

# 30<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE

## 74<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2022

---

Point 8.1 de l'ordre du jour provisoire

CSP30/INF/1, Rev. 1\*  
6 septembre 2022  
Original : anglais

### MISE À JOUR SUR LA PANDÉMIE DE COVID-19 DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES

#### Introduction

1. Le présent document fait le point sur la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques et sur les progrès et les défis liés à la mise en œuvre de la résolution CD58.R9, adoptée par le 58<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en septembre 2020 (1), et de la résolution CDSS1.R1, adoptée par la Session extraordinaire du Conseil directeur de décembre 2020 (2), pour la période se terminant au 30 juin 2022, sauf indication contraire.

2. Au 30 juin 2022, la Région des Amériques avait respectivement déclaré 30 % et 44 % des cas et des décès mondiaux de COVID-19. Deux pays de la Région, les États-Unis d'Amérique et le Brésil, étaient classés parmi les 10 pays au monde ayant déclaré le plus grand nombre de cas cumulés, tandis que quatre pays (États-Unis d'Amérique, Brésil, Mexique et Pérou) se situaient parmi les 10 pays au monde ayant déclaré le plus grand nombre de décès cumulés.

3. L'évolution de la pandémie de COVID-19 dans la Région reste très incertaine. La baisse du nombre de cas en Amérique du Sud et en Amérique centrale au premier trimestre 2022 ne signe pas la fin de l'épidémie. Bien que la disponibilité des vaccins anti-COVID-19 se soit considérablement améliorée, la réticence à la vaccination peut contribuer à ralentir leur adoption par la population et empêcher la pleine concrétisation du potentiel vaccinal. La poursuite du déploiement de la vaccination en donnant la priorité aux groupes à haut risque, tels que le personnel de santé de première ligne et les personnes âgées, reste une priorité.

4. En même temps, les pays et territoires de la Région signalent toujours des perturbations persistantes, à des degrés divers, de la prestation des services de santé essentiels, malgré les premiers signes de rétablissement de ces services. Ces perturbations

---

\* Cette version contient un nouveau paragraphe 24.

---

soulignent les difficultés à assurer la continuité des services et la nécessité de renforcer la capacité de résorption, en particulier au premier niveau de soins.

5. Un scénario possible est que, jusque dans le courant de 2023, les pays de la Région restent confrontés à des flambées épidémiques localisées de COVID-19, principalement dans les institutions (par ex. les maisons de retraite, les prisons), les zones périurbaines densément peuplées et les milieux ruraux. Une hétérogénéité significative de la couverture vaccinale peut persister d'une entité infranationale à l'autre dans les différents groupes d'âge et de population. Le plan stratégique de préparation et de riposte de l'OMS pour 2022 (3) comprend trois scénarios de planification permettant d'orienter les interventions de riposte à la COVID-19 pour les mois et les années à venir :

- a) **Scénario de référence** : le virus continue d'évoluer, mais la gravité des signes cliniques qu'il entraîne est considérablement réduite au fil du temps. Des pics périodiques de transmission peuvent survenir en cas de déclin significatif de l'immunité.
- b) **Scénario le plus grave** : un variant plus virulent et extrêmement transmissible apparaît, contre lequel les vaccins sont moins efficaces ou pour lequel l'immunité contre les formes cliniques sévères et le décès s'atténue rapidement.
- c) **Scénario le moins grave** : les futurs variants sont nettement moins virulents et la protection contre les formes graves de la maladie est pérenne.

6. La situation actuelle indique que la lutte contre la pandémie de COVID-19 dans la Région continuera à nécessiter une riposte globale avec des capacités soutenues des réseaux de services de santé, le maintien des mesures sociales et de santé publique, des interventions vaccinales ciblées et des interventions de lutte contre les flambées épidémiques, notamment la détection précoce, l'investigation et l'isolement des cas, ainsi que la recherche des contacts et leur mise en quarantaine.

### *Situation épidémiologique*

7. Entre la détection du premier cas dans la Région en janvier 2020 et le 30 juin 2022, un total cumulé de 162 978 263 cas confirmés de COVID-19, dont 2 764 396 décès, ont été déclarés dans la Région. Plus d'un tiers de ces cas (36 %) et une plus faible proportion de décès (12,5 %) ont été signalés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et le 30 juin 2022. Les nombres les plus élevés de cas et de décès mensuels ont été signalés en janvier 2021. Au 30 juin 2022, les sous-régions de l'Amérique du Nord et de l'Amérique du Sud comptent pour les plus grandes proportions de cas cumulés (59,1 % et 36,4 %, respectivement) et de décès cumulés (49,8 % et 47,1 %, respectivement).

8. Plusieurs pays de la Région ont signalé une augmentation du nombre de cas de COVID-19 dans la population plus jeune. Cela pourrait être lié à une plus grande exposition ou à une vaccination limitée dans ce groupe. Au cours du second trimestre 2021, environ 65 % des cas déclarés dans la Région étaient âgés de 25 à 64 ans, mais 57 % des décès survenaient chez des patients de 65 ans et plus.

9. La deuxième année de pandémie de COVID-19 a été marquée par la circulation accrue de nouvelles lignées de virus SRAS-CoV-2, dont certains ont été qualifiés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de variants préoccupants du fait qu'ils se caractérisent par des facteurs de gravité tels qu'une transmissibilité ou une virulence accrue. Au 30 juin 2022, 55 pays, territoires et zones de la Région ont signalé la détection d'au moins un des cinq variants préoccupants de SARS-CoV-2. Sur les 56 pays, territoires et zones de la Région, 54 ont détecté le variant Delta tandis que 51 ont détecté le variant Alpha, 54 le variant Omicron, 43 le variant Gamma et 26 le variant Bêta. Au 30 juin 2022, Omicron était le variant prédominant séquencé dans toutes les sous-régions.

10. Dans la Région, le taux de couverture vaccinale par les séries primaires (soit les deux premières doses de vaccin anti-COVID-19) est inchangé depuis octobre 2021. Les pays ont administré un plus grand nombre de doses de rappel que de nouvelles premières doses. De plus, bien que de nombreux pays planifient et mettent en œuvre la vaccination pédiatrique contre la COVID-19, les données nationales disponibles transmises au Bureau sanitaire panaméricain (BSP) mettent en évidence des lacunes persistantes relativement aux taux de couverture vaccinale des personnes âgées et immunodéprimées, des femmes enceintes et des agents de santé. Dans ces groupes à haut risque pourtant, la COVID-19 détermine les taux d'hospitalisation et de décès. De ce fait, si l'on ne protège pas ces groupes de manière appropriée, les pays resteront à risque de taux accrus d'hospitalisation et de mortalité en raison des nouvelles vagues de COVID-19 et de l'apparition de nouveaux variants.

11. Les informations épidémiologiques les plus à jour sur la pandémie peuvent être consultées dans le système d'information sur la COVID-19 pour la Région des Amériques sur le site de l'OPS.<sup>1</sup>

### *Continuité des services de santé*

12. Les pays et territoires de la Région ont dû faire face au défi de maintenir la prestation des services de santé essentiels tout au long de la pandémie. Le BSP a collaboré avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour mener les trois phases d'une enquête mondiale sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie, en 2020 et 2021. Au 31 décembre 2021, 26 des 28 pays et territoires des Amériques ayant participé à la troisième phase de l'enquête ont signalé des perturbations continues de la prestation des services de santé essentiels. Ces perturbations ont des conséquences graves, en particulier pour les populations les plus vulnérables telles que les personnes âgées et les personnes présentant une maladie chronique ou un handicap. Les principales perturbations signalées étaient liées aux programmes et aux services dans les domaines suivants : premier niveau de soins (70 %), vaccination (69 %), soins aux personnes âgées (67 %), nutrition (64 %), maladies tropicales négligées (53 %), troubles de santé mentale, neurologiques et liés à la consommation de substances (47 %), maladies transmissibles (38 %) et santé sexuelle, génésique, maternelle, néonatale, infantile et adolescente (32 %).

---

<sup>1</sup> Disponible sur : <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

13. En outre, la plupart des pays et territoires de la Région sont confrontés à des défis critiques pour accroître l'accès aux outils essentiels pour lutter contre la COVID-19. Quatre-vingt-dix pour cent ont signalé au moins un goulot d'étranglement pénalisant l'accès aux tests diagnostiques, aux traitements, aux vaccinations et aux équipements de protection individuelle (EPI) relatifs à la COVID-19, tandis que 60 % ont signalé des difficultés du personnel de santé en matière de gestion clinique et 50 % des pénuries de fournitures et d'équipements pour les diagnostics et les tests.

14. Afin de mieux comprendre les obstacles à la gestion de la COVID-19 et à la continuité des services de santé essentiels, le BSP a appuyé la mise en œuvre de la série d'évaluations des capacités des services de santé de l'OMS dans le contexte de la pandémie de COVID-19 dans cinq pays de la Région des Amériques.<sup>2</sup> Les mesures de sécurité liées à la COVID-19 étaient généralement acceptables au premier niveau de soins, mais un certain renforcement est nécessaire dans des domaines spécifiques tels que la prévention et le contrôle des infections (PCI) et les EPI.

15. Pendant la pandémie de COVID-19, le personnel de santé des Amériques a été confronté à une charge de travail accrue, à un stress, à une stigmatisation, à de la violence et à un épuisement professionnel, ainsi qu'à des risques personnels d'infection, de quarantaine et de décès. Les conditions de travail comportaient des actions collectives, des dénonciations, des mesures disciplinaires et des possibilités réduites de formation professionnelle. Tous ces défis se sont produits parallèlement à une demande croissante de services. On s'attendait ainsi à ce que les agents de santé assument de nouveaux rôles et de nouvelles tâches en l'absence, souvent, d'un environnement de travail décent incluant un paiement régulier des salaires, des heures supplémentaires et des congés avec traitement pour récupérer. Au 29 novembre 2021, les données de 41 pays et territoires des Amériques montrent qu'au moins 2 379 335 cas de COVID-19 ont été confirmés chez les agents de santé depuis le début de la pandémie, qui s'accompagnaient de près de 13 000 décès. La COVID-19 a touché de manière disproportionnée le personnel féminin du secteur de la santé, qui constitue 70 % du personnel de santé dans le monde (4) et 89 % du personnel infirmier dans la Région des Amériques (5).

16. Les agents de santé qui ont participé à l'étude HEROES sur les agents de santé qui fournissent des soins aux patients atteints de COVID-19<sup>3</sup> ont déclaré se sentir stigmatisés ou subir des discriminations en raison de leur travail avec les patients atteints de COVID-19. Les données de l'étude ont révélé que 14,7 % à 22,0 % des agents de santé

---

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé. Monitoring Frontline Service Readiness Capacities during the COVID-19 Pandemic. Disponible sur :

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/monitoring-frontline-service-readiness-capacities-during-the-covid-19-pandemic>.

<sup>3</sup> L'étude HEROES est une collaboration internationale entre des chercheurs de 30 pays de la Région des Amériques, dirigée par l'Université Columbia et l'Université du Chili et réalisée avec l'appui de l'OPS. Depuis mai 2020, l'étude HEROES a évalué 14 502 agents de santé d'Argentine, de Bolivie, du Brésil, du Chili, de Colombie, du Guatemala, du Mexique, du Pérou, de Porto Rico, d'Uruguay et du Venezuela (note : le chiffre de 20 328 participants déclarés en 2021 était préliminaire ; après examen, seuls 14 502 répondaient aux critères d'inclusion, d'où la modification).

présentaient des symptômes suggérant un épisode dépressif, tandis que 5 % à 15 % signalaient des pensées suicidaires. Moins du tiers des professionnels de la santé qui ont déclaré avoir besoin de soins psychologiques en ont reçu (de 11 % à 25 %).

17. Les agents de santé sont d'une importance vitale pour les systèmes de santé dans le contexte des urgences de santé publique, et au-delà. Cependant, des iniquités troublantes persistent en matière de disponibilité, de répartition et de qualité de ces agents d'un pays à l'autre et au sein des pays, d'un niveau de soins à l'autre et entre les secteurs public et privé (6, 7). Un manque de plus de 600 000 agents de santé et d'aide à la personne a été prévu pour les Amériques en 2030 (8). Sans agents de santé, les systèmes de santé ne sont rien d'autre que des bâtiments et de la technologie. Sans une main-d'œuvre bien qualifiée et bien répartie, les iniquités perdureront et les objectifs de relèvement de la pandémie et de développement durable ne seront pas atteints.

### **Analyse des progrès réalisés**

18. Cette section du document offre un résumé des activités du BSP depuis janvier 2020 déployées en riposte à la pandémie de COVID-19. Elle cible plus précisément les progrès réalisés et les défis rencontrés dans la mise en œuvre des axes d'intervention présentés dans *Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques* (document CD58/6) (9) et *Mise à jour concernant la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques, préparation pour le COVAX et accès équitable aux vaccins anti-COVID-19* (document CDSS1/2) (10), conformément aux résolutions CD58.R9 et CDSS1.R1, depuis septembre 2020 :

- a) Renforcer le leadership, l'administration générale et la gouvernance.
- b) Renforcer les informations sur l'épidémie.
- c) Renforcer les systèmes de santé et les réseaux de prestation de services.
- d) Renforcer la riposte des opérations d'urgence et la chaîne d'approvisionnement.
- e) Appuyer l'introduction des vaccins anti-COVID-19 et l'accès à ces vaccins.

19. L'éventail complet des activités du BSP relatives à la COVID-19 mises en œuvre jusqu'au 30 juin 2022 peut être consulté dans trois rapports mis à disposition sur le site Web de l'OPS, le premier couvrant la période de janvier à décembre 2020 (11), le deuxième se terminant le 31 décembre 2021 (12), et le troisième étant le rapport récapitulatif à la mi-2022, concernant les indicateurs clés et les aspects notables (13).

20. Au 31 juillet 2022, le BSP a reçu plus de US\$ 442 millions<sup>4</sup> de contributions financières d'un large éventail de partenaires pour appuyer sa riposte à la pandémie de COVID-19 dans les Amériques. Il s'agit notamment des gouvernements du Belize, du Canada, de la Colombie, de l'Espagne, des États-Unis d'Amérique, du Japon, de la Nouvelle-Zélande, de la République de Corée, du Royaume-Uni, de la Suède et de la Suisse, ainsi que de l'Union européenne.

---

<sup>4</sup> Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

L'Organisation mondiale de la Santé et ses donateurs ont également apporté des contributions importantes. Parmi les autres contributeurs figurent l'Alma Jean Henry Charitable Trust, la Banque de développement des Caraïbes, la Confédération des coopératives de crédit des Caraïbes, la Banque centraméricaine d'intégration économique, la Corporación Andina de Fomento/Banco de Desarrollo de América Latina, la Foundation for Innovative New Diagnostics, la Fondation Ford, la Fundación MAPFRE, la Fundación Yamuni Tabush, Gavi, l'Alliance du Vaccin, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Organisation internationale pour les Migrations, la Banque interaméricaine de développement (BID), le Mixed Fund for Technical and Scientific Cooperation Mexico-Spain, la Fondation Rockefeller, le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires des Nations Unies, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Bureau de la coordination des activités de développement des Nations Unies, le Bureau du Coordonnateur résident des Nations Unies, le Bureau des fonds d'affectation spéciale pluripartenaires des Nations Unies, le Bureau de la coopération Sud-Sud des Nations Unies, le Wellcome Trust, le Groupe de la Banque mondiale, le Programme alimentaire mondial et la Fondation de l'Organisation mondiale de la Santé, ainsi que des donateurs individuels au fonds de riposte contre la COVID-19 de l'OPS. La riposte de l'Organisation à la pandémie a également bénéficié de dons en nature de Direct Relief, Facebook, Mary Kay Cosmetics et Twitter, ainsi que de partenariats stratégiques avec Global Citizen, Salomón Beda, et Sony Music Latin. Des détails sur ces dons sont disponibles sur le site Web de l'OPS.<sup>5</sup>

***Axe d'intervention stratégique 1 : Renforcer le leadership, l'administration générale et la gouvernance***

21. Depuis avril 2020, le BSP réunit les ministres de la Santé des Amériques pour des séances d'information périodiques concernant la pandémie de COVID-19. Pour les ripostes nationales à la pandémie, la politique de santé ne concerne plus les ministères de la Santé, le leadership étant exercé par les chefs d'État et les chefs de gouvernement. En général, les ripostes nationales efficaces étaient à la fois holistiques et agiles, caractérisées par un leadership centralisé, une coordination entre les secteurs et les niveaux administratifs, une prise de décision claire principalement fondée sur des avis scientifiques, des efforts pour renforcer la confiance de la population et, surtout, la capacité de modifier la ligne de conduite pour faire face à une pandémie d'évolution rapide.

22. Les États Membres de l'OPS ont mis en place à l'échelle communautaire diverses mesures non pharmaceutiques pour lutter contre la pandémie. Cependant, l'introduction, l'ajustement et l'interruption de ces mesures devraient être fondés sur des données probantes ou des données ventilées et multisources. Plusieurs mesures, notamment le port de masques, manquent d'un ensemble robuste d'indicateurs qui faciliteraient une communication plus efficace sur les risques et augmenteraient l'adhésion de la population à ces mesures. Le document CD58/6, *Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques (9)*, appelle à conserver une approche pangouvernementale et pansociétale.

---

<sup>5</sup> Disponible sur : <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic/paho-covid-19-response-fund>.

23. Au 15 juillet 2022, le BSP a appuyé des revues des interventions liées à la pandémie en Argentine, au Belize, en Bolivie, au Brésil, au Chili, en Colombie, en Équateur et au Panama, en utilisant la méthodologie et les outils préparés par le Secrétariat de l'OMS pour ce type d'examen en juillet 2020 (14) et avril 2021 (15). Le BSP travaillera avec les centres collaborateurs de l'OMS concernés<sup>6</sup> pour soutenir d'autres pays et territoires dans ce processus en fonction de leurs intérêts et de leurs demandes. Le BSP a également aidé l'Uruguay à documenter sa riposte à la COVID-19 (16). La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des aspects de la riposte nationale aux urgences de santé publique qui n'étaient pas très visibles auparavant (17).

24. À la demande de la Directrice du BSP, une évaluation indépendante de la riposte de l'OPS à la pandémie de COVID-19 (EPRC, selon le sigle anglais) a été commandée en janvier 2022 et devrait être terminée en novembre 2022. L'évaluation est menée conformément à la politique d'évaluation de l'OPS. L'objectif de cette évaluation est d'évaluer la performance du BSP dans la riposte à la pandémie de COVID-19 et fait partie des efforts du BSP pour apprendre et s'adapter en permanence à l'évolution des besoins et du contexte opérationnel afin de mieux soutenir les États Membres de l'OPS. Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont les suivants : a) évaluer la préparation, l'organisation interne et la mise en œuvre de la stratégie de riposte à la pandémie de COVID 19 par le BSP, et documenter les principales réalisations ainsi que les défis, b) examiner les principaux facteurs favorables et limitatifs et c) fournir des recommandations fondées sur des données probantes pour renforcer la riposte à la pandémie tout en œuvrant pour un rétablissement résilient. Les enseignements tirés de cet exercice essentiel aideront également l'Organisation à faire face à de futures flambées et pandémies. L'évaluation est dirigée et réalisée par une équipe externe d'évaluateurs principaux indépendants, d'experts et de chercheurs en santé publique, et bénéficie des conseils de professionnels de la santé publique de haut niveau indépendants. L'équipe d'évaluation devrait présenter ses conclusions et ses recommandations à la direction du BSP en décembre 2022.

25. Depuis le milieu de l'année 2020, une approche de santé publique en faveur de la reprise du trafic international non essentiel fait l'objet d'un débat animé, aux niveaux national et international. Les voyages non essentiels sont particulièrement cruciaux pour les pays et territoires dont l'économie dépend fortement du tourisme. De ce fait, depuis juillet 2020, le BSP a publié des directives fondées sur les risques afin d'éclairer le processus décisionnel pour la reprise des voyages internationaux non essentiels (18, 19). Le BSP a également contribué au document de l'OMS sur l'application d'une approche basée sur les risques des voyages internationaux dans le contexte de la COVID-19 (20).

26. La 12<sup>e</sup> réunion du Comité d'urgence de l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de COVID-19, qui a eu lieu le lundi 8 juillet 2022, a permis de convenir que la pandémie reste une urgence de santé publique de portée

---

<sup>6</sup> CHI-23, Universidad del Desarrollo (Chili), centre collaborateur de l'OMS pour le Règlement sanitaire international (RSI) ; USA-359, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (États-Unis d'Amérique), centre collaborateur de l'OMS pour la mise en œuvre des capacités essentielles du RSI ; USA-453, Johns Hopkins University (États-Unis d'Amérique), centre collaborateur de l'OMS pour la sécurité sanitaire mondiale.

internationale. Le Directeur général de l'OMS a émis l'avis du Comité aux États Parties en tant que recommandations temporaires en vertu du Règlement sanitaire international (RSI) de continuer à ajuster les mesures concernant les voyages sur la base d'évaluations des risques et de ne pas exiger de preuve de vaccination contre la COVID-19 pour les voyages internationaux en tant qu'unique moyen ou condition autorisant ces voyages.<sup>7</sup>

27. Dans ce contexte, l'éventail des mesures relatives aux voyages internationaux mises en œuvre par les 35 États Membres de l'OPS a été extrêmement large et a évolué rapidement, s'appuyant parfois sur un ensemble complexe de mesures. Les mesures relatives aux voyages internationaux adoptées par les États Membres incluent une interdiction d'entrée sélective<sup>8</sup> ou générale pour les moyens de transport ou les personnes physiques, l'enregistrement en ligne des voyageurs potentiels avant le départ, la mise en quarantaine sélective ou subsidiaire<sup>9</sup> des voyageurs entrants, la présentation de tests négatifs probants relativement au virus SARS-CoV-2, la réalisation de tests vis-à-vis du virus SARS-CoV-2 pour les voyageurs entrants dès leur arrivée ou juste après, la levée des conditions d'entrée pour les voyageurs entrants sur la base d'une preuve d'infection antérieure par le virus SARS-CoV-2 ou d'une preuve de vaccination contre la COVID-19. D'une manière générale, et à l'heure actuelle, les États Membres assouplissent ou lèvent totalement les restrictions aux voyages internationaux. Toutefois, au 15 juillet 2022, seuls sept États Membres (Argentine, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Grenade, Jamaïque et Mexique) n'ont aucune exigence relativement à la COVID-19 comme condition d'entrée sur leur territoire.

28. Le BSP a fourni des orientations (21), en conformité avec celles de l'Organisation des Nations Unies (22), soulignant que la seule mesure la plus importante que les pays peuvent prendre pour accélérer la réouverture des écoles et des établissements d'enseignement est de supprimer la transmission du virus pour lutter contre les flambées épidémiques nationales ou locales.

29. Conformément à la résolution WHA73.1 (23) de l'Assemblée mondiale de la Santé, la riposte de la communauté internationale à la pandémie de COVID-19 a fait l'objet d'un examen approfondi de la part du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (IOAC),<sup>10</sup> du Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la

---

<sup>7</sup> La Déclaration sur la Douzième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est mise à disposition sur le site Web de l'OMS à l'adresse [https://www.who.int/fr/news/item/12-07-2022-statement-on-the-twelfth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/fr/news/item/12-07-2022-statement-on-the-twelfth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).

<sup>8</sup> « Sélective » signifie basée sur l'origine géographique du voyage du moyen de transport ou du voyageur entrant.

<sup>9</sup> « Subsidiaire » signifie que la condition n'est appliquée que si d'autres conditions d'entrée ne sont pas remplies par le voyageur entrant.

<sup>10</sup> Les informations sur le Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire sont disponibles à l'adresse : <https://www.who.int/groups/independent-oversight-and-advisory-committee>.



riposte à la COVID-19 (COVID-19 IHR RC)<sup>11</sup> et du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie (GIPR).<sup>12</sup> Un sous-ensemble de recommandations formulées par l'IOAC (11 recommandations) et le GIPR (six recommandations) porte explicitement sur la riposte du Secrétariat et des États Membres de l'OMS à la pandémie actuelle de COVID-19.

30. L'avenir global de la gouvernance pour la préparation et la riposte aux urgences sanitaires est étroitement lié au suivi par la 75<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé de la décision EB150(6) concernant la création éventuelle d'une Commission permanente de préparation et de riposte aux pandémies et aux situations d'urgence (24).

31. Le BSP, en coordination avec les ministères de la Santé et en collaboration avec les établissements universitaires, les organisations non gouvernementales (ONG), les organisations communautaires et de la société civile et les gouvernements locaux, a fourni un soutien continu aux pays et territoires pour mettre en œuvre des interventions ciblées auprès des populations en situation de vulnérabilité, notamment pour les soins cliniques, la vaccination et les mesures sociales et de santé publique. Les groupes en situation de vulnérabilité ciblés étaient, entre autres, les populations urbaines défavorisées, les populations autochtones, les jeunes, les personnes LGBT, les personnes handicapées, les travailleurs du secteur informel, les personnes vivant dans des zones de peuplement informelles, les migrants, les enfants et les personnes privées de liberté.

32. En ce qui concerne la mise en œuvre de mesures de santé publique non pharmacologiques, le BSP a fourni, au cours du second semestre de 2021, un soutien ciblé à 19 pays et territoires, orienté par la publication de l'OPS *Orientations visant l'application des mesures de santé publique non médicales par les populations en situation de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19* (25). Ces interventions ont renforcé l'importance de la participation communautaire et le rôle clé des organisations de la société civile. En fait, selon une cartographie du BSP de 404 organisations de la société civile de tous les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, ces organisations ont déployé un large éventail d'interventions pour faire face à la pandémie, abordant ainsi les questions de communication, de santé publique, biomédicales et sociales et affichant souvent des capacités excédant celles indiquées dans leurs énoncés de mission. Étant donné que les marchés constituent d'importants points de transmission dans de nombreux pays, le BSP a élaboré et publié des recommandations pour la prévention de la transmission de la COVID-19 lors des foires et des marchés alimentaires (26), et appuyé leur mise en œuvre ciblée au Nicaragua et au Pérou.

33. Le BSP fournit depuis longtemps un soutien aux pays et territoires pour mettre en œuvre ou renforcer leurs mécanismes de coordination en cas de catastrophe ou d'urgence. À la fin de 2021, 32 pays et territoires de la Région avaient déclaré disposer d'un comité

---

<sup>11</sup> Les informations concernant le Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 sont disponibles à l'adresse : <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>.

<sup>12</sup> Des renseignements sur le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie sont disponibles à l'adresse : <https://theindependentpanel.org/>.

national d'intervention sanitaire en cas de catastrophe ou d'urgence et d'un centre d'opérations d'urgence (fonctionnels pour 30 d'entre eux et en cours d'activation pour les deux autres). Vingt-six pays disposent d'une équipe nationale multidisciplinaire d'intervention en cas d'urgence sanitaire. Les mécanismes de coordination intra et intersectorielle pour les interventions d'urgence et de catastrophe ont joué un rôle clé dans la riposte du secteur de la santé à la pandémie aux niveaux national, infranational et local. L'intensification des interactions entre les différentes entités techniques, les entités de planification, les réseaux de services de santé et les domaines logistiques opérationnels réaffirme l'importance de disposer d'espaces, de procédures, de méthodes et d'outils pour recueillir et analyser des informations en vue de la surveillance et de la riposte aux urgences sanitaires et aux catastrophes.

34. En septembre 2021, le 59<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a approuvé la *Stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients et un rétablissement suite à la pandémie de COVID-19 pour assurer la durabilité et la protection des acquis de santé publique* (document CD59/11) (27). Cette stratégie reconnaît l'impact important de la pandémie sur la santé, sur les vies et sur les moyens de subsistance dans la Région des Amériques et elle décrit les mesures requises de la part des États Membres pour remédier aux défaillances systémiques et structurelles des systèmes de santé et de la préparation et la riposte aux situations d'urgence. De la même manière, cette stratégie souligne la nécessité de renforcer le leadership, l'administration générale et la gouvernance en mettant un accent renouvelé sur les fonctions essentielles de santé publique. Au 3 août 2022, le BSP avait aidé 12 pays à mener des exercices participatifs multisectoriels visant à mesurer les capacités institutionnelles sur la base du cadre renouvelé des fonctions essentielles de santé publique lancé en 2020.

35. Les ressources intérieures publiques doivent continuer à prendre en charge l'essentiel de la riposte du secteur de la santé à la COVID-19 dans la Région. Malgré une contraction estimée à 7,7 % du produit intérieur brut (PIB), qui a contribué à une baisse des recettes fiscales de 0,5 % du PIB en 2020, l'Amérique latine a atteint son niveau le plus élevé de dépenses totales de l'administration centrale depuis 1950, soit 24,7 % du PIB (28).<sup>13</sup> De plus, pour compléter les ressources intérieures, plusieurs institutions financières internationales et d'autres donateurs ont offert des possibilités de financement aux pays de la Région. Les exemples incluent *a*) le mécanisme d'aide accélérée de la Banque mondiale dédié à la COVID-19 (\$242,5 millions approuvés pour 12 pays) et un financement dédié à la vaccination contre la COVID-19 (\$1,3 milliard approuvé pour huit pays), *b*) la riposte opérationnelle de la BID à la COVID-19 (fonds immédiats de riposte pour la santé publique de \$886 millions approuvés pour 11 pays), *c*) le mécanisme de riposte à la COVID-19 du Fonds mondial (\$61 millions d'allocation de base pour 19 pays et six projets multinationaux) et *d*) l'appui de l'Alliance Gavi et du Mécanisme COVAX pour l'administration des vaccins (\$775 millions, outre l'achat des vaccins).<sup>14</sup>

<sup>13</sup> La statistique fait référence à 16 pays d'Amérique latine, comme le montre la figure I.6 de la source.

<sup>14</sup> Groupe de coordination du déploiement des vaccins de l'OMS, mise à jour du 12 mai 2021 [document interne non publié].

***Axe d'intervention stratégique 2 : Renforcer les informations sur l'épidémie***

36. Un élément essentiel de la riposte du BSP a été le travail avec les pays pour renforcer leurs systèmes de surveillance. Le BSP a continué à mener une surveillance sur les événements tout en aidant également les pays à renforcer leur propre surveillance fondée sur les indicateurs. Cette approche conjointe a amélioré la capacité des systèmes de surveillance à détecter les cas de COVID-19. Elle a également facilité la détection de facteurs de risque et de vulnérabilités propres aux populations autochtones ou d'ascendance africaine et aux femmes enceintes dans le contexte de la pandémie de COVID-19.<sup>15, 16</sup>

37. L'importance d'une surveillance continue des virus grippaux est bien reconnue du fait de leur potentiel épidémique et pandémique. De ce fait, le BSP travaille en étroite collaboration avec les États Membres depuis plus d'une décennie pour mettre en place et renforcer un réseau régional de surveillance, le réseau des infections respiratoires aiguës sévères (SARInet). Basé sur des sites sentinelles, il détecte le virus grippal et d'autres virus respiratoires et les caractérise de manière génétique, clinique et épidémiologique.<sup>17</sup> Dans ce réseau, les syndromes d'allure grippale (ILI) et les infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) sont détectés et notifiés dans les centres de soins de santé primaires et dans les hôpitaux. En collaboration avec les États Membres, le BSP a intensifié ses efforts depuis 2021 pour intégrer pleinement la COVID-19 à ce système de surveillance sentinelle continue du virus grippal et d'autres virus respiratoires. À ce jour, 26 pays ont intégré la surveillance de la COVID-19 à leurs systèmes de surveillance des ILI/IRAS. Une telle intégration est nécessaire pour garantir la pérennité à moyen et à long terme de la surveillance de la transmission de la COVID-19 dans les pays et sur l'ensemble de la Région.

38. Le BSP a appuyé l'élargissement de la plateforme Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) à six pays de la Région afin de renforcer leur capacité de surveillance des manifestations de la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses émergentes. La plateforme EIOS permet à de multiples communautés d'utilisateurs de partager et d'évaluer sur une base collaborative des informations sur les flambées épidémiques en temps réel, ce qui améliore la capacité à mener une évaluation continue des risques aux niveaux régional, national et infranational.

39. Le BSP a développé un géohub<sup>18</sup> pour la Région afin de fournir des outils de modélisation et de cartographie de la santé publique en vue de la surveillance et du suivi des pandémies. Le centre géographique régional comprend une série de tableaux de bord et de données épidémiologiques mis à jour quotidiennement. Il comprend également quatre

---

<sup>15</sup> Des mises à jour épidémiologiques ont été élaborées pour traiter de la COVID-19 dans les populations autochtones. La plus récente a été publiée le 2 décembre 2021 et est disponible sur : <https://www.paho.org/en/epidemiological-alerts-and-updates>.

<sup>16</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Epidemiological Alert: COVID-19 in pregnant women. 13 août 2020, Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-during-pregnancy-13-august-2020>.

<sup>17</sup> Les rapports sont mis à disposition sur <https://www.paho.org/en/influenza-situation-report>.

<sup>18</sup> Disponible sur : <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

géohubs infrarégionaux et 56 géohubs de pays ou territoires de la Région des Amériques. En outre, le public peut consulter le tableau de bord interactif de l'OPS indiquant les nombres cumulés de cas et de décès, les taux d'incidence cumulés de cas et de décès, ainsi que plusieurs autres indicateurs épidémiologiques notifiés par les pays et les territoires. Ces informations en temps réel ont été cruciales pour soutenir les pays dans leur préparation et leur riposte et pour promouvoir la coordination et la sensibilisation internationales à la situation dans la Région.

40. Le suivi, l'analyse et la prévision des tendances épidémiologiques sont essentiels pour une riposte efficace. Le BSP a produit sa première alerte épidémiologique sur le nouveau coronavirus le 16 janvier 2020. Entre cette date et le 30 juin 2022, il a diffusé 61 alertes et mises à jour épidémiologiques sur la situation épidémiologique régionale et infrarégionale et sur des questions connexes relatives à la COVID-19. Des rapports hebdomadaires sont publiés, qui comportent les indicateurs de surveillance du SARS-CoV-2 ainsi que de la grippe et d'autres virus respiratoires. Au 30 juin 2022, 38 des 56 pays, territoires et zones de la Région des Amériques ont communiqué ces données. Par ailleurs, le BSP continue d'analyser les tendances dans la Région, notamment en colligeant des données nominales sur les cas de COVID-19.

41. Les études de séroprévalence ont fourni des données précieuses sur la façon dont le virus s'est propagé depuis le début de la pandémie. En novembre 2020, le BSP a lancé un tableau de bord<sup>19</sup> comportant des études de séroprévalence réalisées en Amérique latine et dans les Caraïbes, et donnant des détails sur leur conception, leur méthode d'échantillonnage, la taille des échantillons et d'autres informations pertinentes relatives à chaque étude. La mise à jour de ce tableau de bord a été interrompue en juillet 2021, mais le BSP continue le travail de coordination avec l'OMS pour téléverser des informations pour la Région des Amériques sur le tableau de bord mondial.<sup>20</sup>

42. En collaboration avec le GOARN, ou Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, le BSP a formé 35 pays et territoires à l'utilisation de l'application Go.Data. Développée par l'OMS et des partenaires, cette application facilite l'investigation et la gestion des cas, le suivi des contacts et la visualisation en temps réel des chaînes de transmission. Vingt-quatre pays et territoires ont téléchargé et installé le système, mais seuls 17 l'utilisent activement à ce jour.

43. La surveillance en laboratoire, nécessaire pour suivre les tendances évolutives de la COVID-19, repose sur les données produites par des laboratoires cliniques ou de santé publique. Pour renforcer les capacités de diagnostic en laboratoire, le BSP a aidé les pays et les territoires par des examens de données, des formations virtuelles, des séances de résolution de problèmes et des activités de soutien pour assurer la mise à disposition de tests validés et de tests moléculaires de référence pour le SARS-CoV-2. La Région des Amériques a été la première région de l'OMS à fournir à ses États Membres des kits de diagnostic de laboratoire et, au premier trimestre 2020, les 35 États Membres avaient la

---

<sup>19</sup> Disponible sur : <https://ais.paho.org/phip/viz/COVID-19Seroprevalence.asp>.

<sup>20</sup> Disponible sur : <https://serotracker.com/fr/Explore>.

capacité de réaliser des tests de diagnostic moléculaire relatifs au SARS-CoV-2. Au début de la pandémie, le BSP a également activé le réseau de laboratoires de santé publique de la Région, notamment des laboratoires spécialisés de référence possédant une expertise avérée en détection moléculaire des virus respiratoires. Au 30 juin 2022, le BSP a fourni environ 706 700 écouvillons et kits de prélèvement, ainsi que d'autres matériels et fournitures de laboratoire essentiels tels que des amorces, des sondes, des matériaux plastiques et des réactifs, soit plus de 11,6 millions de réactifs et tests à plus de 35 pays et territoires. En outre, le BSP a fourni plus de 3,8 millions de tests antigéniques de diagnostic rapide (Ag-RDT) dans le cadre de la stratégie visant à accroître la capacité de diagnostic, notamment dans les zones reculées. Les États Membres ont également acheté près de 11,1 millions de réactifs et tests et 18,1 millions de tests antigéniques rapides par l'entremise du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (Fonds stratégique de l'OPS).

44. Créé en mars 2020 par le BSP en collaboration avec les États Membres et des partenaires, le Réseau régional de surveillance génomique de la COVID-19 (COVIGEN) a été un atout incontestable pour la caractérisation rapide de la circulation virale quand les variants préoccupants sont apparus.<sup>21</sup> Le BSP continue de travailler en étroite collaboration avec les laboratoires de la Région pour élargir les capacités nationales de séquençage moléculaire ou, pour les pays qui n'en disposent pas, envoyer les échantillons pour séquençage dans un laboratoire régional de référence. Au 30 juin 2022, 31 laboratoires de 28 pays et territoires participaient au réseau et plus de 376 852 échantillons de SARS-CoV-2 provenant d'États Membres de la région d'Amérique latine et des Caraïbes avaient été partagés via la banque mondiale de données. Outre les deux laboratoires d'origine, situés au Brésil et au Chili, six laboratoires régionaux de référence en Colombie, au Costa Rica, aux États-Unis d'Amérique, au Mexique, au Panama et à Trinité-et-Tobago ont été ajoutés depuis 2020, qui permettent une couverture optimale de toutes les sous-régions.

### ***Axe d'intervention stratégique 3 : renforcer les systèmes de santé et les réseaux de prestation de services***

45. La riposte à la pandémie de COVID-19 exige des services de santé qu'ils fournissent aux patients des soins coordonnés et intégrés aux différents niveaux de complexité, doublés d'un approvisionnement ininterrompu en médicaments et en appareils dans tous les établissements de soins, notamment ceux des zones reculées. De nombreux pays et territoires de la Région ont été confrontés au défi de fournir de tels services de santé, même si tous ont mis en œuvre des mesures visant à élargir les capacités des réseaux de services de santé en vue d'une prise en charge effective des patients atteints de COVID-19 et de la continuité des services de santé essentiels. Ces mesures comprenaient l'élargissement, le redéploiement et la formation de ressources humaines, l'achat de produits essentiels, des allocations budgétaires et des innovations sur le plan des modalités

---

<sup>21</sup> Des renseignements sur le Réseau régional de surveillance génomique de la COVID-19 sont disponibles sur : <https://www.paho.org/en/topics/influenza-and-other-respiratory-viruses/covid-19-genomic-surveillance-regional-network>.

de prestation des services. Le BSP a fourni divers types de soutien continu aux pays et territoires pour mettre en œuvre ces mesures, y compris le déploiement de personnel et l'envoi de fournitures dans 40 pays et territoires de la Région. Le BSP a fourni des orientations techniques, des formations et un partage d'expériences à tous les pays et territoires, selon les besoins, pour la réorganisation des services de santé ainsi que l'élargissement et le renforcement des capacités de riposte à la pandémie de COVID-19. Du début de la pandémie au 2 août 2022, le campus virtuel pour la santé publique a proposé 36 cours, en différentes langues, relatifs à la COVID-19, auxquels ont participé 43 pays et territoires des Amériques avec un total de 1,2 million de participants.

46. Le premier niveau de soins joue un rôle essentiel dans l'identification des cas de COVID-19, la limitation de l'augmentation du nombre de cas, la prise en charge en temps opportun des cas ambulatoires dans la communauté et la continuité des services de santé essentiels. Les 28 pays et territoires qui ont répondu à l'enquête de l'OMS susmentionnée mettent en œuvre des mesures visant à atténuer les perturbations de prestation de services de santé essentiels et à promouvoir le rétablissement de ces services (29). Il s'agit notamment du recrutement de personnel de santé supplémentaire, de la redistribution des tâches et de l'optimisation des rôles (84% des pays et territoires), de l'achat de produits supplémentaires (84 %), des communications communautaires (80 %) et des prestations de soins à domicile et de télémédecine (67 %). Le BSP a fourni des orientations, facilité le partage d'expériences et surveillé la continuité des services de santé essentiels via la mise en œuvre de l'enquête mondiale de l'OMS.

47. La pandémie a un impact majeur sur la santé mentale des populations des Amériques. Des études montrent des taux élevés de dépression et d'anxiété, entre autres symptômes psychologiques, en particulier chez les femmes, les jeunes, les personnes ayant des problèmes de santé mentale préexistants, les agents de santé et les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité. Pourtant, les services de santé mentale de la Région sont toujours gravement perturbés. Au 31 décembre 2021, 47 % des pays et territoires ont signalé des perturbations des services pour des troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances, comparativement à 60 % un an plus tôt (à l'époque, les services mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances connaissaient le taux de perturbation le plus élevé de toutes les catégories de services de santé essentiels). Depuis 2020, le BSP a fourni une coopération technique continue aux pays et territoires dans des domaines clés liés à la santé mentale et au soutien psychosocial. Cette coopération incluait un soutien à 24 pays et territoires pour faire progresser leurs mécanismes de coordination de santé mentale et soutien psychosocial, à 20 pays et territoires pour la prestation d'interventions en santé mentale et soutien psychosocial à distance, et à 24 pays et territoires pour la mise en œuvre de la stratégie et des plans relatifs au Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (connu sous le sigle anglais mhGAP). Le BSP a élaboré un ensemble de supports techniques et de communication pour traiter de la santé mentale et du soutien psychosocial pendant la COVID-19 pour la population générale et les groupes vulnérables, notamment les travailleurs de première ligne et les personnels de santé, et il a facilité la formation et le renforcement des capacités sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans le cadre de cours virtuels et de plus de 70 webinaires. Le BSP

promeut également des réformes complètes des services de santé mentale dans le cadre de l'Initiative spéciale de l'OMS pour la santé mentale. Le Paraguay y participe déjà, et le BSP a fourni un soutien technique pour l'intégration de l'Argentine.<sup>22</sup> Dans le cadre de ce processus, l'Argentine a lancé une nouvelle stratégie nationale pour lutter contre les problèmes de santé mentale et l'abus de substances. Enfin, le BSP a lancé la Commission de haut niveau sur la santé mentale et la COVID-19 le 6 mai 2022.<sup>23</sup>

48. Entre mars 2020 et juillet 2021, alors que les pays étaient confrontés à un pic du nombre de cas, cinq pays et territoires de la Région ont enregistré une augmentation totale de 53 479 lits d'unités de soins intensifs. Cette augmentation représentait une croissance de 103 % de la capacité des soins intensifs. Au 30 juillet 2022, l'augmentation est tombée à 22 % comparativement à mars 2020, ce qui montre que les pays ajustent leur capacité en fonction des pics de la pandémie. Les taux d'occupation des soins intensifs ont également varié : de 66 % en mars 2020, 90 % en janvier 2021, 68 % en janvier 2022 et 50 % en juillet 2022. Ces taux sont restés supérieurs à 80 % dans de nombreux pays pendant plusieurs mois, mais ont considérablement diminué au fil du temps. Il convient de noter que les taux nationaux moyens d'occupation des unités de soins intensifs dans les pays diffèrent considérablement des taux observés dans les capitales et les grandes villes. Par exemple, en juillet 2022, le Brésil a signalé un taux national d'occupation des unités de soins intensifs de 59 %, alors que la ville de São Paulo présentait un taux de 62 %. De même, la Colombie a déclaré un taux d'occupation global de 65 %, tandis que la ville de Bogotá se situait à 70 %.

49. La demande de lits de soins intensifs pendant la pandémie a duré plus longtemps que prévu, ce qui a entraîné des limitations de l'offre de services relatifs à la COVID-19. Les interventions visant à ajuster l'offre de soins intensifs dans différents pays ont été influencées par des facteurs tels que la disponibilité des ressources humaines et la gravité de la pandémie. En général, deux scénarios étaient observés. Certains pays ont considérablement augmenté le nombre de lits de soins intensifs et les ont maintenus disponibles pour répondre aux évolutions de la pandémie, créant ainsi des espaces temporaires à faible taux d'occupation. D'autres pays se sont progressivement adaptés en fonction des pics de la pandémie, en modulant le nombre de lits et en maintenant des taux d'occupation optimaux, au-dessus de 80 % de la capacité installée. Les deux scénarios nécessitaient *a)* un investissement financier élevé pour les adaptations technologiques et *b)* un recours maximal aux ressources humaines spécialisées. La capacité de réduire ou d'élargir l'offre de services selon les besoins peut avoir des résultats sensiblement différents en termes de consommation de ressources humaines, techniques et matérielles, et affecter ainsi la capacité de maintenir la riposte indéfiniment.

50. Le BSP a continué à fournir des orientations pour l'élargissement des services hospitaliers et des capacités de soins intensifs, notamment des estimations des besoins en capacité hospitalière, une planification des ressources nécessaires, la gestion des lits de

---

<sup>22</sup> Informations disponibles sur : <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>.

<sup>23</sup> Informations disponibles sur : <https://www.paho.org/en/events/launch-high-level-commission-mental-health-and-covid-19>.



soins intensifs et la coordination des soins, afin de répondre à l'afflux de patients atteints de COVID-19. Des missions virtuelles ont également été menées pour soutenir les pays et territoires dont les hôpitaux se trouvaient à un point de rupture face à l'afflux de patients atteints de COVID-19. Dans ces pays et territoires, une stratégie d'atténuation clé a été la mobilisation des équipes médicales d'urgence (EMT, selon le sigle anglais) ou l'orientation technique dans le cadre de la stratégie des EMT et des sites de soins médicaux alternatifs (SSMA).

51. Le rôle des EMT et des SSMA est reconnu comme essentiel à l'élargissement des capacités pour répondre aux besoins occasionnés par l'augmentation exponentielle des patients en raison de la COVID-19. Le BSP a donc fourni des orientations, des formations et des recommandations (30) pour aider les pays et les territoires à mettre en place une capacité de gestion de l'augmentation de la demande au sein de leurs réseaux nationaux de services de santé. Du début de la pandémie au 6 mai 2022, 24 pays ont signalé le déploiement de 300 EMU nationales, ainsi que la mise en place de 393 SSMA, fournissant un total de 50 526 lits d'hospitalisation et 2285 lits de soins intensifs. En outre, 59 missions régionales d'EMT ont soutenu les pays pour les soins cliniques et les efforts de vaccination contre la COVID-19, en soulignant la fourniture d'un accès aux migrants et aux populations autochtones dans les zones frontalières et les zones reculées. Les EMU et les AMC ont également joué un rôle important lors d'urgences simultanées majeures, telles que les ouragans Eta et Iota, qui ont touché la Colombie et certains pays d'Amérique centrale en 2020, et le tremblement de terre en Haïti survenu en août 2021. En Haïti, le BSP a aidé le ministère de la Santé à activer des cellules de coordination et d'information médicales (CICOM) et à coordonner le déploiement de 18 EMT internationales qui ont traité plus de 35 000 patients. Le BSP travaille avec des partenaires et le réseau régional des points focaux des EMU pour coordonner les ripostes locales et respecter les recommandations relatives à la COVID-19.

52. Le BSP a créé un groupe technique sur l'oxygène afin d'évaluer les contraintes rencontrées par les pays et territoires qui ont connu une augmentation du nombre de patients nécessitant une oxygénothérapie pendant la pandémie. Ce groupe fournit un soutien technique complet à 28 pays et territoires, notamment des recommandations adaptées au contexte local, couvrant les approches cliniques, l'organisation des services de santé (optimisation des infrastructures existantes, renforcement des capacités techniques et travail en réseaux intégrés), le renforcement des capacités (notamment l'élaboration d'un cours de base sur la planification et la gestion de l'oxygène médicinal) et l'évaluation des capacités locales. Le groupe technique a également élaboré des dossiers multimédias<sup>24</sup> et des documents d'orientation (31, 32) pour promouvoir des recommandations de bonnes pratiques visant une utilisation efficace de l'oxygène médical et une optimisation de

---

<sup>24</sup> Curso básico para la planificación y gestión del oxígeno medicinal, disponible sur : <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-basico-para-la-planificacion-y-gestion-del-oxigeno-medicinal> ; et Infografía: Uso sostenible del oxígeno en 10 vídeos, disponibles sur : <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-uso-sostenible-oxigeno-10-videos>.



l'adoption et de l'acquisition d'installations d'oxygène par adsorption par inversion de pression.

53. Le BSP a mis au point des outils pour la planification de la main-d'œuvre suite à une augmentation soudaine du nombre de patients due à la COVID-19. Il a également aidé les pays à ouvrir un dialogue stratégique sur les plans pour le partage des tâches et sur la gestion et la réglementation des professionnels de la santé afin de mieux faire face à la COVID-19, d'une part, et à renforcer les capacités des facultés de médecine et de soins infirmiers afin d'élargir les rôles des médecins et du personnel infirmier dans les soins primaires, d'autre part. De nombreux pays ont promulgué des outils juridiques et normatifs de gestion des ressources humaines pour la santé. La disponibilité et la sécurité des personnels de santé ont été des facteurs essentiels d'élargissement des services pour riposter à la pandémie et d'adaptations pour assurer la continuité des services essentiels.

54. Le renforcement du respect des précautions standard et des précautions fondées sur la transmission, notamment les pratiques d'hygiène des mains, le port d'un EPI et le nettoyage et la désinfection des dispositifs médicaux, a été une priorité pour les pays et territoires et pour le BSP depuis le début de la pandémie. Au 25 avril 2022, 33 pays et territoires déclaraient qu'ils disposaient toujours d'un programme national de prévention et de lutte contre les infections ainsi que de normes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) dans les établissements de santé. En 2021, le BSP a mis à jour les lignes directrices sur l'évaluation des pratiques de lutte anti-infectieuse dans les zones d'isolement dédiées à la COVID-19 des établissements de soins de santé, et il a fourni une évaluation nationale virtuelle<sup>25</sup> des composantes de base de cette lutte (33). De plus, le BSP a lancé medPPE, une application mobile qui fournit des informations détaillées sur l'équipement de protection individuelle que le personnel de santé doit utiliser en fonction de son rôle, de son lieu de travail et de son niveau d'exposition. Le BSP aide également dix pays et territoires à améliorer leurs programmes de protection respiratoire en fournissant des lignes directrices, des fournitures et des formations. Au 13 juillet 2022, le BSP a dispensé des sessions de formation sur la lutte anti-infectieuse à plus de 24 000 personnes, dont des responsables de la prévention et la lutte contre les infections, des personnels de santé, des logisticiens, des travailleurs de l'hôtellerie-restauration et d'autres personnes présentant un risque élevé d'exposition à la COVID-19.

55. En riposte à la nature rapidement évolutive de la pandémie de COVID-19 et à l'accumulation des travaux de recherche scientifique, le BSP a mis en place un mécanisme souple et adaptatif d'application des connaissances afin de déterminer, de synthétiser et de diffuser les meilleures données probantes disponibles pour une prise de décisions rapide, et de fournir des conseils sur la prise en charge clinique à toutes les phases de la maladie (soins des maladies critiques ou graves, soins des maladies légères ou modérées, soins à domicile) (34, 35). Bien que la Région ait connu une augmentation du nombre de cas avec les nouveaux variants, le fondement des soins cliniques reste le même. La plupart des pays et territoires adaptent, harmonisent et mettent en œuvre les lignes directrices de l'OPS/OMS pour la prise en charge clinique des patients en fonction de la gravité de la

---

<sup>25</sup> Aux Bahamas, au Belize et aux Îles Turques et Caïques.

maladie et du contexte local. Le BSP a également favorisé la formation et le renforcement des capacités en matière de prise en charge clinique, d'actualisation des données probantes relatives aux traitements, et d'état clinique post-COVID, via des cours et des webinaires ajustés.

56. Pour combler le manque de données probantes et renforcer la prise de décision, le BSP a continuellement mis à jour et compilé les meilleures données probantes disponibles sur l'innocuité et l'efficacité des traitements (36). Le BSP a publié des lignes directrices de prise en charge des patients atteints de COVID-19 et fourni un appui pour améliorer le recours aux soins à tous les niveaux. Le BSP a également soutenu le renforcement des mécanismes nationaux de prise de décisions rapide fondée sur des données probantes et fourni des conseils abordant l'utilisation, en dehors des cadres de recherche, d'interventions pharmaceutiques contre la COVID-19 dont l'innocuité et l'efficacité n'ont pas été prouvées. L'utilisation de ces interventions, qui peuvent ne pas être bénéfiques aux patients, et même leur nuire, soulèvent des préoccupations éthiques. La conceptualisation par le BSP de critères éthiques et de recommandations pour l'utilisation éthique d'interventions anti-COVID-19 non éprouvées (37) a été adoptée par l'OMS pour les situations d'urgence se situant au-delà de la pandémie actuelle (38), et est connue comme le protocole d'utilisation contrôlée en situation d'urgence d'interventions non homologuées (MEURI). Enfin, les pays et les territoires financent et promeuvent des travaux de recherche dans diverses disciplines pour faire face à la pandémie (39, 40)<sup>26</sup> et ont pris des mesures pour établir des stratégies et des procédures visant à rationaliser l'examen éthique (41). Pourtant, la surveillance éthique des travaux de recherche en cours sur la COVID-19 reste difficile, principalement en raison du nombre d'études à superviser et du volume de données probantes émergentes. Le BSP a mené une réflexion à l'échelle de la Région sur les enseignements tirés de la COVID-19 afin de renforcer la capacité de la Région à mener des travaux de recherche de manière éthique dans les situations d'urgence futures. Les orientations en résultant ont été publiées et ont fait l'objet de discussions dans le cadre de dialogues régionaux bilingues.<sup>27</sup>

57. Le BSP a collaboré étroitement avec l'OMS et d'autres parties prenantes et partenaires mondiaux pour faire progresser les travaux de recherche clinique, élargir les connaissances et favoriser l'échange d'expériences et l'expertise des agents de santé de première ligne via la plateforme clinique mondiale de la COVID-19 de l'OMS. Cette plateforme recueille des données cliniques anonymisées sur les hospitalisations et les cas suspects ou confirmés, données qui appuient la caractérisation clinique de la COVID-19, notamment son histoire naturelle, ses facteurs pronostiques et les résultats intermédiaires.

<sup>26</sup> Les pays et territoires suivants ont téléversé des essais cliniques ou des études observationnelles sur la plateforme internationale du registre d'essais cliniques de l'OMS : Argentine (13), Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (2), Brésil (41), Canada (64), Chili (8), Colombie (13), Costa Rica (2), Cuba (13), Curaçao, Dominique, El Salvador, Équateur (5), États-Unis d'Amérique (395), Grenade, Guatemala, Haïti, Honduras (3), Jamaïque, Mexique (25), Montserrat, Paraguay, Pérou (9), République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

<sup>27</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Catalyzing Ethical Research in Emergencies. Ethics Guidance, Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic, and Pending Agenda. 11 July 2022, Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56139>.

Le BSP a travaillé en étroite collaboration avec 11 États Membres et partenaires pour utiliser la plateforme clinique, qui compte actuellement environ 90 000 cas enregistrés dans la Région des Amériques.

58. Bien que les affections post-COVID-19 soient plus fréquentes chez les patients ayant développé la forme sévère de la maladie, il existe des notifications de personnes atteintes d'une forme modérée de la maladie, mais présentant un certain degré de séquelles (principalement respiratoires, neurologiques et psychologiques). Une déficience fonctionnelle post-COVID-19 peut limiter la capacité d'une personne à effectuer des activités de la vie quotidienne, avoir un impact sur ses résultats professionnels et pénaliser ses interactions sociales. En 2021, le BSP a mis en place un groupe de travail sur les conditions post-COVID-19 afin de mieux les comprendre et d'aider les pays à reconnaître et à élaborer des parcours de soins pour les patients.

59. La pandémie a considérablement affecté les programmes nationaux de vaccination de la Région, en particulier la prestation et la demande de services de vaccination dans les communautés et les centres de santé. À l'échelle mondiale, elle a eu une incidence sur la disponibilité en temps opportun et les coûts de transport de nombreux vaccins. Le Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins de l'OPS (Fonds renouvelable) a joué un rôle essentiel pour assurer la pérennité des chaînes d'approvisionnement de la vaccination (pour les vaccins, les dispositifs d'injection sûrs et les équipements de la chaîne du froid) pendant la pandémie. Le BSP continue également à travailler en étroite collaboration avec les programmes nationaux pour la planification préventive des fluctuations des demandes nationales de vaccins, le triage des attributions de fournitures et le suivi des stocks nationaux de vaccins. Une planification précise de la demande est devenue plus importante que jamais pour réduire au minimum les risques d'interruption d'accès à des vaccins qui sauvent des vies. En 2020 et 2021, les valeurs totales des achats passés par le Fonds renouvelable ont respectivement atteint \$750 millions et \$1,07 milliard, et le fonds de roulement du Fonds renouvelable a fourni un soutien essentiel en matière de financement relais aux États Membres demandeurs.

***Axe d'intervention stratégique 4 : renforcer la riposte des opérations d'urgence et la chaîne d'approvisionnement***

60. Les pays sont toujours confrontés à un marché complexe pour l'achat de fournitures et de médicaments liés à la COVID-19. La cause est multifactorielle et ne relève pas des capacités de gestion des pays et du Fonds renouvelable. En conséquence, pour soutenir les pays et territoires de la Région, le BSP continue de travailler sans relâche avec d'autres agences des Nations Unies, des partenaires, des ONG internationales et des donateurs, par le biais notamment de la cellule de coordination interagences de la chaîne d'approvisionnement relative à la COVID-19, afin d'obtenir les fournitures dont les pays ont besoin.

61. Le BSP a également augmenté ses capacités opérationnelles pour l'approvisionnement, la réception, l'entreposage et l'expédition de fournitures d'urgence à partir de sa réserve stratégique située au Panama, grâce à un renforcement des partenariats

et des coopérations avec les partenaires internationaux et régionaux (humanitaires et commerciaux). Les capacités de gestion de la chaîne du froid se sont améliorées. Si les modèles d'inventaire allégés sont d'une grande efficacité et rentabilité sous des circonstances normales, ils sont à l'opposé de la stratégie du « juste au cas où » qui appelle à un inventaire de réserve accru pour maintenir les capacités de riposte en temps de crise.

62. En 2021, certains pays de la Région ayant la capacité de produire, de réglementer et d'exporter des produits médicaux ont fermé des routes commerciales internationales pour donner la priorité à la mise à disposition en interne des ressources dont ils ont un besoin urgent dans un contexte de flambées des cas de COVID-19. En outre, le marché s'est globalement réorienté vers la production d'articles liés à la COVID-19 qui génèrent un chiffre d'affaires plus élevé et plus rapide. Cela a eu un impact direct sur les prix de certains articles essentiels et sur leur disponibilité pour de nombreux pays de la Région. Parallèlement à la diminution de la mise à disposition de médicaments et de produits de santé essentiels nécessaires à la riposte à la COVID-19, comme les produits anesthésiques et les médicaments pour les soins intensifs, la disponibilité de certains autres produits de santé (par ex. EPI, fournitures de laboratoires, fournitures de nettoyage et équipements biomédicaux) a augmenté en réponse à une demande accrue. Ces conditions de marché instables représentent un défi majeur pour les efforts visant à garantir un accès rapide aux diagnostics, aux dispositifs médicaux, aux nouveaux vaccins et aux traitements pour tous les pays et territoires.

63. Le 59<sup>e</sup> Conseil directeur tenu en septembre 2021 a approuvé le document *Accroissement de la capacité de production des médicaments et des technologies de la santé essentiels* (document CD59/8) (42) et la résolution CD59.R3 correspondante (43). En réponse au mandat de la résolution, le BSP a lancé la plateforme régionale pour faire progresser la fabrication de vaccins anti-COVID-19 et d'autres technologies de la santé dans la Région des Amériques. Cette plateforme favorisera les travaux de recherche et encouragera la conception et la fabrication de technologies de la santé essentielles et stratégiques par l'élargissement des capacités de fabrication, par la facilitation de l'échange d'information et par la promotion de la coopération entre les secteurs public et privé dans les domaines de la santé, de l'industrie des sciences et de la technologie. Dans ce cadre, le BSP, en coordination avec l'OMS, a sélectionné deux institutions de la Région pour recevoir le transfert de technologie du centre mondial de l'OMS Afrigen (Afrique du Sud) pour la conception et la production de vaccins à ARNm : Bio-Manguinhos/Fiocruz (Brésil) et Sinergium Biotech (Argentine). La première activité de formation a eu lieu dans les installations d'Afrigen en Afrique du Sud au cours de la première semaine de mars 2022, et une deuxième réunion pour l'échange de connaissances et la coordination stratégique a eu lieu au cours de la première semaine de mai 2022 dans les locaux de Bio-Manguinhos (Brésil). Le BSP fournit également aux deux institutions un soutien en matière de conformité réglementaire et de propriété intellectuelle.

64. En outre, depuis septembre 2021, le BSP collabore avec plusieurs mécanismes d'intégration infrarégionaux (PROSUR, CELAC, MERCOSUR) et des organisations internationales (BID, CEPALC) pour renforcer les capacités de production de vaccins en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le BSP a également facilité un dialogue entre les

producteurs de vaccins et les entités financières internationales (Société financière internationale du Groupe de la Banque mondiale) afin d'explorer les possibilités de financement pour appuyer la production locale dans la Région de vaccins anti-COVID-19 et d'autres maladies.

65. Pour accroître la production de produits liés à la pandémie, le BSP effectue des analyses complètes de l'environnement réglementaire et politique des pays de la Région. Une étude est en cours pour identifier et analyser les politiques, les réglementations et les programmes sectoriels pour la promotion des capacités de production, la résilience de la chaîne d'approvisionnement et l'accès aux produits relatifs à la pandémie dans sept pays. Une étude de cas est également en cours sur les expériences et les enseignements tirés relativement à la chaîne d'approvisionnement pendant la pandémie de COVID-19 dans 12 pays.

66. Le BSP a participé activement *a)* à l'accélérateur d'accès aux outils COVID-19 (ACT-A) pour promouvoir et accélérer le développement, la production et la distribution équitable de vaccins, de diagnostics et de traitements contre la COVID-19 et *b)* au Mécanisme COVAX, afin de garantir l'accès à des vaccins sûrs et efficaces pour tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu. Parallèlement, le BSP a dressé une liste de dispositifs médicaux prioritaires à utiliser dans le contexte de la COVID-19 et organisé la formation connexe de 350 participants venus de 17 pays et territoires. Le BSP continue de tenir à jour une liste de 76 produits de diagnostic *in vitro* prioritaires sur des plateformes exclusives et ouvertes. L'Organisation appuie également la Base régionale des rapports d'évaluation des technologies de la santé dans les Amériques (connue sous le sigle espagnol BRISA) qui compte, au 4 août 2022, 436 rapports disponibles dans sa section COVID-19. En outre, le BSP fournit actuellement un soutien pour accroître l'accès des pays aux médicaments anti-COVID-19 (tocilizumab, molnupiravir et nirmatrelvir/ritonavir) par le biais d'un groupe de travail interne au BSP, ainsi que la fourniture de fonds pour l'achat de ces médicaments.

67. Au 10 mai 2022, le BSP a exécuté 2547 bons de commande pour des fournitures COVID-19 d'une valeur de \$400 millions par l'intermédiaire de 1060 fournisseurs.<sup>28</sup> Sur ce total, \$301 millions correspondent à des achats effectués directement par les États Membres par l'entremise du Fonds stratégique de l'OPS et à des achats remboursables. Le BSP a mobilisé avec succès plus de 1100 tonnes de produits de santé dans 37 pays et territoires, sa réserve stratégique au Panama jouant un rôle essentiel pour combler l'écart entre les besoins nationaux évalués et les délais de livraison des fournisseurs. Jusqu'au 10 mai 2022, la réserve stratégique du BSP au Panama avait géré 619 tonnes de fournitures sanitaires d'une valeur estimée à \$40,4 millions, importées par plus de 130 expéditions. Entretemps, 507 tonnes de fournitures, d'une valeur d'environ \$31,4 millions, ont déjà été exportées vers 37 pays et territoires par plus de 380 expéditions. Les biens exportés comprenaient \$14,4 millions en tests de diagnostic rapide, tests diagnostiques et fournitures de laboratoire, \$16,9 millions en EPI et autres fournitures de secours telles que des trousse

---

<sup>28</sup> Trousse de diagnostic (trousse de PCR, de détection et d'extraction), les tests rapides de dépistage de la COVID-19, les consommables, les EPI et d'autres fournitures, mais n'inclut pas les vaccins.

médicales et des sacs à dos de soins primaires, et environ \$201 000 en dispositifs biomédicaux, tels que les générateurs d'oxygène et leurs accessoires, et les oxymètres de pouls portatifs et digitaux. Au-delà de la riposte à la COVID-19, la réserve stratégique du BSP est essentielle pour répondre aux besoins associés à d'autres urgences et catastrophes affectant le secteur de la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes depuis 2020. Plus de 50 % des fonds mis en œuvre par le BSP pour la riposte au 31 mai 2022 ont été directement destinés à l'achat d'EPI, de tests de laboratoire et d'autres biens essentiels.

68. Le BSP a fait de l'assurance de la qualité une composante essentielle de son appui technique pour l'achat de biens, de fournitures et d'équipement. Cela a supposé de travailler avec les pays et les territoires pour *a)* revoir les spécifications, *b)* définir et fournir des recommandations et des directives techniques d'assurance de la qualité de produits tels que les masques, les appareils de protection respiratoire, les générateurs d'oxygène, les respirateurs mécaniques, les oxymètres de pouls, les BiPAP, les échographes portables et les moniteurs de patients, entre autres, *c)* faciliter l'expédition de fret et la logistique et *d)* soutenir les pays sur le plan des questions d'assurance de la qualité et de la surveillance après la mise sur le marché.<sup>29</sup> Le BSP collabore avec les autorités nationales de réglementation sur l'ensemble des Amériques pour partager les recommandations, les réflexions, les évaluations et la surveillance post-commercialisation des produits qui pourraient être utilisés pour lutter contre la COVID-19. En outre, le BSP maintient un référentiel de sites Web et d'informations pertinentes, notamment les ripostes réglementaires à la COVID-19, sur la Plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé (PRAIS). Le BSP a également préqualifié plusieurs fournisseurs à la suite d'évaluations techniques portant sur la qualité, l'innocuité et l'efficacité de leurs produits.

69. Le renforcement des capacités de la chaîne d'approvisionnement des pays et territoires pour déployer efficacement les technologies émergentes tout en assurant un accès approprié à toutes les autres technologies de santé essentielles constitue un axe important pour le BSP depuis le début de la pandémie. Le BSP s'est engagé auprès des autorités nationales à surveiller, orienter et concilier les mesures visant à faire face aux répercussions de la demande accélérée de produits médicaux sur la production, la logistique, les douanes et les stocks, en vue d'atténuer les risques de pénuries et de retards. Ces mesures comprenaient, entre autres, la mobilisation des stocks stratégiques régionaux du BSP, l'examen d'itinéraires de transport alternatifs, la détermination d'alternatives thérapeutiques, des livraisons fractionnées accélérées en ayant recours à diverses options de transport, ainsi que la facilitation des dons et des prêts entre pays.

---

<sup>29</sup> Au 30 avril 2022, le BSP a effectué 802 évaluations techniques de matériels médicaux, notamment des équipements biomédicaux, des EPI et des tests de diagnostic *in vitro*, fourni un appui à l'approvisionnement régional et local en équipements biomédicaux et diffusé 284 alertes des organismes de réglementation concernant des questions de sécurité.

***Axe d'intervention stratégique 5 : Soutenir l'introduction des vaccins anti-COVID-19 et l'accès à ces vaccins***

70. Afin de renforcer l'appui organisationnel du BSP à l'introduction des vaccins anti-COVID-19 dans la Région des Amériques, la Directrice du BSP a créé le Groupe de travail pour la vaccination contre la COVID-19 dans les Amériques en septembre 2020. Ce groupe, qui complète d'autres ressources organisationnelles, fournit des orientations stratégiques pour la planification et le déploiement réussis de la vaccination contre la COVID-19 dans les Amériques. Le Fonds renouvelable de l'OPS,<sup>30</sup> autre élément clé de la riposte du BSP, a été une plateforme essentielle qui permet aux États Membres d'accéder aux vaccins anti-COVID-19 directement ou par l'entremise du Mécanisme mondial COVAX.

71. Vingt-huit pays et territoires de la Région ayant le statut de participants autofinancés ont signé des accords d'engagement avec Gavi, ce qui représente environ 33 % du volume global d'achats prévus pour le groupe autofinancé. Malgré les difficultés budgétaires et financières nationales persistantes pendant la pandémie, les pays et les territoires autofinancés ont satisfait aux exigences financières du Mécanisme COVAX, ce qui représente une allocation de plus de \$1,1 milliard sous forme d'acomptes et de garanties financières. Dix autres États Membres ont été admis à bénéficier de mécanismes de garantie de marché (AMC, selon le sigle anglais) dans le cadre du Mécanisme COVAX.

72. Pendant la majeure partie de 2021, la demande mondiale de vaccins anti-COVID-19 a largement dépassé l'offre disponible. Cette situation, accentuée par les inégalités d'accès aux accords bilatéraux, a conduit à la persistance d'écart considérables sur le plan de la demande, en particulier dans les pays qui n'avaient pas accès aux accords avec les fournisseurs et au soutien des donateurs. À partir de la fin l'année 2021 et au cours de l'année 2022, la scène du marché mondial est passée à une offre accrue et plus stable, avec l'apparition de goulets d'étranglement au niveau de la résorption de la demande. Cette modification de la dynamique du marché a permis au Mécanisme COVAX d'augmenter les livraisons et de canaliser un grand volume de doses données par les pays à revenu élevé.

73. Le BSP a appuyé la participation des États Membres au Mécanisme COVAX en gérant la logistique internationale des livraisons de vaccins et en fournissant des orientations sur les options et les exigences de ce mécanisme, notamment la planification de la demande pour les pays bénéficiant d'un AMC. Le Bureau a plaidé en faveur de dons et d'allocations qui répondent mieux aux besoins des États Membres en termes de produits, de quantités et de livraisons. De ce fait, le BSP a contribué à canaliser 35,8 millions de doses données par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX à des pays de la Région jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2022. Ces dons font partie des plus de 111 millions de doses que le BSP a fournies par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX à 32 participants. Un supplément de

---

<sup>30</sup> Depuis plus de 40 ans, le Fonds renouvelable de l'OPS aide les pays et territoires de la Région à intégrer la demande prévue de vaccins, de seringues et de fournitures connexes de vaccination dans toute la Région, et à tirer parti des économies d'échelle pour garantir l'accès à des vaccins de haute qualité aux prix les plus bas.

41,7 millions de doses du Mécanisme COVAX a été autofinancé par plusieurs États Membres.

74. Les vaccins obtenus par l'entremise du Mécanisme COVAX sont soumis à une assurance de la qualité soit par l'OMS, *via* l'inscription sur la liste d'autorisation d'utilisation d'urgence de l'OMS ou du processus de préqualification, soit, dans des circonstances exceptionnelles, par l'une des autorités rigoureuses de réglementation reconnues. Au 4 août 2022, 11 vaccins anti-COVID-19<sup>31</sup> ont été inscrits sur la liste d'autorisation d'urgence de l'OMS et tous ont été inclus au portefeuille COVAX. Les premières doses fournies par le Mécanisme COVAX dans la Région des Amériques ont été livrées le 1<sup>er</sup> mars 2021 en Colombie.

75. Au 30 juin 2022, les 51 pays et territoires<sup>32</sup> ont mis en place des programmes de vaccination contre la COVID-19, en utilisant des vaccins reçus dans le cadre d'accords bilatéraux avec des fabricants, du Mécanisme COVAX ou de dons. Plus de 1,90 milliard de doses ont été administrées dans la Région. Sur les 51 pays et territoires, 41 avaient atteint l'objectif mondial de 40 % de vaccination fixé par l'OMS pour le 31 décembre 2021 (44) et 17 ont atteint l'objectif de 70 % fixé pour le 30 juin 2022. Sur les 10 pays et territoires qui restent en dessous du seuil de 40 %, la plupart se trouvent dans les Caraïbes anglophones. Haïti reste le seul pays de la Région présentant un taux de couverture vaccinale inférieur à 10 %.<sup>33</sup>

76. Au moins 15 vaccins sont utilisés dans les Amériques, conçus selon trois principes différents (vecteur adénoviral, ARNm et inactivé). L'utilisation de plusieurs produits dans chaque pays pose des défis programmatiques. Ces nouveaux vaccins, qui ne figurent pas tous sur la liste approuvée d'autorisation d'urgence de l'OMS, obligent les pays à renforcer les efforts de surveillance pour tous les vaccins anti-COVID-19 afin d'en contrôler l'innocuité et l'impact. Afin d'accélérer les processus de déploiement des vaccins, le BSP a fourni des orientations aux États Membres sur les processus d'autorisation réglementaire, les permis d'importation et les procédures de libération des lots. Le BSP a également cartographié les voies réglementaires existantes pour l'autorisation, l'importation et le suivi post-déploiement des vaccins anti-COVID-19 dans 21 pays.<sup>34</sup> Le Bureau a organisé plusieurs ateliers avec les autorités nationales de réglementation dans les Amériques pour faciliter l'utilisation des vaccins figurant sur la liste d'autorisation d'urgence de l'OMS. En outre, le BSP a permis d'améliorer l'efficacité des processus décisionnels en accordant l'accès aux dossiers des produits de la liste d'autorisation d'urgence de l'OMS aux autorités nationales de réglementation qui ont signé des accords de confidentialité.

<sup>31</sup> Organisation mondiale de la Santé. COVID-19 vaccines with WHO Emergency Use Listing. Disponible sur : <https://extranet.who.int/pqweb/vaccines/vaccinescovid-19-vaccine-eul-issued>.

<sup>32</sup> Cuba utilise des vaccins de fabrication cubaine : Abdala, Soberana 02 et Soberana Plus.

<sup>33</sup> Le tableau de bord de la vaccination contre la COVID-19 de l'OPS est disponible sur : [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp).

<sup>34</sup> Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54516>.



77. Le Groupe consultatif technique (GCT) régional sur les maladies évitables par la vaccination a été convoqué deux fois en 2020 (en août et en novembre), une fois en juillet 2021 et une fois en janvier 2022 (45-48). Il fournit des orientations sur l'adaptation régionale des recommandations émises par le Groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) de l'OMS sur la vaccination (par ex. redéfinir certains groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19, répondre aux questions programmatiques, maintenir et renforcer les programmes nationaux de vaccination dans le contexte de la pandémie en cours et fournir des orientations sur l'utilisation des doses de rappel anti-COVID-19). En outre, le BSP travaille avec les pays pour assurer une distribution équitable des vaccins au sein de leurs propres populations, en mettant l'accent sur les groupes difficiles à atteindre, notamment les migrants et les groupes autochtones.

78. Le BSP travaille régulièrement avec les ministères de la Santé pour mettre en œuvre les plans de préparation et de riposte à la COVID-19, notamment les programmes de vaccination anti-COVID-19 en cours. Le BSP a fourni des orientations et un soutien complet dans les pays aux parties prenantes nationales afin de renforcer les programmes élargis de vaccination et de permettre la mise en œuvre réussie des plans nationaux de déploiement et de vaccination contre la COVID-19. Ce soutien fournissait des orientations opérationnelles pour le déploiement, la gestion et l'administration de la vaccination anti-COVID-19 aux niveaux nationaux et locaux. En Colombie, des opérations de vaccination anti-COVID-19 ont été lancées dans les zones rurales, dans les zones touchées par des inondations (communautés autochtones Awa) et dans le département d'Arauca, où résident des personnes bénéficiant du statut de protection temporaire accordé aux Vénézuéliens. Au Paraguay, 47 unités de surveillance vaccinale ont été déployées dans les régions du Chaco, où 473 personnes de 18 ans ou plus ont fait l'objet d'une enquête et dont 70 % ont été vaccinées contre la COVID-19. Au Suriname, le BSP a soutenu l'organisation Medical Mission Primary Health Care du Suriname pour la promotion et l'administration des vaccins anti-COVID-19 et des vaccins de l'enfance au sein des communautés autochtones et tribales de l'intérieur du pays.

79. Le BSP a travaillé avec les pays et les territoires pour conduire des évaluations de capacité de la chaîne du froid et mettre à jour les inventaires d'équipement de la chaîne et les exigences en matière de transport, afin d'orienter la planification du stockage et de la distribution des vaccins anti-COVID-19. Trente et un pays ont reçu un appui pour acheter des équipements de chaîne du froid et des dispositifs de surveillance de la température afin d'accroître leurs capacités de stockage et de distribution et de pouvoir garantir que les vaccins anti-COVID-19 soient conservés dans la plage de température appropriée pendant leur stockage et leur distribution. Le BSP a également organisé des ateliers de formation régionaux et nationaux à l'intention de ces pays afin de préparer les agents de santé à gérer et à manipuler les vaccins anti-COVID-19, ateliers qui traitaient notamment de l'estimation des capacités de stockage et de transport requises et de la gestion des déchets médicaux à tous les niveaux. Le BSP a également offert une assistance et une formation techniques supplémentaires aux 26 pays et territoires qui ont signalé une capacité insuffisante ou inférieure aux normes de leur chaîne du froid à s'ajuster à tous les types de vaccins contre la COVID-19.

80. Le BSP a fourni une coopération technique aux pays et territoires pour renforcer leurs systèmes d'information sur la vaccination contre la COVID-19 aux niveaux nationaux et locaux, notamment le recueil de données ventilées. Cela a facilité l'accès à des informations cohérentes, comparables et en temps réel sur les doses administrées.<sup>35</sup> Cela a également permis le suivi des résultats des programmes de vaccination dans la Région.

81. Le BSP a appuyé la mise en œuvre du système de surveillance des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) aux niveaux nationaux et régional. Cet appui a été essentiel au renforcement des réseaux nationaux et régionaux de surveillance des ESAVI faisant suite à une vaccination anti-COVID-19. Pour appuyer la surveillance de l'innocuité des vaccins, le BSP a constitué un réseau sentinelle régional pour une surveillance active des ESAVI et des événements indésirables d'intérêt particulier (EIIP), auquel neuf pays et territoires fournissent des données sur une base régulière. En outre, 17 pays fournissent régulièrement des données à une base de données régionale de l'OPS pour la surveillance passive. De plus, le BSP est en cours de négociation avec ces pays pour autoriser la publication de données agrégées relatives aux ESAVI sur la page Web de l'Organisation. Des actions de coopération technique relatives à l'innocuité des vaccins sont mises en œuvre dans le cadre du *Manual for Surveillance of Events Supposedly Attributable to Vaccination or Immunization in the Region of the Americas* [Manuel de surveillance des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation dans la Région des Amériques] (49). Le BSP a publié ce manuel en décembre 2021, en s'appuyant sur les expériences en matière d'innocuité vaccinale d'autres programmes nationaux de vaccination.

82. Le BSP a fourni un soutien au Chili, au Costa Rica, à l'Équateur, au Paraguay et à l'Uruguay pour préparer des estimations de l'efficacité des vaccins anti-COVID-19 utilisés en 2021. Ces estimations ont été guidées par le protocole régional REVELAC-COVID-19 harmonisé par le BSP (50). Ce protocole générique est utilisé pour évaluer l'efficacité des vaccins anti-COVID-19 sur la base de la stratégie de surveillance sentinelle des infections respiratoires aiguës sévères, en utilisant les plateformes régionales existantes telles que SARInet et le Réseau pour l'évaluation de l'efficacité des vaccins en Amérique latine et dans les Caraïbes-grippe (REVELAC-i). Le BSP, en collaboration avec l'Université Harvard et en coordination avec les autorités nationales, met également en œuvre une étude régionale multicentrique sur l'efficacité des vaccins anti-COVID-19 en Argentine, au Brésil, au Chili et en Colombie. Les résultats de cette étude pourraient éclairer l'élaboration de messages de communication destinés aux agents de santé et au public sur l'efficacité des vaccins contre la COVID-19.

83. Avec l'arrivée des vaccins anti-COVID-19 et le lancement de campagnes de vaccination, le BSP a soutenu les pays dans leurs efforts de communication visant à souligner l'importance des vaccins dans la lutte contre la pandémie. Des communiqués du service public et des vidéos sur la vaccination contre la COVID-19 ont été diffusés par diverses stations de radio et de télévision afin d'assurer une large couverture de l'importance de la vaccination et de rectifier les fausses informations. À l'issue du premier

---

<sup>35</sup> Disponible sur : [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp).

cycle de campagnes de vaccination de masse, de nombreux pays ont élaboré des stratégies de communication ciblée pour atteindre les populations vivant dans des situations de vulnérabilité ou les groupes présentant un risque élevé.

84. Pour mieux comprendre les mentalités et les intentions des agents de santé quant à la réticence au vaccin anti-COVID-19 et aux autres vaccins des programmes nationaux de vaccination, le BSP a élaboré deux enquêtes basées sur des méthodes mixtes pour saisir les réflexions, les opinions et les logiques de 6000 agents de santé répartis sur la Région. La première enquête<sup>36</sup> a été réalisée début 2021 dans 14 pays des Caraïbes. Ses résultats ont été utilisés pour promouvoir les politiques vaccinales et éclairer les formations des agents de santé sur l'ensemble des Caraïbes. Environ 23 % des répondants n'étaient pas d'accord avec la déclaration « Si un nouveau vaccin anti-COVID-19 est mis à disposition, j'ai l'intention de me faire vacciner dès que possible ». Une proportion plus levée de personnel infirmier que de médecins ont signalé une réticence à la vaccination. La seconde enquête s'est déroulée début 2022 dans 16 pays d'Amérique latine. Selon ses résultats préliminaires, 99,4 % des répondants ont signalé avoir reçu le vaccin anti-COVID-19, et 96,4 % ont déclaré qu'ils recommanderaient ce vaccin aux personnes répondant aux critères vis-à-vis de cette vaccination.

85. L'« infodémie » d'informations fausses sur la pandémie et les vaccins anti-COVID-19, et la réticence vaccinale connexe, ont nécessité une collaboration et une mise en œuvre solides en matière de gestion de l'infodémie, de génération de la demande, de communication sur les risques et la crise et d'approches de participation communautaire. Des séances ont été organisées avec les personnels nationaux sur la manière de mettre en œuvre des stratégies pour susciter la demande de vaccins. Le BSP a également organisé des sessions Twitter et Facebook en direct lors desquelles des experts parlent au public des vaccins anti-COVID-19, répondent aux questions et lèvent les doutes. De plus, le BSP a élaboré un site Web propre à la vaccination contre la COVID-19<sup>37</sup> qui est continuellement mis à jour avec des informations et des ressources pour différents publics. Le BSP a également fourni des actualisations aux autorités nationales de réglementation et aux programmes nationaux de vaccination en fonction des nouveaux rapports d'événements indésirables faisant suite à la vaccination et des préoccupations relatives à l'innocuité des vaccins, sous la forme de deux tableaux de bord : l'un sur les doses de vaccin anti-COVID-19 administrées dans la Région,<sup>38</sup> l'autre sur l'efficacité et l'innocuité des vaccins anti-COVID-19.<sup>39</sup>

### **Mesures à prendre pour améliorer la situation**

86. Les interventions de court et moyen terme suivantes sont recommandées aux États Membres et au BSP.

---

<sup>36</sup> Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54964>

<sup>37</sup> Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/vaccins-anti-covid-19>.

<sup>38</sup> Disponible sur : [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp).

<sup>39</sup> Disponible sur : <https://covid-19pharmacovigilance.paho.org/>.

### *États Membres*

87. Selon un rapport conjoint de l'OPS et de la CEPALC (51) remontant à 2020, la reprise des économies d'Amérique latine et des Caraïbes ne s'opérera que si la courbe de contagion de la COVID-19 s'aplatit. Une approche en trois phases est ainsi proposée : a) le contrôle, notamment par l'adoption de politiques sanitaires, économiques, sociales et productives pour lutter contre et atténuer les effets de la pandémie, b) la réactivation économique accompagnée de la protection sociale et c) la reconstruction des sociétés de manière durable, équitable et inclusive.

88. Les pays et territoires doivent poursuivre leurs activités nationales de vaccination anti-COVID-19 et intensifier leurs efforts pour atteindre au moins 70 % de leur population totale. Ils doivent redoubler d'efforts pour vacciner les personnes qui n'ont pas déjà reçu au moins une dose d'un vaccin anti-COVID-19. Des ressources supplémentaires doivent être mobilisées pour atteindre les personnes appartenant à des groupes prioritaires à risque élevé (par ex. les personnes âgées et immunodéprimées, les femmes enceintes et les agents de santé) et leur fournir toutes les doses des calendriers nationaux de vaccination (c.-à-d. les séries primaires et les doses de rappel).

89. Les programmes nationaux de vaccination nécessitent des interventions ciblées et les ressources financières et humaines adéquates pour un déploiement réussi des vaccins anti-COVID-19 et pour garantir la pérennité des activités systématiques de vaccination. En outre, il est crucial que les autorités nationales de réglementation et les programmes nationaux de vaccination coordonnent de manière conjointe les stratégies et les actions de surveillance de l'innocuité vaccinale afin d'assurer l'efficacité de la riposte.

90. Les pays et les territoires doivent s'orienter vers l'intégration des activités vaccinales anti-COVID-19 aux programmes nationaux de vaccination, de manière à ce que l'ensemble des programmes puissent bénéficier des ressources dédiées à la riposte à la pandémie. Il est également important d'harmoniser la mise en œuvre et la mise à l'échelle urgente des plans de vaccination contre la COVID-19 avec le renforcement des prestations des services de santé systématiques et d'autres interventions de riposte propres à la COVID-19. Il est avant tout nécessaire d'accroître les investissements dans les soins primaires et la gestion des réseaux de santé.

91. Les pays et les territoires doivent continuer à appliquer des mesures non pharmaceutiques de manière systématique et rigoureuse. Le recours à ces mesures doit être éclairé par la situation épidémiologique de chaque pays et, surtout, être conforme à une stratégie fondée sur des données probantes convenue au plus haut niveau de gouvernement.

92. Les systèmes de santé doivent être prêts à faire face à l'augmentation du nombre de cas de COVID-19, ainsi qu'à une demande accrue de lits d'hospitalisation et de soins intensifs pour toute une série d'autres maladies, liée à la perturbation des services essentiels. Cela nécessite une approche de gestion globale de la pandémie, en s'ajustant à un contexte en constante évolution. Cette approche doit parvenir à un juste équilibre entre des interventions de santé éprouvées pour prévenir la transmission et sauver des vies,

notamment la vaccination et d'autres mesures de santé publique, une capacité de riposte au premier niveau de soins (soins primaires), ainsi qu'un élargissement progressif des services hospitaliers et de soins intensifs, comprenant les équipes médicales d'urgence et les centres médicaux universitaires, au besoin.

93. Les dépenses supplémentaires liées à la COVID-19 doivent être planifiées en sus des postes budgétaires ou des programmes systématiques, plutôt qu'en remplacement, lors des cycles de discussion budgétaire 2022. Cela nécessite l'élaboration d'estimations complètes de coûts de la riposte à la COVID-19, notamment le chiffrage des coûts des plans de vaccination au-delà du simple achat des doses vaccinales. Les États Membres doivent planifier des interventions de vaccination de rattrapage afin de réduire au minimum le risque d'apparition d'éventuelles flambées d'autres maladies à prévention vaccinale, et prévoir un budget suffisant pour ces interventions.

94. Il est essentiel que les représentants des ministères de la Santé procèdent à une coordination avec leurs homologues des ministères des Finances et des bureaux de planification pour traiter des questions liées aux demandes de financement et à l'utilisation stratégique des montants considérables de financement international actuellement mis à disposition. En matière de gestion de l'allocation de ces nouvelles sources de financement, il est important de s'attaquer aux goulets d'étranglement qui peuvent empêcher les prestataires d'accéder aux ressources en temps opportun et d'éviter de créer des mécanismes extrabudgétaires parallèles qui pourraient nuire aux systèmes actuels de financement de la santé.

95. Étant donné l'impact de l'oxygénothérapie sur la réduction de la morbidité et de la mortalité de la COVID-19, des mesures doivent être prises pour organiser les systèmes de santé de manière à permettre une détermination rapide des lacunes et des possibilités d'amélioration de production, de stockage, de distribution et d'utilisation de l'oxygène. La détermination des besoins en oxygène à un stade précoce de la maladie et la fourniture d'une oxygénothérapie pour les cas graves et critiques sont essentielles.

96. Pour contribuer à prévenir la propagation des agents pathogènes endémiques ou épidémiques, les pays et les territoires doivent structurer les programmes de prévention et de lutte contre les infections en mettant l'accent sur la gouvernance et le leadership, l'établissement d'un budget dédié, la clarté des rôles et des responsabilités, l'accès à l'éducation et à la formation pour les agents de santé, ainsi que le suivi et l'évaluation des stratégies et des objectifs.

97. Des efforts continus sont nécessaires pour renforcer et intégrer les chaînes nationales d'approvisionnement sanitaire, l'entreposage, de même que les capacités et ressources logistiques. La planification d'urgence, le renforcement des réseaux de logistique sanitaire et le positionnement stratégique des stocks de réserve amélioreront les capacités de riposte rapide aux flambées épidémiques localisées et autres urgences. Les parties prenantes voudront peut-être aussi envisager de disposer d'un plus grand nombre de stocks régulateurs et de travailler avec les fournisseurs pour conserver les stocks dans leurs entrepôts.

98. Les États Membres doivent encore renforcer et affiner les capacités nationales et locales de surveillance, de détection des cas, d'enquête sur les cas, d'isolement des cas, de recherche des contacts et de quarantaine. La COVID-19 doit également être pleinement intégrée à la surveillance sentinelle de longue date de la grippe et des autres affections virales respiratoires afin de garantir la continuité et la pérennité de sa surveillance.

99. Il est important de continuer à mettre à niveau et à élargir les capacités nationales de séquençage moléculaire et d'épidémiologie génomique du SRAS-CoV-2, tout en garantissant la qualité des pratiques de laboratoire et la pleine intégration à la surveillance de la santé publique et aux efforts de lutte contre les maladies aux niveaux nationaux.

100. Les pays et territoires doivent s'appuyer sur les systèmes de surveillance existants pour évaluer l'efficacité des vaccins anti- COVID-19, en mettant un accent particulier sur les nouveaux variants préoccupants.

### ***Bureau sanitaire panaméricain***

101. Le BSP doit continuer à fournir une coopération technique pour aider les pays et les territoires à adopter une approche plus holistique de la riposte sanitaire régionale et nationale à la COVID-19. Outre son appui à un déploiement réussi des vaccins, le BSP doit fournir un appui pour renforcer d'autres domaines critiques de la riposte, tels que le diagnostic, les traitements, la gestion des cas, la lutte contre les infections et la continuité des services de santé essentiels. Il s'agit notamment d'adapter et d'accroître les capacités des réseaux de services de santé et de s'attaquer aux goulets d'étranglement des systèmes de prestations sanitaires et à la logistique de la santé.

102. Pour faciliter l'accès régional aux vaccins anti-COVID-19, au-delà des vaccins fournis *via* le Mécanisme COVAX et les accords bilatéraux, le BSP a signé des accords à long terme avec trois fournisseurs de vaccins anti-COVID-19 et consolidé la demande régionale pour le dernier trimestre de 2021. Compte tenu du pic de mise à disposition de vaccins à la fin de 2021, la demande des États Membres pour des doses de vaccin supplémentaires a chuté en 2022 et elle a été insuffisante pour justifier le maintien des engagements avec les fournisseurs pour de nouveaux lots de vaccins. Toutefois, le BSP doit conserver cette option en vue d'élargir ou d'ajuster son portefeuille de produits au cas où de nouveaux besoins surviendraient dans les États Membres.

103. Le BSP doit continuer à offrir des recommandations aux États Membres sur la manière *a)* de vacciner tous les groupes hautement prioritaires avec des vaccins anti-COVID-19 afin de garantir des taux élevés de couverture vaccinale chez les personnes les plus vulnérables à la maladie, *b)* de continuer à recueillir des données propres à chaque pays sur l'innocuité, l'efficacité et l'impact des vaccins et utiliser les informations recueillies pour élaborer des documents de communication solides afin de répondre aux préoccupations du public, *c)* d'intégrer les interventions de vaccination contre la COVID-19 aux programmes nationaux de vaccination afin d'assurer leur pérennité et de maximiser l'impact des programmes nationaux de vaccination, en mettant particulièrement l'accent sur les systèmes d'information et le fonctionnement de la chaîne du froid, *d)* de

recueillir les meilleures pratiques et les enseignements tirés pour améliorer les connaissances et la compréhension dans la Région quant à l'introduction et l'intégration de nouveaux vaccins aux programmes nationaux de vaccination et e) d'utiliser l'expérience du déploiement des vaccins anti-COVID-19 pour renforcer les plateformes vaccinales des adultes et assurer des services de vaccination sur l'ensemble du parcours de vie.

104. Le BSP doit continuer à fournir une coopération technique ajustée à chaque réalité nationale, en rassemblant les compétences à tous les niveaux de l'Organisation. Cela peut inclure des missions virtuelles dans certains pays, notamment dans des zones éloignées, ainsi que des missions en personne lorsque cela est possible.

105. Le BSP doit maintenir un stock stratégique de fournitures essentielles, positionnées à l'avance pour permettre des ripostes sauvant des vies en cas d'urgence sanitaire. Cette précaution peut aider à atténuer le manque ou le retard d'accès aux fournitures critiques pouvant résulter de la dynamique mondiale de l'offre et de la demande, des contraintes logistiques, des retards de transport et des pénuries de production.

106. Le BSP et les partenaires internationaux doivent continuer à soutenir les États Membres dans le développement et le renforcement des capacités de surveillance et de laboratoire, telles que l'intégration de la COVID-19 au réseau régional de surveillance SARInet et le séquençage moléculaire du SRAS-CoV-2 au sein du réseau régional de surveillance génomique COVIGEN.

### **Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine**

107. La Conférence est invitée à prendre note de ce rapport et à formuler tout commentaire qu'elle juge pertinent.

### **Références**

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques. 58<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 72<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 28 et 29 septembre 2020 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2020 (résolution CD58.R9) [consultée le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd58-r9-f-covid-19>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise à jour concernant la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques, préparation pour le COVAX et accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. Session spéciale du Conseil directeur de l'OPS, session extraordinaire du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 10 décembre 2020 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2020 (résolution CDSS1.R1) [consultée le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cdss12-mise-jour-concernant-sur-pandemie-covid-19-dans-region-des-ameriques-preparation>.

3. Organisation mondiale de la Santé. Strategic preparedness, readiness and response plan to end the global COVID-19 emergency in 2022. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.02>.
4. Mehta S, Machado F, Kwizera A, et coll. COVID-19: a heavy toll on health-care workers. The Lancet 2021; 9(3):226-228. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(21\)00068-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(21)00068-0/fulltext).
5. Organisation panaméricaine de la Santé. The Nursing Situation in the Region of the Americas. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documentos/situacion-enfermeria-region-americas>.
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023. 56<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 70<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 23 au 27 septembre 2018 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2018 (document CD56/10, Rev. 1). Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49611/CD56-10-f.pdf>.
7. Organisation mondiale de la Santé. Impact of COVID-19 on human resources for health and policy response: the case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039001>.
8. Scheffler R, Cometto G, Tulenko K, et al. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Background paper No. 1 to the Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Human Resources for Health Observer Série n° 17. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1061516/retrieve>.
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques [Internet]. 58<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 72<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 28 et 29 septembre 2020 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CD58/6) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/file/72180/download?token=Vd-a9BNf>.
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise à jour concernant la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques, préparation pour le COVAX et accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. Session spéciale du Conseil directeur, session spéciale du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; 10 décembre 2020 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CDSS1/2) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/file/79409/download?token=grwxvpAZ>.



11. Organisation panaméricaine de la Santé. Pan American Health Organization response to COVID-19 in the Americas: January-December 2020. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54013>.
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Pan American Health Organization Response to COVID-19: up to 31 December 2021. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/pan-american-health-organization-response-covid-19-2021>.
13. Organisation panaméricaine de la Santé. Pan American Health Organization Response to COVID-19, January-June 2022. Summary Mid-year Report, Key Indicators and Selected Highlights. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56261>.
14. Organisation mondiale de la Santé. Guide pour la conduite d'une revue intra-action (RIA) de la COVID-19. Genève : OMS ; 2020. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country\\_IAR-2020.1](https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1).
15. Organisation mondiale de la Santé. Guidance for conducting a country COVID-19 intra-action review (IAR): Addendum 1-28 April 2021. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country-IAR-add.1-2021.1>.
16. Ministère de la Santé publique de l'Uruguay. Uruguay's 2020 response to the COVID-19 pandemic: resume. Mars 2021. Disponible sur : [https://www.paho.org/es/file/104385/download?token=\\_8kRICL0](https://www.paho.org/es/file/104385/download?token=_8kRICL0).
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international [Internet]. 58<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 72<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 28 et 29 septembre 2020 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CD58/INF/1) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/file/73714/download?token=yT3lrVIC>.
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Considerations for resuming non-essential international traffic in the Caribbean in the context of the COVID-19 pandemic. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/documents/considerations-resuming-non-essential-international-traffic-caribbean-context-covid-19>.
19. Organisation panaméricaine de la Santé. La reprise des voyages internationaux non essentiels dans le contexte de la pandémie de COVID-19 : conseils relatifs à l'utilisation des tests de dépistage de la COVID-19. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/reprise-des-voyages-internationaux-non-essentiels-dans-le-contexte-pandemie-covid-19>.

20. Organisation mondiale de la Santé. Policy considerations for implementing a risk-based approach to international travel in the context of COVID-19, 2 July 2021. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Risk-based-international-travel-2021.1>.
21. Organisation panaméricaine de la Santé. Considerations for school-related public health measures for populations in vulnerable conditions in the context of COVID-19. Washington, DC : OPS ; 2021 [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53317/PAHOIMSFPLCOVID-19210011\\_eng.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53317/PAHOIMSFPLCOVID-19210011_eng.pdf).
22. Organisation des Nations Unies. Policy brief: education during COVID-19 and beyond. New York : ONU ; 2020 [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : [https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-08/sg\\_policy\\_brief\\_covid-19\\_and\\_education\\_august\\_2020.pdf](https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-08/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf).
23. Organisation mondiale de la Santé. Riposte à la COVID-19 [Internet]. 73<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ; 19 mai 2020 ; Genève. Genève : OMS ; 2020 (résolution WHA73.1) [consultée le 25 mai 2021]. Disponible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_R1-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf).
24. Organisation mondiale de la Santé. Commission permanente de préparation et de riposte aux pandémies et aux situations d'urgence. 150<sup>e</sup> session du Conseil exécutif ; 28 janvier 2022 ; Genève [décision EB150(6)]. Disponible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB150/B150\(6\)-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150(6)-fr.pdf).
25. Organisation panaméricaine de la Santé. Orientations visant l'application des mesures de santé publique non médicales par les populations en situation de vulnérabilité dans le contexte de la COVID-19. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur : [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53886/OPSIMSFPLCOVID-19200021\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53886/OPSIMSFPLCOVID-19200021_fre.pdf).
26. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommendations to prevent COVID-19 transmission at food fairs and markets. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55632>.
27. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie visant à développer des systèmes de santé résilients et un rétablissement suite à la pandémie de COVID-19 pour assurer la durabilité et la protection des acquis de santé publique. 59<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 73<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 20 au 24 septembre 2021 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2021 (document CD59/11). Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd5911-strategie-visant-developper-des-systemes-sante-resilients-et-retablissement-suite>.

28. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Fiscal panorama of Latin America and the Caribbean 2021: fiscal policy challenges for transformative recovery post-COVID-19. Santiago : CEPALC ; 2021. Disponible sur : <https://www.cepal.org/en/publications/46809-fiscal-panorama-latin-america-and-caribbean-2021-fiscal-policy-challenges>.
29. Organisation mondiale de la Santé. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, November-December 2021. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).
30. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommendations for medical surge capacity and deployment of emergency medical teams. Preliminary document, version 2 (31 March 2020). Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52144>.
31. Organisation panaméricaine de la Santé. Bonnes pratiques pour une utilisation rationnelle et efficace de l'oxygène. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55726/OPSPHEIMSCOV19210019\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55726/OPSPHEIMSCOV19210019_fre.pdf).
32. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommandations pour la sélection et l'achat de systèmes de production d'oxygène par adsorption par inversion de pression. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56010/OPSPHEIMSCOV19220006\\_fre.PDF](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56010/OPSPHEIMSCOV19220006_fre.PDF).
33. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Genève : OMS ; 2016. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549929>.
34. Organisation panaméricaine de la Santé. Guide pour la prise en charge des patients adultes en état critique atteints de la COVID-19 dans les Amériques – version abrégée 3. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54171/OPSIMSEIHCOVID-1921010\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54171/OPSIMSEIHCOVID-1921010_fre.pdf).
35. Organisation panaméricaine de la Santé. Lignes directrices pour la prophylaxie et la prise en charge des patients atteints de formes légères à modérées de COVID-19 en Amérique latine et dans les Caraïbes : version abrégée. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55072/OPSIMSEIHCOVID-1921024\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55072/OPSIMSEIHCOVID-1921024_fre.pdf).

- 
36. Organisation panaméricaine de la Santé. Ongoing living update of potential COVID-19 therapeutics options: summary of evidence: rapid review, 5 April 2022. 35<sup>e</sup> édition. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52719>.
  37. Organisation panaméricaine de la Santé. Emergency use of unproven interventions outside of research: ethics guidance for the COVID-19 pandemic, 25 June 2020. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52429>.
  38. Organisation mondiale de la Santé. Emergency use of unproven clinical interventions outside clinical trials: ethical considerations. Genève : OMS ; 2022. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352902/9789240041745-eng.pdf>.
  39. Carracedo S, Palmero A, Neil M, et al. The landscape of COVID-19 clinical trials in Latin America and the Caribbean: assessment and challenges. Pan American Journal of Public Health 2020;44:e177. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53150>.
  40. Mansilla C, Herrera CA, Boeira L, et al. Characterising COVID-19 empirical research production in Latin America and the Caribbean: a scoping review. Plos One 2022;17(2): e0263981. Disponible sur : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263981>.
  41. Palmero A, Carracedo S, Cabrera N, et al. Governance frameworks for COVID-19 research ethics review and oversight in Latin America: an exploratory study. BMC Medical Ethics 2021;22(147). Disponible sur : <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-021-00715-2>.
  42. Organisation panaméricaine de la Santé. Accroissement de la capacité de production des médicaments et des technologies de la santé essentiels. 59<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 73<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 20 au 24 septembre 2021 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2021 (document CD59/8). Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd598-accroissement-capacite-production-des-medicaments-et-des-technologies-sante>.
  43. Organisation panaméricaine de la Santé. Accroissement de la capacité de production des médicaments et des technologies de la santé essentiels. 59<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 73<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 20 au 24 septembre 2021 ; session virtuelle. Washington, DC : OPS ; 2021 (résolution CD59.R3). Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/file/97130/download?token=vJLvH26C>.
  44. Organisation mondiale de la Santé. Strategy to achieve global COVID-19 vaccination by mid-2022. Genève : OMS ; 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/m/item/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022>.
-

45. Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19, Réunion spéciale du Groupe consultatif technique, août 2020 : cinquième réunion spéciale du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination, 4 août 2020. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur :  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53018/OPSFPLIMCOVID-19200020\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53018/OPSFPLIMCOVID-19200020_fre.pdf).
46. Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19, Réunion spéciale du GCT, novembre 2020 : sixième réunion spéciale du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination, 16 novembre 2020. Washington, DC : OPS ; 2020. Disponible sur :  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53285/OPSFPLIMCOVID-19210001\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53285/OPSFPLIMCOVID-19210001_fre.pdf).
47. Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19, XXVI<sup>e</sup> réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination, du 14 au 16 juillet 2021. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur :  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55103/OPSFPLIMCOVID-19210038\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55103/OPSFPLIMCOVID-19210038_fre.pdf).
48. Organisation panaméricaine de la Santé. COVID-19, XXVII<sup>e</sup> réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination : adaptation de la feuille de route du SAGE aux conditions de la Région des Amériques et à l'utilisation stratégique des doses de rappel anti-COVID-19, 27 janvier 2022. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur :  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55826/OPSFPLIMCOVID19220005\\_fre.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55826/OPSFPLIMCOVID19220005_fre.pdf).
49. Organisation panaméricaine de la Santé. Manual for Surveillance of Events Supposedly Attributable to Vaccination or Immunization in the Region of the Americas. Washington, DC : OPS ; 2022. Disponible sur :  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55945>.
50. Organisation panaméricaine de la Santé. Evaluation of the effectiveness of COVID-19 vaccines in Latin America and the Caribbean: generic protocol. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur :  
<https://www.paho.org/en/file/107445/download?token=z4cvE-51>.
51. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes et Organisation panaméricaine de la Santé. Health and the economy: a convergence needed to address COVID-19 and retake the path of sustainable development in Latin America and the Caribbean. Santiago : CEPALC ; 2020. Disponible sur :  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52535/PAHOHSSCOVID-19200027\\_eng.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52535/PAHOHSSCOVID-19200027_eng.pdf).

- - -