Amérique (Belize, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama et République dominicaine) et pour laquelle le BSP a fourni un appui politique et technique. La déclaration ministérielle a établi une série d'accords de travail conjoints pour améliorer l'information disponible sur la situation sanitaire des migrants et créer des partenariats pour traiter leurs besoins de santé de manière approfondie et opportune.

44. Consciente du besoin de renforcer la prise en considération des thèmes intersectoriels de l'OPS en matière de droits de l'homme, de genre, d'ethnicité et d'équité afin de progresser vers la santé universelle au cours de la période examinée, la Directrice de l'OPS a procédé à une réorganisation du BSP aux termes de laquelle le Bureau de l'équité, de l'égalité entre les sexes et de la diversité culturelle est maintenant placé au niveau de la direction exécutive. Ce changement vise à accroître les actions stratégiques et politiques pour assurer que tous les programmes et interventions de l'OPS tiennent compte de ces thèmes intersectoriels.

***Interventions sélectionnées appuyées par le BSP pour
les groupes en situation de vulnérabilité***

Argentine. Les ministères de la Santé et de l'Éducation ont collaboré à la mise en œuvre d'une politique détaillée de soins de santé pour les enfants dans le Programme sanitaire des écoles (PROSANE), y compris les examens dentaires, ophtalmologiques et auditifs, ainsi que la vaccination. Dans le cadre du projet du Gran Chaco, la phase préparatoire de la mise en œuvre du Programme de promotion de la santé dans les écoles de la province de Salta est maintenant terminée. Le programme encouragera l'action intersectorielle pour l'eau, l'assainissement, l'hygiène, la sécurité alimentaire et nutritionnelle et la gestion des risques de catastrophe. La préparation incluait des ateliers sur l'ethnicité et la santé interculturelle, avec la participation de la communauté pour l'identification d'actions permettant d'améliorer l'accès des populations autochtones à des services de soins de santé de qualité.

El Salvador. Une politique nationale sur la santé interculturelle a été finalisée en juin 2018, sous la direction du ministère de la Santé et avec la pleine participation de groupes autochtones, d'associations des droits de l'homme, d'institutions du secteur de la santé et des représentants du milieu universitaire. L'inclusion des groupes autochtones représente un important pas en avant pour atteindre ceux qui en ont besoin, sans aucun laissé-pour-compte.

États-Unis d'Amérique. Le BSP a collaboré avec le Conseil national de santé des indiens en milieu urbain (NCUIH) pour adapter [le Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale](#) (mhGAP) aux besoins des communautés autochtones, et pour mettre à l'essai un guide adapté avec un groupe d'agents de santé de la communauté autochtone américaine.

Guyana. Des sessions de conscientisation et de sensibilisation communautaires sur la violence sexiste et la violence contre les femmes et les enfants ont été organisées avec des services de police et des prestataires de soins de santé dans les régions 1, 7 et 8.

Jamaïque. Une analyse de situation approfondie des personnes âgées a été réalisée en décembre 2017 et un cadre national pour un vieillissement en bonne santé a été préparé en janvier 2018 avec les autorités sanitaires locales et la *World Diabetes Foundation*.

Panama. L'équipe de l'ONU dans le pays a contribué à des progrès en matière de santé universelle dans le cadre du modèle des [réseaux de prestation de services de santé intégrés](#). Avec une attention particulière portée aux populations autochtones et aux zones frontalières, le BSP a travaillé avec l'UNICEF dans le domaine des écoles saines, avec le FNUAP en matière de santé maternelle, ainsi qu'avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) à propos de la nutrition pour la famille et des jardins communautaires.

Suriname. Dans le cadre de ses programmes pour la lutte contre le paludisme, la leishmaniose, la lèpre et le VIH/IST, le ministère de la Santé a collaboré pour fournir des services de SSP intégrés à la population minière de l'arrière-pays du Suriname.

Sous-région sud-américaine. En mai 2018, des réunions ont été organisées au Paraguay et au Brésil pour discuter, respectivement, de la santé le long de la frontière dans les pays du Marché commun du Sud ([MERCOSUR](#)) et de la santé des peuples autochtones dans les systèmes de santé nationaux du [Chaco sud-américain](#). La réunion tenue au Paraguay visait à promouvoir la coopération Sud-Sud, alors que celle tenue au Brésil traitait de l'incorporation d'une démarche interculturelle dans les systèmes de santé nationaux respectifs.

La santé universelle et l'approche des SSP pour de meilleurs résultats sanitaires

Promotion et accompagnement des transformations des systèmes de santé basés sur les SSP pour la santé universelle

45. Au cours de cette période, le BSP a fait avancer la mise en œuvre d'une approche globale axée sur les pays pour la coopération technique avec les pays qui commencent ou poursuivent une transformation majeure de leurs systèmes de santé ou qui renforcent des initiatives. La modalité de coopération technique, qui vise l'élaboration de feuilles de route globales ou de plans nationaux pour avancer vers la santé universelle, a été adaptée aux besoins, aux réalités, à la logique et à la dynamique des processus de pays. La coopération technique avec une approche interdisciplinaire a été réalisée avec un certain nombre de pays (Bahamas, Belize, Bolivie, Chili, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Jamaïque, Panama, Pérou et République dominicaine) pour renforcer la gouvernance et la gestion, le financement de la santé, la législation sanitaire ou les modèles de prestation de services conformes à une approche de SSP et à la stratégie pour la santé universelle. Cette modalité de coopération technique incluait un soutien technique direct, des exercices de renforcement des capacités, la sensibilisation des hauts fonctionnaires, la facilitation de dialogues intersectoriels nationaux et le partage d'expériences et de données entre les pays, en fonction des besoins.

La transformation des systèmes de santé axée sur les pays pour faciliter l'accès à la santé universelle

Dominique. Un plan d'action pour le rétablissement après l'ouragan qui vise à l'atteinte de la santé universelle est en voie d'élaboration : il est le produit d'une étroite collaboration entre le BSP et les autorités gouvernementales et vise à reconstruire et transformer le système de santé du pays pour renforcer la résilience et l'efficacité dans la prestation de services de santé de qualité. Le travail a inclus une première mission qui vise à conclure des ententes avec les autorités nationales sur la portée et les domaines de la coopération technique, conformément au plan stratégique national, et à faciliter une rapide évaluation des services de santé après l'ouragan Maria. Des missions de suivi ont inclus une évaluation des établissements de soins de premier niveau, la gouvernance et la gestion, ainsi que les ressources humaines en santé. Il est prévu que le plan d'action soit finalisé d'ici août 2018.

Haïti. Dans le contexte de l'initiative actuelle du gouvernement de procéder à une transformation approfondie du système de santé, des membres de la commission nationale de réforme du système de santé et des soins hospitaliers récemment créée ont été invités à participer à une discussions de haut niveau au siège de l'OPS. L'équipe du BSP a facilité le dialogue entre la commission de réforme et les autorités du ministère de la Santé, en présentant des études de cas d'autres pays de la Région, en facilitant la discussion sur les options réalisables pour Haïti et en présentant une feuille de route pour une collaboration accrue. En même temps, une mission spéciale chargée de traiter des problèmes importants au principal hôpital public de Port-au-Prince (Hôpital Universitaire de la Paix) a été entreprise. Au cours de la mission, des recommandations ont été fournies, qui visaient à résoudre les problèmes urgents à l'hôpital et faire qu'il devienne une partie intégrale du réseau de soins. De même, au vu de l'importance des programmes prioritaires et du financement apporté par les partenaires du développement en Haïti, une mission conjointe chargée d'évaluer la riposte du pays face à la tuberculose a été réalisée, avec une forte composante programmatique et dans une perspective des systèmes de santé.

Jamaïque. En réponse à une demande du gouvernement d'évaluer les succès, les défis et les enseignements tirés dans le cadre de la mise en œuvre du programme de réforme du secteur de la santé

lancé en 1997, le BSP a effectué une évaluation exhaustive de la prestation de services de santé publique en Jamaïque. L'évaluation a comporté des recommandations spécifiques sur le renforcement de la stratégie des SSP, l'amélioration de la capacité de gestion du ministère de la Santé et l'accroissement et l'amélioration du financement de la santé, entre autres. Les résultats ont été présentés à une réunion du cabinet, en présence du premier ministre. Simultanément, le BSP a entrepris des activités de coopération technique pour la production d'un plan national d'assurance santé, en appuyant le comité national de supervision par une participation virtuelle à des réunions et la prestation de contributions à des avant-projets du plan.

Suriname. À la suite de travaux lancés en 2017, le BSP a réalisé une mission intensive de deux semaines au Suriname pour élaborer les grandes lignes du Plan stratégique pour la santé et le bien-être, ainsi qu'une feuille de route des activités pour réaliser les objectifs du plan. Dans le cadre d'une mission antérieure, les activités de coopération technique incluaient l'élaboration et la discussion d'un document sur le modèle de soins et l'organisation des services pour le Suriname. De plus, le BSP a mené une étude spéciale sur l'espace budgétaire pour la santé pour fournir aux autorités gouvernementales des options réalisables spécifiques visant à un accroissement des ressources pour le secteur de la santé, dans le contexte de la situation macroéconomique et fiscale délicate que le pays traverse. La présentation du rapport inclura la facilitation du dialogue national nécessaire entre les autorités sanitaires et financières.

46. Le BSP a élaboré des cadres et des outils de coopération technique destinés à un renforcement de la gestion et de la gouvernance. Le Cadre de suivi pour la santé universelle a été finalisé au cours de cette période et a été utilisé pour analyser le progrès réalisé par les pays dans l'augmentation de l'utilisation des services de santé, l'élimination des barrières à l'accès et la réduction des iniquités en santé. Ceci incluait l'analyse de l'accès à la santé et de l'équité en utilisant des bases nationales de données relatives à la santé de sept pays de la Région (Canada, Chili, Colombie, États-Unis d'Amérique, Mexique, Pérou et Uruguay) par le biais de méthodologies robustes normalisées par le BSP. Les résultats de cette analyse ont fourni des informations pour le [Panorama régional](#) sur les progrès accomplis au cours des 5 à 10 dernières années en ce qui concerne la performance et l'impact des systèmes de santé sur les indicateurs de la santé universelle dans l'ensemble de la Région des Amériques ([The Quest for Universal Health: Summary of Indicators on Health Systems Performance](#)) qui se trouve sur l'Internet dans l'édition 2017 de la publication phare de l'OPS, La santé dans les Amériques +, laquelle fournit des informations et des données pour la Région. Des progrès ont également été réalisés dans la mise à jour du Cadre des fonctions essentielles de santé publique de l'OPS, par le biais de consultations avec les ministères de la Santé, les experts en santé publique et des représentants du milieu universitaire. Le cadre et les outils seront essentiels pour un renforcement des capacités de gestion avec les autorités sanitaires nationales.

47. La coopération technique pour le financement de la santé a abordé plusieurs questions dont la budgétisation, les ressources financières et l'espace fiscal, le système d'assurance, la segmentation et les comptes santé, entre autres. Les experts du BSP ont rencontré les représentants de 19 pays pour discuter de questions liées à l'allocation des ressources et aux défis auxquels font face les pays dans leurs efforts pour accroître les dépenses publiques en santé dans un esprit d'équité et d'efficacité. La coopération technique du BSP a appuyé le dialogue et l'échange d'expériences pour formuler des options politiques qui permettent d'améliorer le financement de la santé, y compris les systèmes de paiement et les achats stratégiques dans les services de santé.

Au cours de cette période, le BSP a fourni un appui technique direct à 17 pays⁴ pour l'amélioration et la réglementation des systèmes de financement qui visent à amplifier les progrès accomplis en vue de la réalisation de la santé universelle en accordant la priorité à l'investissement dans les SSP. De plus, le Chili, la Colombie, le Guyana, Haïti et le Pérou incluent maintenant la protection sociale dans la santé comme un principe fondamental de leurs systèmes de santé, et le Mexique, le Pérou et l'Uruguay ont renforcé ou mis à jour leurs enveloppes de prestations de soins de santé garantis. Des études sur le financement de la santé ont été finalisées à la Barbade, en Bolivie, au Brésil, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, en Équateur, au Guyana, au Honduras, en Jamaïque, au Nicaragua, au Paraguay et au Pérou, afin de leur fournir des options concrètes pour optimiser l'efficacité du financement des systèmes de santé et pour améliorer l'espace fiscal pour la santé. Une publication de l'OPS en espagnol consacrée à l'espace fiscal a été présentée en avril 2018 dans le cadre de la convention [Cuba Salud 2018](#).

48. La collaboration interprogrammatique a été reconnue comme un moyen d'améliorer l'efficacité des services de santé, étant données les plateformes et concepts communs qui caractérisent de nombreuses interventions de santé publique. Cette collaboration a été consolidée, en particulier avec la prévention de l'infection au VIH, pour mettre l'accent sur la durabilité, notamment dans les pays qui ne reçoivent plus l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ([Fonds mondial](#)). Il y a également eu une amélioration du travail conjoint concernant le renforcement des systèmes de santé, le parcours de vie sain et le vieillissement en bonne santé, la gestion et l'incorporation des vaccins avec [Gavi, l'Alliance du Vaccin](#), le contrôle et la gestion du cancer et des troubles mentaux, le contrôle et la gestion des flambées de virus Zika. Le BSP a soutenu la pleine mise en œuvre du projet interprogrammatique sur l'insuffisance rénale chronique (document [CSP29/INF/7](#), point B) à l'échelle régionale et nationale au cours de l'année 2017.

49. Le cadre de coopération entre pays pour le développement de la santé (CCHD) de l'OPS favorisant la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire a continué à recueillir l'appui des États Membres et des partenaires de l'Organisation. Plusieurs nouvelles initiatives de la CCHD ont été lancées en 2017-2018, dont une intervention visant à améliorer la santé maternelle et infantile le long de la frontière située entre Haïti et la République dominicaine, ainsi qu'une intervention visant à améliorer la santé des populations du Chaco sud-américain, qui couvre en partie l'Argentine, la Bolivie, le Brésil et le Paraguay.

entraide entre pays – le BSP facilite la CCHD

Amérique centrale et Amérique du Sud. Les instituts nationaux du cancer de l'[Argentine](#) et de la [Colombie](#) ont collaboré avec les ministères de la Santé d'El Salvador, du Guatemala, du Panama, du Paraguay et du Pérou pour élaborer un projet de CCHD qui porte sur l'inscription des populations à des registres sur le cancer. Le Centre international de recherche sur le cancer ([CIRC](#)) et le réseau d'instituts nationaux du cancer de l'Union des nations sud-américaines ([UNASUR](#)) y ont également participé. Le projet renforcera les systèmes de surveillance et d'information des pays participants et facilitera la prise de décision et la formulation de politiques concernant la prévention du cancer et la lutte contre celui-ci.

⁴ Les 17 pays étaient : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Belize, Bolivie, Chili, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Pérou, République dominicaine et Suriname.

Belize, Costa Rica, El Salvador et Mexique. Ces quatre pays, qui sont en voie d'éliminer le paludisme, ont entrepris une évaluation détaillée de leurs programmes en décembre 2017. Cette évaluation vise à renforcer leur capacité en matière de surveillance épidémiologique et entomologique, leurs systèmes d'information, l'identification des foyers de transmission et la qualité de leur réponse, afin de prévenir la transmission endémique de la maladie.

Belize et Guyana. Des membres clés du personnel de la santé mentale du Guyana ont participé à un voyage d'études d'une semaine au Belize qui a inclus des activités de renforcement des capacités et l'élaboration du premier jet d'une feuille de route concernant un programme communautaire de santé mentale au Guyana.

Canada et Cuba. Une entente entre le Canada et Cuba a été signée en avril 2018 concernant le renforcement de la biosécurité au sein du réseau de laboratoires cubains, particulièrement à l'Institut Pedro Kouri de médecine tropicale ([IPK](#)). Parmi les résultats de cette entente, on peut noter l'achat de matériel pour transporter les substances infectieuses vers le réseau national, d'équipements de protection personnelle et de fournitures, des conseils provenant d'experts internationaux concernant la création d'un laboratoire de biosécurité de niveau 3, ainsi qu'une formation donnée au Canada à des spécialistes des laboratoires cubains.

CARICOM et Chili. Depuis longtemps, la CARICOM reconnaît la prévention des maladies non transmissibles (MNT) et la lutte contre celles-ci comme une question prioritaire pour cette sous-région, comme en témoignent la [Déclaration de Port-d'Espagne de 2007](#) ainsi qu'un document plus récent intitulé [Caribbean Cooperation in Health Phase IV, 2016-2025](#). La lutte contre l'obésité est apparue en tant que stratégie infrarégionale cruciale en matière de réduction des MNT, en particulier la prévention de l'obésité chez les enfants, comme l'illustre le document intitulé [Plan of Action for Promoting Healthy Weights in the Caribbean: Prevention and Control of Childhood Obesity 2014-2019](#) publié par la CARPHA. Le Chili s'emploie depuis 2007 à mettre en place un cadre réglementaire destiné à s'attaquer au surpoids et à l'obésité. Le sénat chilien a approuvé une loi à cet effet en 2012 et celle-ci [est entrée en vigueur en 2016](#); cette loi prévoit un étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages, la restriction de la vente et de la promotion de produits malsains dans les écoles et l'interdiction de la commercialisation de produits malsains auprès des enfants. Le Chili et la CARICOM mettent actuellement en œuvre un projet qui leur permettra de profiter des connaissances et de l'expérience acquises par le Chili afin d'élaborer et de mettre en application un étiquetage sur le devant des emballages dans les Caraïbes. En plus du BSP, l'équipe de coopération comprend le Bureau de la santé de la CARICOM, l'University of the West Indies, la Healthy Caribbean Coalition, la CARPHA, le Caribbean Law Institute Centre ([CLIC](#)), l'Organisation régionale des normes et de la qualité de la CARICOM ([CROSQ](#)), le Bureau des négociations commerciales de la CARICOM et le gouvernement du Chili.

Cuba et Nicaragua. Dans le contexte d'un transfert de technologie concernant la fabrication du vaccin antigrippal au Nicaragua, Cuba a poursuivi sa tradition de coopération Sud-Sud. En effet, il a fait appel à l'autorité réglementaire nationale cubaine, appelée [CECMED](#), pour collaborer avec le Nicaragua afin d'élaborer toutes les fonctions recommandées par l'OMS concernant les médicaments et les produits biologiques, dont l'homologation, la surveillance post-commercialisation et la surveillance réglementaire des produits fabriqués localement. CECMED

est actuellement une autorité nationale de réglementation reconnue par l'OPS en tant que référence régionale.

Projet du Gran Chaco. Un projet de CCHD appelé « Sur la voie de la santé universelle chez la population du Chaco sud-américain » a été lancé en 2017. Ce projet cherche à faire participer les gouvernements de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil et du Paraguay à des activités communes visant à progresser vers la santé universelle dans 20 municipalités du Chaco. Le projet profitera à environ 400 000 personnes vivant en situation de vulnérabilité, dont des autochtones et des populations rurales.

Politiques de santé publique et action intersectorielle

50. Le BSP a continué de renforcer la capacité régionale pour une approche de la santé dans toutes les politiques ([HiAP](#)) et 30 expériences et bonnes pratiques concernant l'HiAP en provenance de 16 pays ont été documentées sur la plateforme HiAP en ligne de l'OPS. Un cours virtuel sur l'HiAP pour la Région des Amériques, actuellement en développement, établit un programme structuré de renforcement des capacités qui peut être déployé dans l'ensemble de la Région, permettant ainsi d'appuyer la durabilité de la programmation HiAP. En mettant l'accent sur des approches multisectorielles pour aborder des inégalités préoccupantes en matière de santé, le cours permettra aux décideurs politiques et autres parties prenantes de promouvoir l'équité en santé dans une approche multidimensionnelle, y compris des interventions qui ciblent les lacunes des résultats sanitaires selon les thèmes transversaux du genre et de l'ethnicité de l'OPS. Ce cours virtuel est le premier exemple d'une adaptation en ligne du Manuel de formation de l'OMS sur la santé dans toutes les politiques ([WHO HiAP Training Manual](#)) qui est sur le point d'être lancé, fournissant ainsi une possibilité unique d'intégration de thèmes transversaux dans l'élaboration de politiques intersectorielles et servant potentiellement de modèle pour d'autres cours adaptés aux besoins de la Région.

51. L'approche des SSP exige un réexamen des interventions en matière de promotion de la santé et de villes en bonne santé, ainsi qu'une décision, basée sur les enseignements tirés, sur la façon d'aller de l'avant en adoptant une approche globale ancrée dans le vingt-et-unième siècle, en harmonie avec le PASDA2030 et les ODD, et qui facilite le progrès vers la santé universelle. Au cours de la période considérée, le BSP a lancé le processus d'élaboration d'une nouvelle stratégie et plan d'action sur la promotion de la santé, y compris un examen des expériences dans la Région et des consultations informelles avec des réseaux de promotion de la santé et les États Membres de l'OPS. La stratégie et le plan d'action devraient être terminés en 2018.

52. Dans le cadre de ses efforts de réactivation du Réseau des Amériques pour des municipalités, des villes et des collectivités en bonne santé, le BSP a créé la trousse d'action pour des villes en bonne santé en 2017, qui fournit des conseils aux dirigeants municipaux concernant la planification d'initiatives et politiques de promotion de la santé. La mise à l'essai de la trousse a commencé dans neuf municipalités à El Salvador en janvier 2018 et le projet devrait démarrer dans des municipalités d'autres pays de la Région vers la fin de 2018.

53. Le Réseau de responsables de la promotion de la santé d'Amérique latine et des Caraïbes ([REDLACPROMSA](#)) a joué un rôle essentiel en amenant la promotion de la santé au niveau local.

Le travail de base pour appuyer le réseau durant la période examinée a mené au développement continu d'un nouveau réseau des maires pour des municipalités en bonne santé. Il a également contribué à la durabilité d'initiatives et actions convenues entre les pays du réseau et visant à faire progresser les programmes de développement durable et de promotion de la santé dans différentes administrations politiques.

54. Le BSP a encouragé une meilleure compréhension des aspects économiques des MNT, avec les deux principaux objectifs suivants: 1) aider les autorités sanitaires à sensibiliser les chefs d'État et ministères des Finances à l'urgence d'un financement pour la prévention des MNT et les programmes de lutte contre ces dernières et 2) démontrer comment les politiques économiques qui ne font pas partie du portefeuille des ministères de la Santé peuvent aider à enrayer l'épidémie de MNT et à avoir un impact économique positif. Pour atteindre ces objectifs, le BSP a amassé des données factuelles, et promu la collecte de ces dernières, pour démontrer l'impact des MNT sur le développement social et économique aux niveaux des pays et des régions, ainsi que les coûts et avantages de la mise en œuvre de mesures de prévention et de contrôle dans des contextes spécifiques par pays. Le BSP a également promu la cohérence entre les politiques fiscales et sanitaires, en particulier pour simplifier la taxation comme une mesure de santé publique, et il a plaidé en faveur de la cohérence dans les politiques sanitaires et commerciales. Le Bureau a mis en évidence le besoin de tirer parti des avantages des accords commerciaux et d'investissement ainsi que de l'intégration économique, tout en prenant également des mesures pour prévenir les impacts négatifs sur la santé et le bien-être d'une accessibilité accrue et de prix plus abordables pour des produits tels que le tabac, l'alcool et les aliments ultra-transformés à forte teneur énergétique et pauvres en éléments nutritifs.

55. Le Bureau a renforcé son rôle unique de facilitateur du dialogue intersectoriel entre les responsables de la finance, du commerce et de la santé en s'associant avec des organisations telles l'OMS, le Programme des Nations Unies pour le développement ([PNUD](#)), la Banque mondiale ([BM](#)), le Centre de recherches pour le développement international ([CRDI](#)), [RTI Health Solutions](#) et l'Agence de la santé publique du Canada ([ASPC](#)). En février 2018, le BSP a mené une réunion sur les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme, lors de laquelle la BM et le Fonds monétaire international ([FMI](#)) ont débattu de leur rôle dans l'utilisation des taxes sur le tabac comme une mesure de santé. Le BSP a également organisé une formation à la taxation de facteurs de risque des MNT, y compris le tabac, l'alcool et les boissons sucrées.

56. Dans un cas similaire, en 2017, la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé la nouvelle *Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022* ([CSP29/11](#)), dans le but d'accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ([FCTC](#)). Ses principaux objectifs consistent à disposer d'un environnement complètement libre de fumée de tabac dans tous les espaces publics et de travail fermés et de faire figurer des avertissements graphiques sur la santé sur l'emballage des produits du tabac dans tous les États Membres d'ici à 2022. La stratégie vise à relancer la discussion sur la lutte contre le tabagisme dans les programmes de politiques publiques, à la lumière de la cible 3.a des ODD : « Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac ».

57. Le Bureau a également abordé la question de l'étiquetage alimentaire visant à réduire la consommation d'aliments malsains, qui incluait l'appui fourni à 12 pays (Brésil, Canada,

Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine et Uruguay) et deux mécanismes d'intégration (la Communauté des Caraïbes ([CARICOM](#)) et le Système d'intégration centraméricaine ([SICA](#)) pour la conception, la formulation, la révision, la mise en œuvre et le contrôle et l'évaluation d'avertissements nutritionnels sur le devant des emballages. Ces avertissements sur les aliments les boissons serviront de mise en garde à l'intention des consommateurs sur la teneur élevée en sucres, graisses et sodium. De telles initiatives sont indispensables pour lutter contre les MNT et pour protéger le droit à la santé de toutes les populations, mais en particulier celles qui se trouvent en situation de vulnérabilité, notamment les enfants et les populations ayant un taux d'alphabétisation faible.

58. En collaboration avec les entités d'intégration régionales et infrarégionales, et les organisations de la société civile, le Bureau a joué un rôle important dans la préparation des États Membres à leur participation à la Troisième Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des MNT ([HLM3](#)), prévue en septembre 2018. Le BSP a offert des matériels techniques et plaidé pour que les pays soient représentés aux plus hauts niveaux politiques, appelant les capitales des États Membres à s'assurer que leurs ministères des Affaires étrangères et leurs missions permanentes à l'ONU soient bien préparés à contribuer aux négociations des versions préliminaires et des documents finaux issus de cette Troisième Réunion. Dans le cadre de ce plaidoyer, et du fait que l'OPS est l'agence sanitaire spécialisée du système interaméricain, les représentants du BSP ont participé à la session conjointe de haut niveau du Conseil permanent de l'Organisation des États Américains ([OEA](#)) et du Conseil interaméricain pour le développement intégré, qui s'est déroulée en mars 2018. Le BSP a également été représenté au [forum caribéen sur les MNT de la Healthy Caribbean Coalition](#), tenu en Jamaïque en avril 2018, et la contribution du Bureau à la préparation de la sous-région caribéenne à cette Troisième Réunion a été distinguée dans le [communiqué de la 39^e session ordinaire de la Conférence des Chefs de gouvernement de la CARICOM](#), tenue en juillet 2018.

59. Le BSP a appuyé de nombreuses initiatives infrarégionales et de pays pour répondre aux niveaux élevés de violence à l'égard des enfants et des femmes dans les Caraïbes, parmi lesquelles des ateliers organisés en collaboration avec la CARICOM, l'entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ([ONU Femmes](#)), l'UNFPA, l'UNICEF et la [Johns Hopkins University School of Nursing](#), qui avaient pour objectif de renforcer la capacité des systèmes sanitaires à prévenir la violence à l'égard des femmes, et à riposter à cette violence. Une coopération technique a également été entreprise avec les pays pour garantir que les orientations normatives existantes (politiques et protocoles) éclairant la réponse des services de santé à la violence exercée à l'égard des femmes sont fondées sur les données factuelles les plus récemment mises à disposition et sur les recommandations de l'OMS. Dans ce domaine, l'alliance du BSP avec le Canada a joué un rôle important dans la promotion de la santé des femmes et des enfants ayant survécu à la violence sexuelle ou à celle d'un compagnon de vie dans les Amériques, promotion favorisée par la [Politique d'aide internationale féministe](#) de ce pays, lancée en juin 2017. Le BSP a travaillé avec les Bahamas, la Barbade, le Guyana et Trinité-et-Tobago pour examiner les orientations actuelles et établir un partenariat avec ONU Femmes et la Banque interaméricaine de développement ([BID](#)) dont l'objectif est de réaliser des enquêtes nationales sur la violence à l'égard des femmes dans sept pays des Caraïbes (Bahamas, Barbade, Guyana, Îles Turques-et-Caïques, Jamaïque, Suriname et Trinité-et-Tobago).

60. En utilisant une méthode créée par l’OMS, le BSP a entrepris avec la République dominicaine une coopération technique fondée sur des données factuelles pour diminuer les traumatismes résultant d’accidents de la route.

Aborder la sécurité routière en République dominicaine

Pays où le taux estimé de mortalité par accident de la route est le plus élevé (41,7 pour 100 000 personnes) dans le Rapport 2015 de la situation sur la sécurité routière dans le monde, la République dominicaine a décidé de considérer la sécurité routière comme une priorité essentielle de son plan gouvernemental 2016-2020 et a établi une commission présidentielle dédiée à cette question. Avec la coopération technique du BSP et le leadership de la commission, le pays a élaboré un Plan stratégique national sur la sécurité routière, promulgué une nouvelle loi (Loi 63-17) sur la sécurité routière, et établi l’Institut national du transit et du transport terrestre (INTRANT). Parallèlement à ces activités a été élaboré le Plan stratégique pour la transformation de la mobilité urbaine (2017-2022), qui vient compléter le plan national pour améliorer la sécurité routière.

61. La coopération technique du BSP au cours de la période considérée a abordé les questions de santé environnementale et l’adaptation aux changements climatiques. La pollution aérienne intradomiciliaire est, dans la Région, un risque de santé publique important et évitable, susceptible d’être réduit de manière non négligeable, voire éliminé, conformément aux cibles ODD 7.1.2 (« Proportion de la population utilisant principalement des carburants et technologies propres ») et 3.9.1 (« Réduction du taux de mortalité attribuable à la pollution de l’air »). Dans les pays où les combustibles solides et le kérosène sont encore d’utilisation courante pour cuisiner, une initiative particulière est actuellement menée pour accélérer la transition vers l’énergie et les technologies propres, en ciblant particulièrement les environnements urbains. Dans la démarche vers une énergie propre pour tous d’ici à 2030, c’est une étape qui ouvre la porte à de nombreux bénéfices connexes en termes d’environnement de santé, parmi lesquels une atténuation des changements climatiques. Les petits États insulaires en développement (PEID) font partie des nations les plus vulnérables aux modifications climatiques et à leurs répercussions en termes de santé, auxquelles n’échappe pas la région caribéenne. Dans ces États, le BSP met en œuvre une initiative spéciale concernant le changement climatique et la santé. De manière conjointe avec les États Membres concernés, le Bureau élabore actuellement un plan d’action caribéen visant à garantir que, d’ici à 2030, tous les systèmes de santé des PEID des Caraïbes seront capables de s’adapter à la variabilité du climat et aux changements climatiques.

62. Le BSP continue par ailleurs à renforcer le rôle des acteurs de la santé dans le cadre de la riposte visant à réduire les effets sanitaires indésirables de la pollution de l’air, particulièrement chez les enfants, chez les adultes présentant des affections cardio-vasculaires et respiratoires et chez les personnes âgées. À cet effet, la campagne régionale [BreatheLife](#) a été lancée en 2017, au cours de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine. L’initiative renforce la sensibilisation aux répercussions sur la santé de la pollution de l’air ambiant et de l’air intradomiciliaire, et aux bénéfices connexes d’une réduction de la pollution aérienne en termes d’atténuation des effets du changement climatique. Dix villes se sont jointes à la campagne et se sont engagées à réduire les émissions pour atteindre des niveaux sûrs d’ici à 2030 et à mesurer les résultats connexes en termes de santé. Le lancement a été suivi d’un atelier technique s’adressant aux représentants des ministères de la Santé et de l’Environnement de 15 États Membres, organisé en collaboration avec

[ONU environnement](#), la [Coalition pour le climat et l'air pur](#) et le [Clean Air Institute](#). Pour ce qui est de la CCAP, le financement a été assuré par la Norvège.

63. Dans le cadre d'une initiative plus large visant à prendre en compte les changements climatiques dans les politiques et les stratégies sanitaires nationales, le BSP a organisé des ateliers de renforcement des capacités destinés aux représentants de la santé des Caraïbes, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, dont l'objectif était d'élaborer des chapitres portant sur la santé pour les plans nationaux d'adaptation aux changements climatiques. Les efforts ont été cofinancés par les institutions infrarégionales et les dispositifs d'intégration infrarégionaux respectifs, parmi lesquels le Secrétariat de la CARICOM, l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), le Caribbean Community Climate Change Center ([5C's](#)), l'Organisation du Traité de coopération amazonienne ([ACTO](#)) et l'Organisme andin de la santé ([ORAS](#)).

Accent stratégique sur le premier niveau de soins au sein des réseaux de prestation de services de soins intégrés pour aborder les problèmes sanitaires prioritaires

64. Une approche de l'organisation de la prestation des services fondée sur les SSP nécessite des modèles de soins centrés sur la personne et sur la communauté pour garantir l'accès à des services de soins de qualité et intégrés, qui comprennent la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs relatifs aux affections courantes. Au cours de cette période, la coopération technique du BSP a permis d'améliorer l'organisation des services sanitaires grâce à l'élaboration de modèles de soins de santé ciblant les besoins des personnes et des communautés et l'accroissement des capacités de riposte au premier niveau de soins grâce à des réseaux de prestations de services de santé intégrés qui permettent de faire face à un ensemble élargi de priorités de santé publique, parmi lesquelles la santé de la mère et de l'enfant, la santé sexuelle et génésique, les MNT, la santé mentale, la prévention des traumatismes, les maladies transmissibles et les urgences sanitaires.

65. Dans le cadre de la mise en œuvre des feuilles de route pour la santé universelle, le BSP a lancé une coopération technique avec le Belize, le Chili, l'Équateur, le Guatemala, le Guyana, la Jamaïque, la République dominicaine et le Suriname, qui portait sur l'organisation de certains aspects des services sanitaires, parmi lesquels les politiques, la législation, la gestion des hôpitaux, le renforcement du premier niveau de soins, et les réseaux de prestation de services sanitaires intégrés. Pour faciliter l'élaboration par les pays de réseaux intégrés de services de santé, le BSP a développé un nouvel outil, qui permet de mesurer les progrès réalisés et a été testé dans cinq pays : Colombie, Cuba, Honduras, Panama et Paraguay. Cet outil est conçu pour évaluer le niveau d'intégration des réseaux de prestation de services selon le cadre IHSDN, pour déterminer les lacunes de cette intégration, et pour définir des interventions visant à renforcer la gestion de ces réseaux, y compris celles du premier niveau de soins et des services spécialisés. Pour favoriser le développement de tels réseaux, une formation virtuelle sur le cadre IHSDN a été mise à la disposition de tous les États Membres par le biais du campus virtuel de la santé publique ([CVSP](#)) au cours du premier trimestre 2018. À la mi-2018, le cours avait attiré 290 participants issus de 16 pays. En outre, plus de 200 gestionnaires ont reçu la formation sur le cadre IHSDN au Belize, au Guyana, au Panama, au Pérou et à Sainte-Lucie. Enfin, un cours sur la santé universelle a été mis à disposition sur le CVSP, qui avait attiré 1200 participants en date de juillet 2018.

66. Sept pays ont mis en œuvre la méthodologie actualisée de gestion productive des services de santé ([PMMHS](#)) élaborée par le BSP : le Brésil, le Chili, El Salvador, l'Équateur, le Honduras, le Panama et la République dominicaine. Pour analyser la qualité des services sanitaires, de nouveaux outils ont été mis à la disposition des pays, parmi lesquels le [PERC](#) (Production, Efficience, Ressources et Coûts) pour l'analyse de la productivité, de l'efficience et des coûts des services sanitaires, et l'évaluation des conditions de première nécessité ([AEC](#)). Une coopération technique a été entreprise avec 32 hôpitaux répartis sur cinq pays (Brésil, Colombie, Honduras, Panama et République dominicaine), qui utilise les outils AEC pour analyser les conditions de première nécessité.

67. La coopération technique du BSP pour élaborer des modèles de soins centrés sur la personne a également abordé la promotion des approches interculturelles, parmi lesquelles la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrée (MTCI). Au cours de cette période a été mis en œuvre le plan d'action interprogrammatique élaboré collectivement avec les pays lors d'une réunion régionale tenue en juin 2017, qui portait sur la médecine traditionnelle et complémentaire pour progresser vers la santé universelle. Les efforts ciblent la coopération technique avec les États Membres pour renforcer leur capacité d'intégration de la MTCI aux systèmes nationaux de santé. Le Bureau a facilité l'élaboration d'un réseau d'experts en la matière et, en mars 2018, le Directeur de l'OPS a lancé la Bibliothèque virtuelle de santé sur la médecine traditionnelle, complémentaire et intégrée ([VHL TCIM](#)), dont l'objectif est d'améliorer l'accès à l'information et de favoriser la capacité de recherche et la collaboration en la matière, de manière à appuyer une prise de décisions éclairée.

68. En mai 2018, le BSP a accueilli un webinaire sur les contributions de la MTCI aux SSP, au cours duquel ont été rapportées l'expérience brésilienne, la perspective des peuples autochtones et les initiatives du [Centre national des États-Unis pour les soins de santé primaires intégrés](#). Le Bureau a également favorisé la participation de délégués du Brésil, de Cuba et de Curaçao à un atelier interrégional de formation proposé par l'OMS, qui portait sur l'intégration adéquate de la médecine traditionnelle et complémentaire aux systèmes de santé et aux services de soins de santé, et la participation de délégués du Chili et du Pérou à un atelier interrégional de formation proposé par l'OMS sur la qualité des services de médecine traditionnelle et complémentaire. Les deux événements se sont déroulés en Chine, dans la région administrative spéciale de Macao. Le BSP a appuyé d'autres initiatives menées par l'OMS, comme une actualisation de la seconde enquête mondiale sur les politiques et les règlements nationaux concernant la médecine traditionnelle et complémentaire, à laquelle ont participé 25 États Membres de l'OPS, et la participation d'experts régionaux aux réunions de travail pour élaborer des références de formation et de pratiques en matière de MTCI.

69. L'adaptation fonctionnelle et le bien-être des sujets âgés vivant avec une maladie chronique ont été améliorés par la mise en œuvre de programmes d'autoprise en charge des maladies chroniques fondée sur des données factuelles, et ce dans 13 pays : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Chili, Dominique, Grenade, Martinique, Mexique (Mexique et Guadalajara), Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie.

70. Le BSP a appuyé la mise en œuvre de la [Global Hearts Initiative](#) lors des consultations de soins primaires à la Barbade, au Chili, en Colombie et à Cuba, pour réduire le risque cardiovasculaire par un contrôle de l'hypertension et une meilleure prévention secondaire de cette

maladie. Des sites de démonstration ont été établis à Bridgetown (Barbade), Santiago (Chili), Cali (Colombie) et Matanzas (Cuba). Les interventions comportent la mise en œuvre de directives normalisées de contrôle thérapeutique de l'hypertension, la formation des prestataires de soins, l'établissement d'un ensemble de médicaments de base et l'utilisation d'un registre pour le suivi des patients. Un réseau de 12 municipalités et États a été établi dans les quatre pays de mise en œuvre, avec des organisations partenaires qui incluaient la [Société latino-américaine d'hypertension](#), la [Fondation interaméricaine pour le cœur](#) et la [Société interaméricaine de cardiologie](#). Les premiers résultats montrent que ces interventions peuvent améliorer la couverture et l'accès à des services de contrôle de l'hypertension, ainsi que le contrôle de l'hypertension chez les populations desservies. Les activités ont été réalisées en collaboration avec le ministère de la Santé de chaque pays et avec l'appui des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), de la [Ligue mondiale contre l'hypertension](#), et de plusieurs experts internationaux reconnus en matière de lutte contre l'hypertension.

71. Par son travail de coopération technique, le Bureau a accru l'accès aux services de prévention et de lutte contre le cancer du col de l'utérus, et la qualité de ces services, en ciblant la promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus par un test recherchant la présence du papillomavirus humain (test VPH) et par le diagnostic et le traitement des lésions précancéreuses dans le cadre des soins primaires. Ce travail incluait la diffusion de nouvelles données factuelles et de directives de l'OPS concernant l'efficacité du test VPH sur l'ensemble de la Région, l'actualisation des directives nationales concernant le cancer du col de l'utérus au Pérou, en République dominicaine et au Suriname, la formation au dépistage des prestataires de soins primaires au Guyana et au Salvador, la délivrance de formations continues pour améliorer les compétences et les capacités des gynécologues en Bolivie, en Colombie, au Honduras, au Paraguay et au Pérou quant à la colposcopie, la biopsie et le traitement des lésions précancéreuses, l'équipement de consultations en Bolivie et au Honduras avec de nouvelles unités de colposcopie, ainsi que la conduite d'une évaluation des besoins en matière de programmes concernant le cancer du col de l'utérus en Bolivie, en collaboration avec le [Programme mondial conjoint des Nations Unies pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus](#).

72. Le BSP a également lancé, par le biais du CVSP de l'OPS, une formation en ligne sur la lutte intégrée contre le cancer du col de l'utérus à laquelle, à la mi-2018, plus de 3000 prestataires de SSP avaient participé. Pour ces activités, les partenaires incluaient les ministères de la Santé, les CDC des États-Unis et le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC). Un appui financier a été reçu du gouvernement du Canada, des CDC des États-Unis et du [Fonds de l'OPEP pour le développement international](#).

73. Le BSP a soutenu les efforts déployés pour intégrer aux soins primaires les interventions de santé oculaire, en particulier des initiatives notables conduites au cours de la période considérée dans les quatre pays suivants : Argentine, Chili, Colombie et Trinité-et-Tobago. En Argentine, le Bureau a appuyé un effort de plaidoyer politique et législatif déployé par des professionnels nationaux, qui a permis une amélioration de la couverture de la lutte contre la perte visuelle due à la rétinopathie de la prématurité. Au Chili, le Conseil national de l'aide scolaire et des bourses a documenté les obstacles et les meilleures pratiques de la couverture des services concernant les troubles de la réfraction associés à une altération visuelle, et accru le pourcentage d'enfants portant des lunettes. En Colombie, la santé oculaire des autochtones du département de Vaupés a été améliorée grâce à la formation du personnel de SSP à la détection des déficiences visuelles de

l'adulte et à la formation des chirurgiens concernant les techniques d'extraction des cristallins opacifiés (cataracte), ainsi que grâce à un partenariat public-privé pour offrir des soins aux peuples autochtones dans les environnements ruraux éloignés. À Trinité-et-Tobago, un cadre de « dynamique des systèmes sanitaires » a été utilisé pour synthétiser les données et déterminer les obstacles au système de santé, l'objectif étant de hiérarchiser les interventions de renforcement des soins primaires concernant la détection précoce des maladies oculaires.

Renforcement centré sur les pays des réseaux de prestation de services sanitaires intégrés

Chili. Le BSP a appuyé la mise en œuvre de l'outil PERC dans les 25 hôpitaux de référence et l'élaboration de modèles de coûts et de dépenses rendant compte de la complexité des services sanitaires offerts. Ces modèles sont utilisés par le ministère des Finances et le ministère de la Santé pour élaborer des dispositifs de paiement équitables, fondés sur l'efficacité et la qualité des services sanitaires.

El Salvador. Dans le cas du programme de réforme de la santé 2017-2018, le BSP a appuyé le ministère de la Santé pour la mise en œuvre de l'outil PERC, produisant ainsi des informations actualisées sur la production, l'efficacité et les coûts de tous les services de soins primaires et des hôpitaux dans 17 systèmes basiques de santé intégrale (SIBASI) et dans cinq régions sanitaires. Pour ce processus, l'OPS a transféré la technologie appropriée et renforcé les capacités institutionnelles du pays. Aujourd'hui, outre son installation au ministère de la Santé, l'outil PERC est mis en œuvre et fonctionnel dans tous les établissements de l'Institut salvadorien pour la réhabilitation complète (ISRI) et du Fonds de solidarité pour la santé (FOSALUD).

Honduras. La mise en œuvre de l'évaluation des conditions de première nécessité au niveau des hôpitaux nationaux dans le cadre du PMMHS a facilité l'élaboration de plans d'amélioration continue visant à garantir l'accès à des services sanitaires et des soins de qualité. Ces processus ont abouti à des transformations de culture organisationnelle qui n'ont pu échapper aux patients, et le transfert de connaissances aux équipes hospitalières a permis de travailler dans une certaine continuité opérationnelle.

Nicaragua. Le BSP a appuyé l'intégration de praticiens en médecine complémentaire qui ont été installés dans les centres de santé et les hôpitaux de niveau primaire dans le cadre du Modèle de santé familiale et communautaire ([MOSAFC](#)), et il a facilité la formation pour intégrer de nouveaux protocoles aux 11 consultations de l'Institut de médecine naturelle et de traitement complémentaire du ministère de la Santé.

Pérou. Des études ont été conduites sur l'utilisation des plantes médicinales, et le processus est en cours pour que le Centre pour la médecine complémentaire de [EsSalud](#), le programme national de sécurité sociale, devienne un Centre collaborateur de l'OMS.

Venezuela. La perte progressive de la capacité opérationnelle du système national de santé au cours des cinq dernières années s'est encore accentuée en 2017. Depuis avril 2017, le BSP et le ministère de la Santé ont coopéré pour renforcer les services dans 11 hôpitaux très complexes et ultra-prioritaires situés dans des grandes villes, parmi lesquelles Caracas. Le personnel a été formé à la sécurité hospitalière et à la prévention des infections associées aux soins de santé, ainsi qu'à l'évaluation des capacités essentielles au sein de ces hôpitaux. De plus, des unités de base et des unités complémentaires de la trousse sanitaire d'urgence interagence, qui fournit des médicaments et des appareils médicaux pour 10 000 personnes depuis environ trois mois, ont été distribuées aux 11 hôpitaux, un plus grand nombre d'unités devant être acheté pour ces institutions. Le Bureau travaille avec le ministère pour renforcer le réseau national de soins de santé primaires, là où la coopération médicale cubaine se déploie depuis 16 ans. Avec l'appui

du BSP, des professionnels issus de 24 États ont été formés aux méthodes essentielles pour améliorer les services obstétricaux et autres services médicaux.

74. L'intégration de la santé mentale aux services de soins primaires s'est révélée essentielle pour renforcer la prestation équitable des services, combler des lacunes thérapeutiques en santé mentale, et accroître la santé universelle. Dans ce domaine, le BSP a fourni une coopération technique sous la forme du Guide d'intervention du programme d'action : combler les lacunes en santé mentale ([mhGAP-IG](#)). En coordination avec les ministères de la Santé, les universités locales et les centres collaborateurs de l'OPS/OMS, le BSP a contribué à la formation au mhGAP dans 12 pays⁵ et à un événement régional de formation des formateurs au cours de la période considérée. De plus, le mhGAP a été mis en œuvre par le CVSP de l'OPS pour former des prestataires de SSP aux particularités des établissements à ressources réduites, et une consultation virtuelle pilote a été établie pour assurer la supervision et le suivi de ces professionnels des SSP formés en ligne au mhGAP. Enfin, un travail a été lancé sur une étude financée par la BID pour examiner l'association entre la consommation d'alcool et/ou de drogue et les traumatismes liés aux accidents de circulation, dans des départements de soins d'urgence choisis de quatre pays de la Région (Chili, Jamaïque, Pérou et République dominicaine). L'étude permettra de recueillir des données factuelles pour éclairer les interventions brèves déployées au niveau des soins primaires sur les patients blessés, l'objectif étant de prévenir des événements ultérieurs.

*Améliorations centrées sur les pays des services de santé mentale
dans le cadre des soins primaires : mhGAP*

Argentine. La formation des formateurs du ministère de la Santé au programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) a été entreprise et suivie d'une formation dans trois provinces, ce qui constitue le début d'un renforcement des capacités dans tout le pays et d'une mise en œuvre dans différentes localités. En **Jamaïque**, en mars 2018, deux formateurs ont été formés à la version actualisée du mhGAP pour faciliter les enseignements qu'ils délivrent, en tant que prestataires de SSP, sur l'intégration des soins de santé mentale aux services de soins primaires. À **Trinité-et-Tobago**, deux sessions de formation pour formateurs concernant le mhGAP ont été organisées avant d'être présentées aux diverses autorités sanitaires régionales pour renforcer les capacités des personnels médical et infirmier de soins primaires de première ligne quant au dépistage, à la prise en charge initiale et à l'orientation des personnes présentant des troubles de la santé mentale.

Brésil. La coopération technique pour mettre en œuvre la [traduction en portugais du guide du mhGAP](#) a facilité la formation d'environ 300 professionnels de soins primaires et de santé mentale dans les États de Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Goiás, Tocantins, Ceará et dans le District fédéral. Au **Mexique**, les équipes de SSP de six États frontaliers ont reçu une formation au mhGAP, délivrée en partenariat avec la Commission sanitaire frontalière États-Unis-Mexique. Au **Venezuela**, les agents de santé de SSP ont été formés au dépistage et au traitement des problèmes de santé mentale.

Ressources humaines pour la santé universelle

75. Les leaders de la Région dans le domaine de la santé ont approuvé la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS (document [CSP29/10](#)) par la résolution [CSP29.R15](#) lors de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, en septembre 2017. Le BSP a ensuite dirigé l'élaboration du *Plan d'action en*

⁵ Ces 12 pays étaient l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Guyana, le Mexique, le Pérou, le Suriname, Trinité-et-Tobago, les îles Turques-et-Caïques et le Venezuela.

matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023 (document [CE162/16](#)) selon un processus étendu de consultation avec les pays et les parties prenantes clés. Ce plan d'action sera présenté au 56^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2018 et, comme la stratégie, il est centré sur l'importance des ressources humaines en tant que composante fondamentale pour atteindre la santé universelle, en particulier dans le cadre de l'utilisation d'une approche fondée sur les SSP pour élargir l'accès à des services intégrés de qualité aux populations vivant dans des conditions de vulnérabilité dans les zones mal desservies. Les deux cadres soulignent la nécessité d'interventions intersectorielles entrecroisant les domaines de la santé, de l'éducation, du travail et des finances, entre autres, la planification et la prévision à long terme des ressources humaines, l'accroissement de l'investissement public en ressources humaines, l'élargissement de l'accès à des équipes interprofessionnelles dans les établissements de soins primaires et la réorientation vers une approche fondée sur les SSP de l'enseignement délivré aux professionnels de la santé.

76. Le BSP a élaboré un instrument diagnostique appelé Indicateurs pour un outil de responsabilisation sociale (ISAT) pour aider les institutions d'enseignement dédiées aux professions de santé à établir les progrès réalisés en matière de responsabilité sociale. Produit du [Consortium pour l'avance de la responsabilité sociale des professions de la santé dans la Région des Amériques](#), appuyé par l'OPS, cet outil évalue dans quelle mesure les programmes d'enseignement comportent des programmes cohérents avec les besoins sociaux, sélectionnent les étudiants de manière ciblée pour garantir la diversité et l'équité en matière de genre, incluent des formations au contexte de soins primaires dans lequel les diplômés sont présumés se déployer, incluent une formation régionale de troisième cycle et des perspectives de développement de carrière dans les régions mal desservies, offrent un enseignement et une pratique interprofessionnels et s'engagent dans des partenariats constructifs avec les communautés et les autres parties prenantes. L'ISAT sera offert en espagnol, en anglais et en portugais, et testé au cours de l'année 2018 en Argentine, à la Barbade, au Brésil, au Canada, au Chili, à Cuba, aux États-Unis d'Amérique, au Guyana, en Jamaïque, au Mexique, au Nicaragua, au Panama, au Suriname et à Trinité-et-Tobago.

77. Pour renforcer la planification concernant le personnel de santé, le BSP a conduit des ateliers pour plus de 50 membres du personnel du ministère de la Santé, pour des fonctionnaires techniques de l'OPS/OMS et pour d'autres parties prenantes au Costa Rica et au Guatemala. Ces ateliers constituent l'étape d'introduction d'un modèle innovant de renforcement du personnel, qui est centré sur un tour d'horizon et une vision de l'avenir, sur une analyse des caractéristiques du personnel, et sur la production et la quantification de scénarios. Pour le suivi, le CVSP de l'OPS fournira des ressources virtuelles et mettra en œuvre des webinaires connexes aux ateliers. Des ateliers supplémentaires sont planifiés pour l'année 2018 au Belize, en Dominique, à El Salvador, au Guyana, au Paraguay et au Suriname. Le BSP collabore également avec le Siège de l'OMS, le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS et des institutions universitaires pour développer un réseau de planification du personnel de santé qui vient compléter la formation.

78. Le BSP a appuyé une étude infrarégionale sur la migration des agents de santé dans les Caraïbes. Les résultats de cette étude seront utilisés pour éclairer la mise en œuvre du Plan d'action caribéen en matière de ressources humaines pour la santé universelle (RHSU) 2019-2023, résultat d'un atelier infrarégional tenu en avril 2018. Ce plan d'action caribéen en RHSU est aligné sur le *Plan d'action régional en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la*

couverture sanitaire universelle 2018-2023, discuté en juin 2018 lors de la 162^e session du Comité exécutif (document [CE162/16](#)) et destiné à être présenté pour approbation lors du 56^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2018. Ce plan d'action caribéen est également aligné sur le programme sanitaire de la CARICOM (la Coopération caribéenne pour la santé), qui en est aujourd'hui à sa quatrième phase, [CCH IV 2016-2025](#).

79. Le Bureau a organisé, avec le Centre collaborateur de l'OPS/OMS, une initiative régionale en matière de soins de santé primaires et de ressources humaines en santé à l'université McMaster (Canada), initiative centrée sur les pratiques infirmières avancées. Un webinaire en six volets a été offert en anglais et en espagnol, dont l'objectif était d'accroître l'intérêt et la prise de conscience quant au rôle en matière de PIA du personnel infirmier et de parties prenantes clés en Amérique latine. Cette initiative a également débouché sur des publications régionales ciblant l'enseignement infirmier dans le cadre de la santé universelle, la formation doctorale en soins infirmiers et la direction stratégique en la matière. De plus, une nouvelle publication intitulée « [Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care](#) » a été lancée au cours de la célébration de la Journée internationale de l'infirmière 2018.

80. Le Réseau régional pour l'enseignement interprofessionnel dans les Amériques a été établi avec le soutien des ministères de la Santé d'Argentine, du Brésil et du Chili lors d'une réunion technique régionale sur l'enseignement interprofessionnel, tenue à Brasilia en décembre 2017. Environ 120 participants issus de 23 pays⁶ des Amériques étaient présents à l'événement, dont le résultat a été la présentation de plans nationaux d'EIP préparés par 18 pays et d'un plan régional d'activités et de publications pour 2018-2019. Le BSP suit les activités et offre une coopération technique pour le renforcement du réseau.

81. Le CVSP de l'OPS poursuit son développement en tant que plate-forme d'apprentissage fondée sur des personnes, des institutions et des organisations qui partagent des cours, des ressources, des services et des activités pour la gestion de l'enseignement, de l'information et du savoir. Un nouveau nœud de ce réseau a été établi pour les Caraïbes anglophones en collaboration avec l'Agence de santé publique des Caraïbes ([CARPHA](#)), et un nœud en Amérique centrale a été actualisé en collaboration avec le Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale ([COMISCA](#)). Le nombre d'utilisateurs du CVSP est passé de 174 568 en 2016 à 568 037 à la mi-2018. En 2017, 13 cours avec enseignant ont été offerts, qui ont été suivis dans leur intégralité par 525 professionnels, tandis que plus de 200 000 professionnels supplémentaires ont suivi chaque année des cours d'autoapprentissage. À la mi-2018, le cours le plus suivi du CVSP avait pour sujet la manière de remplir correctement les certificats de décès. Ce cours, qui a attiré à ce jour plus de 80 000 participants certifiés, est offert en anglais, en espagnol et en français.

82. La Région a par ailleurs mené à bien de nombreuses initiatives visant à renforcer les RHSU, dont plusieurs ont été mises en œuvre au niveau infranational, qui ciblaient l'accès étendu à des services intégrés de qualité.

⁶ Ces 23 pays étaient les Bahamas, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, le Suriname et l'Uruguay.

Renforcement des RHSU centré sur les pays pour un accès amélioré à des services de qualité

Argentine. Dans le cadre du projet Gran Chaco, et en collaboration avec la [Fondation Garrahan](#), un renforcement des capacités des agents de santé, des promoteurs de la santé, du personnel infirmier, du personnel médical et du personnel obstétrical s'est déroulé dans la province de Salta, qui visait à intensifier les services dans les zones où la pauvreté, la mortalité maternelle et la mortalité des nourrissons sont les plus élevées. Dans la province de Santiago de Estero, 1015 agents de santé communautaire et 31 médecins ont été formés à la gestion et à la mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance ([IMCI](#)) pour améliorer, au premier niveau de soins, les soins délivrés aux enfants et aux femmes enceintes. Le renforcement des capacités avait aussi pour objectif de valider le rôle des agents de santé communautaire, de les autonomiser et de contribuer à leur avancement professionnel.

Brésil. Le programme **Mais Médicos** a débuté en 2013 et est désormais prolongé jusqu'en 2023. Ce programme a déployé plus de 17 281 professionnels des soins de santé brésiliens et étrangers sur plus de 3819 municipalités, la plupart d'entre elles vulnérables au plan socio-économique et situées dans des zones reculées, en périphérie des grandes villes, ou dans l'un des 34 districts sanitaires autochtones spéciaux du Brésil. En juin 2018, le programme avait délivré des services à 59 millions de personnes environ dans des communautés de tout temps mal desservies. La participation de professionnels de soins de santé étrangers, dont un grand nombre provenait de Cuba, démontre l'existence d'une coopération triangulaire appuyant la santé universelle. Le BSP poursuit la coopération technique avec le programme Mais Médicos pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre d'évaluation et de surveillance, ainsi que la documentation des enseignements tirés et des meilleures pratiques. Une analyse systématique ciblant l'efficacité du programme a été réalisée, dont les résultats ont mis en évidence une diminution allant jusqu'à 20 % du nombre d'hospitalisations pour des affections répondant aux soins primaires, une réduction des coûts hospitaliers allant jusqu'à 32 % et des améliorations portant sur les tendances des indicateurs d'allaitement maternel exclusif, entre autres effets.

Caraïbes. En septembre 2017, le Conseil du développement humain et social de la CARICOM ([COHSOD](#)) a avalisé sept domaines prioritaires de la feuille de route caribéenne 2018-2022 pour renforcer les RHSU dans la sous-région, dans le droit fil de la Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel de la santé et la couverture sanitaire universelle de l'OPS. Dix pays caribéens ont maintenant finalisé (ou sont dans le processus de finalisation) des plans concernant les RHSU et alignés sur les SSP et sur les objectifs stratégiques de la stratégie de l'OPS. La mise en œuvre de ces plans sera facilitée par le partenariat élargi et renforcé de la sous-région en matière de développement des RHSU, dont les partenaires incluent maintenant la CARICOM, l'Organisation des États des Caraïbes orientales ([OECS](#)), l'[Université des Indes orientales](#), les universités du [Belize](#), du [Guyana](#) et du [Suriname](#), la BID, la [Banque de Développement des Caraïbes](#), l'[Union européenne](#), [NextGenU](#), première université en ligne accréditée et gratuite au monde, le [Humber River Hospital](#), [Axon Medical Technologies](#) et [IBM](#).

Chili. Le BSP a conduit avec succès une évaluation de l'examen unique national des connaissances médicales ([EUNACOM](#)) au Chili, premier pays où le BSP a procédé à une telle évaluation. L'EUNACOM concerne tous les diplômés d'études médicales faites au Chili et les médecins qui ont reçu leur diplôme à l'étranger, mais souhaitent pratiquer la médecine dans ce pays. L'objectif de l'examen est de garantir que ces professionnels de la santé ont à la fois le bon profil et les compétences adéquates pour les besoins du Chili, et qu'ils sont capables de fournir des soins de qualité à tous les niveaux. L'évaluation du BSP a pour objectif de contribuer au renforcement des RHSU au Chili, particulièrement au niveau des soins primaires.

Nicaragua. Avec la coopération technique du BSP, l'École des Sciences médicales de l'Université autonome nationale du Nicaragua (UNAN), située à León, a intégré au tronc commun de son curriculum un cours intitulé « Pratiques communautaires basées sur les soins de santé primaires ». Ce cours permettra aux étudiants de participer, entre leur deuxième et leur sixième année d'études, à des rotations de six à neuf semaines par an dans des contextes variés, parmi lesquels des classes scolaires, des laboratoires, des centres de santé et des hôpitaux. L'objectif est d'améliorer la couverture dans les zones où sont affectés les étudiants, y compris dans les communautés les plus éloignées.

Pérou. Avec un financement de la Fondation Mondiale du Diabète, le BSP s'est allié à des autorités de santé locales et nationales, et à des universités, pour réduire les états pathologiques et les décès dus au diabète dans neuf régions du pays présentant une prévalence élevée de ce trouble. Les compétences de 979 professionnels de la santé ont été renforcées grâce à leur participation au cours intitulé « Diplôme universitaire de prise en charge globale du diabète sucré de type 2 » mis en œuvre par l'[Université péruvienne Cayetano Heredia](#). Les activités connexes incluaient l'approvisionnement de fournitures destinées à des établissements de SSP et la mise en œuvre d'une stratégie de communication.

Trinité-et-Tobago. Le BSP a appuyé une formation approuvée par le conseil des ministres et destinée aux parents et aux soignants d'enfants autistes ou présentant des troubles du développement, en partenariat avec le Bureau du Premier ministre, l'Unité des questions du genre et de l'enfance, qui a fourni le financement, l'OMS et [Autism Speaks](#). **Nicaragua.** Avec la coopération technique du BSP, l'École des Sciences médicales de l'Université autonome nationale du Nicaragua (UNAN), située à León, a intégré au tronc commun de son curriculum un cours intitulé « Pratiques communautaires basées sur les soins de santé primaires ». Ce cours permettra aux étudiants de participer, entre leur deuxième et leur sixième année d'études, à des rotations de six à neuf semaines par an dans des contextes variés, parmi lesquels des classes scolaires, des laboratoires, des centres de santé et des hôpitaux. L'objectif est d'améliorer la couverture dans les zones où sont affectés les étudiants, y compris dans les communautés les plus éloignées.

Pérou. Avec un financement de la Fondation Mondiale du Diabète, le BSP s'est allié à des autorités de santé locales et nationales, et à des universités, pour réduire les états pathologiques et les décès dus au diabète dans neuf régions du pays présentant une prévalence élevée de ce trouble. Les compétences de 979 professionnels de la santé ont été renforcées grâce à leur participation au cours intitulé « Diplôme universitaire de prise en charge globale du diabète sucré de type 2 » mis en œuvre par l'[Université péruvienne Cayetano Heredia](#). Les activités connexes incluaient l'approvisionnement de fournitures destinées à des établissements de SSP et la mise en œuvre d'une stratégie de communication.

Trinité-et-Tobago. Le BSP a appuyé une formation approuvée par le conseil des ministres et destinée aux parents et aux soignants d'enfants autistes ou présentant des troubles du développement, en partenariat avec le Bureau du Premier ministre, l'Unité des questions du genre et de l'enfance, qui a fourni le financement, l'OMS et [Autism Speaks](#).

Accès aux médicaments et aux technologies de la santé

83. La sélection, l'adoption et l'utilisation de médicaments et d'autres technologies de la santé ont des répercussions importantes sur l'efficacité des systèmes de santé et constituent des déterminants cruciaux des résultats en matière de santé. Suivant l'appel lancé lors de la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2012 (résolution [CSP28.R9](#)), la coopération technique du BSP a aidé les pays à progresser en matière de renforcement et d'institutionnalisation des évaluations des technologies de la santé. À la mi-2018, 13 pays avaient établi des unités, des

commissions ou des instituts dédiés aux ÉTS, et 33 institutions issues de 16 États Membres faisaient partie du Réseau d'évaluation des technologies de la santé des Amériques ([RedETSA](#)). Lancée en novembre 2017, la première base de données régionale ([BRISA](#)) d'ÉTS contenait initialement 600 rapports et, grâce aux activités de renforcement des capacités du BSP et du RedETSA, environ 450 professionnels de santé ont été formés à l'évaluation et à la gestion des technologies de la santé.

84. Une approche intégrée pour l'évaluation et l'utilisation rationnelle des technologies de la santé a été mise en œuvre et une première feuille de route a été élaborée avec les pays caribéens anglophones. Cette feuille de route présente des propositions pour l'évaluation, la sélection, l'adoption, la prescription, la délivrance, l'utilisation et la surveillance des médicaments et autres technologies de la santé pour les pays caribéens, ainsi que la mise en œuvre de directives appropriées. Cette feuille de route est prise en compte par le COHSOD de la CARICOM et elle est coordonnée par un groupe de travail infrarégional. La coopération technique du BSP a également abordé le renforcement des listes de médicaments essentiels au Guatemala, au Guyana, en Haïti, au Honduras et en Jamaïque.

85. Le BSP a poursuivi la coopération technique concernant l'amélioration de la surveillance réglementaire des médicaments en renforçant les autorités nationales de réglementation (ANR). Cette initiative vise à intensifier les capacités, promouvoir la transparence et les bonnes pratiques de réglementation, éviter les efforts faisant double emploi, et favoriser un environnement coopératif dans lequel les ANR peuvent partager des informations et travailler ensemble pour garantir la qualité, l'efficacité et l'innocuité des médicaments et autres technologies de la santé. À la mi-2018, 16 États Membres de l'OPS⁷ étaient très actifs sur le système mondial d'alerte rapide de l'OMS en termes de notifications et d'échanges d'informations sur les produits falsifiés et ceux ne répondant pas aux normes, tandis que 17 pays⁸ échangeaient des alertes de pharmacovigilance par le réseau régional de points focaux appuyé par le BSP.

86. Dans le cadre d'un travail connexe, le BSP gère le développement d'une plate-forme d'échanges en matière de réglementation, un outil en ligne qui permet d'échanger des informations réglementaires confidentielles/non publiques sur les appareils médicaux et sur les résultats des inspections de réglementation. Pour développer et mettre en œuvre cet outil, le Bureau collabore avec l'Australie, le Brésil, le Canada, les États-Unis d'Amérique et le Japon.

87. Le BSP poursuit également sa collaboration avec la CARPHA pour le développement et la mise en œuvre du [système de réglementation des Caraïbes](#) (CRS). Le CRS a été utile pour mettre en évidence les défis actuels de réglementation et a fourni une plate-forme pour actualiser les connaissances et introduire de meilleures pratiques internationales, encourageant les pays (parmi lesquels les Bahamas, le Belize, le Guyana, Haïti, la Jamaïque et Trinité-et-Tobago) à instaurer des réformes pour moderniser leurs systèmes respectifs de réglementation. Le CRS a lui-même fait venir aux Caraïbes des médicaments d'excellente qualité, approuvés par des autorités de réglementation puissantes (y compris le système de préqualification de l'OMS). Il a recommandé

⁷ Ces 16 États Membres étaient l'Argentine, la Barbade, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Guyana, le Nicaragua, le Paraguay, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela.

⁸ Ces 17 pays étaient l'Argentine, la Barbade, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l'Équateur, le Guatemala, le Guyana, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela.

18 médicaments essentiels préqualifiés par l’OMS, dont certains ont été enregistrés par des processus accélérés internes au pays et achetés par des acheteurs nationaux. Le CRS a également lancé une nouvelle plate-forme régionale pour notifier les réactions indésirables et les médicaments falsifiés ou ne répondant pas aux normes. De plus, le laboratoire de la CARPHA, qui réalise des tests sur les médicaments, cible maintenant les tests de surveillance des médicaments en post-commercialisation, et ce d’une manière proactive et fondée sur le risque.

88. Le BSP a travaillé étroitement avec cinq pays (El Salvador, Équateur, Honduras, Nicaragua et Paraguay) pour renforcer les chaînes d’approvisionnement en santé publique. Ce programme a pour objectif d’améliorer les capacités nationales par la détermination des lacunes en matière de prévision, d’entreposage et de processus de gestion des demandes et des fournitures. De juillet 2015 à août 2017, les activités ont été en partie appuyées dans le cadre d’un accord avec le Fonds mondial, qui visait à améliorer les systèmes d’information pour la gestion logistique et l’accès aux médicaments contre l’infection à VIH, la tuberculose et le paludisme dans les pays cibles d’Amérique latine et des Caraïbes.

89. Une allocation de l’Agence des États-Unis pour le Développement international ([USAID](#)) a permis au Bureau d’entreprendre une coopération technique avec le Guyana et le Paraguay pour accroître l’accès aux technologies relatives à la santé maternelle des populations vulnérables habitant l’intérieur de la Guyane et du Chaco paraguayen. Dans ces deux pays clés, le projet a appuyé l’évaluation de plus de 65 centres de santé, et sa phase actuelle comporte la mise en œuvre de mesures correctives.

90. Le BSP a formulé des recommandations à tous les pays pour qu’ils améliorent la qualité et l’innocuité des services de radiologie, ainsi que l’accès à ces services, et qu’ils évaluent ces services aux Bahamas, dans les Bermudes et à Trinité-et-Tobago. Dans plus de 25 pays et territoires,⁹ plus de 150 faisceaux de photons de radiothérapie ont été évalués par le programme pour l’évaluation par correspondance de qualité de la dose de l’Agence internationale de l’énergie atomique ([IAEA](#)) et l’OPS, qui cherche à garantir la calibration adéquate des faisceaux de radiothérapie pour éviter les erreurs de traitement des patients cancéreux et prévenir les accidents d’irradiation. De plus, le Bureau a organisé au niveau national des cours, des ateliers et des activités d’éducation portant sur l’imagerie diagnostique au Guatemala, au Guyana, au Suriname et à Trinité-et-Tobago, ainsi que des webinaires régionaux et des cours en ligne sur l’imagerie et l’échotomographie pédiatriques et sur le rôle joué par la radiologie en matière de tuberculose.

91. Au cours de l’année 2017, le Fonds stratégique de l’OPS pour les fournitures de santé publique (couramment appelé le [Fonds stratégique de l’OPS](#)) a continué à garantir un accès en temps opportun à des médicaments et à d’autres technologies de la santé en apportant son assistance aux prévisions, à la gestion proactive des niveaux de stocks et à la coopération technique. Le Fonds stratégique a reçu de la part des 33 pays signataires des demandes concernant plus de 200 produits, le total des achats se montant à US\$ 90,4 millions. Les États Membres ont utilisé \$14,9 millions du compte de capital du Fonds stratégique de l’OPS. Ce Fonds offre un

⁹ Parmi lesquels Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, les Bermudes, la Bolivie, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, l’Équateur, le Guatemala, le Guyana, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, le Suriname, Trinité-et-Tobago, l’Uruguay et le Venezuela

dispositif d'achats groupés des médicaments essentiels et des fournitures sanitaires stratégiques, et garantit que des médicaments de qualité et à un prix abordable puissent être mis en tout temps à la disposition d'un pays, dans la présentation demandée et selon les quantités nécessaires.

92. Au cours de la période considérée, le BSP a établi avec les fournisseurs des accords à long terme sur plusieurs années concernant les médicaments essentiels et les fournitures sanitaires stratégiques, et particulièrement les médicaments contre l'infection à VIH, la tuberculose et le paludisme. Ces accords garantissent que des médicaments de qualité et à un prix abordable soient mis à la disposition des États Membres de l'OPS sous la présentation demandée et selon les quantités nécessaires, tout en permettant à ces États de faire des économies supplémentaires. Le Bureau s'est aussi engagé dans des négociations directes avec les fournisseurs pour réduire les prix actuels des vaccins et augmenter la mise à disposition du vaccin contre la fièvre jaune, du vaccin polio inactivé et du vaccin contre la rougeole, l'utilisation de ce dernier visant à lutter contre la flambée actuelle de rougeole au Venezuela.

Informations sur la santé et gestion des connaissances

93. Parvenir à la santé universelle nécessite de disposer d'informations issues des niveaux nationaux, infranationaux et locaux pour aider les décideurs à hiérarchiser les problèmes, allouer les ressources, et formuler des politiques qui garantissent que personne ne soit laissé pour compte. Pour combler les lacunes et riposter aux défis déterminés en matière de capacité des systèmes d'information pour la santé (IS4H), le BSP, en liaison avec l'OMS, a élaboré un cadre innovant pour les systèmes IS4H en s'appuyant sur les réalisations des pays et sur les stratégies infrarégionales antérieures. Utilisant une approche stratégique fondée sur la santé universelle, le cadre vise à améliorer les mécanismes de prise de décisions et d'élaboration des politiques en renforçant le système IS4H, pour garantir un accès universel, gratuit et un temps opportun à des informations stratégiques et des données ouvertes de qualité. Il utilise les outils d'information et de communication ayant le meilleur rapport coût-efficacité, et fournit une feuille de route globale pour adopter et mettre en œuvre des normes concernant les systèmes interconnectés et interopérables. Il permet également d'utiliser les solutions technologiques de l'information et de la communication, et d'identifier les meilleures pratiques en matière de statistiques sanitaires et vitales et de gestion de l'information et des données, toutes démarches concrètes facilitant une prise de décisions éclairée.

94. À la mi-2018, le BSP a entrepris une coopération technique ciblée avec sept pays et territoires – Anguilla, Belize, Équateur, Guyana, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Sint-Maarten – pour mettre en œuvre la nouvelle approche IS4H, qui a inclus des évaluations globales du système IS4H, la mise en place de cadres modèles de gouvernance et des orientations pour établir des comités et des groupes de travail nationaux IS4H. À la suite de la réunion de haut niveau sur le système IS4H tenue dans la sous-région caribéenne en 2016, le BSP a poursuivi son travail avec le groupe de travail technique IS4H caribéen et organisé, en 2017, une réunion au Siège de l'OPS avec les points focaux IS4H nationaux d'Amérique centrale pour élaborer un consensus infrarégional concernant le cadre IS4H. Le Bureau planifie une réunion similaire avec le personnel IS4H sud-américain au cours de l'année 2018. Les partenaires de cette initiative incluent l'OMS, l'[Université fédérale de Santa Catarina](#) (Brésil), l'[Université de l'Illinois](#) (États-Unis d'Amérique) et l'[Hôpital italien de Buenos Aires](#) (Argentine).

95. Le Bureau poursuit sa coordination avec le Metrics and Monitoring Working Group ([MMWG](#)) d'EWEC-LAC. Ce groupe de travail dédié cherche à garantir que les mesures et le suivi des inégalités sociales en matière de santé figurent dans les analyses systématiques des pays en la matière, et il facilite l'utilisation de données ventilées aux niveaux infranationaux pour déterminer les groupes sociaux les plus vulnérables. Le MMWG est à l'origine d'efforts régionaux et nationaux qui ont conduit à la création de 14 équipes de pays¹⁰ responsables des mesures et du suivi des inégalités en matière de santé, d'une trousse à outils pour mesurer les inégalités en matière de santé, et y riposter, et de la création de guides et d'éléments d'intervention pour réduire les inégalités et améliorer la santé.

96. Le Bureau a appuyé la mise en œuvre de l'initiative iPIER (Improving Program Implementation through Embedded Research) dans 10 pays : Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Chili, Mexique, Panama, Pérou, République dominicaine et Sainte-Lucie. L'initiative iPIER souligne les bénéfices de la recherche intégrée en matière de mise en œuvre pour appuyer les politiques, les programmes et les systèmes sanitaires. Les résultats clés de cette initiative comportent, à ce jour, l'établissement de priorités de recherche nationales au Brésil, en Équateur, au Guatemala, au Honduras, au Mexique, au Panama, au Paraguay, au Pérou et en République dominicaine, la création de mécanismes pour une prise de décisions réactive et éclairée par des données factuelles en Argentine, au Brésil, en Colombie, au Chili et au Mexique, et le renforcement des mécanismes de production des données factuelles destinées aux politiques ([EVIPnet](#)) pour appuyer la prise de décisions au Brésil, en Colombie et au Chili. Les partenaires de travail incluent l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé ([AHPSR](#)), le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales de l'OMS ([TDR](#)) et l'Institut national de santé publique du Mexique ([INSP](#)).

97. Les documents et autres sources d'information de l'OPS continuent à servir de sources fiables d'information technique, scientifique, et faisant autorité en matière de santé publique dans les Amériques. Au cours de la période considérée, le BSP a publié 19 nouveaux titres ISBN¹¹ et 10 traductions.

Documentation de la santé dans les Amériques : une sélection

Au cours de la période considérée, les publications de l'OPS incluent la 15^e édition de son rapport phare, *La Santé dans les Amériques*. L'édition 2017, [La Santé dans les Amériques+ 2017](#), examine les développements en santé publique dans la Région entre 2012 et 2017, et cible les avancées réalisées en matière de couverture élargie des soins de santé au niveau infranational de chaque pays et territoire. Dans ce rapport, les chapitres de pays présentent des informations uniques concernant chaque pays et analysent les indicateurs sanitaires clés dans certains groupes de populations, comme les enfants, les sujets âgés et les personnes présentant des incapacités, entre autres, ainsi que les réalisations clés, et les défis, de chaque système sanitaire de pays. Ce rapport examine également le rôle de la société civile, la réforme des systèmes de santé vers la santé universelle, et l'utilisation de nouvelles technologies de l'information pour améliorer la santé. Il a été présenté en septembre 2017 au cours de la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine et il est offert en formats imprimé et électronique.

¹⁰ Les 14 équipes de pays se trouvaient au Belize, en Bolivie, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, à El Salvador, en Équateur, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay, au Pérou et en République dominicaine.

¹¹ ISBN = numéro international normalisé du livre (International Standard Book Number).

Le BSP a coordonné la préparation d'un [numéro spécial du Journal panaméricain de santé publique sur le système sanitaire cubain](#), publié en avril 2018. Le Bureau a collaboré avec l'École nationale cubaine de Santé publique ([ENSAP](#)) pour choisir des sujets d'articles et conduire 16 études relatives aux avancées réalisées dans le cadre de ce système de santé.

98. Le BSP a continué de favoriser le renforcement des capacités nationales en matière de gestion des connaissances et favorisé l'accès aux connaissances relatives à la santé publique, et le partage de ces connaissances. Ce travail incluait la gestion continue des archives institutionnelles pour l'échange d'informations ([IRIS](#)), la bibliothèque mémoire institutionnelle en ligne du BSP, qui, en juin 2018, consistait en plus de 40 000 documents en version intégrale. Au cours de la période considérée, le BSP a organisé, en partenariat avec les ministères de la Santé, 40 séances de formation sur place qui concernait l'accès à l'information et la communication scientifique, et il a diffusé des méthodes et des outils pour appuyer la mise en œuvre par les pays de politiques et de programmes sur la gestion des connaissances.

99. Au cours de la période considérée, 17 nouveaux [Centres collaborateurs OPS/OMS ont été désignés dans les Amériques](#), ce qui porte à 192 le nombre de centres actifs dans la Région. La contribution de ces centres est importante pour la coopération technique du BSP, car ils produisent des connaissances et des données factuelles relatives aux domaines programmatiques de l'Organisation.

Urgences de santé publique et élimination des maladies

Urgences de santé publique

Riposte aux flambées

Fièvre jaune

100. Entre janvier 2007 et avril 2018, sept pays et territoires des Amériques ont notifié des cas confirmés de fièvre jaune : Bolivie, Brésil, Colombie, Équateur, Guyane française, Pérou et Suriname. Sur cette période et dans les Amériques, le nombre de cas notifiés et regroupés de fièvre jaune chez l'homme et chez l'animal était le plus élevé depuis des décennies.

101. En riposte à la plus grande épidémie de fièvre jaune au Brésil depuis les années 40, le Bureau a activé son Centre des opérations d'urgence (COU) et son Système de gestion des incidents (SGI) à son Siège et au niveau des pays, pour appuyer la coordination en matière de riposte sanitaire, de gestion des informations sanitaires, le renforcement des capacités et le suivi des activités de vaccination. Des experts techniques spécialisés, parmi lesquels des épidémiologistes et des gestionnaires de données, ont été déployés pour aider les secrétariats à la santé de chacun des cinq États touchés (Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Bahia et São Paulo) à collecter, analyser et notifier les données.

102. Le Bureau a également fourni un appui interprogrammatique au ministère de la Santé du Brésil pour actualiser son plan de riposte d'urgence vis-à-vis de la fièvre jaune, qui incluait l'introduction de l'utilisation de doses fractionnées de vaccin anti-amaril, tel que le recommande dans les situations particulières le Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination

(SAGE) de l'OMS. L'équipe a appuyé la planification de la mise en œuvre de la vaccination fractionnée pour protéger les populations des zones urbaines, et la conception de plans d'action pour rechercher activement les poches de non-vaccination dans des municipalités choisies. Les vaccins anti-amarils ont été achetés par le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS (couramment appelé le [Fonds renouvelable de l'OPS](#)) : 20 millions de seringues de 0,1 ml sont parvenues dans le pays entre janvier et avril 2018, permettant aux autorités nationales d'entreprendre des activités vaccinales selon un calendrier qui leur permettra de protéger les 77,5 millions d'habitants du pays d'ici à 2019. Le Fonds renouvelable de l'OPS offre aux pays et aux territoires des fournitures vaccinales appropriées et garanties sur le plan de la qualité et de l'innocuité, le tout à des prix abordables. Grâce au Fonds renouvelable, les États Membres regroupent leurs ressources nationales pour acheter des vaccins salvateurs d'excellente qualité et des produits connexes au prix le plus bas. Le BSP a également aidé les autorités nationales du Brésil à renforcer la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI) et à élaborer un plan de vaccination intégré et actualisé, qui inclut la production des vaccins et la communication concernant les risques vaccinaux.

103. Pour la période 2017-2018 du suivi, à la date du 8 mai 2018, le Brésil avait notifié 1261 cas de fièvre jaune confirmés par des examens de laboratoire, dont 409 décès, et 738 cas confirmés chez des primates non humains.¹² La plupart des cas humains et animaux ont été notifiés dans le sud-est du pays, dans des zones qui n'étaient auparavant pas considérées comme étant à risque, à la périphérie des grands centres urbains.

104. Le BSP représente les Amériques au sein du Groupe consultatif scientifique et technique de la cartographie géographique du risque amaril et dans le cadre de la révision des outils et des processus relatifs aux exigences d'actualisation du [Certificat international de vaccination ou attestant l'administration d'une prophylaxie](#). Entre janvier 2017 et avril 2018 ont eu lieu six révisions et actualisations de la cartographie de ce risque.

105. Le financement de la riposte à la fièvre jaune provenait principalement des propres ressources du BSP, y compris du Fonds d'urgence de l'OPS en cas d'épidémie, et des contributions nationales volontaires du Brésil.

Diphtérie

106. Au 7 avril 2018, quatre pays de la Région – Brésil, Colombie, Haïti et Venezuela – ont notifié des cas suspectés et des cas confirmés de diphtérie.

¹² <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/09/Informe-FA.pdf>.

Prise de mesures contre la diphtérie en Haïti

Entre le début de la flambée lors de la semaine épidémiologique 51 de l'année 2014 et la semaine épidémiologique 18 de l'année 2018, Haïti a notifié 515 cas probables cumulés de diphtérie. Pour appuyer la riposte d'urgence, le BSP a activé le SGI au niveau du pays et entrepris des activités clés avec le soutien du Fonds d'urgence de l'OPS en cas d'épidémie, des CDC des États-Unis et de la Banque mondiale, parmi lesquelles :

- l'élaboration d'un système d'alerte interne à l'OPS/OMS pour renforcer les activités de surveillance de la diphtérie et de la riposte ;
- la révision des orientations nationales en cas de diphtérie, la formation à la prévention et à la lutte contre l'infection, la prise en charge clinique de la maladie, et son épidémiologie, et un appui à la gestion des données ;
- la mobilisation d'épidémiologistes qui seront en poste au ministère de la Santé dans huit départements (Artibonite, Centre, Grand'Anse, Ouest, Sud, Nord-Est, Nord-Ouest, Sud-Est) pour renforcer au niveau des départements la surveillance et la gestion des données, et assurer un appui continu du niveau central en cas de flambées dans les deux autres départements d'Haïti (Nippes et Nord).
- l'achat de 2000 flacons d'antitoxine diphtérique, des traitements appropriés selon le nombre présumé de cas graves en une année en fonction des conditions épidémiologiques, et d'équipements de protection individuelle pour la prévention et la lutte contre l'infection, pour permettre une prise en charge clinique adéquate ;
- l'évaluation de 55 établissements sanitaires répartis sur les 10 départements pour analyser leur état de préparation et leur capacité à traiter les cas de diphtérie ;
- la distribution de traitements d'érythromycine (95 500 comprimés et 1780 flacons de suspension) et de 50 trousseaux de prévention et de lutte contre l'infection diphtérique aux établissements de soins de santé et aux directions sanitaires sur neuf départements ;
- un appui apporté au ministère de la Santé pour la planification et la mise en œuvre de la première série de vaccinations d'une campagne vaccinale de masse réalisée en mars 2018, qui a assuré la couverture de 2 251 581 de personnes sur les 2,3 millions ciblées (couverture moyenne estimée de 98 %) dans neuf départements (au moment de cette campagne, le département de Grand'Anse n'avait notifié aucun cas de diphtérie). Grâce à son Fonds renouvelable, l'OPS a pu se procurer les vaccins contenant le vaccin antidiphtérique qui ont été utilisés lors de la campagne.

Maladies infectieuses au Venezuela et dans les pays voisins

107. Une augmentation du nombre de flambées de maladies infectieuses, particulièrement de rougeole, de diphtérie et de paludisme, a eu lieu au Venezuela. La situation est aggravée par les mouvements de population à l'intérieur du pays, et entre le Venezuela et les pays voisins.

Gestion centrée sur les pays des flambées de maladies : Venezuela et pays voisins

Venezuela. La coopération technique du BSP contribue à la mise en œuvre par le ministère vénézuélien de la Santé d'un plan de riposte rapide pour mettre un terme à la flambée de rougeole et lutter contre la diphtérie dans le pays. Le plan inclut la vaccination, un suivi élargi des contacts et la réalisation des travaux de laboratoire connexes. Le Bureau continue à collaborer étroitement avec les autres membres du système des Nations Unies, incluant l'UNICEF, la FAO, le PNUD et le FNUAP. Le Venezuela est un signataire du Fonds stratégique de l'OPS, par lequel il acquiert un nombre important de médicaments

et de fournitures, parmi lesquels des agents antirétroviraux, des tests diagnostiques et des réactifs. Il a également obtenu des moustiquaires et des médicaments contre le paludisme, la leishmaniose, la lèpre et autres maladies transmissibles.

Rougeole

Entre juillet 2017, le mois où le premier cas de rougeole a été notifié au Venezuela, et mai 2018, 1631 cas de rougeole ont été confirmés, dont deux décès. Environ 67 % des cas confirmés ont été notifiés dans l'État de Bolivar, des cas étant également survenus dans les États suivants : Apure, Anzoátegui, Delta Amacuro, District capitale, Miranda, Monagas et Vargas. Parmi ces cas confirmés, le groupe d'âge le plus touché était celui des enfants de moins de 5 ans, suivi de ceux d'âge compris entre 6 et 15 ans. La propagation du virus à d'autres zones est en partie due à la fréquence élevée des mouvements de population en fonction du travail dans les mines et du commerce, entre autres facteurs.

La coopération technique du BSP incluait l'appui à l'élaboration d'un plan national de riposte rapide conçu pour interrompre la transmission du virus, en mobilisant des équipes de riposte rapide aux niveaux municipaux, régionaux et national. Le 6 avril 2018, les autorités sanitaires vénézuéliennes ont lancé une campagne de vaccination pour vacciner contre la rougeole 4 millions d'enfants âgés de 6 mois à 15 ans. La campagne a été instaurée dans les neuf États où les nombres de cas de rougeole et de diphtérie étaient les plus importants (Anzoátegui, Apure, Bolívar, Delta Amacuro, District capitale, Miranda, Monagas, Vargas et Zulia). Il est prévu d'élargir la campagne au reste du pays, l'objectif étant d'administrer 11 millions de doses vaccinales supplémentaires.

Diphtérie

Entre le début de la flambée de diphtérie en juillet 2016 et le mois de mai 2018 (SE 16), 1716 cas présumés de diphtérie ont été notifiés au Venezuela, soit 324 en 2016, 1040 en 2017 et 352 en 2018, dont 1086 ont été confirmés par des tests de laboratoire ou un diagnostic clinique. Il y a eu 160 décès confirmés (17 en 2016, 103 en 2017 et 40 en 2018). Limitrophe du Brésil et du Guyana, l'État de Bolivar était l'épicentre de cette flambée. En 2017, des cas confirmés ont été notifiés dans 22 États et dans le District capitale. La plupart des cas surviennent dans des États où les taux de vaccination sont faibles et où la mobilité de la population de mineurs est déterminante dans la propagation de la maladie. Cependant, le risque que la diphtérie se propage à d'autres pays de la Région a été évalué comme étant modéré.

Les activités de vaccination ont été mises en œuvre dans les États qui avaient notifié des cas de diphtérie et 2,3 millions d'enfants devraient recevoir le vaccin contre cette maladie. De plus, 90 000 femmes enceintes devraient être vaccinées contre le tétanos néonatal, et plus d'un million d'adultes devraient être vaccinés contre le tétanos et la diphtérie.

La surveillance épidémiologique est renforcée sur le plan de la recherche active des cas et du suivi des contacts, tandis que les initiatives d'éducation sanitaire se poursuivent. La formation du personnel de santé local est constamment actualisée, tandis que les capacités diagnostiques des laboratoires sont également renforcées.

Paludisme

Au Venezuela, les cas de paludisme ont augmenté de 69 % entre 2016 et 2017. Le total de 406 000 cas notifiés en 2017 était plus élevé que les moyennes annuelles notifiées depuis 1988. Plus de 50 % de ces cas ont été notifiés par l'État de Bolivar, suivi des États d'Amazonas et de Sucre. Cette augmentation est liée à la migration plus fréquente de mineurs illégaux et de populations autochtones vers des zones dont l'écosystème est favorable au développement du paludisme, à un système sanitaire surchargé dans lesquels surviennent des pénuries d'antipaludéens et à la fragilisation des programmes de lutte antivectorielle.

Le gouvernement du Venezuela a accru son appui à la détection et au traitement des cas de paludisme en ciblant les cinq États les plus touchés. Le BSP a appuyé l'achat d'antipaludéens et de tests rapides, offert de la formation aux agents de santé et fourni du matériel de communication pour promouvoir l'adhésion des patients aux traitements prescrits. En 2017, le Bureau a distribué 130 000 traitements contre *Plasmodium vivax*, 800 traitements complets contre *P. falciparum*, 300 traitements pour les cas graves de paludisme et 300 000 tests de diagnostic rapide. En avril 2018, le BSP avait distribué 52 trousse pour traiter les cas graves de paludisme et 25 trousse pour traiter les cas de paludisme modéré, pour presque 10 000 traitements plus 20 000 tests de diagnostic rapide. Dans les États de Bolívar, Sucre, Anzoátegui et Aragua, plus de 450 agents de santé ont reçu une formation sur la gestion des cas.

Accès aux vaccins, aux médicaments et aux fournitures

Le BSP collabore avec les programmes de vaccination locaux et national du Venezuela et facilite l'achat de vaccins par le Fonds renouvelable de l'OPS. En 2017, le Venezuela a acheté par ce Fonds les fournitures et vaccins suivants : 1,15 million de doses de vaccin pentavalent, 8 millions de doses de vaccin antidiphtérique et antitétanique (dT) pour la campagne de vaccination, et 1000 flacons d'antitoxine diphtérique. Le Bureau a également contribué à l'achat de fournitures de laboratoire pour le diagnostic de diphtérie et de rougeole.

Outre le plan de riposte rapide, le Venezuela met également en œuvre un plan national pour accroître la couverture vaccinale dans les communautés autochtones, dans les zones frontalières, dans les municipalités où la couverture est faible et dans les zones difficiles d'accès. Cependant, des contraintes économiques et, dans certains cas, le manque de mise à disposition des médicaments au niveau national, ont des répercussions négatives sur un approvisionnement continu et en temps opportun des produits de santé nécessaires pour répondre aux besoins de santé publique du pays.

En coordination avec le ministère de la Santé du Venezuela, le BSP a élargi son appui pour l'achat de médicaments hautement prioritaires comme les immunosuppresseurs, les médicaments destinés aux soins de santé de la mère et de l'enfant, et ceux destinés aux maladies chroniques à prévalence élevée. Le Bureau appuie également le pays pour l'achat d'ARV et d'antituberculeux. Avec d'autres agences des Nations Unies et des groupes de la société civile, le BSP a étudié d'autres dispositifs de soutien pour garantir, au Venezuela, un accès continu aux ARV et aux autres médicaments essentiels. Des efforts sont déployés avec l'Institut vénézuélien de la sécurité sociale pour acquérir plus de 20 médicaments oncologiques.

Pays voisins. Le BSP travaille avec le Brésil, la Colombie et le Guyana pour renforcer les ripostes de leurs systèmes sanitaires respectifs dans les zones frontalières et la surveillance épidémiologique aux niveaux nationaux et locaux, afin de déterminer les besoins des migrants vénézuéliens et de la population hôte, et y répondre de manière efficace. Le Bureau a établi des bureaux de terrain, ou déployé du personnel supplémentaire, au niveau des zones frontalières.

Brésil. Il existe au Brésil une flambée en cours de rougeole, avec 995 cas notifiés (611 dans l'État d'Amazonas et 184 dans l'État de Roraima). Parmi ces cas, 114 ont été confirmés par des tests de laboratoire (30 dans l'État d'Amazonas et 84 dans l'État de Roraima) et deux décès sont survenus. Le bureau de pays de l'OPS/OMS au Brésil travaille avec les autorités locales et nationales pour limiter la flambée de rougeole à ces États, l'objectif étant que les résidents et les migrants vénézuéliens âgés de six mois à 49 ans soient vaccinés contre la rougeole. À la demande du ministre brésilien de la Santé, le BSP contribue à l'établissement d'un poste de vaccination à Pacaraima, dans l'État de Roraima, au niveau de la frontière avec le Venezuela. Le BSP aide également le gouvernement fédéral brésilien en l'approvisionnant en seringues, en achetant des fournitures pour maintenir la chaîne du froid des vaccins, en engageant des professionnels pour administrer les vaccins et autres interventions sanitaires et en

mobilisant des spécialistes pour appuyer les autorités locales et nationales dans la formation des agents de santé à la gestion des cas et l'intensification de la surveillance épidémiologique.

Colombie. Entre la SE 11 et la SE 21 de l'année 2018, 26 cas confirmés de rougeole ont été notifiés chez des personnes âgées de 10 mois à 26 ans, 17 de ces cas étant importés du Venezuela, 7 étant des cas de transmission secondaire (survenue chez des personnes venant du Venezuela qui avaient habité la Colombie pendant plus de quatre mois) et deux étant liés à l'importation. Aucun décès n'a été notifié. Les cas ont été notifiés dans les départements de Antioquia, Bolívar, Cauca, Cesar, Norte de Santander, Risaralda et Sucre, et dans les districts de Carthagène et Santa Marta. Les autorités de santé colombienne ont entrepris la détection et le suivi des contacts, la recherche active de cas dans les institutions et les communautés et la vaccination des personnes fragiles, tandis que le BSP appuie les autorités nationales et locales par l'établissement de bureaux de terrain dotés de personnel, dont des épidémiologistes, et par la fourniture de véhicules dans les zones frontalières des départements de Arauca, La Guajira, Vichada et Norte de Santander.

Au **Guyana**, le bureau de pays de l'OPS/OMS travaille étroitement avec le ministère de la Santé publique pour surveiller la situation des migrants et renforcer la détection, la validation et l'évaluation du risque d'événements relatifs à des maladies susceptibles de se transformer en épidémies. Un travail est également mené pour évaluer la couverture vaccinale et les capacités de laboratoire, et déterminer les besoins sanitaires potentiels des zones où se trouvent des migrants.

Riposte aux ouragans Irma et Maria

108. Les ouragans Irma et María ont été des événements consécutifs destructeurs et hors-normes, qui ont touché plusieurs îles caribéennes en septembre 2017. Les îles les plus sévèrement touchées ont été Antigua-et-Barbuda, Cuba, la Dominique, les Îles Turques-et-Caïques, les Îles Vierges britanniques, les Îles Vierges des États-Unis, Porto Rico, Saint-Martin et Sint Maarten. Trente-neuf décès ont été directement liés à ces deux ouragans, dont 31 à la Dominique, où 34 personnes ont été également portées disparues. Certaines îles ont perdu plus de 80 % de leurs logements et font face à des défis difficiles pour restaurer un accès à l'électricité et à une eau propre. On estime que plus de deux millions de personnes vivent dans des zones exposées à des pluies intenses et à des vents dépassant 120 km/h.

109. Le BSP a mobilisé plus de \$5 millions par son appel humanitaire à soutenir les autorités locales et nationales dans leurs efforts de riposte et de rétablissement. Dans la plupart des îles touchées, l'OPS/OMS a été la première organisation internationale sur le terrain, offrant un appui immédiat pour promouvoir et protéger la santé de toutes les personnes concernées. Le BSP s'est concentré sur quatre axes principaux d'intervention: 1) restaurer les capacités de prestation des soins santé et l'accès aux services sanitaires, y compris aux soins de santé mentale, 2) accroître la surveillance épidémiologique pour appuyer la détection précoce et la gestion en temps opportun des flambées de maladies, 3) garantir l'accès à une eau potable, à des mesures d'assainissement d'urgence et à la lutte contre les vecteurs et 4) garantir une coordination et une gestion efficaces de l'information pour répondre avec efficacité aux besoins les plus urgents sur le plan humanitaire.

110. Le Bureau a activé un SGI à la Barbade pour la riposte multipays aux deux catastrophes et envoyé plus de 50 experts en mission dans 11 pays et territoires : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, Cuba, la Dominique, Haïti, les Îles Turques-et-Caïques, les Îles Vierges britanniques, Saint-Martin et Sint Maarten. Le soutien du BSP a inclus des évaluations conjointes

des dommages et des besoins à Anguilla, aux Îles Turques-et-Caïques, aux Îles Vierges britanniques et à Sint Maarten, et la fourniture de médicaments, de vaccins et autres fournitures médicales, d'équipements et d'insecticides, envoyés de l'entrepôt stratégique de l'OPS au Panama ou achetés à des fournisseurs locaux ou régionaux. Les produits ont été transportés avec l'appui de l'[International Medical Corps](#), [Direct Relief](#), la [Marine royale des Pays-Bas](#), [Americares](#) et d'autres partenaires.

111. En réponse aux demandes urgentes émanant de la Dominique et des Îles Vierges britanniques, l'OPS a coordonné les donations d'urgence de vaccins et de fournitures médicales en provenance de la Barbade, de Haïti, de la Jamaïque et de Trinité-et-Tobago, ainsi que des achats de vaccins par l'intermédiaire du Fonds renouvelable. Le travail du BSP et son impact sur le terrain ont été renforcés par l'intensification et la rationalisation des activités de divers réseaux et partenariats, dont l'exemple même est la coordination avec la [Marine royale des Pays-Bas](#) pour réparer l'usine de traitement de l'eau de l'hôpital de la Dominique. La cellule d'information et de coordination médicales (CICOM) a également été activée pour assurer la coordination et le suivi des équipes médicales d'urgence (EMT). Douze EMT ont été coordonnées, qui ont notifié leurs activités à la CICOM au cours de leur déploiement en Dominique.

112. Les ouragans Irma et María ont démontré de manière convaincante l'importance d'être préparé aux catastrophes. Les efforts du secteur de la santé ont facilité une riposte accrue, qui s'est traduite par le chiffre relativement faible de décès et d'établissements de santé touchés, malgré la grande capacité de destruction de ces deux événements. Un appui continu de la part de la communauté internationale sera vital pour que les îles se régénèrent. Le support financier nécessaire pour riposter à ces deux catastrophes a été fourni par Affaires mondiales Canada, le Bureau de l'assistance pour les catastrophes à l'étranger ([OFDA](#)) de l'USAID, le département de la Protection Civile et des Opérations d'Aide Humanitaire Européennes ([ECHO](#)) de la Commission européenne, le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires ([CERF](#)) de l'ONU et le [Département pour le développement international](#) du Royaume-Uni.

Riposte à l'éruption du volcan Fuego au Guatemala

113. Dimanche 3 juin 2018, le volcan Fuego, situé au Guatemala à environ 16 km à l'ouest d'Antigua, est entré en éruption. Il a produit des colonnes de cendres s'élevant à plus de 10 000 m au-dessus du niveau de la mer, des coulées pyroclastiques permanentes, des coulées de lave, des coulées de boue, des émissions balistiques (petits rochers) et des nuées ardentes atteignant des températures supérieures à 700 degrés Celsius. Les particules de cendres et les lahars ont touché des communautés situées près du dôme volcanique dans les départements de Escuintla, Chimaltenango et Sacatepéquez. Dans les premières heures suivant l'éruption, les cendres ont atteint la ville de Guatemala, perturbant les opérations aériennes et entraînant la fermeture de l'aéroport international La Aurora pendant presque 24 heures. Les éruptions se sont poursuivies de manière intermittente, générant des lahars, des coulées pyroclastiques et des colonnes de cendres pendant de nombreux jours. Environ 1 702 130 personnes ont été touchées, parmi lesquelles 110 décès, 58 blessés et 197 portés disparus. De plus, plus de 12 800 personnes ont été évacuées, dont 4175 ont été relogées dans des abris.

114. L'appui de l'OPS a ciblé le renforcement des capacités de riposte du secteur sanitaire sous le leadership du ministre de la Santé publique et de l'Assistance sociale. L'OPS a immédiatement

déployé des experts en riposte pour aider les autorités sanitaires locales et nationales à évaluer les dommages, à coordonner la gestion des informations et les opérations de riposte sanitaire sur le terrain et à faciliter la prestation des soins de santé dans les abris, y compris l'assistance en santé mentale. L'OPS a distribué aux hôpitaux et aux abris du département de Escuintla des équipements de protection personnelle, des trousseaux d'hygiène, des trousseaux de surveillance de la qualité de l'eau et du matériel stérile pour les patients brûlés. Le Bureau a également fourni aux autorités sanitaires départementales des orientations techniques sur la gestion des cadavres, et fourni des équipements et des fournitures pour établir des centres d'opérations d'urgence sur le terrain et des salles de situation dans le département de Escuintla. Des messages de santé publique, du matériel éducatif sur les bonnes pratiques et un appui psychosociologique ont également été élaborés pour être diffusés dans les communautés touchées par le biais de campagnes de promotion de la santé et de prévention.

115. 114. L'OPS a obtenu plus de \$310 000 du Fonds central d'intervention d'urgence (CERF) des Nations Unies pour appuyer la riposte sanitaire d'urgence et prévenir toute dégradation supplémentaire de la situation sanitaire des communautés touchées par l'éruption du volcan Fuego, et l'organisation s'est concentrée sur quatre axes principaux d'intervention : 1) renforcer la surveillance épidémiologique et de la santé publique et la prévention des maladies dans les abris et les communautés touchées, 2) améliorer l'accès aux services de santé mentale et au soutien psychosocial des victimes de la catastrophe, 3) accroître l'accès à une eau sûre et intensifier les interventions de lutte antivectorielle pour prévenir les flambées de maladies transmises par des vecteurs ou par l'eau et 4) sensibiliser davantage aux risques sanitaires et promouvoir des environnements sains et de bonnes pratiques en communiquant sur le risque et en faisant des campagnes d'information sanitaire.

État de préparation aux urgences et réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé

116. Au cours de la période considérée, la coopération technique du BSP a contribué à renforcer les capacités de riposte sanitaire aux urgences des États Membres. Douze pays – Anguilla, Antigua-et-Barbuda, El Salvador, Grenade, Guyana, Honduras, les Îles Cayman, Montserrat, Panama, Saint-Kitts-et-Nevis, Sint Maarten et Trinité-et-Tobago – ont actualisé leurs plans sanitaires en cas de catastrophe, et El Salvador a finalisé son plan national de gestion des risques sanitaires.

117. Anguilla, les Bermudes, la Dominique, Montserrat et Saint-Vincent-et-les-Grenadines ont formé des intervenants en traitements et en soins d'urgence ; Anguilla, la Dominique, la Jamaïque, le Guyana, les Îles Cayman, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, le Suriname et Trinité-et-Tobago ont formé des intervenants à la gestion de victimes en grand nombre ; les Bahamas, la Dominique, le Guyana, la Jamaïque, Montserrat et Trinité-et-Tobago ont reçu de la formation concernant le système de commandement des interventions ; El Salvador et l'Équateur ont organisé des ateliers pour renforcer leurs équipes nationales de riposte aux catastrophes.

118. À partir des expériences tirées de l'ouragan Maria, la Dominique a amélioré ses systèmes d'alerte précoce et de riposte rapide aux épidémies, Antigua-et-Barbuda a développé l'infrastructure de son COU, et la Dominique, la Jamaïque et le Venezuela ont renforcé la capacité technique de leurs COU respectifs.

Règlement sanitaire international

119. Pour favoriser l'appropriation par les pays du Règlement sanitaire international (2005) ([RSI](#)), le BSP a activement promu l'engagement et la participation des États parties aux processus des Organes directeurs de l'OPS et de l'OMS relatifs au [Cadre de suivi et d'évaluation du RSI](#) et l'élaboration d'un projet de plan stratégique mondial sur cinq ans pour améliorer l'état de préparation et la riposte de santé publique. Les États parties des Amériques ont fourni des contributions importantes au cours des consultations virtuelles et en présentiel, parmi lesquelles une consultation nationale tenue au Brésil en juillet 2017. Tout au long des processus officiels de consultation, qui se sont déroulés de 2015 à 2018, les États Membres de l'OPS ont souligné de manière croissante la nécessité de définir un cadre d'application et de mise en œuvre du RSI dans le contexte de renforcement du système sanitaire.

120. Trente-et-un des 35 États parties de la Région ont notifié la situation de leur RSI en 2018, lors de la 71^e Assemblée mondiale de la Santé. Les rapports annuels de pays concernant leurs RSI respectifs aux Assemblées mondiales de la Santé tenues entre 2011 et 2018 mettent en évidence une amélioration régulière, ou une stabilité, des scores concernant toutes les capacités fondamentales. Cependant, le statut des capacités fondamentales diffère d'une sous-région à l'autre, les scores les plus bas étant notifiés dans les Caraïbes, particulièrement pour ce qui est des capacités de riposte aux dangers relatifs aux produits chimiques et aux radiations. De ce fait, le BSP a joint ses forces à celles de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) et du Centre collaborateur de l'OMS pour la gestion en santé publique des expositions aux produits chimiques (hébergé par Public Health England) pour appuyer deux de ses principales initiatives : « Établir et renforcer une infrastructure réglementaire nationale pérenne » [Establishing and Strengthening Sustainable National Regulatory Infrastructure] et « Renforcer le contrôle des sources radioactives d'un bout à l'autre de leur existence » [Strengthening Cradle-to-Grave Control of Radioactive Sources]. Sur les 14 États parties des Caraïbes, 12 sont maintenant membres de l'AIEA (Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago). La collaboration AIEA-OPS est reconnue comme une référence mondiale.

121. Le BSP et le Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS ont joint leurs efforts pour adapter l'outil conjoint d'évaluation externe du RSI au contexte des petits États insulaires en développement ([PEID](#)). Ce travail est étroitement lié à la collaboration entre le BSP et les autorités de France, des Pays-Bas et du Royaume-Uni pour appuyer les activités de renforcement des capacités de leurs territoires d'outre-mer situés dans les Amériques. Mi-2018, des propositions sur la mise en œuvre dans les PEID d'examen après-intervention et d'exercices de simulation avaient été partagées avec le Siège de l'OMS, pour être ensuite formalisées au niveau mondial.

Île de Pâques : simulation d'une urgence de santé publique de portée internationale

L'île de Pâques (nom autochtone : Rapa Nui), où vit une population d'environ 6000 personnes, des autochtones en majorité, est un territoire insulaire volcanique chilien éloigné, situé au milieu de l'océan Pacifique, à quelque 4000 kilomètres de la côte sud-américaine. Il s'agit d'une destination touristique majeure en raison de ses sites archéologiques et des renommés [moai](#), mais sa géographie et l'existence de maladies endémiques à transmission vectorielle rendent les résidents et les visiteurs susceptibles à des urgences de santé publique.

En collaboration avec le ministère de la Santé du Chili et la population de Rapa Nui, le BSP a dirigé en décembre 2017 une simulation d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) dans le cadre du RSI (2005). Cet exercice de simulation a été conduit à l'aéroport international Mataverí, à Hanga Roa, avec la participation de tous les secteurs engagés dans une riposte d'urgence et pour objectif de tester les protocoles actuels de prise en charge d'une PHEIC probable sur l'île. Les résultats de cette simulation ont fait émerger un projet auquel participent le ministère de la Santé, l'OPS/OMS et la BID, dont l'objectif est d'intensifier les systèmes de préparation et de riposte à Rapa Nui, parmi lesquels la lutte contre et l'élimination du moustique vecteur *Aedes aegypti*, la prise en charge de la dengue et le renforcement des capacités des équipes locales.

122. Une évaluation extérieure conjointe du RSI ([JEE](#)) s'est déroulée au Canada en juin 2018, et cinq autres pays ont inclus une JEE à leurs plans de travail OPS 2018-2019 : Antigua-et-Barbuda, la Dominique, Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Vincent-et-les-Grenadines. De plus, l'Argentine, la Colombie et le Mexique ont exprimé l'intention d'héberger chacun une JEE au cours de l'exercice 2018-2019 et Haïti a demandé un suivi de la JEE qu'il a menée en 2016.¹³

123. La présidence du [G20](#) par l'Argentine en 2018 a offert au BSP une opportunité intéressante de plaider pour des investissements pérennes visant à prévenir et à atténuer les répercussions des urgences sanitaires, y compris par l'organisation d'exercices de simulation de haut niveau.

124. Au cours de la période considérée, le travail du BSP dans le cadre général du RSI a été mis en œuvre avec l'appui des CDC des États-Unis, de l'ASPC, et de contributions nationales volontaires du Brésil.

Équipes médicales d'urgence

125. En septembre 2017, l'Équateur est devenu le deuxième pays de la Région, après le Costa Rica, à recevoir la certification OMS pour ses EMT, qui répondent aux normes internationales de qualité en matière de soins cliniques. Le pays a reçu la certification pour deux EMT de type 2 et pour une cellule de chirurgie spécialisée. Comme les EMT de type 1, les EMT de type 2 peuvent desservir au moins 100 personnes par jour en consultation externe et stabiliser les patients avant leur transfert vers des services de plus haut niveau. Cependant, outre ces services, les EMT de type 2 et les cellules de chirurgie spécialisée ont une capacité de 20 lits pour accueillir des patients, et elles sont capables de fournir des soins d'urgence sur 24 heures, de réaliser des actes de chirurgie générale et de chirurgie d'urgence (y compris obstétricale) et de traiter des fractures et des traumatismes.

126. Avec le soutien du BSP, quatre autres pays – Chili, Colombie, Costa Rica et Pérou – ont lancé des procédures nationales pour demander et déployer des EMT et commencé la mise en œuvre de plusieurs CICOM, conçues pour faciliter la gestion de l'information et la coordination des EMT au cours des urgences et des catastrophes.

127. À la mi-2018, la liste de l'équipe régionale des coordinateurs d'EMT comportait 78 experts issus de 23 pays, qui avaient été formés avec l'appui du BSP et jugés compétents pour un

¹³ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-12-f.pdf>.

déploiement lors d'une urgence, leur rôle étant d'aider les autorités nationales à coordonner les demandes, et la réception, d'une assistance médicale externe.

128. Au cours de cette période, le soutien financier pour ce travail sur l'initiative EMT est principalement venu de l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID), du [Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis](#), du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS, et des ressources flexibles de l'OPS.

Renforcement des capacités de laboratoire pour riposter aux pathogènes viraux émergents et réémergents

129. Avec l'appui des CDC des États-Unis et de la BID, le BSP a travaillé à renforcer les réseaux de laboratoires de la Région et à améliorer les ripostes à la menace régionale croissante posée par les pathogènes viraux et bactériens émergents et réémergents. Au cours de la période considérée, ces efforts ont débouché sur les résultats suivants :

- accès de 35 laboratoires nationaux répartis sur 27 États Membres¹⁴ (dont 23 centres nationaux dédiés à la grippe) à des protocoles normalisés de dépistage précis, sûr et en temps opportun des virus du chikungunya, de la maladie à virus Zika, de la fièvre jaune et de la grippe ;
- pour chaque État Membre, un laboratoire professionnel au moins qui soit certifié pour le transport sûr de substances infectieuses, parmi lesquels les pathogènes de catégorie A ;
- un laboratoire professionnel au moins dans 11 pays¹⁵, qui soit certifié pour le dépistage de *V. cholerae* O : Un et autres pathogènes entériques ;
- actualisation des modes opératoires normalisés de [SIREVA II](#) pour le diagnostic des méningococcies ;
- évaluations complètes des laboratoires dans les pays prioritaires d'Amérique latine et des Caraïbes, à l'aide d'outils permettant d'analyser les capacités existantes, la gestion générale de chaque laboratoire, les politiques d'assurance de la qualité et la mise à disposition des équipements et des réactifs dans les laboratoires nationaux de référence ; ces évaluations ont déterminé des zones d'activités qui nécessitent d'être renforcées, particulièrement sur le plan de la formation et des fournitures de laboratoire.

130. Pour combler les lacunes identifiées lors des évaluations de laboratoire, le BSP a formé des professionnels de laboratoire issus de 17 pays.¹⁶ Dans les pays caribéens anglophones, la formation avait pour objectif l'intensification des capacités de dépistage par des formations pratiques ciblant le dépistage moléculaire du virus de la fièvre jaune et du virus Mayaro, et la distribution de matériels et de réactifs essentiels de laboratoire. De plus, les CDC des États-Unis a formé du personnel provenant de quatre pays – Brésil, Colombie, Paraguay et Pérou – à l'utilisation de nouvelles trousse de dépistage sérologique pour le diagnostic de la fièvre jaune. Avec le soutien

¹⁴ Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Cayman, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

¹⁵ Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou et République dominicaine.

¹⁶ Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Îles Cayman, Jamaïque, Nicaragua, Pérou, Suriname et Venezuela.

de ce personnel nouvellement formé, le BSP pense réitérer l'atelier pour d'autres pays au cours de la deuxième moitié de l'année 2018.

131. Dans le contexte de la récente flambée de fièvre jaune au Brésil, le diagnostic des maladies virales émergentes sur des échantillons tissulaires a été crucial pour définir les cas mortels. Cependant, les protocoles et les capacités concernant ce procédé diagnostique ne sont pas bien établis dans un certain nombre de laboratoires. Avec la coopération technique du BSP, 14 professionnels issus de différents laboratoires brésiliens ont été formés au diagnostic histopathologique et aux protocoles immunohistochimiques pour diagnostiquer et différencier les maladies arbovirales émergentes. Les cours de formation ont été donnés au laboratoire de pathologie de l'Institut national colombien de la santé.

132. L'amélioration de la qualité est un aspect crucial en matière d'efficacité des services de laboratoire. Un panel d'évaluation externe de la qualité, qui a conduit une évaluation de ce type au cours du premier semestre de l'année 2018 dans 26 laboratoires répartis sur 16 pays¹⁷ de la Région, a noté les résultats des laboratoires de manière positive, y compris en matière de dépistage moléculaire de la fièvre jaune. Pour intensifier davantage le renforcement des capacités et l'amélioration continue de la qualité, le BSP a organisé en juin 2018 une réunion consultative d'experts à Washington, D.C, pour examiner, actualiser et valider les algorithmes, les protocoles et les orientations régionales diagnostiques qui sont actuellement ceux de la fièvre jaune.

Initiative Hôpitaux intelligents

133. La phase II du projet *Hôpitaux intelligents*, financé par le Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni, est entrée dans sa troisième année de mise en œuvre dans les sept pays ciblés : Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Jamaïque, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie. Trois établissements sanitaires modèles ont été réaménagés pour améliorer leur résilience aux catastrophes et réduire leur impact sur l'environnement : l'hôpital Princess Alice (Grenade), le Centre de santé La Plaine (la Dominique) et l'hôpital Chateaubelair (Saint-Vincent-et-les-Grenadines). De plus, 362 établissements de santé répartis sur 12 pays et territoires¹⁸ ont été évalués à l'aide de la [trousse à outils Hôpitaux intelligents](#). Une formation à l'utilisation de la trousse à outils a également été délivrée aux évaluateurs.

Élimination des maladies

134. Le BSP poursuit son soutien aux États Membres en matière d'élimination de la transmission mère-enfant (EMTCT) du VIH et de la syphilis dans le cadre du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021* (document [CD55/14](#)). Entre mi-2017 et 2018, une coopération technique dans les pays a été entreprise avec El Salvador, Haïti, le Honduras et le Nicaragua sous la forme de missions intégrées conjointes, avec la Colombie et l'Uruguay pour la mise en place du cadre [EMTCT Plus](#), et avec

¹⁷ Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Îles Cayman, Jamaïque, Nicaragua, Pérou et Suriname.

¹⁸ Antigua, Bahamas, Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie et Suriname.

les pays postulant à l’OMS pour une validation de leurs résultats en matière du double objectif d’élimination.

135. Dans la seconde moitié de 2017, Antigua-et-Barbuda, les Bermudes et Saint-Kitts-et-Nevis ont été reconnus par l’OMS comme ayant atteint l’EMTCT de l’infection au VIH et de la syphilis. Ces trois îles, ainsi qu’Anguilla, les Îles Cayman et Montserrat ont reçu leurs certificats respectifs en décembre 2017. De plus, Cuba a vu renouveler sa certification par l’OMS pour deux années supplémentaires pour avoir maintenu les cibles de validation atteintes en 2015, un accomplissement unique à ce jour au niveau mondial. Les partenaires du processus de validation incluent le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ([ONUSIDA](#)), l’UNICEF et les CDC des États-Unis, les orientations propres aux Amériques étant fournies par un comité régional d’experts en validation. La plupart des ressources financières de soutien provenaient du budget ordinaire de l’OPS.

136. Par une décision connexe, le Bureau des États des Caraïbes orientales de l’OPS a donné la priorité aux améliorations de la qualité des services et de la collecte des données, pour permettre une prise de décisions éclairée et en temps opportun et renforcer les services maternels et périnataux de ces pays au premier niveau de soins, ce niveau appuyant également le renforcement et la pérennité de la stratégie EMTCT. Élaboré par le Centre latino-américain de périnatalogie et de santé de la femme et santé reproductive ([CLAP/WR](#)) de l’OPS, le Système informatique périnatal ([SIP](#)) a été identifié comme un outil clé pour produire des données périnatales fiables et en temps opportun. Le SIP est utilisé dans son intégralité à Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago, et il est prévu de l’utiliser dans un futur proche à la Grenade, aux Îles Vierges britanniques, à Montserrat et à Saint-Vincent-et-les-Grenadines.

137. Pour favoriser la prévention de l’infection à VIH et progresser en matière d’élimination de l’épidémie à VIH dans la Région, le BSP a produit un rapport intitulé « [Pleins feux sur la prévention du VIH : analyse dans la perspective du secteur de la santé en Amérique latine et aux Caraïbes, 2017](#) » [HIV Prevention in the Spotlight: An Analysis from the Perspective of the Health Sector in Latin America and the Caribbean, 2017] préparé en collaboration étroite avec ONUSIDA et qui a bénéficié d’importantes contributions des sociétés civiles de plus d’une douzaine de pays. Ce premier rapport régional sur la prévention de l’infection à VIH cible les groupes de populations vulnérables qui supportent une charge très élevée de cette infection. Il examine les progrès, les lacunes et les défis en matière d’amélioration de la prévention du VIH, et souligne la nécessité d’un accès élargi aux services de santé pour ces groupes de populations.

138. Le BSP a également mis en œuvre des missions techniques interprogrammatiques pour étudier la riposte du système de santé national à l’infection à VIH et aux MST dans quatre pays – El Salvador, Honduras, Nicaragua et Suriname – et promouvoir les échanges entre tous les acteurs participant à cette riposte au niveau national. Ces interactions ont produit des recommandations et des plans opérationnels pour élargir la riposte nationale, utiliser des stratégies innovantes et améliorer son efficacité, son efficience et sa pérennité.

La Région des Amériques : un leader en matière d'élimination de maladies

Tétanos maternel et néonatal

L'[élimination régionale du tétanos maternel et néonatal](#), une maladie qui est habituellement responsable chaque année du décès de plus de 10 000 nouveau-nés, a été atteinte en 2017 après qu'Haïti a déclaré son élimination.

Les partenaires clés qui ont participé aux efforts d'élimination incluait les ministères de la Santé des États Membres de l'OPS/OMS, les CDC des États-Unis et le gouvernement du Brésil. Pour ce qui est des efforts d'élimination des MNT déployés en Haïti, l'UNICEF a travaillé avec ses propres comités nationaux, le gouvernement du Canada, l'UNFPA, l'OMS et le secteur privé.

Paludisme

En juin 2018, l'[OMS a certifié le Paraguay comme ayant éliminé le paludisme](#), ce pays étant le premier pays des Amériques à se voir décerner ce statut depuis Cuba en 1973. Entre 1950 et 2011, le Paraguay a élaboré méthodiquement des programmes et des politiques pour lutter contre et éliminer le paludisme, un important défi de santé publique dans un pays qui a notifié plus de 80 000 cas de cette maladie dans les années 40. Résultat de ces efforts, le Paraguay a notifié son dernier cas de paludisme à *P. falciparum* en 1995 et de paludisme à *P. vivax* en 2011. Un plan sur cinq ans pour consolider les acquis, prévenir la réapparition d'une transmission et se préparer pour la certification de l'élimination a été lancé en 2011, les activités de ce plan étant ciblées sur la prise en charge énergique des cas, la participation des communautés et l'éducation pour sensibiliser davantage les personnes aux différentes manières de prévenir la transmission du paludisme et aux options diagnostiques et thérapeutiques.

En recommandant que le Directeur général de l'OMS certifie le pays comme étant exempt de paludisme, le Comité indépendant de certification de l'élimination du paludisme a souligné des facteurs de réussite comme la qualité et la couverture des services de santé (y compris la sensibilisation au paludisme des agents de santé de première ligne), la mise à disposition universelle d'un traitement médical gratuit et la robustesse du système de surveillance de cette maladie.

La coopération technique du BSP, y compris l'approvisionnement des traitements et la collaboration avec d'autres partenaires comme le Fonds mondial, a accompagné Haïti et le Paraguay dans leurs réalisations, et ces deux pays clés de l'OPS doivent être particulièrement félicités d'avoir franchi ces étapes.

Partie 3. Défis et enseignements tirés

139. Au cours de la période considérée, les réalisations ont été tempérées par des défis que le BSP dépassera en luttant, en collaboration étroite avec les États Membres et les partenaires. Certains de ces défis sont de nature chronique, et le Bureau entreprendra une coopération technique ciblée et élaborera, ajustera et perfectionnera les politiques et les stratégies appropriées, à partir des enseignements tirés.

140. Le sujet de ce rapport – Soins de santé primaires : le moment est arrivé – est un appel à l'action qui confronte le BSP à des défis particuliers, dans la mesure où il reprend la vision de la santé pour tous exprimée à Alma-Ata dans le cadre de la santé universelle et réaffirme l'engagement de l'OPS vis-à-vis des valeurs et des principes de cette déclaration historique, c'est-à-dire le droit à la santé, à l'équité, à la solidarité, à la justice sociale, à la participation et à l'engagement de la communauté, à la responsabilité du gouvernement et à des interventions multisectorielles.

Défis

141. Au cours de la période considérée sont survenus des changements notables dans le paysage politique de la Région. Dans plusieurs pays, de nouvelles administrations ont été élues, apportant avec elles différentes positions philosophiques, dont certaines pouvaient avoir des répercussions sur la santé de la population. De plus, nous avons vu l'émergence de contextes sociopolitiques, de conflits et autres crises complexes. Ces circonstances ont affecté les objectifs de santé publique des États Membres, tout comme la santé et le bien-être de leurs populations, et ont compromis les acquis en matière de santé. D'importants flux de migrants ont également eut lieu dans notre Région, accompagnés d'une propagation concomitante de maladies.

142. Malgré l'amélioration de la situation économique de certains des plus grands pays de la Région, d'autres pays continuent à faire face à des défis. Même là où existe une croissance économique, des préoccupations persistent quant à une distribution équitable des bénéfices, y compris à un accès à la santé. Le droit à la santé des personnes est appuyé par la responsabilité de l'État, qui doit le garantir. Tandis que ces dernières décennies ont été marquées par des progrès en termes de reconnaissance du droit à la santé dans des réformes normatives et législatives, les institutions publiques ont été lentes à reconnaître leur responsabilité dans la satisfaction de ces droits. Sans intervention de l'État, il ne peut y avoir ni concrétisation progressive du droit à la santé, particulièrement pour les personnes vivant dans des situations de vulnérabilité sociale, ni progrès en termes de cohésion sociale. Il existe des lacunes cruciales en matière de santé sexuelle et génésique, et de droits à cette santé, tout comme il persiste des obstacles socioculturels, économiques, structurels et de genre.

143. Selon le FMI, la croissance économique en Amérique latine et dans les Caraïbes au cours de l'année 2017 a été limitée à 1,3 %, en raison d'ajustements externes et fiscaux en cours dans certains pays, et d'autres facteurs propres à chaque pays. À moyen terme, les projections montrent que cette croissance restera probablement limitée à 2,6 %, après avoir atteint 1,6 % en 2018. Dans ce contexte, la Région ne peut pas uniquement compter sur la croissance pour protéger et maintenir les énormes gains sociaux et les importantes réductions d'inégalité de ces 15 dernières années. Le

défi sera, au contraire, d'investir plus dans les personnes, particulièrement les personnes défavorisées, en utilisant des cadres politiques anticycliques pour garantir une croissance à long terme qui soit équitable et pérenne.

144. Le leadership du gouvernement et la volonté politique sont des fonctions qui nécessitent d'être renforcées pour garantir des interventions sanitaires intersectorielles pouvant aborder les déterminants sociaux complexes de la santé, parmi lesquels des facteurs politiques, sociaux, économiques, environnementaux et commerciaux qui ont des répercussions sur les résultats sanitaires et l'équité en matière de santé. Il est essentiel d'avoir une articulation efficace entre les autorités de santé et les parties prenantes qui participent au développement social, à l'agriculture, à l'éducation, au logement, à l'environnement et au commerce. Outre une volonté politique au plus haut niveau, il faut aussi pour cela des capacités politiques et techniques au sein des ministères de la Santé et des autres entités sectorielles. L'approche HiAP, dont l'objectif est d'aborder ces facteurs, fait face à des obstacles. La voix des personnes, particulièrement celle des personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité, n'est pas souvent entendue, et les mécanismes de participation de la société civile aux processus de prise de décisions et à la responsabilité sociale sont encore faibles.

145. Dans le contexte de la limitation des capacités nationales à mener des efforts pérennes pour aborder ces problèmes clés d'équité, gérer les priorités émergentes, favoriser la responsabilisation et garantir des approches efficaces, un impératif crucial est de renforcer le rôle de tutelle des autorités de santé dans la formulation, l'organisation et la direction d'une politique nationale de santé. Ceci rend en effet possible la transformation de la gouvernance du secteur de la santé et les améliorations en efficacité, en efficience et en équité du système sanitaire. Le processus de transformation d'un système sanitaire comporte à la fois des incidences politiques et des répercussions en matière de ressources. Les acteurs participants sont responsables de la fiabilité et de la pérennité du processus, mais aussi de la régulation des ressources essentielles du système sanitaire, qu'elles soient financières, humaines ou relatives aux médicaments et aux technologies de la santé. Pour progresser vers la santé universelle, l'équilibre entre les aspects politiques et ceux liés aux ressources afin d'obtenir une riposte adéquate constitue une composante stratégique centrale du renforcement et de la transformation du système sanitaire.

146. La capacité des systèmes sanitaires à offrir des politiques et des programmes basés sur des données factuelles et fondés sur les droits pour éliminer les obstacles d'accès à la santé pour toutes les personnes, et particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité, est faible. Dans la Région, les réformes des soins de santé ont ciblé l'élargissement et la transformation des systèmes sanitaires pour améliorer l'accès aux services et satisfaire les besoins sanitaires de la population, particulièrement ceux des personnes en situation de vulnérabilité. Cependant, dans les efforts déployés pour satisfaire les besoins de différents groupes de populations, les systèmes sanitaires ont exacerbé le problème de la segmentation. Des populations vulnérables qui recevaient un ensemble de services de base dans le cadre de programmes dédiés n'ont pu recevoir un ensemble de services élargis et garantis offerts à d'autres segments de la population. Dans le contexte d'efforts explicites du gouvernement pour combattre la pauvreté et réduire les inégalités, cette réalité est devenue un obstacle à l'équité. De plus, un grand nombre de pays n'ont pu combler les lacunes cruciales existant en matière de services et satisfaire les besoins propres aux femmes et aux filles (y compris les services de santé sexuelle et génésique), aux migrants, aux personnes

LGBT, aux autochtones, aux personnes d'ascendance africaine, aux adolescents et aux personnes âgées. Actuellement, les personnes les plus touchées par le manque d'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle sont celles qui vivent dans les plus grandes conditions de vulnérabilité.

147. La majorité des pays font face à des défis pour mettre en œuvre une approche intégrée en matière de MNT, et ce en dépit des modifications démographiques, épidémiologiques et socio-économiques à l'origine, dans la Région, d'une charge croissante de ces maladies et de l'impératif d'intensifier les interventions visant leur prévention et leur contrôle efficaces. Les services sanitaires sont encore organisés pour répondre à des états critiques et ils manquent au premier niveau de soins des capacités de résolution permettant d'offrir des soins intégrés de qualité en matière de MNT et de troubles de la santé mentale. La mise en œuvre de politiques publiques pour influencer les facteurs de risque est limitée, et les interférences de l'industrie restent un obstacle important à la mise en œuvre au niveau national de politiques visant à réduire la consommation nocive d'alcool, à encourager une alimentation saine et à imposer une lutte contre le tabagisme. Ces interférences avec les politiques préventives centrées sur la population entraîneront des coûts croissants des soins de santé et la non-réalisation de la santé pour tous. L'industrie du tabac a tenté d'empêcher les autorités de progresser en matière de mesures efficaces de lutte contre le tabagisme, conformes aux missions définies par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC), et de ratifier le [Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac](#). Cependant, avec sa ratification par le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et l'Irlande du Nord en [juin 2018](#), ce protocole est prêt à rentrer en vigueur en septembre 2018. Une approche intégrée de la prévention, de la promotion et des soins intégrés, telle qu'elle est favorisée par les approches fondées sur les SSP pour progresser vers la santé universelle, est primordiale pour diminuer l'incidence des épidémies de MNT, qui menacent de réduire à néant de nombreuses réalisations acquises de haute lutte en matière de santé et de développement dans la Région des Amériques.

148. D'importants défis existent également pour le maintien des acquis en matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles. Malgré les améliorations de la surveillance épidémiologique et de la couverture vaccinale dans tous les pays de la Région, il y a eu, au cours de cette période, un revers en matière d'élimination de la rougeole. De plus, un certain nombre de zoonoses persistent, parmi lesquelles la rage, la leishmaniose, la fièvre jaune, l'encéphalite équine, la grippe aviaire et la brucellose. Les stratégies intersectorielles efficaces concernant leur surveillance, leur contrôle et leur prévention au niveau de l'interface humain-animal, et cohérentes avec l'approche multisectorielle de l'OMS « [Un monde, une santé](#) », sont limitées. Cette approche est cruciale en termes de sécurité alimentaire et de contrôle des zoonoses, mais aussi pour atténuer la menace croissante de la résistance antimicrobienne (RAM). Malgré une collaboration entre les agences internationales participantes – FAO, Organisation mondiale de la santé animale (OIE), Organisation internationale régionale pour la protection des plantes et la santé animale (OIRSA) et Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA) – un engagement multisectoriel au niveau des pays pose des défis quant à la mise en œuvre de plans d'action nationaux concernant la RAM.

149. Une segmentation et une fragmentation des services sanitaires existent dans la majorité des pays de la Région, et exacerbent les difficultés d'accès à des services intégrés de qualité tout en entraînant des déficiences et une faible capacité de riposte au premier niveau de soins. Les

processus de planification qui conduisent à davantage de centralisation des services sanitaires sont visibles dans certains pays. Les réformes des soins de santé qui ciblent l'élargissement de la couverture sanitaire en délivrant des ensembles de services de base – avec une limitation des initiatives de renforcement du modèle de soins et de l'organisation des services sanitaires – ont entraîné des améliorations inappropriées en termes d'accès aux soins. C'est particulièrement vrai pour les personnes les plus pauvres et pour les populations se trouvant dans les plus grandes situations de vulnérabilité. Les données sur les inégalités économiques des conditions d'accès pour la Région des Amériques montrent que le pourcentage de la population faisant face à des obstacles d'accès est très différent d'un pays de la Région à l'autre. Ces pourcentages vont de 6,8 % à 66 %, et ils sont les plus élevés dans les ménages les plus défavorisés. À bien des égards, les investissements dans le domaine de la santé continuent à donner la priorité aux services spécialisés et hospitaliers, d'une manière ponctuelle et sans plan d'investissements adéquat. De nouveaux établissements sont créés sans que soient pris en compte de manière appropriée les besoins en ressources humaines, en financement, en gestion de la prestation des services et en interventions spécifiques pour renforcer le premier niveau de soins. Les problèmes de pérennité et de résilience ne sont pas non plus pris en compte, et les plans favorisent souvent l'organisation de services sanitaires dans les centres urbains développés, laissant non satisfaits les besoins des zones rurales et périurbaines, plus pauvres.

150. De plus, des inégalités persistent quant à la mise à disposition, la distribution et la qualité des agents de santé au sein des pays et entre eux, ainsi que d'un niveau de soins à l'autre, et du secteur public au secteur privé. Les fonds recueillis pour les RHSU sont toujours extrêmement hétérogènes à l'intérieur de la Région et, dans de nombreux pays, ils sont insuffisants pour garantir la prestation de services sanitaires de qualité, en particulier au premier niveau de soins, et pour satisfaire les besoins des populations mal desservies. La faiblesse des taux de fidélisation du personnel dans les zones rurales et négligées, la précarité des conditions de travail, la faiblesse de la productivité et la faiblesse des résultats constituent certains des défis auxquels font face les pays. Tous ces facteurs ralentissent l'élargissement progressif des services, particulièrement au premier niveau de soins. Même quand les ressources humaines nécessaires à la santé universelle sont en place, il existe souvent un manque de personnel aux profils et aux compétences appropriés, ce qui a des conséquences sur la santé des communautés que ces professionnels desservent.

151. Il y a eu dans la Région une croissance exponentielle de l'éducation des sciences de la santé au cours des dernières décennies. Malgré cette croissance, la réglementation des processus éducatifs reste insuffisante, et il existe des préoccupations quant à la qualité de la formation, la pertinence de nombreux programmes académiques et les normes de pratique professionnelle. Un grand nombre de pays ont des difficultés à progresser vers une formation fondée sur les capacités, à établir des programmes d'apprentissage interprofessionnel, à concevoir des programmes d'enseignement flexibles, à renforcer les capacités d'enseignement et à élargir les formations à tous les niveaux du réseau de soins.

152. Une approche de SSP appliquée au financement de la santé est loin d'être la réalité. Dans la Région, le financement de la santé est loin d'atteindre les objectifs établis par les États Membres de l'OPS en 2014, au moment où ils ont adopté la Stratégie pour la santé universelle. À l'issue des récessions mondiales antérieures, la reprise économique a été lente dans certains pays, résultant en des allocations insuffisantes pour les budgets nationaux de la santé, ce qui a menacé les acquis en

la matière et retardé les progrès dans les domaines prioritaires. Bien que la collaboration entre les ministères de la Santé et les ministères des Finances se soit accrue au cours de la période considérée, seuls cinq pays – Canada, Costa Rica, Cuba, États-Unis d’Amérique et Uruguay – ont atteint un chiffre de dépenses de santé publique équivalant à 6 % du PIB. Dans de nombreux pays, cette situation est aggravée par une capacité limitée à introduire des changements dans le système sanitaire, en raison de la rigidité des systèmes de gestion des finances publiques et des budgets de postes distincts. Des priorités nationales concurrentes et un financement inefficace en matière de santé entraînent souvent l’échec de l’accès garanti à des services intégrés dans le cadre des programmes sanitaires prioritaires. Une priorité limitée est donnée aux MNT, et aux politiques et règlements connexes, ce qui entraîne parfois des investissements nationaux insuffisants pour la mise en œuvre de ces politiques. Le manque d’investissements aggrave les effets indésirables des coûts directs et indirects générés par les MNT et leurs facteurs de risque, par les troubles de la santé mentale et par la violence et les traumatismes, ce qui a d’importantes répercussions sur les systèmes sanitaires nationaux, sur la santé des personnes et des populations, sur la productivité et sur le développement national global.

153. Un investissement efficace en matière de santé doit maintenir les acquis et les élargir à d’autres problèmes sanitaires prioritaires comme l’infection à VIH, la tuberculose, la vaccination et la santé sexuelle et génésique. Il doit être possible de développer une résilience dans les systèmes sanitaires en garantissant un financement suffisant des fonctions essentielles de santé publique, y compris des capacités de mise en œuvre du RSI, et de l’état de préparation et de riposte aux urgences sanitaires. Ni les budgets nationaux ni de nouvelles sources de financement n’ont totalement réussi à combler les lacunes créées par le retrait ou la réduction de financements externes provenant de partenaires internationaux de développement et destinés aux programmes nationaux de vaccination, et de prévention et de lutte contre le VIH. D’autres maladies transmissibles, comme les maladies infectieuses négligées et l’hépatite, restent insuffisamment priorisées et financées. La riposte à l’hépatite manque de ressources provenant de partenaires internationaux de développement et dépend entièrement des engagements financiers nationaux. Ce défi est exacerbé par l’identification insuffisante de la maladie en tant que priorité pour une intervention, comparativement à d’autres problèmes pressants de santé publique dans la Région, par le coût élevé des médicaments contre l’hépatite pour les personnes et les systèmes sanitaires et par les coûts plus élevés de ces médicaments dans la Région des Amériques, comparativement aux autres Régions.

154. Le travail en cours pour renforcer l’état de préparation et la riposte aux urgences sanitaires est crucial pour accroître la résilience dans les systèmes de santé et la communauté. La mise en œuvre du RSI est une composante clé de ce travail. Elle nécessite des efforts constants de la part des États parties et du BSP pour gérer les événements de santé publique de portée potentiellement internationale, ainsi que pour respecter à long terme des obligations distinctes et récurrentes, comme l’établissement et la maintenance des capacités fondamentales de surveillance et de riposte, y compris aux points d’entrée désignés tels que détaillés dans l’annexe 1 du RSI. Parmi les défis qui ralentissent les progrès de la mise en œuvre figure le manque d’une compréhension pleine et aboutie des concepts du RSI. De plus, les quatre composantes du cadre d’évaluation et de surveillance du RSI – conçu pour garantir une redevabilité réciproque – ne sont pas ajustées aux besoins de tous les États parties de la Région, à ceux des petits États insulaires en développement par exemple.

155. En ce qui concerne les catastrophes, la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont une capacité de riposte aux événements mineurs à modérés qui affectent la santé de leurs populations, en appliquant une approche à risque unique et sans avoir besoin d'un soutien international. Le défi survient quand il s'agit de répondre à des urgences étendues et/ou à risques multiples, quand il existe une coopération extérieure écrasante et lorsqu'il existe une politisation ou « verticalisation » de la riposte.

156. Les catastrophes et les urgences ont souvent pour résultat l'interruption ou la réduction de nombreux programmes sanitaires prioritaires. Cela peut survenir au cours de ces événements, mais aussi sur de longues périodes suivant leur survenue. Ces interruptions peuvent concerner des services pourtant cruciaux destinés à des personnes présentant des maladies chroniques et à d'autres personnes en situation de vulnérabilité.

157. Quarante ans après la Déclaration d'Alma-Ata, de nombreux pays de la Région accusent encore un retard pour garantir un accès équitable aux déterminants environnementaux de la santé. Des quantités suffisantes d'une eau de qualité suffisante, un assainissement de base de qualité acceptable et des conditions de vie sûres et d'un niveau suffisant à domicile, à l'école, sur le lieu de travail et dans la communauté sont impératifs pour progresser vers la santé universelle. Les répercussions négatives projetées des changements climatiques sur l'environnement et la santé, et sur d'autres problèmes cruciaux de développement, ont été reconnues, mais il existe des retards à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans nationaux d'adaptation aux changements climatiques. Une mobilisation plus intense, un engagement politique, et des approches multisectorielles sont nécessaires pour atteindre les ambitieuses cibles des ODD relatives à la santé environnementale et affronter les défis des changements climatiques, particulièrement dans les pays clés. Il est nécessaire d'intensifier le renforcement des capacités, la sensibilisation et les ressources humaines, ainsi que l'allocation de ressources nationales spécifiques aux programmes de santé environnementale, pour intégrer pleinement les sujets de santé environnementale aux programmes, aux politiques et aux interventions des ministères de la Santé, d'autres agences sectorielles, de la société civile et du secteur privé.

158. Les données de qualité et les analyses épidémiologiques utilisant des données ventilées sont très limitées dans la Région, particulièrement dans les pays clés de l'OPS et dans les Caraïbes, ce qui gêne les efforts déployés pour surveiller les progrès réalisés vers la santé universelle. En dépit des efforts des États Membres pour colliger des informations permettant de suivre et d'évaluer méthodiquement les progrès réalisés en matière d'équité dans le domaine de la santé, la plupart des pays ont encore besoin de renforcer leurs systèmes nationaux de surveillance. Même dans les pays qui colligent des informations ventilées selon les variables socio-économiques, les analyses d'équité en matière de santé et l'utilisation de données factuelles pour l'élaboration des politiques sont souvent limitées.

Enseignements tirés

159. L'engagement à ne laisser personne pour compte, tel que précisé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, nécessite que les États Membres établissent des cibles spécifiques et accessibles de réduction des inégalités en matière de santé, et des systèmes

fonctionnels de suivi de ces inégalités. Pour parvenir à la santé universelle, les États Membres doivent s'engager à investir dans leurs systèmes de planification nationale et infranationale, de notification, de surveillance et d'évaluation. Chaque système d'information concernant la santé doit être conçu comme un dispositif intégré de systèmes et de processus interconnectés et interopérables, qui garantissent la convergence des données, des informations, du savoir, des normes, des personnes et des institutions. La diversité des mesures est un élément clé pour le maintien et la pérennité des interventions, y compris au cours des transitions politiques et des changements de gouvernements. Parmi ces processus essentiels figurent la définition fondée sur des données factuelles d'un programme national de santé à moyen et long termes, l'élaboration par le BSP d'un programme stratégique à moyen terme concernant la coopération technique avec les pays (ou CCS) et la signature d'accords officiels de coopération technique. Les activités pour élaborer ces cadres de travail doivent être participatives et inclure la participation d'un large éventail de parties prenantes, parmi lesquelles des parlementaires, des agents de santé, des leaders locaux et des membres de la société civile, au cours des phases de planification, de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation, l'objectif étant d'obtenir l'adhésion et un engagement à l'action.

160. Aborder la gouvernance d'une manière globale et intégrée, et créer des dispositifs interconnectés de réglementation (incluant les ressources financières, les ressources humaines, et les technologies et services de la santé) constituent des interventions pivots parmi les transformations institutionnelles nécessaires pour parvenir à des améliorations équitables en matière d'accès aux services sanitaires. Effectuer des recherches sur le rôle le plus utile du ministère de la Santé, relativement aux autres ministères qui ont également un impact sur la santé de la population, et repenser l'objectif et les fonctions des structures appropriées de service civil serait utile pour accroître l'efficacité et l'efficacité sur le chemin de la santé universelle. Une participation sociale plus importante à la planification, à la mise en œuvre et à la surveillance des politiques de santé doit être favorisée, afin de promouvoir des politiques plus adaptées aux besoins et d'assurer une transparence et une pérennité. Une prise de conscience accrue des divers problèmes sanitaires prioritaires et des stratégies visant à dépasser les obstacles psychosociaux et culturels au niveau de la communauté doit faire partie des efforts déployés pour améliorer la facilité d'accès, la mise à disposition, l'accessibilité et la qualité des services sanitaires intégrés. L'intensification de la promotion de l'approche de la santé dans toutes les politiques, et la coopération technique relative à cette approche, l'une et l'autre accompagnées d'un renforcement des messages concernant l'équité, peuvent faire davantage progresser cette approche, même si des changements politiques surviennent. Ceci est particulièrement pertinent quand il s'agit d'appui politique et de financement. À cet égard, l'établissement et le renforcement de réseaux et d'alliances stratégiques seraient cruciaux pour une approche réussie.

161. Même quand les temps sont difficiles et que l'économie stagne, il est possible d'augmenter les investissements publics dans le domaine de la santé. Les pays peuvent déterminer l'espace budgétaire existant et l'utiliser pour la santé, et un large éventail de sources peuvent permettre d'accroître les ressources publiques. Ces possibilités incluent l'amélioration de la collecte des impôts (en réduisant la fraude et l'évasion fiscale), l'augmentation des taxes de santé publique ou la création de nouvelles taxes, la diminution du gaspillage et de la corruption, la priorisation des dépenses de santé sur les dépenses d'autres secteurs et les contributions sociales. Selon son propre contexte national, chaque pays peut passer à l'action. Cependant, favoriser un espace budgétaire plus important nécessite un dialogue social élargi entre toutes les parties prenantes. Les décisions

connexes, auxquelles participent les États, tendent à être politiques et sont principalement fondées sur des arguments techniques, souvent au détriment des contributions de partenaires sociaux clés, parmi lesquels la société civile et le secteur privé. Une des choses importantes à prendre en compte est l'augmentation de l'efficacité. Celle-ci peut être obtenue en investissant dans le premier niveau de soins, de manière à offrir des services sanitaires intégrés et de qualité au sein des réseaux de prestations de services sanitaires intégrés, en accordant une attention aux problèmes sanitaires prioritaires et en fournissant un financement suffisant pour les ressources humaines, les médicaments et les autres technologies de la santé.

162. La collecte, la documentation et la diffusion de bonnes pratiques sont cruciales pour mettre en avant des possibilités d'introduction et de pérennité d'interventions stratégiques en matière de santé universelle. Les modalités techniques de l'OPS concernant la coopération entre pays pour le développement de la santé (y compris la coopération transfrontalière qui cible les problèmes de migration et autres problèmes ayant un impact immédiat et direct sur les communautés et les SSP) peuvent renforcer le travail au niveau infranational, contribuer à améliorer les capacités locales et aider à atténuer les défis potentiels pouvant surgir de changements de directions politiques nationales.

163. Étant donné les défis relatifs à la pérennité, les pays peuvent tirer avantage d'un renforcement de l'approche infrarégionale. Ce renforcement facilitera l'adoption de normes, de technologies, de solutions et de méthodes. Il contribuera également à la gestion des données, des informations et des connaissances, et encouragera une prise de décision collective, l'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles et la mise en commun des ressources. La production de biens publics infrarégionaux est également valorisée en tant que stratégie de bon rapport coût-efficacité pour atteindre les petits États insulaires en développement, dont la capacité à élaborer des programmes complexes est souvent limitée. L'identification de priorités à l'intérieur des sous-régions et d'une sous-région à l'autre, et une plus grande interaction du BSP avec ses contreparties dans d'autres Régions de l'OMS, faciliteront l'efficacité de la coopération technique du Bureau avec les États Membres de l'OPS pour les regroupements divers et variés d'intégration des politiques.

164. Partie intégrante des systèmes de santé publique, la gestion d'une chaîne d'approvisionnement (GCA) dédiée vise à prendre en charge de manière globale l'ensemble du système de santé et à tirer parti des résultats des programmes sanitaires verticaux. La GCA peut contribuer de manière importante à la pérennité à long terme de l'accès aux médicaments et aux technologies. Elle concerne directement ou indirectement tous les domaines d'un système de santé publique, et une approche interprogrammatique de la GCA incluant toutes les unités techniques du BSP peut être d'un grand apport. Les contributions possibles incluent l'amélioration de l'accès aux médicaments à tous les niveaux des systèmes sanitaires nationaux, l'introduction de nouvelles technologies de la santé, la migration des patients dans le cadre d'un effort d'harmonisation des pratiques cliniques avec les recommandations de l'OMS, et la réalisation d'études économiques de la chaîne d'approvisionnement qui examinent et soulignent les possibilités d'optimiser l'utilisation des fonds gouvernementaux. En fournissant une réglementation harmonisée et un unique point d'entrée dans la sous-région des Caraïbes pour les médicaments et les autres technologies de la santé, le système de réglementation des Caraïbes a le potentiel d'être l'un des

succès majeurs de la CARICOM quant à la promesse d'un marché commun. Il faut également plaider pour un plus grand recours au Fonds stratégique de l'OPS.

165. Des données factuelles ont montré qu'investir dans les RHSU améliore les taux d'emploi et accroît le développement économique. Une forte volonté politique est essentielle pour concrétiser les engagements en allocations budgétaires dédiées aux RHSU. De plus, une gouvernance et une réglementation efficaces sont cruciales pour développer des politiques stratégiques relativement aux RHSU et pour concevoir, financer et mettre en œuvre un plan national de RHSU. Une coordination intersectorielle efficace, une participation de haut niveau et un positionnement stratégique des questions de RHSU sont nécessaires pour amorcer un engagement du secteur public dans la réforme les concernant. Cela devrait inclure des efforts plus importants pour élaborer des systèmes d'information dédiés aux RHSU, et des cadres institutionnels qui permettent une responsabilité partagée quant à l'analyse et à l'utilisation des informations. La décentralisation des institutions de formation et le recrutement d'étudiants dans des communautés mal desservies peuvent accroître la production, le déploiement et la fidélisation des agents de santé dans les établissements de services sanitaires mal desservis.

166. Des données factuelles ont également montré qu'un premier niveau de soins robuste, doté des capacités à concrétiser les programmes sanitaires prioritaires et appuyé par un réseau intégré de services, génère de meilleurs résultats en termes de santé, d'équité et d'efficacité. Obtenir un accord politique de haut niveau pour garantir la mobilisation et l'allocation efficace des ressources nécessaires aux plans humain, financier et technique facilite la conduite d'une riposte suffisante pour maintenir et faire progresser l'élimination des maladies (y compris EMTCT et élimination de l'hépatite B, de la maladie de Chagas et du cancer du col de l'utérus), pour prévenir la réapparition de maladies endémiques comme le paludisme, et pour atteindre une couverture vaccinale homogène aux niveaux nationaux et infranationaux. Le plaidoyer continu du BSP est crucial, qui cherche à favoriser l'intégration des diverses interventions nécessaires à une avancée vers un accès équitable à des services sanitaires de qualité. Également essentielle est une capacité accrue du premier niveau de soins à fournir des services appropriés relativement à des problèmes comme les MNT, la santé mentale, et la santé sexuelle et génésique, de manière à permettre aux personnes d'optimiser leur fonctionnement et leur bien-être tout au long du cycle de vie.

167. Des solutions innovantes et des approches dépassant les modèles traditionnels de prestations de services et faisant participer les communautés et les parties prenantes multisectorielles sont nécessaires pour aborder le jeu complexe des différents facteurs affectant la santé de la population de la Région. Une intervention participative incluant les leaders des communautés locales, les agents de santé, les sociétés scientifiques, le gouvernement, les organisations de la société civile et autres parties prenantes clés, est cruciale pour répondre d'une manière intégrée aux multiples défis sanitaires. Les programmes et les initiatives multisectorielles de santé environnementale progressent sur l'ensemble de la Région, grâce en partie à l'intégration d'autres secteurs aux activités de renforcement des capacités auxquelles les pays se sont engagés.

168. Il y a nécessité, au niveau de pays, d'un dialogue plus large avec diverses parties prenantes, parmi lesquelles le secteur privé, et les groupes intéressés par la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé » [One Health] et par l'élaboration et la mise en place de plans d'action nationaux contre la résistance aux antimicrobiens. De plus, il est nécessaire d'accroître la

sensibilisation, le renforcement des capacités, le transfert de certaines tâches, les ressources humaines et les budgets nationaux des programmes de santé environnementale, pour déployer des interventions efficaces en matière de lutte contre les maladies transmissibles. Finalement, une composante clé sera de rendre compte du rôle central de l'eau, de l'assainissement et des mesures d'hygiène dans le contexte des catastrophes et des urgences de santé publique.

169. Une participation multisectorielle globale, y compris du secteur privé, selon les cas, et en respectant tout conflit d'intérêts éventuel, est cruciale pour faire face aux MNT et à leurs facteurs de risque, et nécessite un engagement politique soutenu. Dans le cadre du travail avec le secteur privé, la collaboration avec d'autres agences des Nations Unies pour promouvoir le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et la résolution [E/2017/L.21](#) (qui concerne les ingérences de l'industrie du tabac et a été adoptée par le Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) en juin 2017) peuvent faciliter une coopération mutuellement bénéfique et une résistance aux tactiques de l'industrie. Il est nécessaire d'élargir la sensibilisation des fonctionnaires de haut niveau du domaine de la santé et des secteurs non sanitaires quant à la solidité des données factuelles sur lesquelles est fondée la Convention-cadre pour la lutte antitabac, et à la valeur de politiques efficaces de lutte contre le tabagisme. Le renforcement du travail intersectoriel, y compris en matière de législation et de commerce, est important pour avoir une compréhension commune et parvenir à des résultats cohérents d'un secteur gouvernemental à l'autre. Néanmoins, le secteur de la santé a un rôle essentiel à jouer, du fait de sa mission de prendre en charge toutes les causes majeures de morbidité et de mortalité. Promouvoir l'appropriation par les pays d'un fort leadership politique est essentiel à la mise en œuvre réussie de toute initiative, particulièrement de celles concernant les MNT, qui sont par nature chroniques et multifactorielles. La prévention et la lutte contre les MNT et la santé universelle se renforcent mutuellement.

170. Pour obtenir des répercussions à long terme sur l'intensification de la résilience des systèmes de santé, la coopération technique du BSP relativement au RSI nécessite une promotion continue à différents niveaux, centrée sur l'établissement dans le pays de ponts de communication entre le niveau technique et le niveau de prise de décisions. Tandis que le RSI fournit des dispositifs garantissant une responsabilité mutuelle, outre les exigences de surveillance de leur mise en œuvre et du respect des obligations par les États parties, l'application des quatre composantes du cadre d'évaluation et de surveillance du RSI doit être ajustée aux besoins des États parties de la Région, ceux des petits États insulaires en développement par exemple.

171. Les urgences de santé publique survenues en 2017-2018 ont souligné la nécessité, dans les Amériques, de renforcer la surveillance, y compris les dispositifs de collecte de données, et ce dans quatre domaines : les épidémies sylvatiques, la production animale intensive, la mobilité humaine et les médias sociaux. Dans le cadre de la riposte aux catastrophes et aux urgences, il existe également une nécessité de renforcer les approches interprogrammatiques et les dispositifs visant à intégrer des interventions cruciales destinées aux personnes vivant dans des conditions prioritaires ou des situations de vulnérabilité, et de rendre possible des efforts plus globaux.

Partie 4. Renforcement institutionnel au Bureau sanitaire panaméricain

172. Le BSP a continué à affiner ses systèmes de gestion et d'administration pour en améliorer l'efficacité et l'efficacités, en s'alignant étroitement sur la réforme et la planification stratégique en cours à l'OMS, tout en reconnaissant et en respectant le statut de l'OPS en tant qu'organisation internationale indépendante qui, de même que son Directeur, rend des comptes directement aux États Membres des Amériques.

Planification stratégique

173. Puisque le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS tire à sa fin, le Bureau a entamé les préparatifs en vue de l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025, en tenant compte de cadres tels que les ODD, le PASDA2030 et le 13^e PGT de l'OMS. Ce processus bénéficiera aussi de l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ainsi que de l'évaluation du Programme et budget 2016-2017 réalisée à la fin de cet exercice biennal. Une feuille de route pour l'élaboration du nouveau Plan stratégique a été élaborée et entérinée par la 162^e session du Comité exécutif en juin 2018 (document [CE162/INF/2](#)). Les États Membres de l'OPS seront entièrement associés à la formulation du Plan stratégique, par le moyen d'un groupe consultatif sur le plan stratégique et de consultations menées auprès des pays.

Gestion des connaissances

174. Le BSP a renforcé ses opérations relatives à la gestion des connaissances et au partage de l'information grâce à la création du Bureau de la gestion des connaissances et des publications (KMP) en janvier 2018. En plus de la gestion des connaissances, celui-ci est chargé de la mémoire institutionnelle, des services de publication, ainsi que de la supervision des centres collaborateurs de l'OPS/OMS et de la revue *Pan American Journal of Public Health*. KMP s'emploiera à promouvoir les publications scientifiques et techniques du BSP, en accroissant la diffusion et l'impact de celles-ci parmi des publics clés, dont les responsables de l'élaboration des politiques, et en appuyant les auteurs au niveau national pour veiller à ce que les données factuelles pertinentes soient publiées.

Approche axée sur les pays et coopération entre pays

175. Conformément à son engagement visant à renforcer l'approche axée sur les pays adoptée par l'OPS, le BSP a continué à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies de coopération avec les pays (CCS) qui cadrent avec la stratégie à moyen terme relative au travail du Bureau dans les pays et avec ceux-ci. Pendant la période visée par ce rapport, 14 CCS ont été mises à jour et ont inclus un accent sur la santé universelle avec une approche de soins de santé primaires. En juin 2018, 28 CCS au total étaient actuels et à jour.

176. Au cours de l'année 2017, l'Organisation a élaboré un nouveau plan destiné à opérationnaliser la stratégie des pays clés de l'OPS, laquelle vise les huit pays reconnus dans la politique budgétaire 2012 de l'OPS (document [CSP28/7](#)) comme présentant les indices de développement sanitaire les plus faibles. Ce plan aidera le BSP à accorder un soutien plus efficace

aux pays clés pour que ceux-ci puissent atteindre leurs objectifs en matière de santé, dont la santé universelle.

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

177. En septembre 2016, lors du 55^e Conseil directeur de l'OPS, les États Membres de l'OPS ont adopté le *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* (FENSA) (document [CD55/8, Rev. 1](#)), par la résolution [CD55.R3](#). Le FENSA favorise et renforce les interactions de l'OPS avec les acteurs non étatiques, y compris ceux du secteur privé, tout en mettant en place les mécanismes nécessaires pour évaluer les risques inhérents à cette collaboration, afin de protéger l'Organisation des conflits d'intérêts et de toute influence indue. Le Cadre offre aussi une feuille de route et des étapes précises que le BSP suit lorsqu'il prend des décisions relatives à des projets de collaboration avec des acteurs non étatiques.

178. En coordination avec le Secrétariat de l'OMS, le BSP a élaboré des outils opérationnels visant à mettre en œuvre le FENSA d'une manière qui favorise la collaboration, tout en protégeant et en préservant l'intégrité, la réputation, l'indépendance et le mandat de santé publique de l'Organisation. Le Bureau du conseiller juridique du BSP a offert aux représentants de l'OPS/OMS et aux directeurs de départements des orientations relatives au cadre et aux processus intérimaires servant à mettre celui-ci en œuvre. Depuis la mise en application du FENSA, toutes les nouvelles collaborations sont examinées à la lumière de ce cadre stratégique en vue d'encourager et d'améliorer la collaboration avec les acteurs non étatiques ; en 2017, le BSP a réalisé plus de 100 contrôles diligents standards et examens standards de l'évaluation des risques, ainsi que des centaines de contrôles et d'examens simplifiés concernant des collaborations à faible risque avec des acteurs non étatiques.

Partenariats et mobilisation des ressources

179. Aux niveaux régional, infrarégional et national, le BSP a renforcé et développé ses relations avec ses organisations partenaires tout en cherchant à former de nouveaux partenariats. Dans le domaine des partenariats de nature financière, une somme de \$186,7 millions en contributions volontaires à l'OPS a été mobilisée durant l'exercice biennal 2016-17, provenant de partenaires existants, de 11 nouveaux partenaires et d'organisations avec lesquelles l'OPS n'avait pas d'ententes au cours des cinq années antérieures. Parmi ces partenaires et ces organisations, on peut noter le gouvernement du Luxembourg, le Fonds de l'OPEP pour le développement international, l'Agence japonaise de coopération internationale ([JICA](#)), [Together for Girls](#), le Secrétaire à la préparation et à l'intervention du Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis d'Amérique, le Conseil sud-américain de la santé ([ORAS](#)), le Conseil des organisations internationales des sciences médicales ([CIOMS](#)), l'[Administration des produits thérapeutiques](#) du ministère de la Santé du gouvernement australien, le Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/sida ([PANCAP](#)) et le Plan binational de développement pour la région frontalière Équateur-Pérou.

180. Durant la période considérée, le BSP a poursuivi ses activités relatives à son partenariat avec l'OEA, participant au Groupe d'évaluation de la mise en œuvre des initiatives des Sommets (GRIC) et à des réunions du Groupe de travail mixte sur les Sommets, pour préconiser l'inclusion de priorités de santé à l'ordre du jour du Sommet des Amériques. En outre, le BSP a maintenu son

appui au [programme de bourses OEA-OPS](#), en vue de contribuer au renforcement des systèmes de santé, de faire progresser les politiques relatives à la recherche en santé et d'améliorer les approches stratégiques du renforcement des capacités dans le secteur de la santé. Grâce à ce partenariat, à la fin de 2017, 27 pays¹⁹ de la Région avaient reçu 683 bourses destinées à des professionnels désirant obtenir un diplôme d'études supérieures, au Brésil et au Mexique. Le BSP et l'OEA ont formé un groupe de travail interorganisations afin de coordonner les activités et le soutien visant à aider les pays des Amériques à atteindre les objectifs figurant au Programme de développement durable à l'horizon 2030. Dans le cadre de son travail, le groupe vise à faire concorder les ODD avec les mandats existants de chaque organisation.

Partenariats axés sur les pays pour la santé universelle par le moyen des SSP

Belize : Le BSP contribue à la mise en œuvre de l'approche des réseaux intégrés de services de santé grâce à un projet appelé « Établissements de santé intelligents » financé par le DFID, et à l'entente de financement signée entre le gouvernement du Belize et l'Union européenne visant à appuyer une intervention complète de renforcement des systèmes de santé. Le projet inclut une évaluation de la réforme en santé mise en œuvre au Belize et une restructuration du système de santé, l'adoption d'interventions liées au projet « Établissements de santé intelligents » par des hôpitaux communautaires et régionaux, une évaluation de la prestation de services et du modèle de soins, une amélioration du système d'information en santé du Belize, et une expansion du programme national d'assurance maladie. Le projet est également lié à une amélioration des services de soins primaires destinée à favoriser une alimentation saine ainsi que la prévention des MNT et la lutte contre celles-ci.

Brésil : Le BSP a conclu des partenariats avec le ministère de la Santé, le Conseil national des secrétaires d'État à la santé (CONASS), l'Université fédérale du Rio Grande do Sul et l'Université de Brasilia pour renforcer le système unifié de santé, grâce à l'élaboration de méthodologies servant à planifier et à développer le personnel des SSP et des situations d'urgence, par le moyen du projet de renforcement de la gestion des ressources humaines. Le système unifié de santé vise à offrir un accès universel aux services de santé.

Caraïbes : [L'OPS a signé une entente avec la Banque de développement des Caraïbes](#) en juin 2018 afin d'exécuter un projet ayant pour thème « Renforcer la résilience individuelle et sociale pour faire face aux effets des catastrophes naturelles : accroître les capacités en matière de soutien en santé mentale et de soutien psychosocial dans la prise en charge des catastrophes dans les Caraïbes ». Entamé en avril 2018, ce projet de 18 mois, qui prend appui sur les enseignements tirés de la saison des ouragans 2017, ne se bornera pas à renforcer les capacités régionales, mais offrira aussi un point d'entrée pour renforcer les services en santé mentale et leur intégration aux SSP. On portera une attention particulière aux besoins des groupes qui sont souvent plus exposés en temps de catastrophe, dont les enfants, les femmes, les personnes âgées, les autochtones, les personnes ayant des problèmes de santé mentale préexistants, les migrants, les personnes handicapées, les sans-abris et les personnes vivant dans des refuges. Étant donné les effets potentiels du changement climatique sur les petits États insulaires en développement des Caraïbes, l'OPS collabore avec la CARPHA et avec le Centre de la Communauté des Caraïbes sur le changement climatique pour mobiliser des ressources en vue de bâtir des systèmes de santé résistants au climat dans les Caraïbes, à l'aide d'une approche du type « Un monde, une santé ». Cette approche

¹⁹ L'Argentine, le Belize, la Bolivie, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador, l'Équateur, les États-Unis d'Amérique, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Sainte-Lucie, le Suriname, l'Uruguay et le Venezuela.

facilitera l'inclusion d'un élément de santé sectorielle dans les plans nationaux d'adaptation au changement climatique que les pays des Caraïbes sont en train d'élaborer.

Chili : Le BSP a conclu des partenariats avec l'Université du Chili, le ministère de la Santé, des professionnels de la santé exerçant dans des cliniques et des hôpitaux, ainsi que des associations professionnelles de pédiatrie pour faciliter et mettre au point une étude visant à surveiller la mise en œuvre du [Code international de commercialisation des substituts du lait maternel](#) (le Code) et des résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Réseau de surveillance et d'appui à l'échelle mondiale pour l'application du Code, appelé [NetCode](#), est l'entité responsable de surveiller la mise en œuvre du Code, et le Chili a été l'un des huit pays invités à participer à l'application d'un nouveau protocole relatif à NetCode. Le Chili fut le seul pays à compléter l'étude, et il en a présenté les résultats lors de la troisième réunion de NetCode, tenue au Siège de l'OMS, à Genève, en avril 2018.

Colombie : Le projet interorganisations « Santé pour la paix » de l'ONU, auquel participent le FNUAP, l'Organisation internationale pour les migrations ([OIM](#)), l'OPS et le ministère de la Santé, portait sur les éléments clés concernant le développement de la santé en zones rurales et la réduction des iniquités chez les populations vulnérables et frappées d'exclusion. Financé par le [Fonds fiduciaire multipartenaires des Nations Unies pour le post-conflit en Colombie](#), un Fonds géré par le PNUD, ce projet a créé 27 espaces définis à des fins de renforcement des capacités et de réinsertion (ETCR) dans 14 départements et 25 municipalités, et est axé sur les SSP, la santé sexuelle et génésique, ainsi que la santé des nourrissons et la santé nutritionnelle. Un renforcement des capacités a été offert sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) au niveau des communautés pour 44 responsables communautaires des ETCR, sur la PCIME clinique et la santé nutritionnelle pour 47 professionnels de la santé, et sur la santé mentale pour 48 professionnels des SSP.

El Salvador : Le BSP a contribué à la formulation du programme national en matière de recherche en santé et à la création d'une commission interinstitutions, dirigée par l'Institut national de santé. La commission comprend les sept entités qui composent le système de santé national, ainsi que des universitaires et des enquêteurs nationaux ; elle vise à définir des priorités de santé publique et à générer des données factuelles servant à guider les politiques publiques. À l'instigation de la commission, le Sustainable Sciences Institute de San Francisco a donné une formation à 30 professionnels concernant la rédaction d'articles scientifiques ; de plus, en septembre 2017, des professeurs de l'Université péruvienne Cayetano Heredia ont formé 35 épidémiologistes en matière d'enquêtes sur les flambées et de lutte contre celles-ci.

Équateur : Le BSP a joué un rôle important dans la fondation d'un conseil intersectoriel pour la promotion de la santé, qui comprend plus de 25 entités locales ainsi que de représentants d'institutions publiques, du monde universitaire et de la société civile. La fondation de ce conseil a entraîné la création de six commissions intersectorielles, qui travailleront de concert sur des thèmes précis liés à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, et qui s'attaqueront aux défis existants au niveau des politiques. Le conseil a donné aux parents, aux enseignants, aux élèves et étudiants, aux quartiers, aux vendeurs de rue, aux comités locaux de santé, aux associations professionnelles et à d'autres entités l'occasion de jouer un rôle actif dans la prise de décision.

Grenade : Le BSP a collaboré avec l'Union européenne et avec les autorités nationales pour mieux définir l'ensemble d'appuis budgétaires de l'UE, axé sur les SSP, qui était en cours de négociation avec les pays. En outre, le BSP a conclu un partenariat avec l'Université Dalhousie pour aider au renouvellement de la stratégie et de la politique en matière de ressources humaines pour la santé universelle, et à l'élaboration d'un plan d'action chiffré. La coopération technique du BSP, conjointement avec le [Fonds Inde, Brésil et Afrique du Sud \(IBSA\)](#) administré par le PNUD, la subvention de l'Union

européenne pour les SSP et l'entente de coopération conclue avec l'Unité d'économie de la santé de l'University of the West Indies, a joué un rôle essentiel dans les progrès relatifs à la mise en œuvre du programme national d'assurance maladie en Grenade.

Guatemala : Le BSP a favorisé la participation du ministère de la Santé et de représentants de l'AECID et de l'UE lors de la réunion de haut niveau sur la santé universelle au 21^e siècle tenue en décembre 2017 en Équateur. Depuis cette réunion, le BSP, l'AECID, l'UE et le ministère de la Santé du Guatemala ont convoqué des réunions visant à aligner leurs plans de travail et leurs nouveaux projets sur la mise en œuvre du modèle de soins de santé et de gestion de la santé axé sur les SSP dans ce pays.

Nicaragua : Le BSP, et notamment le campus virtuel de santé publique, s'est joint aux centres collaborateurs pour la classification internationale des maladies-10 en Argentine et au Mexique pour améliorer les statistiques vitales grâce au renforcement des capacités nationales et locales concernant l'inscription de la population et la façon correcte de remplir les certificats de décès.

Communication pour la santé

181. Vers la fin de 2017, le BSP a adopté un nouveau Plan stratégique de communications 2018-2022 qui permettra de faire de la communication en santé (« C4H » en anglais) l'un des domaines de la coopération technique offerte par le BSP. Le terme « C4H » désigne la communication en santé qui cherche à influencer les comportements et les attitudes, ainsi qu'à générer des résultats positifs en matière de santé publique. Cette approche, qui met à profit le nombre croissant de données indiquant quels types de communication sont les plus efficaces, met l'accent sur des contenus et des récits fondés sur les données factuelles, empreints d'émotion et exceptionnels qui sollicitent la participation du public et communiquent efficacement des informations importantes en matière de santé. Cette approche cherche à amplifier les « voix de la première ligne » dans l'ensemble du paysage de la santé publique pour qu'elles racontent des histoires recueillies sur le terrain portant sur les besoins et les changements en matière de santé, et présentent des informations sanitaires de manière plus persuasive aux individus, aux familles et aux communautés, ainsi qu'aux responsables de l'élaboration des politiques et aux décideurs. La « C4H » met l'accent sur le dialogue avec de nouveaux publics plus jeunes par le moyen de contenu ciblé sur les médias sociaux et sur d'autres nouvelles plateformes. Pendant la période visée par ce rapport, le BSP a offert un renforcement des capacités en « C4H » aux ministères de la Santé du Guatemala, du Guyana, du Mexique et de l'Uruguay.

Ressources humaines du BSP

182. Pendant la période considérée, le Bureau a pris des mesures visant à simplifier la sélection des membres du personnel, à améliorer la planification des ressources humaines, à accroître l'efficacité du travail et à intensifier l'apprentissage institutionnel. Le BSP s'est joint à l'OMS pour lancer un logiciel informatique de gestion des talents, appelé Stellis, qui automatise le processus de recrutement et de sélection du début à la fin. Un processus de sélection révisé a également été mis en œuvre. Ces initiatives ont réduit le temps moyen écoulé entre la date de clôture du poste vacant et la nomination du nouveau membre du personnel, le faisant passer d'environ huit mois à cinq mois seulement.

183. Une nouvelle plateforme en ligne a été mise en place pour créer un processus plus accessible et plus simple de redéfinition des fonctions et des postes du personnel ; cette plateforme comprend également des liens vers les engagements institutionnels et les domaines transversaux.

184. En 2017, le BSP a mis en œuvre un programme de télétravail en vue de réaliser des économies sur le plan administratif, d'améliorer la conciliation travail-famille, et de faciliter le recrutement et la rétention de personnel hautement qualifié. Plus de 140 employés ont fait du télétravail en 2017 ; 66 % d'entre eux ont indiqué que leur productivité au travail ainsi que leur moral s'étaient de ce fait améliorés.

185. Le BSP a aussi mis en œuvre iLearn, le système mondial de gestion de l'apprentissage de l'OMS, et l'a mis à la disposition aussi bien des employés réguliers que des collaborateurs occasionnels. Au milieu de 2018, plus de 200 cours iLearn différents avaient été suivis par quelque 785 utilisateurs au Siège de l'OPS, dans les bureaux nationaux et dans les centres collaborateurs.

186. L'initiative en faveur du respect sur le lieu de travail du BSP, lancée en 2015, a continué à favoriser la création d'un milieu de travail sûr et respectueux. Un cours iLearn de trois heures a été lancé pour faire connaître à tout le personnel du BSP les premiers signes indiquant un conflit, et pour offrir des conseils sur la façon d'aborder les situations difficiles et de trouver des solutions lorsqu'un conflit est inévitable. Pendant la période visée par ce rapport, 600 employés du Siège et des bureaux nationaux de l'OPS ont reçu une formation sur la résolution de conflits et les compétences en communication. Enfin, un prix d'excellence en matière de respect sur le lieu de travail a été créé en vue de renforcer et de reconnaître les comportements positifs et appropriés en milieu de travail.

187. En 2017, le Bureau d'éthique du BSP a automatisé son programme relatif aux déclarations d'intérêts, qui prescrit aux membres du personnel occupant des catégories et des postes désignés de divulguer toute activité ou tout intérêt qui pourrait donner lieu à des conflits d'intérêts concernant le travail ou le mandat de l'Organisation. Un questionnaire de déclaration d'intérêts a été envoyé par voie électronique à environ 200 membres du personnel, et sera envoyé annuellement. Le Bureau d'éthique examine ensuite les réponses reçues des membres du personnel pour détecter les conflits d'intérêts éventuels.

188. Le rapport annuel 2017 du Comité d'audit a recommandé que la fonction d'enquête soit complètement séparée du Bureau d'éthique, pour permettre un meilleur fonctionnement aussi bien de la fonction relative à l'éthique que de celle relative aux enquêtes, conformément aux pratiques optimales. À la suite d'une décision prise par la Direction exécutive du BSP, décision entérinée par la 161^e session du Comité exécutif de l'OPS en septembre 2017 (document [CE161/6](#)), un Bureau d'enquête a été créé et a commencé ses activités en janvier 2018. Le fait de transférer cette fonction à une autre entité permettra au Bureau d'éthique de consacrer plus de temps et d'attention à ses rôles de conseil, de formation et d'action éducative, ainsi que de promouvoir plus activement les comportements conformes à l'éthique dans l'ensemble de l'Organisation.

189. Le fait de mettre davantage l'accent sur la promotion d'une atmosphère conforme à l'éthique au sein de l'Organisation arrive à point nommé, vu la publicité négative dont ont fait

l'objet d'autres organisations internationales en raison d'allégations d'inconduite sexuelle formulées contre des cadres supérieurs. Le Bureau d'éthique redoublera d'efforts et réalisera d'autres séances de formation aussi bien au Siège que dans les bureaux nationaux, pour veiller à ce que les membres du personnel se conduisent, et accomplissent le travail de l'Organisation, d'une manière digne, professionnelle et conforme à l'éthique. En cette époque marquée par le [mouvement « Me Too »](#), le Bureau d'éthique s'emploie à créer une campagne de communications visant à informer les employés de leurs droits et obligations concernant la façon dont ils traitent leurs collègues. La campagne portera essentiellement sur le droit des employés de travailler dans un environnement exempt de harcèlement et de s'exprimer s'ils vivent des situations inconfortables, sans avoir à craindre de représailles. Elle signalera en outre clairement à des harceleurs potentiels que leur comportement est déplacé et ne sera pas toléré à l'OPS. De plus, le Bureau d'éthique collabore actuellement avec le Bureau du médiateur pour élaborer une séance de formation abordant la question précise du harcèlement sexuel au travail.

190. Le risque de fraude au sein des organisations fait également l'objet d'une attention accrue. Le Bureau d'éthique prépare actuellement une politique de lutte contre la fraude qui s'appliquera à l'ensemble de l'Organisation. De plus, il inclut la fraude parmi les sujets abordés dans ses séances de formation, afin de réduire le risque de fraude au sein de l'OPS, de préciser clairement que l'Organisation n'a aucune tolérance pour la fraude et la corruption et d'indiquer que les employés seront tenus responsables de leurs actes.

191. Pendant la période visée par ce rapport, le Bureau d'éthique a administré une élection à l'échelle de l'Organisation visant à choisir des représentants du personnel qui siégeront au Tribunal d'appel de l'OPS. Environ 1650 suffrages ont été exprimés, et une liste complète de représentants du personnel venant aussi bien des services généraux que des catégories professionnelles a été élue et nommée au Tribunal d'appel.

Gestion du risque institutionnel

192. Le programme de gestion du risque institutionnel (ERM) du BSP a continué à croître en maturité et à démontrer son utilité. Un premier cadre relatif au programme d'ERM du BSP a été élaboré en 2011 et un comité permanent d'ERM créé en 2015. L'ERM a été institutionnalisée au sein des processus de planification et d'opérations, et le Bureau a institué un registre des risques, en plus d'élaborer des outils pour aider les gestionnaires des centres de coûts à contribuer au registre. Le personnel de l'ERM a travaillé en étroite collaboration avec le Département de la planification et du budget pour intégrer les facteurs de risque au Programme et budget 2018-2019 de l'OPS.

193. Le rapport du Comité d'audit, présenté à la 162^e session du Comité exécutif en juin 2018 (document [CE162/9](#)), a noté un bon niveau de développement et d'amélioration concernant la structure institutionnelle et l'examen des risques. Toutefois, le Comité a recommandé que des liens plus explicites existent entre le cadre de contrôle interne du BSP et la gestion du risque.

Gestion financière et budget

194. Le Programme et budget 2018-2019 de l'OPS (Document officiel [OD354](#)) a été examiné et approuvé par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2017. Ce cycle de planification était le premier durant lequel le BSP présentait une proposition complète concernant le Programme et budget au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) pour examen, avant de la présenter au Comité exécutif. Un budget total de \$619,6 millions a été approuvé pour les programmes de base, ce qui représente une augmentation de 1,1 % par rapport aux chiffres de 2016-2017. Cette augmentation est due à l'accroissement de l'allocation budgétaire de l'OMS accordée à notre Région.

195. Le Programme et budget 2018-2019 a été élaboré grâce à un processus de hiérarchisation ascendant et axé sur les résultats, réalisé au moyen de la méthodologie OPS-Hanlon, et à l'établissement des coûts effectué dans les bureaux nationaux de l'OPS et les programmes techniques. Le Programme et budget 2018-2019 fixe des résultats programmatiques mesurables pour deux ans ; il représente le principal moyen d'offrir une reddition de comptes institutionnelle pour les ressources que l'OPS reçoit de ses États Membres et de ses partenaires de développement.

196. Pendant la période considérée, le Bureau a mis en œuvre la première clôture (2016-2017) et la première ouverture (2018-2019) d'un exercice biennal réalisées grâce au nouveau système d'information pour la gestion du BSP (PMIS), un outil de planification des ressources d'entreprise qui intègre tous les processus opérationnels essentiels. Durant sa mise en place, le PMIS a présenté plusieurs difficultés majeures pour les employés, qui apprenaient à utiliser le nouveau système tout en répondant aux défis quotidiens relatifs au fonctionnement de l'OPS. Le personnel du BSP a travaillé efficacement à résoudre les problèmes administratifs qui se posaient ; par conséquent, il y a eu dans l'ensemble relativement peu de retards dans le déroulement des opérations relatives au nouvel exercice biennal. La coopération technique et les activités courantes, notamment, n'ont pas été perturbées.

197. Plusieurs améliorations ont été apportées au PMIS, en particulier l'élimination d'étapes superflues et l'introduction de feuilles de calcul électroniques collaboratives qui permettent un partage des données en direct dans un environnement sécurisé. En mai 2018, le BSP a inauguré la production automatique des états de compte, des factures et des rapports des partenaires de développement ainsi que leur livraison électronique aux États Membres dans le PMIS. Ces changements devraient améliorer considérablement la rapidité de ces processus et réduire les coûts administratifs.

198. Le BSP a reçu une opinion d'audit sans réserve pour 2017, ce qui représente un jalon majeur pour le Bureau pendant ces deux premières années de mise en place du nouveau PMIS. La communication de l'information financière a été rendue plus rapide et plus efficace, grâce à l'automatisation de plusieurs opérations qui étaient jusque-là réalisées manuellement.

199. Des employés du Département de gestion des ressources financières du BSP ont visité 18 bureaux nationaux pour procéder à des examens financiers et vérifier la conformité des opérations avec le Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras de l'OPS, de même qu'avec les politiques et procédures connexes. À la suite de la formation donnée dans l'ensemble du

Bureau, aussi bien en présentiel que de manière virtuelle, la qualité des données comptables fournies par les diverses entités s'est améliorée, et moins de rectifications ont été requises.

Technologie et sécurité de l'information

200. Pendant la période visée par ce rapport, le BSP a amélioré la cybersécurité, notamment grâce à un renforcement du contrôle de l'accès aux systèmes par les utilisateurs par le moyen d'une authentification à facteurs multiples, et grâce à une meilleure sensibilisation de ceux-ci. Le Bureau a également mis en place un service de reprise après sinistre à la demande (duplication des serveurs et hébergement chez un tiers comme solution de repli en cas de catastrophe naturelle ou provoquée) en tant qu'élément crucial du plan de continuité des opérations de l'Organisation. La mise en œuvre de ce plan a inclus la mise en place d'un nouveau système d'alerte, intégré au PMIS et capable d'informer le personnel du BSP de toute situation d'urgence par message vocal, message texte ou courrier électronique.

201. Le BSP a également amélioré ses services de technologie de l'information pour accroître la collaboration et la communication au sein des équipes et des partenaires de l'OPS ainsi qu'entre eux, dans des environnements sécurisés, contrôlés et efficaces. L'ajout de Microsoft Office 365 à l'éventail de services infonuagiques du BSP a permis une mobilité accrue, puisque les employés ont désormais accès à leurs services, à leurs outils et à leurs banques de données directement et en tout temps, n'importe où et sur n'importe quel appareil. Le recours à Skype for Business a amélioré la réactivité et l'agilité de l'Organisation en rendant possibles des réunions virtuelles, ainsi qu'un échange de messages et un partage de fichiers, adaptables et mobiles. La programmation de réunions consacrées à la coopération technique au Siège de l'OPS a été améliorée par l'installation d'un nouvel outil de réservation en ligne facile à utiliser.

Services généraux

202. En ce qui a trait à l'infrastructure physique, un studio d'enregistrement vidéo et audio moderne a été aménagé au Siège de l'OPS pour la production de contenus de qualité professionnelle, qui serviront à la stratégie de communications de l'OPS.

203. Un nouveau plan centralisé de remplacement des véhicules a été mis en œuvre, dans le cadre du Fonds directeur d'investissement. Aussi, plus de 60 véhicules obsolètes ont été remplacés dans les bureaux de pays et les centres de l'OPS, pour assurer un soutien fiable aux activités de coopération technique réalisées dans les pays.

Défis

204. L'aide officielle au développement dans la Région des Amériques a continué de diminuer, alors que les ressources financières provenant des pays qui siègent au Comité d'aide au développement de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques ([OCDE/CAD](#)) ont été dirigées surtout vers l'Afrique et l'Asie.

205. Les efforts pour mobiliser des ressources se poursuivent, dans un environnement hautement compétitif et un contexte international caractérisé par des défis politiques imprévus.

Plus précisément, les changements de gouvernement au sein de la Région, y compris dans des pays qui fournissent un pourcentage important des contributions volontaires de l'Organisation, pourraient nuire à la création de nouvelles opportunités et aux ententes existantes – dont des engagements annuels –, ce qui aurait un impact important sur la mobilisation des ressources. Au niveau des pays, la mobilisation de ressources est inégale ; on y observe plusieurs succès substantiels ainsi que des opportunités non exploitées en matière de contributions volontaires ainsi que de contributions volontaires nationales.

206. En ce qui a trait aux activités, aux partenariats et aux alliances du BSP dans le domaine de la mobilisation de ressources, il pourrait y avoir avec des partenaires privés des conflits d'intérêts potentiels susceptibles de nuire à l'image et à la réputation de l'Organisation.

207. Malgré les avantages que présente notre époque numérique, l'accès à l'information ainsi que la gestion et le partage des connaissances ne sont pas toujours abordés suffisamment dans les programmes des agences onusiennes et des États Membres. Par exemple, la réduction de la taille des bibliothèques de l'OPS et d'autres agences onusiennes de même que le manque de partage des connaissances au sein des organisations peuvent entraîner une perte d'informations sur le legs et l'héritage de ces organisations. Cette perte désavantage la nouvelle génération, même si celle-ci est disposée à se renseigner sur les réalisations passées de ces institutions, et constitue une situation problématique, puisqu'il s'agit là des futurs décideurs, chercheurs, responsables sanitaires et acteurs.

208. Étant donnée la sensibilisation accrue aux questions de sécurité sur le plan local, national et mondial, le bâtiment qui héberge le Siège de l'OPS, situé à Washington (D.C.), requiert une mise à niveau destinée à limiter les risques sécuritaires, pour le personnel comme pour les visiteurs.

Enseignements tirés

209. Le BSP doit gérer les risques provenant de la fluctuation des taux d'intérêt et des taux de change afin de réduire le plus possible leur impact sur les liquidités, les investissements, les soldes en caisse et les revenus divers de l'OPS. Le Bureau doit aussi réduire la possibilité que l'instabilité politique et économique nuise à la capacité de certains États Membres et de certains partenaires de développement à remplir leurs engagements financiers envers l'Organisation.

210. Le BSP devra poursuivre et intensifier les mesures visant à renforcer sa capacité à mobiliser des ressources, notamment par une diversification de sa base de partenaires de développement, en examinant des occasions de conclure des ententes avec des partenaires non traditionnels ou nouveaux (tels que la Chine, la Corée, la Russie, Singapour et d'autres pays) ainsi qu'avec des fondations philanthropiques et avec le secteur privé. Le Bureau devra aussi accroître et développer la formation et le renforcement des capacités de son personnel des bureaux de pays en matière de mobilisation de ressources et de conception de projets. Ces efforts pourraient faciliter la mobilisation de ressources et permettre de créer de nouveaux partenariats, améliorer la collecte d'informations sur les partenaires de développement, les divers scénarios et les contributions volontaires, ainsi que l'analyse de ces informations, accroître les communications administratives et institutionnelles, qui renforcent la capacité du Bureau à conserver les partenariats actuels et à en créer de nouveaux, ainsi que promouvoir le modèle des contributions volontaires nationales auprès

des États Membres. Ce type de contribution permet aux pays de la Région de collaborer avec le BSP au niveau national, en orientant leurs propres ressources vers l'atteinte de priorités et d'objectifs nationaux en matière de santé. La mobilisation de ressources au niveau des pays peut être accrue grâce à un renforcement des capacités, à la définition de cibles claires concernant les pays, à l'affectation de temps et de ressources et à une reddition de comptes améliorée.

211. La mise en œuvre du FENSA, qui se traduit par la réalisation de contrôles diligents et par l'évaluation, l'évitement ou la gestion du risque et des conflits d'intérêts potentiels, est essentielle pour préserver et renforcer la réputation de l'Organisation en tant qu'intermédiaire, facilitateur et partenaire honnête en santé publique.

212. Le BSP doit s'employer efficacement à mettre en place de nouvelles techniques visant à organiser et à diffuser les informations destinées à combler le fossé numérique qui persiste dans la Région. Parmi les stratégies possibles, notons de nouvelles méthodes permettant de colliger des exemples plus concrets et tangibles de travail avec les centres collaborateurs de l'OPS/OMS et de dialoguer avec les autorités nationales concernant l'importance de ce mode de coopération technique. En outre, puisque la gestion des connaissances est un élément transversal de la coopération technique, on doit inclure cet élément d'une manière accrue et plus durable dans la préparation et la mise en œuvre de politiques, de programmes et de projets institutionnels, ainsi que dans la coopération technique avec les États Membres de l'OPS.

213. La promptitude de la livraison de biens et services, au meilleur prix, sera améliorée grâce à l'accroissement et à l'amélioration par le Bureau de la planification des demandes de biens et de services, en particulier ceux qui sont achetés par le moyen du Fonds stratégique et du Fonds renouvelable de l'OPS. Le BSP devra améliorer la communication avec ses États Membres afin de recevoir et de fournir des informations sur les biens et services obtenus et livrés dans le cadre de la coopération technique. Certains produits achetés pour les États Membres sont vendus par des monopoles ou des oligopoles, une situation qui se complique davantage lorsque l'offre du produit est insuffisante pour répondre à la demande mondiale. Un exemple de ce fait est survenu pendant la période visée par ce rapport, lorsque les efforts réalisés pour se procurer des vaccins antipoliomyélitiques inactivés ont rencontré des difficultés dues à l'insuffisance de l'offre au niveau mondial. Le BSP devra, en outre, trouver des façons de réduire le délai de livraison des biens pendant les situations d'urgence et les flambées qui surviennent dans la Région, pour permettre une réponse efficace lorsque les produits ne sont pas disponibles ou en cas de rupture de stock.

214. Le Fonds directeur d'investissement pourrait offrir une possibilité de planifier et d'exécuter, au cours du second semestre de 2018, un projet visant à renforcer les contrôles relatifs à l'accès et à la surveillance de la sécurité au bâtiment qui héberge le Siège de l'OPS.

Partie 5. Conclusions

215. Cette année, la célébration du 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata offre l'occasion de rendre des comptes. Durant ces 40 années, de grands progrès ont été réalisés. Il est important de tirer des enseignements d'Alma-Ata alors que nous cherchons à faire face aux défis qui se posent quant à l'atteinte des ODD, en particulier l'ODD 3 : « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. » Voici quelques-uns de ces principaux enseignements : les obstacles à l'accès aux soins doivent être systématiquement identifiés et levés ; la fragmentation et la segmentation des systèmes et services de santé mènent à l'échec ; la participation sociale sur le terrain est nécessaire au succès ; les gouvernements nationaux doivent diriger le processus vers la santé universelle et y souscrire, en coordination avec les partenaires ; « universel » veut dire *universel*, sans excuses ni demi-mesures pour ce qui est d'offrir tous les services de santé nécessaires à tous et on ne peut atteindre la santé universelle sans la présence de politiques, de programmes et d'actions multisectoriels qui visent les déterminants sociaux de la santé.

216. Afin de progresser vers le meilleur état de bien-être possible sur le plan physique, mental et social, nous devons maintenir l'engagement de longue date que les États Membres de l'OPS et le BSP ont pris concernant les valeurs et les principes des SSP, la promotion d'approches de la santé fondées sur les droits, un développement national équitable en matière de santé et les concepts de participation et d'inclusion.

217. Bien que les questions de santé publique prioritaires pour la Région des Amériques puissent sembler invariables – dont le renforcement des systèmes de santé, la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles et la lutte contre celles-ci, ainsi que les urgences de santé publique –, elles sont en constante évolution. À mesure que les années passent et que le contexte de la coopération technique change, sous l'influence de faits nouveaux et de nouvelles connaissances, il doit également y avoir une évolution quant aux stratégies, aux mécanismes, aux méthodologies et aux techniques dont se servent les États Membres de l'OPS et le BSP pour maintenir et améliorer la santé des peuples des Amériques.

218. Étant donné les changements qui touchent le paysage politique des pays et des sous-régions des Amériques, il faut renforcer le plaidoyer en faveur de la santé universelle et des soins de santé primaires pour maintenir les acquis réalisés dans la Région en matière de santé, prendre en charge les problèmes émergents et réémergents et faire progresser le Programme de développement durable à l'horizon 2030, tout en maintenant l'approche axée sur les pays adoptée par le BSP et en stimulant les échanges entre les États Membres eux-mêmes.

219. La recherche de l'équité en santé exige un renforcement de la participation sociale et du dialogue avec les communautés. L'adhésion de la société civile, qui rend possible une stratégie centrée sur les personnes en matière de renforcement des systèmes de santé et de mise en œuvre de l'approche axée sur les SSP – où les personnes sont des partenaires dans la prise en charge de leur propre santé et de la santé de leur communauté –, est un élément indispensable des progrès vers la santé universelle. En s'efforçant d'atteindre la santé pour tous, en particulier pour les personnes en situation d'exclusion et de vulnérabilité, les partenariats de l'OPS doivent continuer

à inclure les organisations de la société civile et d'autres acteurs non étatiques, en respectant les paramètres définis par le FENSA, comme le prescrivent les États Membres de l'OPS.

220. Les gouvernements des États Membres de l'OPS demeurent responsables de la santé et du développement de leurs citoyens, de leur pays et de leur territoire. Le leadership gouvernemental et la volonté politique de renforcer l'approche axée sur les SSP et de progresser vers la santé universelle sont des éléments fondamentaux des processus qui visent à renforcer et à transformer les systèmes de santé dans la Région. L'exercice de la fonction de direction des autorités sanitaires exige que celles-ci renforcent leur capacité technique à formuler et à mettre en œuvre des politiques en matière de santé, ainsi qu'à appeler et à contribuer à la formulation et à la mise en œuvre de toutes les politiques publiques qui favorisent et sous-tendent la santé universelle. Cette capacité technique implique de déterminer la faisabilité, la viabilité et la légitimité des changements requis, d'analyser les besoins en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé et de définir des interventions appropriées. Afin de persuader et d'aider les gouvernements à adopter des actions multisectorielles à l'échelle de la société pour progresser vers la santé universelle et l'équité, le BSP doit inclure parmi ses activités la sensibilisation et la communication de données factuelles qui permettent de prendre des décisions justes, le partage des connaissances et des enseignements tirés, ainsi que la promotion de la coopération entre les pays.

221. Des mécanismes, des lieux et une reddition de comptes relatifs à la participation sociale sont des outils essentiels pour faire en sorte que la conception et la mise en œuvre des politiques en santé soient alignées sur les attentes et les besoins de la population. L'élaboration d'un modèle de soins axé sur les personnes et les communautés permet d'intégrer les citoyens et la société civile en tant que parties prenantes cruciales dans ce processus. C'est une bonne occasion de mettre en place des stratégies innovatrices et créatives visant à accroître la participation communautaire et sociale, et à permettre aux personnes de faire des choix optimaux concernant leur propre santé.

222. Un principe crucial de l'approche axée sur les SSP est le fait d'offrir des services de santé complets aussi près que possible des lieux où les individus vivent et travaillent. On peut améliorer considérablement la couverture réelle des services et les résultats de santé en renforçant le premier niveau de soins au sein d'un réseau intégré de services de santé qui réunit la promotion de la santé, la prévention des maladies et un ensemble de services de santé progressistes, qui tient compte des conditions sociales et sanitaires particulières de la population, et qui emploie une approche intersectorielle. Des investissements stratégiques en financement de la santé qui visent le développement des ressources humaines pour la santé universelle et l'amélioration de l'infrastructure sanitaire sont indispensables. La création de programmes d'assurance sociale et de protection sociale qui permettent aux gens d'avoir accès à des SSP et à des services de santé intégrés lorsqu'ils en ont besoin l'est tout autant. L'amélioration de l'accessibilité financière des services de SSP est un élément essentiel du progrès vers la santé universelle et de la réduction des iniquités en santé.

223. La Région des Amériques a systématiquement participé aux mécanismes mis en place à l'échelle mondiale visant à définir, à renouveler et à renforcer l'approche axée sur les SSP, et y a joué un rôle de chef de file. La Région continuera à le faire lors de la conférence mondiale sur les SSP qui aura lieu en octobre 2018, ainsi qu'après cet événement, en défendant la cause de la santé universelle comme un concept qui inclut aussi bien une couverture de services de santé intégrés,

complets et de qualité que l'accès à ces services, et en rendant publiques des expériences couronnées de succès susceptibles de contribuer au renouveau des engagements à l'égard des SSP aux niveaux national, infrarégional, régional et mondial, en tant que stratégie clé pour atteindre la santé universelle ainsi que les ODD. Le BSP tient aux valeurs et aux principes des SSP en tant que stratégie visant à transformer les systèmes de santé pour progresser vers la santé universelle. Le leadership régional exercé par le BSP concernant le renouvellement de l'engagement à l'égard des SSP lui a permis de renforcer ses alliances avec les États Membres, avec les équipes techniques au sein des ministères de la Santé, des services sanitaires et des autres secteurs connexes à la santé, avec le monde universitaire et avec la société civile, tant organisée que non organisée.

224. À mesure qu'évoluent les concepts, les stratégies, les mécanismes et les outils visant à atteindre la situation désirée qu'est la santé universelle, les États Membres de l'OPS et le BSP, s'alignant sur l'OMS et les autres agences onusiennes, et en étroite collaboration avec leurs partenaires de développement, la société civile et le secteur privé – s'il y a lieu –, continueront à planifier, à mettre en œuvre, à suivre et à évaluer des stratégies permettant aux pays d'améliorer les soins de santé primaires, de développer des systèmes de santé résilients et de progresser vers la santé universelle, favorisant ainsi la santé et le bien-être des populations, sans que personne ne soit laissé pour compte.

Liste des sigles et abréviations

13 ^e PGT	Treizième programme général de travail (Organisation mondiale de la Santé)
AECID	Agence espagnole de coopération internationale pour le développement
AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
AMC	Affaires mondiales Canada
ANR	autorité nationale de réglementation
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	Banque interaméricaine de développement
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CARPHA	Agence de santé publique des Caraïbes
CCHD	coopération entre pays pour le développement de la santé
CCS	stratégie de coopération avec les pays
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (États-Unis d'Amérique)
CICOM	cellule d'information et de coordination médicale
COHSOD	Conseil du développement humain et social (de la CARICOM)
COMISCA	Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale
COU	centre des opérations d'urgence
CRDI	Centre de recherches pour le développement international (Canada)
CRS	système de réglementation des Caraïbes
CSU	couverture sanitaire universelle
CVSP	campus virtuel de santé publique
DFID	ministère du Développement international (Royaume-Uni)
EMT	équipes médicales d'urgence
ERM	gestion du risque institutionnel
EWEC-LAC	Chaque femme, chaque enfant – Amérique latine et Caraïbes
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FCTC	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
FENSA	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HiAP	santé dans toutes les politiques
IS4H	systèmes d'information pour la santé
IST	infections sexuellement transmissibles
LGBT	lesbienne, gay, bisexuel et trans
mhGAP	Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale (Organisation mondiale de la Santé)
MNT	maladies non transmissibles
MTCI	médecine traditionnelle, complémentaire et intégrative
ODD	objectif de développement durable
ONU	Organisation des Nations Unies
ONU Femmes	entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé

PASDA2030	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030
PCIME	prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEID	petits États insulaires en développement
PERC	production, efficacité, ressources et coûts
PIB	produit intérieur brut
PMIS	système d'information pour la gestion du BSP
PMMHS	méthodologie de gestion productive des services de santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RAM	résistance aux antimicrobiens
RHSU	ressources humaines pour la santé universelle
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SGI	système de gestion des incidents
SICA	Système d'intégration centraméricaine
SSP	soins de santé primaires
UE	Union européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Le Bureau sanitaire panaméricain est reconnaissant pour le soutien accordé par ses États Membres grâce à leurs contributions, et pour les généreuses contributions volontaires provenant de gouvernements, d'agences, d'organismes, d'institutions et d'établissements, dont les suivants :

Affaires mondiales Canada
 Agence andalouse de coopération internationale pour le développement
 Agence coréenne de coopération internationale
 Agence de la santé publique du Canada
 Agence de santé publique des Caraïbes
 Agence des États-Unis pour le développement international
 Agence espagnole de coopération internationale pour le développement
 Agence internationale de l'énergie atomique
 Agence japonaise de coopération internationale
 Agence nationale de la santé (Brésil)
 Agence nationale de réglementation, de contrôle et de surveillance sanitaires (Équateur)
 Agence nationale de surveillance sanitaire (Brésil)
 Agence norvégienne de coopération pour le développement
 Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (OMS)
 Americares
 Armée royale des Pays-Bas
 Association latino-américaine des industries pharmaceutiques
 Autism Speaks
 Axon Medical Technologies
 Banque de développement des Caraïbes
 Banque interaméricaine de développement
 Banque internationale pour la reconstruction et le développement
 Banque mondiale
 Bureau de la coopération pour le développement du ministère des Affaires étrangères et de la Coopération internationale (Italie)
 Caisse de sécurité sociale du Costa Rica
 Campaign for Tobacco-Free Kids
 Caribbean Law Institute Centre
 Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis
 Centre de la Communauté des Caraïbes sur le changement climatique
 Centre de recherches pour le développement international
 Centre international de recherche sur le cancer
 Centre pour le contrôle gouvernemental des médicaments, des équipements et des dispositifs médicaux (Cuba)
 Centre Rosarino d'études périnatales
 Coalition pour le climat et l'air pur (ONU)
 Commission de santé frontalière États-Unis – Mexique
 Commission européenne
 Communauté des Caraïbes

Conseil des organisations internationales des sciences médicales
Conseil national des médicaments (Uruguay)
Conseil national des secrétaires d'État à la santé (Brésil)
Conseil sud-américain de la santé
Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis
Département du Développement international du Royaume-Uni
Direction de la coopération au développement et de l'action humanitaire du Luxembourg
Direct Relief
École des sciences infirmières de l'Université Johns Hopkins
École nationale de santé publique (Cuba)
Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
Fédération latino-américaine de l'industrie pharmaceutique
Fondation Bernard van Leer
Fondation Bill et Melinda Gates
Fondation CDC
Fondation des Nations Unies
Fondation Garrahan
Fondation MacArthur
Fondation mondiale du diabète
Fondation nationale de la santé (Brésil)
Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies
Fonds de l'OPEP pour le développement international
Fonds des Nations Unies pour la population
Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Fonds des Nations Unies pour les partenariats internationaux
Fonds fiduciaire des Nations Unies pour la sécurité humaine
Fonds fiduciaire multipartenaires des Nations Unies
Fonds Inde, Brésil et Afrique du Sud
Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
Fonds monétaire international
Fonds pour l'application des normes et le développement du commerce
Fonds pour la santé du district – ministère de la Santé du district de Bogotá
Gavi, l'Alliance du vaccin
Good Neighbors Guatemala
Gouvernement de Cuba
Gouvernement de l'Australie
Gouvernement de l'Équateur
Gouvernement de l'Espagne
Gouvernement de la Norvège
Gouvernement de la République de Corée
Gouvernement de la Suède
Gouvernement d'Haïti
Gouvernement de Trinité-et-Tobago
Gouvernement du Brésil
Gouvernement du Canada
Gouvernement du Chili

Gouvernement du Luxembourg
Gouvernement du Nicaragua
Gouvernement du Pérou
Healthy Caribbean Coalition
Hôpital Humber River
Hôpital italien de Buenos Aires
Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture
Institut national central des ablations et des transplantations (Argentine)
Institut national de la santé de la Colombie
Institut national de la santé d'El Salvador
Institut national de santé publique du Mexique
Institut national de surveillance des aliments et médicaments (Colombie)
Institut national des services sociaux pour retraités et pensionnés (Argentine)
Institut national du cancer de l'Argentine
Institut national du cancer de la Colombie
InterAmerican Heart Foundation
International Business Machines Corporation
International Medical Corps
Ligue mondiale contre l'hypertension
Marine royale des Pays-Bas
Ministère de l'Agriculture, du Bétail, de l'Aquaculture et de la Pêche (Équateur)
Ministère de l'Agriculture, du Bétail et de l'Approvisionnement alimentaire (Brésil)
Ministère de la Santé de l'Argentine
Ministère de la Santé de la province d'Entre Ríos (Argentine)
Ministère de la Santé de la province de Mendoza (Argentine)
Ministère de la Santé de la province de Santa Fe (Argentine)
Ministère de la Santé de la province de Santiago del Estero (Argentine)
Ministère de la Santé de la République du Panama
Ministère de la Santé de la République du Pérou
Ministère de la Santé de Trinité-et-Tobago
Ministère de la Santé du Brésil
Ministère de la Santé du Chili
Ministère de la Santé du Costa Rica
Ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être du Japon
Ministère de la Santé et de l'Aide sociale du Royaume-Uni
Ministère de la Santé et des Sports de la Bolivie
Ministère de la Santé publique du Guyana
Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale de la République dominicaine
Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale du Guatemala
Ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas
Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada
Ministère des Affaires étrangères et du Commerce de l'Australie
Ministère des Affaires étrangères et du Commerce extérieur de la Nouvelle-Zélande
Ministère des Relations extérieures du Chili
Mission permanente du Brésil auprès de l'OAS
National Council on Urban Indian Health des États-Unis

NextGenU
Office of United States Foreign Disaster Assistance
Orbis International
Organisation andine de la Santé [ORAS-CONHU]
Organisation des États Américains
Organisation des États des Caraïbes orientales
Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
Organisation du traité de coopération amazonienne
Organisation internationale pour les migrations
Organisation internationale régionale pour la protection des plantes et la santé animale
Organisation mondiale contre la cécité
Organisation mondiale de la santé animale
Organisation régionale des normes et de la qualité de la CARICOM
Partenariat des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées
Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/sida
Plan binational de développement pour la région frontalière Pérou-Équateur, section du Pérou
Plan International
Population Services International
Program for Appropriate Technology in Health
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
Programme commun mondial des Nations Unies sur le contrôle et la prévention du cancer du col de l'utérus
Programme des Nations Unies pour le développement
Programme des Nations Unies pour l'environnement
Programme hémisphérique des Amériques d'éradication de la fièvre aphteuse
Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes
Réseau des Instituts nationaux du cancer de l'Union des nations sud-américaines
Réseau interaméricain de laboratoires d'analyse des aliments
RTI Health Solutions
Sabin Vaccine Institute
Secrétariat à la santé de l'État de Bahia (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Maranhão (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Pará (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Pernambuco (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Rio Grande do Sul (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de São Paulo (Brésil)
Secrétariat à la santé de l'État de Tocantins (Brésil)
Secrétariat à la santé du Cundinamarca (Colombie)
Secrétariat à la santé du Honduras
Secrétariat à la santé du Mexique
Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques
Secrétariat de la Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes des Nations Unies
Secrétariat municipal à la santé de la Ville de São Paulo (Brésil)

Service national de la qualité et de la santé animale (Paraguay)
Société interaméricaine de cardiologie
Société latino-américaine de néphrologie et d'hypertension
Sustainable Sciences Institute
Task Force for Global Health
Therapeutic Goods Administration (ministère de la Santé de l'Australie)
Together for Girls
Union européenne
Université Anton de Kom (Suriname)
Université Dalhousie (Canada)
Université de Brasilia (Brésil)
Université de Durham (ÉUA)
Université de l'Illinois (ÉUA)
Université Emory (ÉUA)
Université fédérale de Santa Catarina (Brésil)
Université fédérale du Rio Grande do Sul (Brésil)
Université du Belize
Université du Chili
Université du Guyana
Université nationale autonome du Nicaragua
Université péruvienne Cayetano Heredia (Pérou)
University of the West Indies
Vaccine Ambassadors
Ville de Buenos Aires
Vital Strategies
Wellcome Genome Campus

- - -