



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



51^e CONSEIL DIRECTEUR 63^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 26 au 30 septembre 2011

Point 8.5 de l'ordre du jour provisoire

CD51/INF/5 (Fr.)

15 août 2011

ORIGINAL : ANGLAIS/ESPAGNOL *

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

TABLE DE MATIÈRES

A.	Immunisation : défis et perspectives.....	2
B.	Mise en œuvre de la stratégie et plan d'action mondial sur la santé publique, innovation et propriété intellectuelle	6
C.	Avancées dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.....	11
D.	Mise en œuvre du Règlement sanitaire international.....	14
E.	Avancées vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé dans la Région des Amériques.....	18
F.	Examen des Centres panaméricains.....	27
G.	Initiative régionale pour la sécurité transfusionnelle et Plan d'action pour 2006-2010 : évaluation finale.....	33

* Version originale en anglais : sections D et G; version originale en espagnol sections A, B, C, E et F.

A. IMMUNISATION : DEFIS ET PERSPECTIVES

Antécédents

1. Le 50^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a pris connaissance du document de réflexion *Renforcement des programmes de vaccination* (CD50/14 [2010]) qui a été approuvé au moyen de la résolution CD50.R5, laquelle réitère les importantes réalisations enregistrées à ce titre dans la Région et invite instamment les États Membres à ratifier les programmes nationaux de vaccination comme un bien public, et à réaffirmer la vision et la Stratégie régionale de vaccination pour maintenir les acquis, achever les programmes en suspens et affronter les nouveaux défis dans ce domaine. La résolution appelle également à continuer d'épauler le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins.

Réalisations

2. Au niveau régional, la couverture vaccinale figure parmi les plus élevées du monde. En 2009, dans la Région des Amériques, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont effectué les estimations suivantes : pour le BCG, un taux de couverture de 94 % ; pour le VPO3, 91 % ; pour le DTC3, 92 % chez les nourrissons de moins d'un an ; enfin pour le vaccin ROR, 93 % chez les nourrissons âgés d'un an. Toutefois, en ce qui concerne le DTC3, 10 pays rapportent une couverture nationale de moins de 90 %, et en Amérique latine et dans les Caraïbes, 43 % des municipalités déclarent une couverture inférieure à 95 %.

Conserver les acquis

3. Depuis 1991, notre Région ne connaît pas de cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage. Depuis 2002, il n'y a pas de cas de rougeole autochtone et, depuis 2009, l'on n'a rencontré aucun cas de rubéole autochtone ni de cas de syndrome de rubéole congénitale. En 2010, 63 cas de rougeole ont été notifiés, qui étaient importés d'autres régions du monde, et 190 cas liés à des importations. En Argentine et au Brésil, les épidémies de rougeole constatées en 2010 étaient liées à des personnes ayant assisté à la coupe du monde de football en Afrique du Sud.

4. En 2010, la réintroduction de la poliomyélite dans des pays de régions du monde où cette maladie avait disparu, ainsi que l'importation de cas de rougeole, ont amené tous les États Membres à envisager le risque de réintroduction de ces maladies, la capacité de dépister à temps l'apparition de cas ou encore la réintroduction du virus, ainsi que la capacité de stopper de manière opportune et radicale l'apparition de cas secondaires.

5. La vaccination contre le virus *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) a permis de diminuer radicalement le nombre de cas et d'hospitalisations y relatifs, et l'on renforce actuellement les mesures permettant de calculer les effets du vaccin. Il est probable que de nombreux pays aient déjà réussi à éliminer les maladies envahissantes causées par le Hib.

Achever les programmes en cours

6. L'emploi du vaccin contre la grippe saisonnière dans les programmes de vaccination des États Membres est en augmentation, et 36 pays et territoires y ont déjà recours. Les enseignements tirés de la vaccination contre la grippe pandémique H1N1 2009 ont permis d'intensifier considérablement les vaccination des groupes à risque, surtout les femmes enceintes.

7. La vaccination contre la fièvre jaune est demeurée une priorité dans les États Membres où cette maladie est enzootique. En 2010, cet exercice a été entravé par la diminution de l'offre de vaccins chez les fabricants, une situation qui a commencé à être corrigée en 2011. L'on espère aujourd'hui que les États Membres se mettent à jour de la vaccination au sein de leur population à risque.

8. Chaque État Membre a élaboré un plan d'action pour atteindre ou maintenir une couverture vaccinale supérieure ou égale à 95 % à l'échelle municipale, et pour renforcer la surveillance épidémiologique. Dans ce contexte, l'appui technique et financier de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et des Centres de prévention et de contrôle des maladies (CDC) des États-Unis a été capital.

9. La Semaine de la vaccination aux Amériques (SVA) représente une occasion de maintenir la question de vaccination à l'ordre du jour des programmes politiques et sociaux des pays, mais d'atteindre aussi les populations vulnérables ou difficilement accessibles. L'année 2011 marque la neuvième édition de la SVA, qui a pour slogan "Fais vacciner ta famille, protèges la communauté". Toujours en 2011, quatre autres régions de l'OMS réalisent leur propre semaine de vaccination. La Région de l'Europe connaît sa sixième édition, la Région de la Méditerranée orientale, sa deuxième et, pour la première fois, les régions de l'Afrique et du Pacifique ouest connaissent leur Semaine de vaccination. L'OPS a fourni un appui technique aux autres régions au moyen d'ateliers, téléconférences et visites sur le terrain pour échanger du matériel, des données d'expériences et des enseignements. La Région d'Asie du sud-est s'est engagée à lancer sa propre initiative en 2012, ce qui nous rapproche de notre objectif, qui est de déclarer une semaine de vaccination à l'échelle mondiale.

10. Le risque de réintroduction ou de réapparition en Haïti de maladies évitables par la vaccination demeure présent, surtout en raison de la fragilité sanitaire occasionnée par le tremblement de terre et l'épidémie de choléra en 2010, ainsi que du nombre global de

personnes susceptibles. Face à cette situation, et sous la coordination du ministère haïtien de la Santé publique et de la Population, l'OPS a enjoint d'autres institutions et partenaires d'œuvrer conjointement au renforcement du programme de vaccination de ce pays.

Relever les nouveaux défis

11. Des avancées extraordinaires ont été réalisées en matière d'introduction de nouveaux vaccins, ce qui permet d'épargner des vies et d'économiser des frais. En 2010, l'on a constaté que 15 pays et territoires avaient introduit le vaccin anti-rotavirus dans leurs programmes systématiques, que 18 pays disposaient du vaccin anti-pneumocoque et que 5 pays disposaient du vaccin contre le virus du papillome humain. Au total, 16 pays ont des centres sentinelles de surveillance qui permettent d'évaluer l'effet de la vaccination et de dépister en temps voulu les changements de comportement épidémiologique des maladies.

12. Grâce à l'initiative ProVac, l'OPS a maintenu un appui technique aux États Membres portant sur tous les aspects décisionnels relatifs à de nouveaux vaccins, ainsi qu'un soutien aux études économiques.

13. En ce qui concerne les États Membres et partenaires techniques, des études ont été réalisées pour consolider les acquis de l'introduction de nouveaux vaccins et de l'efficacité par rapport à l'investissement, ainsi que l'impact épidémiologique et économique et la surveillance des événements néfastes. Ces études ont servi de référence sur le plan international.

14. Le fait de disposer d'informations adéquates et opportunes sur les populations vaccinées, la couverture, les besoins de vaccination et les matériels pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action représente l'un des grands défis que doivent affronter les programmes de vaccination. Avec l'appui de l'OPS, les États Membres ont encouragé la création de registres nominaux de vaccination informatisés. Certains pays maintiennent ces registres depuis quelques années, tandis que d'autres sont en train de les établir et de les mettre en application. Les États Membres se sont engagés à mettre en commun leurs données d'expériences et à travailler conjointement, ce qui laisse entrevoir que l'exploitation des registres nominaux de vaccination informatisés s'étendra prochainement à la Région tout entière.

Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins

15. À la fin 2010, 40 États Membres avaient acheté des vaccins, seringues et matériels par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (FR). En 2010, le FR a proposé 45 articles biologiques différents, le montant total des achats s'élevant à 510 millions USD.

Prochaines étapes

- a) Maintenir le statut de la vaccination comme bien public.
- b) Renforcer à tous les niveaux les mesures de surveillance épidémiologique et vaccinale face au risque de réintroduction de maladies évitables par la vaccination, déjà éradiquées ou éliminées de notre Région.
- c) Renforcer la communication, l'information et la sensibilisation sur les avantages offerts par les vaccins et la vaccination au sein de la population.
- d) Continuer d'apporter un soutien technique aux États Membres à partir du Bureau sanitaire panaméricain.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

16. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport intérimaire et de formuler des recommandations à cet égard.

B. MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION MONDIAL SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, INNOVATION ET PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

17. Ce rapport vise à fournir une vue d'ensemble de la façon dont la *Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle* (résolution WHA61.21 [2008]) est adaptée, à travers une perspective régionale (résolution CD48.R15 [2008]), à la Région des Amériques, en mentionnant les principales lignes d'action, d'accès, d'innovation et de gestion des droits de la propriété intellectuelle dans une perspective de santé publique.

18. Les principes régissant la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle exprimés dans la stratégie mondiale sont progressivement incorporés comme une partie intégrante des politiques nationales de médicaments, de recherche et d'innovation. Les mécanismes d'intégration sous-régionale comme l'Union des nations sud-américaines (UNASUR), l'Organisme andin de la santé (ORAS) et le MERCOSUR (et les États associés) ont adopté des éléments de la stratégie mondiale.

19. Les États Membres continuent d'occuper une position de leader dans le débat lié à la stratégie mondiale. Le groupe consultatif d'experts sur les mécanismes de financement et de coordination pour la recherche et le développement est d'une importance capitale. Sur les treize candidatures présentées par les États Membres de la Région des Amériques, le Conseil exécutif de l'OMS a intégré, en janvier 2011, quatre représentants (Argentine, Brésil, Canada et États-Unis) au Groupe consultatif.

20. La volonté politique et la coopération des États Membres et des principaux acteurs régionaux s'est transformée en mesures concrètes de coopération et en particulier, par la mise en réseau. Le Réseau d'évaluation des technologies des Amériques, récemment créé et dirigé par les autorités sanitaires nationales, réunit des experts des centres collaborateurs et des institutions compétentes de la Région pour renforcer la capacité des pays à soutenir les décisions d'intégration et d'innovation ainsi que le développement et l'utilisation des technologies de la santé dans les systèmes de santé. Grâce à la liste de distribution électronique bilingue ECONMED,¹ les autorités sanitaires ont accès à une information clé pour la gestion des technologies de la santé. Le Réseau panaméricain pour l'harmonisation des réglementations pharmaceutiques (Red PARF) rassemble les autorités de réglementation nationales afin de faciliter l'élaboration de normes et de directives de réglementation.² Les sujets que couvrent ces réseaux sont très

¹ Pour accéder aux documents, communications et documents publics distribués par le Conseil économique, veuillez consulter www.paho.org/econmed

² Pour visualiser la situation actuelle, les groupes historiques et actuellement actifs dans le réseau, rendez-vous sur le site web http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1054&Itemid=513&lang=es

divers et reflètent différentes priorités, allant de l'utilisation des plantes médicinales³ à la biotechnologie,⁴ de la santé et de l'innovation dans la Pan-Amazone⁵ jusqu'à la réalisation d'essais cliniques de grande envergure.

21. La Région continue de donner la priorité à la gestion des droits de propriété intellectuelle du point de vue de la santé publique. La Bolivie et le Paraguay ont adopté un instrument appelé « consentement préalable » pour évaluer la demande de brevet. La cession par les Instituts nationaux de santé des États-Unis d'un brevet lié à un médicament antirétroviral à l'ensemble commun de brevets, créée par le Mécanisme international d'achat de médicaments (UNITAID), se doit d'être saluée. Les flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent le commerce (ADPIC) ont été utilisées dans la Région : en Équateur avec l'utilisation de licences obligatoires par les autorités nationales et en Colombie avec l'annonce par le gouvernement de sa volonté d'utiliser le mécanisme d'importation parallèle.

22. Onze États Membres ont entrepris une analyse des cadres juridiques et institutionnels en matière de santé liés à la gestion des droits de propriété intellectuelle. Les informations recueillies sont analysées dans chaque pays sous la coordination des autorités de santé afin d'améliorer l'articulation du secteur de la santé avec d'autres secteurs dans la gestion des droits de propriété intellectuelle pour améliorer l'accès et la santé.⁶

23. Compte tenu de la demande officielle des pays de la Région, l'OPS a contribué à diverses activités relatives au commerce et à l'accès aux médicaments essentiels. Ces actions soutenaient l'organisation d'ateliers de formation en Amérique centrale et les Caraïbes en y intégrant la participation de représentants des ministères de la Santé et autres acteurs nationaux. Le ministère de la Santé de l'Argentine a reçu un soutien pour la mise en œuvre d'un parcours de santé publique et de propriété intellectuelle afin de former entre autres les fonctionnaires des ministères et des organismes de réglementation. La réalisation d'une étude sur les politiques pharmaceutiques, la réglementation de la

³ Information disponible sur :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1587&Itemid=513

⁴ Pour connaître le groupe de travail, les membres et les dernières publications, rendez-vous à

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1587&Itemid=513

⁵ Pour connaître les objectifs et la mission du réseau rendez-vous à

<http://panamazonica.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=19&item=4>

⁶ Brésil, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, El Salvador, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Panama et Pérou. Vous pouvez trouver des informations sur le projet et sur son champ d'application sur :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2781&Itemid=1178&limit=1&limitstart=2&lang=es

propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments ont également été soutenus en collaboration avec la CARICOM et d'autres pays des Caraïbes.⁷

24. Le regain d'intérêt dans la promotion de la création de systèmes nationaux d'innovation s'est traduit par la participation active des pays et des principaux acteurs dans le processus de consultation sur les aspects fondamentaux de la mise en œuvre de la stratégie mondiale. La réunion sur l'innovation pour combattre les maladies négligées dans le cadre du Forum mondial pour la santé qui s'est tenue à Cuba en novembre 2009 et la consultation réalisée au Panama en septembre 2009⁸ sur la promotion de la recherche et du développement des produits de santé sont des exemples incontestables de cet intérêt.

25. Le cadre réglementaire et le renforcement des capacités pour faciliter le transfert de technologie ont également été discutés lors d'une consultation tenue en Uruguay en octobre 2010⁹ ainsi que lors de celle qui a eu lieu au Mexique en mai 2011 sur la production de vaccins contre la grippe. La recherche de mesures d'incitation appropriées pour remédier au déficit d'innovation qui touche les secteurs les plus vulnérables de la population a également été abordée. La proposition de l'OPS d'organiser une incitation à l'innovation pour les maladies négligées et prioritaires a suscité l'intérêt des pays.

26. Les actions que les pays ont entrepris pour améliorer l'accès aux technologies de la santé se fondent sur le principe de l'intégration des interventions d'accès et d'innovation, telles que :

- a) l'intégration des systèmes d'approvisionnement d'El Salvador et de la République dominicaine ;
- b) l'expansion et l'amélioration de l'efficacité du financement public des médicaments par le biais du Programme de pharmacie populaire au Brésil ;
- c) l'augmentation de la transparence du marché pharmaceutique avec la création et l'utilisation des banques qui soutiennent l'achat de médicaments par le secteur public dans le Mercosur, l'Amérique centrale, le Pérou et la Colombie ;
- d) évaluation des mécanismes en vigueur en matière de réglementation sanitaire au Mexique par le biais de la Commission fédérale pour la protection contre les risques sanitaires (COFEPRIS) et, spécifiquement, du système de lien entre

⁷ Le rapport sur la situation de réglementation, de gestion de la propriété intellectuelle et de l'accès aux médicaments dans les pays de la CARICOM (et en République dominicaine) est en cours d'examen par les organes compétents de la CARICOM.

⁸ Un résumé de la réunion est disponible sur le site :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8796&Itemid

⁹ Vous pouvez trouver un résumé de la Réunion internationale sur le transfert de technologie et d'innovation en santé dans les Amériques sur le site :

http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=230

- brevets et médicaments dans le but d'obtenir l'accès aux médicaments et leur disponibilité sur le marché ;
- e) la promotion de l'utilisation rationnelle avec la création de programmes multidisciplinaires aux Bahamas, en Bolivie, au Nicaragua et au Paraguay ;
 - f) le soutien au Fonds renouvelable régional pour les fournitures de santé publique stratégiques des pays d'Amérique centrale dans les négociations et les achats groupés de médicaments coûteux, afin d'améliorer l'accès à ces intrants, et
 - g) le renforcement de la capacité de réglementation pour assurer la sécurité, l'efficacité et la qualité des médicaments dans les Caraïbes, en Colombie, à Cuba, au Honduras, au Panama et au Pérou.

27. La Région dispose à présent de quatre autorités de régulation de référence (résolution CD50.R9 [2010]) pour renforcer les capacités et les fonctions de réglementation dans les États Membres.

28. L'intégration des diverses initiatives et des zones de travail proposées par la stratégie mondiale implique des défis importants. Le fait de compter avec un espace d'échange d'informations fiables et pertinentes facilitera le renforcement des capacités nécessaires pour mener à bien toutes les activités impliquant les processus d'innovation pour la santé ainsi qu'un meilleur accès. Par conséquent, l'OPS, en collaboration avec les États Membres, les organisations internationales et les parties prenantes concernées, développe une plate-forme régionale d'accès et d'innovation pour la santé.¹⁰ Cette plate-forme servira d'instrument intégré et de canal pour la promotion de la coopération, le travail en réseau, la transparence et la circulation de l'information de manière à promouvoir la gestion, l'innovation, l'accès et l'utilisation rationnelle dans le domaine des technologies de la santé et dans l'échange des initiatives développées au sein de la stratégie mondiale.

29. Les États Membres de l'OPS ont montré un engagement important dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale. Le 49^e Conseil directeur de l'OPS a fourni des outils supplémentaires avec l'adoption de la *Politique sur la recherche pour la santé* (résolution CD49.R10 [2009])¹¹ et la résolution CD49.R19¹² (2009) sur l'élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté.

¹⁰ Disponible à l'adresse :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2168&Itemid=1178&lang=es

¹¹ La résolution CD49.R10 (2009), *Politique sur la recherche pour la santé*, [Internet] est disponible sur le site : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R10%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R10%20(Fr.).pdf)

¹² La résolution CD49.R19 (2009), *Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* [Internet] est disponible sur le site : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Fr.).pdf)

Mesure à prendre par le Conseil directeur

30. Le Conseil directeur est invité à prendre note de ce rapport et à formuler ses recommandations à cet égard.

C. AVANCÉES DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC

Antécédents

31. L'objectif du présent rapport sur l'état d'avancement consiste à fournir une actualisation en matière d'avancée des mesures de la lutte antitabac aux Amériques, dans le cadre de la résolution CD48.R2 (2008), du 48^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (1), et de la résolution CD50.R6 (2010), du 50^e Conseil directeur de l'OPS (2).

Rapport sur l'état d'avancement

32. Saint-Vincent-et-les-Grenadines (octobre 2010) et Saint Kitts-et-Nevis (juin 2011) ont ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT), ce qui porte le nombre total à 29 États parties (83% du total des États Membres de l'OPS).

33. El Salvador, le Mexique et le Panama ont augmenté les taxes sur le tabac, bien que celles-ci ne représentent pas encore 75% du prix de vente au détail ; de fait, seuls deux pays ont atteint cet objectif (l'Argentine et le Chili).

34. Onze pays ont adopté une législation nationale (ou infranationale, englobant 90% de la population) interdisant de fumer dans tout lieu fermé, tant public que professionnel, sans exception. L'Argentine, la Barbade, le Honduras et le Venezuela sont les quatre derniers pays qui sont venus rejoindre le Canada, la Colombie, le Guatemala, le Panama, le Pérou, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay. Un seul pays (le Paraguay) a enregistré un recul en introduisant une dérogation au décret sur ce thème, en raison de l'action en justice intentée par l'industrie du tabac¹³.

35. Seize pays ont adopté des réglementations sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac, qui sont en parfaite adéquation avec la CCLAT, bien que deux de ces pays n'incluent pas d'images dans les avertissements. L'Argentine, le Honduras et le Nicaragua sont les derniers pays à avoir rejoint ce groupe. Le Paraguay a enregistré un recul car une dérogation a été introduite au décret sur ce thème, en raison de l'action en justice intentée par l'industrie du tabac. La date limite pour l'application de l'article pertinent de la CCLAT arrivera à expiration fin 2011 pour douze pays¹⁴.

¹³ Les Assemblées législatives de l'Équateur et du Salvador ont approuvé des lois qui établissent des milieux exempts de fumée à 100% en adéquation avec la CCLAT de l'OMS, mais à la date de clôture du présent rapport (11 juillet 2011), les Présidents de la République des États Membres correspondant ne les avaient pas signées et le délai pour leur signature (ou pour leur veto) n'est pas encore arrivé à échéance.

¹⁴ Les Assemblées législatives de l'Équateur et du Salvador ont approuvé des lois qui établissent des avertissements sanitaires en adéquation avec la CCLAT de l'OMS, mais à la date de clôture du présent

36. Même si le Honduras et le Nicaragua ont limité partiellement la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac, et que l'Argentine s'est jointe au groupe de pays qui ont imposé d'amples restrictions; les deux seuls pays à avoir instauré une interdiction globale sont la Colombie et le Panama¹⁵. La date limite pour l'application de l'article pertinent arrivera à expiration fin 2011 pour vingt pays.

37. On a pu observer au cours des dernières années une augmentation du nombre et de l'intensité des actions intentées par l'industrie du tabac à l'encontre des politiques de lutte antitabac. L'OPS collabore étroitement avec des organisations de la société civile pour offrir une assistance technique immédiate et adéquate aux États Membres sur ce thème, dans le cadre de l'Article 5(3) de la CCLAT.

38. S'agissant des thèmes transversaux du genre et des droits de l'homme, l'OPS, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les Centres pour la prévention et le contrôle des maladies des États-Unis (CDC), continue à soutenir le Système mondial de surveillance du tabagisme, moyennant l'utilisation d'un protocole standard permettant de disposer de données ventilées par sexe pour tous les composants du Système. Elle a également offert son assistance technique pour l'application des mesures de lutte antitabac avec une approche des droits de l'homme; cette assistance s'est avérée tout à fait appropriée pour contribuer à contrecarrer l'interférence de l'industrie du tabac, qui cherche à s'opposer aux mesures favorisant des environnements exempts de fumée de tabac.

Mesures visant à améliorer la situation

39. Le thème de la lutte antitabac continue d'être une priorité, d'autant que la mise en œuvre globale de la CCLAT permettra de conserver la santé des personnes et de sauver d'innombrables vies, à long terme et à court terme, comme le démontrent les études révélant une diminution significative de l'incidence de l'infarctus aigu du myocarde aussitôt après l'application de politiques sur les environnements exempts de fumée de tabac.

40. Attendu que 80% des États Membres sont légalement liés par le Traité, il est fondamental d'encourager l'inclusion du thème de la lutte antitabac aux plans de coopération avec le pays, et de stimuler le recours au mécanisme de collaboration moyennant la coopération technique entre pays.

rapport (11 juillet 2011), les Présidents de la République des États Membres correspondant ne les avaient pas signées et le délai pour leur signature (ou pour leur veto) n'est pas encore arrivé à échéance.

¹⁵ Les Assemblées législatives de l'Équateur et du Salvador ont approuvé des lois qui établissent une large interdiction de la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac en adéquation avec la CCLAT de l'OMS, mais à la date de clôture du présent rapport (11 juillet 2011), les Présidents de la République des États Membres correspondant ne les avaient pas signées et le délai pour leur signature (ou pour leur veto) n'est pas encore arrivé à échéance.

41. Il est nécessaire de jouer un rôle plus actif au niveau national afin de contribuer à établir ou à renforcer les unités de coordination et les unités responsables du thème de la lutte antitabac.

42. Les actions de l'industrie du tabac requièrent en général des mesures rapides et coordonnées entre les États Membres de l'OPS/OMS. L'Organisation se doit de divulguer amplement les diverses modalités de coopération technique disponibles pour chaque cas de figure, tout en promouvant la coordination des autres acteurs gouvernementaux et de la société civile afin d'optimiser les interventions. En ce sens, il est indispensable que l'appui aux gouvernements qui se heurtent aux actions intentées par l'industrie du tabac soit coordonné par l'Organisation, et que soit promu l'échange des expériences entre les États parties.

43. Il est recommandé d'inclure le thème de la lutte antitabac en tant que composant de projets plus vastes, d'autant que cette lutte pourrait profiter à de nombreux autres thèmes comme les maladies chroniques non transmissibles, la santé maternelle et infantile, et bien d'autres encore, tout en contribuant à mobiliser de nouvelles sources de financement. Il est également important de poursuivre et d'approfondir l'inclusion de la perspective du genre et des droits de l'homme et la protection de la santé sur les lieux de travail dans le programme de lutte antitabac.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

44. Il est demandé au Conseil directeur de prendre note du présent rapport sur l'état d'avancement et de déterminer que ce rapport devra être présenté tous les deux ans, et coïncider avec la fin d'une période biennale.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques [internet]. 48^e Conseil directeur de l'OPS, 60^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2008 (résolution CD48.R2) [consulté le 22 mars 2011]. Disponible à : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48.r2-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement de la capacité des États Membres à mettre en œuvre les dispositions et lignes directrices de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2010 (résolution CD50.R6) [consulté le 22 mars 2011]. Disponible à : http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8952

D. MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Introduction

45. Le présent rapport a pour objectif de rendre compte des progrès accomplis par les États Membres de la Région des Amériques et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour honorer leurs obligations et engagements en matière de mise en œuvre du Règlement sanitaire international depuis le dernier rapport présenté au 50^e Conseil directeur qui s'est réuni en 2010 (document CD50/INF/6).

Promotion des partenariats régionaux et mondiaux

46. Dans les domaines de la transparence, de la responsabilité partagée et de l'entraide, les États parties prennent peu à peu le contrôle et se conforment à l'esprit du Règlement, motivés également par les mécanismes et initiatives d'intégration existant à l'échelle sous-régionale. Tout en reconnaissant les avantages d'une telle démarche, l'OPS continue de promouvoir ces mécanismes et initiatives tout en y collaborant. En outre, elle continue de renforcer ses liens de coopération avec d'autres organisations internationales et institutions à caractère technique qui sont connues pour leur rôle essentiel d'appui à la mise en œuvre du Règlement.

Renforcement des systèmes nationaux de prévention, surveillance, contrôle et riposte vis-à-vis des maladies et de sécurité de la santé publique dans les voyages et les transports

47. À l'échelle des pays, les Plans d'action nationaux (PAN) relatifs au RSI sont les pierres angulaires de la mise en œuvre de ce Règlement. Par ailleurs, au moins 10 des 28 États parties qui ont élaboré de tels plans ont réalisé l'exercice d'établissement des coûts y relatifs. Parmi les éléments d'appui que l'OPS fournit aux pays au titre de la mise en œuvre de leur PAN figurent les suivants : a) conclusion et rectification du PAN ; b) renforcement du Bureau du point focal national pour le RSI (PFN) au moyen de l'élaboration de procédures opérationnelles permanentes, de la formation à l'utilisation de l'annexe 2 du Règlement, de missions d'étude auprès du point de contact RSI de l'OMS pour la Région au siège de l'OPS et de la présentation de la plateforme informatique pour la gestion d'événements avec le concours des ministères de la Santé du Brésil et du Chili ; c) formation des équipes d'intervention rapide ; et d) désignation des compétences pour l'épidémiologie de terrain.

48. L'OPS a offert son assistance aux missions de pays pour faciliter la mise en œuvre des dispositions du RSI aux points d'entrée, en particulier pour le processus de désignation de ports, en favorisant les échanges intersectoriels entre les responsables de

la santé publique et les autorités des points d'entrée ainsi que d'autres ministères (par ex. ministères des transports, de la défense, entre autres), tout en soulignant l'importance d'allier les attributions de santé publique à un processus rentable de désignation des points d'entrée. Avec le concours du Gouvernement espagnol, l'OPS a facilité la traduction de documents de référence sur la mise en œuvre du RSI aux points d'entrée.

49. Bien que les États parties se soient engagés à établir des capacités de base pour la surveillance et les interventions, y compris aux points d'entrée, d'ici juin 2012, il est peu probable que tous les pays de la Région arrivent à respecter ce délai. Ce dernier devrait être considéré comme une cible qui permettra de maintenir la dynamique et de faire progresser un processus de préparation durable et constant, où les pays adaptent les enseignements tirés et les pratiques optimales fondées sur des preuves.

Renforcement des systèmes régionaux et mondiaux d'alerte et d'intervention de l'OPS/OMS

50. L'OPS a continué d'honorer ses obligations contractées en qualité de point de contact RSI de l'OMS pour la Région des Amériques, et a contribué au processus de gestion d'événement de santé publique : détection et évaluation du risque, intervention et communication du risque. Au total, entre le 1^{er} janvier et le 3 novembre 2010, 110 événements de santé publique qui auraient pu avoir une répercussion internationale ont été détectés et évalués. Pour 60 des événements retenus, des vérifications ont été sollicitées et obtenues auprès du PFN.

51. L'OPS a aidé les autorités nationales à réagir face à une épidémie nosocomiale de la peste pulmonaire dans un foyer de peste notoire au Pérou en août 2010. L'OPS a également soutenu Haïti et la République dominicaine après la réintroduction du choléra en Haïti en octobre 2010. En effet, plus de 100 experts ont été dépêchés pour soutenir les efforts de lutte contre le choléra, y compris ceux mobilisés par le biais du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN par son sigle en anglais). Parmi les institutions et les gouvernements qui ont contribué substantiellement aux interventions figurent les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (États-Unis), l'Agence de la santé publique du Canada, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, l'Institut de veille sanitaire (France), les ministères de la Santé du Brésil, du Pérou et de l'Espagne, enfin le Gouvernement de Cuba. Ce pays a déployé 1.500 personnels supplémentaires pour renforcer sa présence, déjà considérable, et les gouvernements de l'Argentine, du Brésil, de l'Équateur et du Pérou en ont fait de même.

Préservation des droits, obligations et procédures, réalisation d'études et suivi des progrès

52. En Amérique centrale et dans les Caraïbes, la révision et/ou la modification du régime juridique national pour assurer sa compatibilité et sa conformité aux dispositions du RSI demeure difficile.

53. En 2010, seuls cinq États parties de la Région n'ont pas transmis de confirmation ou d'actualisation annuelle des coordonnées de leur point focal national pour leur plan national. Au 31 janvier 2011, la liste d'experts en RSI comprenait 75 experts de la Région des Amériques.

54. À la même date, 379 ports de 17 États parties de la Région des Amériques étaient autorisés à délivrer des patentes de santé. La liste des ports agréés est régulièrement mise à jour et publiée en ligne.¹⁶

55. En 2010, huit États parties de la Région ont fait rapport à l'OMS sur leurs exigences de vaccination vis-à-vis des voyageurs. Ces données ont été intégrées à l'édition 2011 de la publication de l'OMS intitulée *Voyages internationaux et santé*.¹⁷

56. Rappelant que le RSI témoigne de l'engagement des États parties en faveur du renforcement des capacités de surveillance et d'intervention conjointement avec la garantie d'une responsabilité¹⁸ mutuelle, à ce jour, il n'existe aucune obligation légale quant au modèle que doivent adopter les États parties pour présenter leur rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS). Consciente du fait que, conformément à l'article 54, le suivi de l'application du RSI doit englober la Règlementation dans son ensemble, entre 2007 et 2009, plusieurs outils de surveillance, se concentrant principalement sur les capacités de base, ont été développés dans le monde et dans la Région. Par conséquent, des options de présentation des rapports ont été proposées en vue de faciliter la capacité des États parties à respecter leurs obligations de déclaration à la soixante-cinquième AMS. Les pays membres de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR) ont convenu en mai 2011 d'utiliser l'ensemble des outils ayant été élaborés et validés dans le cadre du Marché Commun du Sud (MERCOSUR) pour la communication des rapports lors de la Soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé.

¹⁶ Disponible sur le site suivant http://www.who.int/ihr/ports_airports/portslanding/fr/index.html.

¹⁷ OMS. "Voyages internationaux et santé", Edition 2011, <http://www.who.int/ith/fr/>.

¹⁸ Global Health Security and the International Health Regulations. Andrus JK, Aguilera X, Oliva O, Aldighieri S. BMC Public Health. 2010 Dec 3;10 Suppl 1:S2.

Comité d'examen du RSI

57. Le Comité d'examen du RSI¹⁹ a été convoqué en vertu de la résolution WHA61.2 (2008) à la suite de la proposition formulée par le Directeur général à l'intention du 126^e Conseil exécutif, concernant un examen du fonctionnement du RSI durant la pandémie (H1N1) de 2009. Les principales conclusions et recommandations du Comité d'examen ont été présentées lors de la Soixante-quatrième AMS et sont contenues dans le rapport final du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la pandémie (H1N1) 2009 (ci-après dénommé Rapport final).²⁰

58. Les trois principales conclusions formulées par le Comité d'examen dans le Rapport final sont les suivantes : a) le RSI a contribué à améliorer l'état de préparation internationale à des urgences de santé publique, bien que les capacités de base visées à l'annexe 1 du RSI et qui ont été réclamées avec instance ne sont pas encore entièrement fonctionnelles à tous les échelons du système de santé publique et ne sont pas en voie d'être mises à contribution à l'échelle mondiale ; b) durant la pandémie, l'OMS a convenablement réagi à plusieurs titres, connu des difficultés systémiques et fait preuve de certaines carences ; le Comité d'examen n'a fait état d'aucune faute avérée ; c) le monde entier demeure peu préparé à réagir à une grave pandémie de grippe ou à tout autre événement international de santé publique similaire ; en sus de la mise en place des capacités de base, d'autres éléments pourraient contribuer à un meilleur état de préparation à l'échelle mondiale.

59. L'Assemblée a exhorté les États Membres, par le biais de la résolution WHA 64.1, à soutenir la mise en œuvre des recommandations contenues dans le Rapport final du Comité d'examen du RSI.²¹

¹⁹ D'autres informations sur le RSI sont disponibles sur le site suivant : http://www.who.int/ihr/review_committee/fr/index.html.

²⁰ OMS. 64^e Assemblée mondiale de la Santé, document A64/10, 2011, « Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009 », http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf.

²¹ OMS. 64^e Assemblée mondiale de la Santé, résolution WHA64.1, 2011, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R1-fr.pdf.

E. AVANCEES VERS LA REALISATION DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT RELATIFS A LA SANTE DANS LA REGION DES AMERIQUES

Introduction

60. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD),²² établis en 2000 par les 189 pays membres des Nations Unies aux termes de la Déclaration des Nations Unies, ont été réaffirmés lors du Sommet de 2010. Les États membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont déclaré leur engagement sans équivoque en faveur de la réalisation des objectifs fixés pour donner suite aux [OMD](#), avec la conviction que la santé est une composante essentielle du développement social, économique et politique. L'Organisation a jugé que la meilleure façon d'avancer vers l'atteinte de ces objectifs consiste à renforcer l'équité dans le domaine de la santé, tant entre les pays qu'à l'intérieur de ceux-ci, en accordant la priorité aux régions et aux groupes vulnérables, ainsi qu'aux populations qui vivent dans la pauvreté. Les OMD et les objectifs qui y sont rattachés, représentent des volets clés de l'engagement de l'[OPS](#) en faveur des politiques de santé assorties de résultat quantifiables.

61. Le présent rapport se fonde sur les engagements pris durant le 45^e Conseil directeur tenu en 2004, lequel a adopté la résolution [CD45.R3](#) qui traite des OMD et des Objectifs de la santé ([CD45/8](#)) ; le rapport de l'Assemblée mondiale de la Santé [A63/7](#) (2010) et la résolution [WHA63.15](#) (2010) ; la résolution relative au Sommet du Millénaire adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies ([A/RES/65/1](#) [2010]), en ce qui a trait à la région des Amériques. Le rapport propose en outre des actions stratégiques pour les quatre prochaines années.

Antécédents

62. En 2010, les quatre cinquièmes du délai imparti pour la réalisation des OMD (1990-2015) ont été atteints. Bien que la région des Amériques semble être sur la voie d'atteindre les OMD dans le domaine de la santé, il est important de reconnaître que la moyenne régionale tend à dissimuler les grandes disparités entre les pays en développement et à l'intérieur de ceux-ci ; en outre le rythme selon lequel les objectifs sont réalisés varie d'un pays à l'autre, indépendamment du niveau de développement de ce dernier.

²² Il s'agit de huit objectifs de développement humain qui traitent de l'élimination de la pauvreté, de l'éducation primaire et universelle, de l'égalité entre les sexes, de la réduction de la mortalité infantile, de l'amélioration de la santé maternelle, du contrôle de l'infection par le VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies, de l'environnement durable et de l'encouragement d'une association mondiale pour le développement.

63. Selon les estimations de la Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe ([CEPAL](#)), entre 2003 et 2008, la proportion de personnes qui vivent dans des conditions de pauvreté dans la région d'Amérique latine et de la Caraïbe a chuté de 11% pour passer de 44% à 33%, de même que la proportion de personnes vivant dans des conditions de pauvreté absolue est passée de 19% à 13%. En dépit de ces avancées, on calcule que pour 2008, il existait 180 millions de personnes vivant dans des conditions de pauvreté et 71 millions vivant dans des conditions de pauvreté absolue. C'est pourquoi dans le Rapport interinstitutionnel des OMD ([Informe Interagencial de los OMD](#)), il a été décidé de mettre en relief trois aspects de l'égalité : l'égalité de droits, la réduction des écarts et le bien-être des générations futures, grâce à un développement durable (I-2).

64. À partir de l'adoption de la résolution [CD45.R3](#) de 2004, les pays ont mené des activités avec l'appui des différents secteurs techniques de l'Organisation, en mettant l'accent sur l'évaluation, la qualité et le suivi des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs. De surcroît, les pays se sont engagés à travers divers documents, à :

- a) diminuer les inégalités à l'échelle sous-nationale (en 2006 [CD47/INF/2](#), [CD47/INF/1](#) et en 2007 [CSP27/14](#)) ;
- b) réduire la pauvreté et la faim (RIMS [CD46/14](#) [2005], [CD48/19, Rev. 1](#) [2008]) ;
- c) améliorer la nutrition (en 2006 [CD47/18](#), [CD47.R8](#) et en 2009 [CD49/23, Rev.1](#)) ;
- d) réduire les inégalités entre les sexes ([CD46/12](#) [2005]) ;
- e) réduire le taux de mortalité infantile (en 2006 [CD47/12](#), [CD47/11, Rev. 1](#), [CD47.R19](#), [CD47.R10](#) et en 2008 [CD48/7](#), [CD48.R4, Rev. 1](#)) ;
- f) améliorer la santé maternelle ([WHA55.19](#)²³ [2002] y [A57.13](#) [2004]) ;
- g) combattre l'infection au VIH/SIDA (en 2005 [CD46/20](#) y [CD46.R15](#)), le paludisme ([CD46/17](#) [2005] et en 2007 [CSP27/9](#) et [CSP27.R11](#)) ; la tuberculose (en 2005 [CD46/18, Rev. 1](#) et [CD46/R12](#)) ;
- h) encourager le développement durable (en 2008 [CD48/16](#), [CD48/16, Add.II](#) et en 2010 [CD50/19](#), [CD50/19, Add. I](#) et [CD50/19, Add. II](#)) ;
- i) encourager les systèmes de santé fondés sur l'octroi de soins primaires et en réponse aux déterminants de la santé (en 2008 [CD48/14, Rev. 1](#), [CD48/14, Add. II](#) et en 2009 [CD49.R22](#)) ;
- j) renforcer les statistiques de l'état civil et de la santé ([CD48/9](#) [2008], [CD49/16](#) [2009], en 2007 [CSP27/13](#), [CSP27.R12](#) et [CD50/INF/6](#) [2010]).

²³ Ce document n'est disponible qu'en anglais pour le moment.

65. Ce rapport d'activité se fonde sur les données fournies par ses États Membres et publiées chaque année par l'OPS dans le cadre de ladite Initiative régionale de données de base essentielles et profils de santé (CD45/14 [2004] et CD50/INF/6 [2010]), ainsi que sur les données créés à l'échelle mondiale par le groupe interinstitutions des Nations Unies chargé du suivi des OMD et qui reflètent les chiffres normalisés fondés sur des projections démographiques ou des données ajustées (1-3).

Analyse de la situation actuelle

66. Le stade de réalisation des OMD varie d'un pays à l'autre et en fonction de chaque objectif.

67. Aux fins du présent rapport, ont été pris en compte aussi bien l'information fournie par les pays (dénommée OPS) provenant des registres réguliers et de calculs émanés du pays lui-même, que les estimations faites par la Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe (CEPAL/CELADE) responsable du groupe interinstitutions.^{24,25,26,27}

68. Il a été mené une analyse avec l'information recueillie pour la période allant de 1990 à 2009 équivalent à 76% du temps consacré à l'atteinte des OMD. Au nombre des problèmes ayant des incidences sur l'utilisation de l'information provenant des systèmes réguliers, figurent principalement le manque de couverture du numérateur et/ou du dénominateur des indicateurs. Ceci force le recours aux calculs élaborés par les pays et les institutions internationales qui ne coïncident pas toujours.²⁸

²⁴ Organisation panaméricaine de la Santé et analyse de la santé : situation de la santé dans les Amériques : indicateurs de base pour la période de 2004 à 2010. Washington (D.C.) E.U.

²⁵ Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe/ Centre latino-américain et antillais de démographie. Taux de mortalité infantile calculés sur une période de cinq ans. Pays de l'Amérique latine 1950-2050 [Internet]. CEPAL/CELADE. Santiago, Chili (consulté le 1^{er} novembre 2010). Disponible à l'adresse : http://www.eclac.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

²⁶ Institut métrique de la santé et d'évaluation : Santé néonatale et post natale, enfance et taux de mortalité des moins de 5 ans dans 187 pays, 1970-2010 : une analyse systématique des progrès réalisés vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, Objectif 4 [Internet]. IHME; 2010 [consulté le 1er novembre 2010]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.healthmetricsandevaluation.org/resources/datasets/2010/mortality/results/child/child.html>

²⁷ Fonds des Nations Unies pour l'enfance/Organisation mondiale de la Santé/Banque mondiale/Division de la population des Nations Unies. Le Groupe inter institutions pour les estimations de mortalité infantile : tendances des taux de mortalité infantile (1960-2009) [Internet]. IGME ; 2010 [consulté le 1^{er} novembre 2010]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.childinfo.org/mortality_imrcountrydata.php.

²⁸ L'OPS mène une stratégie visant à renforcer les statistiques de l'état civil et de la santé (CD48/9 [2008]) qui comprend deux composantes : a) le travail réalisé avec les pays pour renforcer et améliorer la production de données statistiques et b) la coordination avec des institutions internationales pour éviter le double emploi et l'utilisation de techniques ou d'hypothèses différentes au moment de calculer les indicateurs.

69. L'Objectif 4 est analysé à partir des données de l'OPS, sur la base du taux de mortalité des enfants âgés de moins d'un an, étant donné que c'est dans ce groupe d'âge qu'on enregistre 80% des décès au sein du groupe de mineurs de moins de cinq ans.

70. Le taux de **mortalité infantile** continue de chuter dans la région. En 1990, le taux de mortalité infantile (TMI) a été de 42 pour 1000 naissances vivantes (n.v.) en Amérique latine et dans la Caraïbe et de 19 pour 1000 n.v. en 2009, soit une réduction de 55% et une moyenne annuelle de réduction de 2,9% (4). On calcule qu'en 2009, 199 000 décès ont été enregistrés parmi les enfants dans les Amériques. Au nombre des mesures relatives à la santé publique qui ont contribué à cette diminution, on peut citer les progrès en matière de stratégie de soins primaires de santé ayant un fort impact et à faible coût ; les programmes universels et gratuits de vaccination systématique ; la thérapie de réhydratation orale ; le contrôle de la croissance et du développement des enfants ; l'élargissement de la couverture des services de base, spécialement l'eau potable et les conditions d'hygiène ; l'amélioration des niveaux d'éducation de la population, particulièrement des femmes ; la diminution de la fécondité et la réduction de la pauvreté.²⁹ Il sied de souligner qu'il existe dans la région une grande hétérogénéité entre les pays et entre les groupes de population et les territoires à l'intérieur des pays eux-mêmes.

71. Sur la base des chiffres officiels recueillis par l'OPS de ses pays membres, les TMI les plus faibles sont observés au Canada, au Chili, au Costa Rica, à Cuba, aux États-Unis d'Amérique et en Uruguay (entre 6 et 10 mille n.v. selon la série utilisée) ; la Bolivie et Haïti accusent les niveaux les plus élevés (entre 50 et 80 pour 1000 n.v., selon la série), chiffres qui sont huit fois plus importants que dans les pays où ces taux sont les plus faibles.

72. Dans les pays de la Caraïbe (anglophones et francophones), les séries sont plus instables parce qu'il s'agit de populations réduites où règne une situation plus homogène que dans les pays latino-américains. Les départements français d'outre-mer dans l'Amérique (Guadeloupe, Guyane française et Martinique) et Anguilla présentent les TMI les moins élevés (moins de 10 pour 1000 n.v.) tandis que le Guyana, le Suriname et Trinité-et-Tobago accusent les taux les plus élevés de la sous-région (entre 40 et 20 pour 1000 selon les différentes estimations).

²⁹ Cette assertion se fonde aussi sur le paragraphe 4 de ce même document. En 1990, on comptait 200 millions de pauvres et 93 millions de personnes vivant dans des conditions de pauvreté absolue ; en 2007, il existait 184 millions de pauvres et 68 millions vivant dans des conditions de pauvreté absolue. En 2008, en raison de la crise alimentaire, la pauvreté a diminué pour passer à 180 millions, mais la pauvreté absolue a augmenté pour passer à 71 millions. Par conséquent, conformément aux données correspondant à 2008 et fournies par la CEPAL, le nombre de personnes qui vivent dans des conditions de pauvreté absolue a augmenté ; mais on peut aussi affirmer que la pauvreté a chuté depuis 1990 (de 11 points pour passer à 20 millions de personnes).

73. Le taux de **mortalité maternelle** a diminué dans la région, mais avec différentes tendances dans les pays. En 1990, le ratio de mortalité maternelle (RMM) a été de 140 pour 100 000 naissances vivantes en Amérique latine et dans la Caraïbe et de 84 en 2008, soit une réduction de 40%, avec une moyenne annuelle de réduction de 3% depuis 1990. On calcule qu'en 2008, ont été enregistrés 10 242 décès maternels dans les Amériques. (5)

74. Sur la base des chiffres officiels recueillis par l'OPS de ses pays membres, a été analysé le changement du pourcentage dû au taux de mortalité maternelle (RMM), en prenant pour base le RMM disponible en 2000 et en le comparant au chiffre le plus récent disponible entre 2005 et 2009. Si un pays ne disposait pas d'un RMM en 2000, était utilisé à titre optionnel le chiffre de 1999 et celui de 2001.

75. Cette tendance à la diminution est observée dans 15 pays de la région, qui accusent divers niveaux de progrès fluctuant entre 2,9% et 44,3%. D'autre part, il existe des pays qui ont rapporté des augmentations, lesquelles ont été en grande mesure reflétées par une amélioration de la surveillance des décès maternels comme par exemple, une plus grande compréhension des causes indirectes des décès relevés au Canada, aux États-Unis et en République dominicaine. Il est important de souligner que pour 2009, et en raison de l'épidémie de A (H1N1) 2009, une hausse de la mortalité maternelle dans quelques pays est attendue.

76. Il est important de noter que dans plusieurs pays, l'élargissement de la couverture de soins prénatals, les soins durant l'accouchement par un personnel formé, l'accès et le recours aux médicaments anticonceptionnels et une surveillance accrue de la mortalité maternelle sont des stratégies qui contribuent à leur diminution. Néanmoins, bien que l'indicateur de mortalité maternelle se soit amélioré, l'analyse est rendue difficile en raison de la rareté d'information dans les séries, que ce soit au sujet de la taille des populations et/ou du peu de disponibilité de sources qui couvrent toutes les années prévues pour l'analyse de l'OMD. Il faut aussi mettre en relief que la réduction du taux de mortalité maternelle continue d'être en suspens et qu'une grande partie des pays de la région n'a pas pu atteindre l'objectif dans le délai imparti.

77. Pour ce qui est du calcul du nombre de nouvelles infections au **VIH** pour les pays de la région, on observe en général une diminution du taux de morbidité, avec des tendances différentes du taux de mortalité (6). Pour 2009, environ 7% du total des nouvelles infections au VIH à l'échelle mondiale, soit 179 000 cas avaient été dépistés dans la région ; de ce nombre, 92 000 étaient recensés en Amérique latine, 70 000 en Amérique du Nord et 17 000 dans la Caraïbe (3). Il incombe à l'ONUSIDA d'assurer le suivi des objectifs 6A et 6B.

78. À l'échelle mondiale, l'épidémie n'a pas encore été enrayée, ni renversée. Cependant, dans certaines régions, l'épidémie semble vouloir se stabiliser. Sur le continent américain, l'épidémie continue d'être focalisée parmi les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, les ouvriers et ouvrières, ainsi que parmi des groupes de personnes qui s'injectent des stupéfiants. Selon le rapport d'activité pour 2010 de l'OMS, de l'ONUSIDA et de l'UNICEF, parmi les pays à revenus faibles ou moyens, en 2009, l'Amérique latine et la Caraïbe représentaient la région bénéficiant de la plus large couverture de traitement antirétroviral avec une couverture de 50% et une augmentation de 2% comparativement à 2008. Dans le cas des enfants âgés de moins de 15 ans, cette couverture de traitement antirétroviral est passée de 40% à 58% de 2005 à 2009. Depuis 2005 à 2009, la couverture de prophylaxie antirétrovirale chez les femmes enceintes en Amérique latine et dans la Caraïbe a augmenté de 43% à 54% tandis que chez les enfants nés de femmes infectées par le VIH, elle est passée de 39% à 48% (6).

79. Pour la période 2000-2009, la Région a rapporté une réduction de 52% de morbidité due au **paludisme** et 61% de réduction de la mortalité due à cette maladie. Des 21 pays où la malaria est endémique, 18 ont pu la réduire vers 2009 et de ce chiffre, neuf d'entre eux ont enregistré des réductions majeures de 75%, tandis que cinq d'entre eux ont connu des réductions excédant 50%. À partir de 2005, il y a eu une diminution soutenue de la transmission dans les Amériques. (7)

80. Pour ce qui est de la **tuberculose**, des progrès ont été enregistrés dans 23 pays de la région. Néanmoins, la résistance à de multiples médicaments continue de poser un défi. Le rapport de l'OMS pour 2010 sur le contrôle de la tuberculose (qui recueille les données rapportées par les pays de la région) indique un taux annuel de réduction de 4% de l'incidence de la tuberculose dans les Amériques, région qui a connu le taux de réduction le plus élevé enregistré dans le monde. En même temps, la région des Amériques a déjà atteint les objectifs proposés pour 2015, à savoir une réduction de 50% des taux de prévalence et de mortalité due à la tuberculose. (8)

81. Pour ce qui est d'un **accès durable à l'eau sans risque pour la santé**, il incombe à l'UNICEF et à l'OMS de gérer cet aspect en leur qualité d'organismes qui, par le truchement du Programme commun de suivi (JMP-Joint Monitoring Program), utilisent l'information recueillie par des enquêtes de foyers et de recensements, à l'aide de définitions normalisées pour assurer la comparabilité dans le temps et entre pays. Sur le plan régional, selon les données disponibles pour 2008 sur le JMP, on a enregistré un taux d'accès de 93% à des sources améliorées d'eau (97% dans les zones urbaines et 80% dans les zones rurales). L'enjeu est plus important parmi les habitants recevant les quintiles de revenus les plus faibles. Le JMP renforcera la tâche de suivi au moyen de la ventilation des données, ce qui permettra de préciser les définitions des sources d'accès à l'eau renforcée et une plus grande attention sera prêtée à l'évaluation de la qualité de l'eau. On procède à l'élaboration d'indicateurs postérieurement à 2015 sur le droit à l'eau

potable et à l'hygiène, lequel a été récemment déclaré droit fondamental par l'Assemblée générale des Nations Unies. (9)

82. En ce qui concerne **l'assainissement de base**, selon les données pour 2008 provenant du JMP, il existe dans la région une couverture d'assainissement de base améliorée de 80%. Pour les zones rurales, cette couverture se porte seulement à 55% ; c'est pourquoi il est indispensable de continuer à encourager ce service dans les zones rurales et périurbaines. De même, on doit continuer de renforcer la qualité du service, réduire les services d'assainissement inadéquats et empêcher la défécation à l'air libre, ainsi que le traitement des eaux usées urbaines (9). L'enjeu est plus important parmi les habitants recevant les quintiles de revenus les plus faibles. (2)

Proposition

83. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire : a) de garantir l'effort solidaire entre les pays de la région en prenant en compte que certains pays devront agir plus rapidement, b) que l'OPS maintienne le leadership des États Membres pour ce qui est de l'assistance technique en matière de suivi et de coopération technique en vue d'améliorer le rendement des systèmes de santé et c) de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire pour que l'on puisse disposer de données chaque fois toujours plus valides, fiables et opportunes provenant de leurs systèmes usuels.

84. Les pays seront invités à poursuivre les grandes lignes stratégiques pour atteindre les OMD, à savoir : a) révision et consolidation des systèmes d'information ; mise en place de registres de noms qui permettent d'évaluer les écarts de couverture et utilisation des ressources technologiques pour établir un système intégré destiné à la prise opportune de décisions, b) renforcement des systèmes fondés sur les soins de santé primaires (AOS). Il est proposé de renforcer les systèmes de santé aux différents échelons nationaux qui se trouvent dans des conditions vulnérables dans un cadre rénové de l'APS, c) réduction des inégalités à l'échelle infranationale en accordant la priorité aux municipalités les plus vulnérables et aux groupes démographiques marginalisés, en réponse aux déterminants sociaux de la santé. Il est proposé de renforcer les initiatives visant ces municipalités et les groupes tels que *Rostros, Voces y Lugares*, les municipalités saines, l'Alliance pour la nutrition et le développement, la Maternité sûre et d'autres initiatives destinées à consolider les droits des citoyens (identification, accès aux programmes sociaux, participation citoyenne, surveillance, entre autres), et la gestion sociale du territoire, d) formulation de politiques publiques en vue d'assurer la durabilité des acquis et gérer les déterminants sociaux et environnementaux de la santé grâce à l'encouragement de la « santé dans toutes les politiques ». Il est proposé de tirer profit de toutes les tribunes politiques et techniques pour poser la question des enjeux que pose l'équité dans notre région, et e) intensification des travaux intersectoriels et interinstitutions pour focaliser et conjuguer les efforts.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

85. Le Conseil directeur est prié d'accorder la priorité à cette orientation de la coopération technique et aux initiatives qui favorisent encore davantage l'atteinte des objectifs des OMD d'ici 2015.

86. Il est demandé aux États Membres d'intensifier leurs efforts en vue d'atteindre les OMD grâce à des actions focalisées sur les cinq orientations stratégiques proposées.

87. Il est recommandé d'élaborer un rapport d'activité d'ici 2013, à titre de préparation pour le rapport consolidé devant être acheminé à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015.

Références

1. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio 2010: El progreso de América Latina y el Caribe hacia los objetivos de desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad [Internet]. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago, de Chile, Chile. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010 (documento LG/G.2460) [consulté le 28 janvier 2011]. Disponible à l'adresse : <http://www.eclac.cl/cgibin/getprod.asp?xml=/publicaciones/xml/1/39991/P39991.xml&xsl=/MDG/tpl/p9f.xsl&base=/MDG/tpl/top-bottom.xsl>.
2. Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010: Avances en la sostenibilidad ambiental del desarrollo en América Latina y el Caribe. Informe interagencial coordinado por la CEPAL. Santiago, de Chile, Chile. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010 [consulté le 28 janvier 2011]. Disponible à l'adresse : <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/38496/2009-696-OMD-7-completo.pdf>.
3. Programme commun des Nations Unies contre le VIH/SIDA. Rapport de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA - 2010. [Internet]. New York : ONUSIDA ; 2010 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_fr.htm.
4. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2010 [Internet]. New York: UNICEF; 2010 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.healthynewbornnetwork.org/sites/default/files/resources/UNICEF_Child_mortality_for_web_0831.pdf.
5. Organisation mondiale de la Santé. Tendances en matière de mortalité maternelle : 1990 à 2008. Estimations mises au point par les institutions suivantes : OMS, UNICEF, UNFPA, et la Banque mondiale [Internet]. Genève, Suisse : OMS ; 2010 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante :

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>.

6. WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Ginebra, Suiza: OMS; 2010. Disponible à l'adresse suivante :
<http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html>
7. Organisation panaméricaine de la santé. Rapport sur la situation du paludisme. Rapport sur la situation du paludisme dans les Amériques, 2008. Washington (DC), US : OPS ; 2008 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante :
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5175&Itemid=2258.
8. Organisation mondiale de la santé. Rapport 2010 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde [Internet]. Genève, Suisse : OMS; 2010 [consulté le 10 février 2011]. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/fr/index.html.
9. World Health Organization. A snapshot of drinking-water and sanitation in the MDG region Latin-America & Caribbean – 2010 update. A regional perspective based on new data from the WHO/UNICEF Joint Monitoring Program for Water Supply and Sanitation. OMS and UNICEF; 2010 [consulté 10 février 2011] Disponible à l'adresse suivante :
http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1284626181LAC_snapshot_2010.pdf.

F. EXAMEN DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

88. Le présent document a été élaboré en réponse au mandat des Organes directeurs de réaliser des examens et des évaluations périodiques des Centres panaméricains.

Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

89. Au vu de la convergence de la santé humaine et de l'hygiène animale, il devient de plus en plus nécessaire que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) exerce le leadership dans le domaine des zoonoses, de la salubrité des aliments et de la sécurité alimentaire.

Avancées récentes

90. Le processus de développement institutionnel réalisé pour PANAFTOSA inclut la révision et l'amélioration des processus administratifs fondamentaux. Les coûts d'exploitation ont été ventilés dans le but de financer la plus grande partie de la coopération technique en vue de l'éradication de la fièvre aphteuse par des contributions volontaires du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement du Brésil, et d'autres organisations publiques et privées du secteur agricole par le biais d'un fonds fiduciaire dans lequel les ressources financières destinées à la coordination régionale du programme continental pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA). Par conséquent, PANAFTOSA a élaboré un nouveau plan d'action pour la période 2011-2020, approuvé lors d'une réunion extraordinaire du Comité régional des Amériques pour l'éradication de la fièvre aphteuse (COHEFA) en décembre 2010. Le plan d'action 2011-2020 du PHEFA fait état des engagements d'ordre politique et technique des pays qui s'avèrent indispensables à l'atteinte de l'objectif de l'éradication à la fin de la période.

91. D'autre part, les mécanismes de coordination régionale et mondiale pour l'alerte précoce et la riposte rapide aux risques graves pour la santé apparentés aux zoonoses, aux maladies transmises par les aliments et aux maladies des animaux qui ont des répercussions sur la sécurité alimentaire, sont renforcés dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005), en collaboration étroite avec l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). Au mois de décembre 2011, il est prévu que soient terminés les travaux de rénovation du laboratoire du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement du Brésil situé à Pedro Leopoldo (Minas Gérais), dont le niveau de biosécurité est de niveau 4 conformément aux normes de l'OIE. Ainsi, il sera possible de transférer dans ces nouvelles installations le laboratoire de référence de PANAFTOSA qui se trouve actuellement à Río de Janeiro.

Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME)

92. BIREME est un centre spécialisé de l'OPS établi en 1967 dans le but de canaliser la coopération technique qu'apporte l'Organisation à la Région en matière d'information scientifique et technique sur la santé. Le Centre a fonctionné en collaboration avec le Gouvernement du Brésil dans le cadre juridique d'un Accord de maintien renouvelé successivement depuis son entrée en vigueur jusqu'au 30 décembre 2009.

93. En 2009, à la suite d'un vaste processus de consultation auquel le Gouvernement du Brésil a participé activement sous l'autorité du Ministère de la Santé, le 49^e Conseil directeur a approuvé une structure de gouvernance et un cadre juridique institutionnel, comme le prévoit le nouveau Statut du BIREME, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2010. Afin de permettre la mise en place de tous les éléments administratifs et juridiques nécessaires au fonctionnement de la nouvelle structure institutionnelle, notamment la négociation et la signature d'un nouvel Accord de siège pour le BIREME avec le Gouvernement du Brésil, ledit Accord de maintien a été prorogé au 31 décembre 2011.

94. Le Statut de BIREME établit un Comité consultatif composé de cinq membres non permanents nommés par le Conseil directeur de l'OPS et deux membres permanents de l'OPS et le Brésil.

95. En 2009, le 49^e Conseil directeur a élu cinq États Membres au Comité consultatif de BIREME : l'Argentine, le Chili et la République dominicaine (avec un mandat de trois ans) et le Mexique et la Jamaïque (avec un mandat de deux ans). La différence de la durée des mandats a été établie afin de garantir la rotation et la continuité des membres à l'avenir.

Avancées récentes

96. L'instauration du Comité consultatif du BIREME a été menée à bien le 31 août 2010, avec la participation des cinq membres non permanents et des deux membres permanents. Le règlement interne du Comité consultatif a été approuvé ainsi qu'une programmation des activités et des réunions nécessaires à la mise en œuvre du nouveau cadre institutionnel de BIREME.

a) L'OPS /OMS et le Ministère de la Santé du Brésil ont élaboré une proposition d'Accord de siège en août 2010 dont la ratification par la contrepartie brésilienne demeure encore en suspens. L'approbation et la signature de cet Accord par le Gouvernement du Brésil sont fondamentales pour la conclusion du cadre juridique institutionnel de BIREME en vertu du nouveau statut. Il est important de concrétiser l'Accord de siège avant l'expiration de l'Accord de maintien le 31 décembre 2011.

- b) La négociation et la signature de l'Accord sur les installations et le fonctionnement de BIREME dans l'enceinte de l'université d'UNIFESP auront lieu une fois qu'aura été conclu le nouvel Accord de siège avec le Gouvernement du Brésil.
- c) Dans la proposition d'Accord de siège, sont prévus des mécanismes pour la définition des contributions de l'OPS/OMS et du Gouvernement du Brésil en appui aux plans de travail biennaux approuvés conformément au Statut de BIREME. Le budget des deux prochaines années inclura les contributions financières ordinaires, ainsi que les contributions en espèces.
- d) Le processus de présentation de candidatures est en cours en vue de l'élection des membres du Comité scientifique en coordination avec le Comité consultatif de BIREME, selon les dispositions du Statut de BIREME. Il est souhaitable que le Comité scientifique soit constitué durant le premier semestre de 2012.
- e) La deuxième réunion du Comité consultatif de BIREME est fixée au 25 octobre 2011, au siège de BIREME, à São Paulo, au Brésil.
- f) La représentation de l'OPS/OMS au Brésil, en coordination avec les secteurs régionaux pertinents, le Domaine de la gestion des connaissances et de la communication (KMC) et le Domaine de la surveillance sanitaire et de la prévention et du contrôle des maladies (HSD), a assumé la direction du processus d'harmonisation des processus de gestion institutionnelle dans toutes leurs dimensions, régularisation des échanges de travail et de coopération entre les bureaux et les centres de l'OPS au Brésil. De même, une feuille de route a été mise au point pour l'intégration et l'harmonisation institutionnelle des Centres en matière de gestion et aux échelles technique et administrative. Toutes les activités de coopération prévues avec le Brésil ont été analysées et il a été projeté de les mettre en œuvre conjointement avec la représentation de l'OPS au Brésil, sur la base des dispositions de la Stratégie de coopération dans le pays.
- g) Élaboration du nouveau plan biennal de travail sous la forme d'une entité subsidiaire du Domaine de la gestion des connaissances et de la communication de l'OPS (KMC) et en conformité à la stratégie de coopération au Brésil. Le plan biennal de travail 2012-2013 a été mis au point avec KMC et la communication s'est poursuivie en vue de son perfectionnement et de son agencement.

Centre panaméricain de Génie sanitaire (CEPIS)

97. Comme noté dans la résolution CD50.R14, le 30 septembre 2010 un Accord a été souscrit entre le Gouvernement du Pérou et l'OPS/OMS pour la transformation du CEPIS en une Équipe technique régionale pour l'eau et l'assainissement (ETRAS). L'ETRAS travaille au siège de la Représentation de l'OPS/OMS au Pérou en tant que partie

intégrante du Domaine de la santé et du développement durable (SDE) de l'OPS. Par décision des parties, il a été mis fin à l'Accord souscrit le 8 avril 1971 entre le Gouvernement du Pérou et l'OPS/OMS pour l'établissement du CEPIS, à la même date à laquelle a été souscrit le nouvel Accord pour l'établissement de l'ETRAS.

98. En conséquence de ce qui précède, les évaluations périodiques des Centres panaméricains ne contiendront plus d'informations sur le CEPIS et à leur place des informations sur les activités de l'ETRAS figureront dans le cadre du rapport de performance programmatique périodique s'inscrivant dans les objectifs stratégiques correspondants.

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

Avancées récentes

99. Le Gouvernement de l'Uruguay s'est engagé à fournir un espace physique pour la relocalisation commune du CLAP/SMR et de la Représentation de l'OPS. Cet engagement ne s'est pas encore concrétisé à ce jour.

100. Une évaluation a été effectuée sur la fusion des services administratifs du CLAP/SMR et de la Représentation de l'OPS en Uruguay, et une proposition a été présentée qui énumère les étapes nécessaires pour parvenir à la fusion administrative et au déplacement vers les nouveaux locaux.

101. La prorogation V à l'Accord entre le Gouvernement de la République orientale de l'Uruguay, l'Université de la République et l'OPS/OMS a été souscrite pour poursuivre les activités du CLAP/SMR. La nouvelle date d'expiration de l'Accord est le 28 février 2016.

Programme régional de bioéthique

102. À la suite de la demande exprimée dans la résolution CD50.R14, diverses modalités de collaboration avec les États Membres dans le domaine de la bioéthique ont été évaluées et il a été décidé de consolider le programme régional dans le cadre du Bureau de genre, diversité et droits de l'homme (GDR). En conséquence de ce qui précède, il n'y aura plus d'informations sur le Programme régional de bioéthique dans le contexte des évaluations périodiques des Centres panaméricains et les activités du Programme seront incluses dans les rapports périodiques de performance programmatique s'inscrivant dans les objectifs stratégiques correspondants.

103. De même, des consultations sont menées avec le Gouvernement du Chili et l'Université du Chili en vue de déterminer des activités conjointes dans ce domaine qui pourraient se matérialiser dans un nouvel accord en remplacement de l'Accord pour le fonctionnement du Programme régional de bioéthique souscrit entre le Gouvernement du Chili, l'Université du Chili et l'OPS/OMS le 13 janvier 1994.

Centres infrarégionaux (CAREC et CFNI)

Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC)

104. Actuellement, le CAREC maintient ses services habituels, en les augmentant de façon appropriée et selon les besoins, durant le processus de transition à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA de son acronyme en anglais). Comme noté dans la résolution CD50.R14 (2010), des groupes d'étude et d'appui au processus de transition ont été formés concernant les domaines des ressources humaines et financières et la gestion des laboratoires. Ces groupes continuent à travailler pour assurer que la transition à CARPHA s'effectue d'une manière ordonnée et transparente. Certains des domaines prioritaires comprennent la définition du domaine de travail, les fonctions et l'augmentation de la capacité du laboratoire du CAREC, et le réseau de laboratoires qui sera mis en œuvre dans la structure du CARPHA.

105. Le CAREC a bénéficié de l'appui et de l'orientation du Conseil du CAREC et a pris en considération les décisions du Conseil pour le développement humain et social (COHSOD de son acronyme en anglais) se rapportant au CARPHA et du Comité de Ministres de la Santé de la Communauté des Caraïbes (CARICOM).

Institut pour l'Alimentation et la Nutrition des Caraïbes (CFNI)

106. Suite à la demande exprimée dans la résolution CD50.R14 (2010), le CFNI poursuit sa collaboration avec les équipes de CARICOM en ce qui concerne CARPHA pour garantir que les thèmes pertinents de la sécurité alimentaire et les composantes de nutrition et de surveillance des maladies chroniques non transmissibles soient incorporées dans ses plans d'exécution. Les programmes du CFNI sont en cours de révision afin de faciliter la définition des fonctions qui seront assumées par CARPHA.

107. On continue d'étudier la possibilité d'établir des accords avec des institutions de cette sous-région pour le transfert d'autres fonctions telles que les services d'alimentation et de diététique hospitalière et la formation de ressources humaines. Cette distribution de responsabilités, au sein de chaque domaine prioritaire, a été appuyée par le Comité consultatif sur les politiques du CFNI dans ses résolutions 2, 3, 4 et 7 du 19 juillet 2010, ainsi qu'à sa réunion du 12 juillet 2011.

108. Afin de parvenir à une plus grande efficacité tant technique qu'administrative, il a été décidé de relocaliser le bureau de la Représentation de l'OPS/OMS en Jamaïque dans le bâtiment du CFNI. Le 29 novembre 2010, une modification a été apportée au contrat de location du siège du CFNI entre l'Université des West Indies et l'OPS/OMS, qui permettra la consolidation des deux bureaux. Par ailleurs, un coût estimatif a été obtenu pour les rénovations et améliorations nécessaires à l'installation du personnel de la Représentation et du CFNI dans le même espace physique. Le déménagement est prévu pour le mois de décembre 2011.

G. INITIATIVE RÉGIONALE ET PLAN D'ACTION POUR LA SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE 2006-2010 : ÉVALUATION FINALE

Introduction

109. En 2005, le 46^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé le Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 (1,2). Le plan avait pour objet de contribuer à la réduction de la mortalité et à l'amélioration des soins prodigués aux patients en Amérique latine et aux Caraïbes en mettant à la disposition de tous les patients qui en ont besoin, en temps opportun, du sang non contaminé, destiné aux transfusions. Le plan comptait cinq objectifs et neuf indicateurs de progrès. En dépit des progrès réalisés après 2005 en termes de volume et de sécurité des unités de sang collectées dans la Région, les systèmes nationaux de transfusion sanguine se sont avérés inefficaces et l'accès au sang restait insuffisant en 2008 (3). Aussi, les États Membres ont-ils convenu de modifier leurs approches pour atteindre le but et les objectifs du Plan (4).

110. La Directrice de l'OPS a nommé une équipe d'évaluation externe chargée de faire le point des progrès dans les domaines se rapportant au Plan régional, de détecter les problèmes rencontrés au niveau de sa mise en œuvre et d'évaluer les possibilités d'action future. L'équipe, en fonction de janvier à juin 2011, a analysé les données nationales officielles présentées à l'OPS par les pays (5-10). Les indicateurs du processus et des progrès pour chacun des axes stratégiques du Plan régional ont été évalués. L'évaluation reposait sur des enquêtes faites auprès de Représentants de l'OPS/OMS et de points focaux, des autorités sanitaires nationales et du personnel local, et traitait du programme de coopération technique lié au Plan régional. Les enquêtes anonymes étaient conçues pour dégager une information sur le niveau de connaissance à propos du plan, le soutien institutionnel apporté/reçu pour atteindre ses objectifs, la qualité des publications techniques, l'efficacité du recueil et du partage de l'information et les facteurs qui ont influencé les résultats au niveau national.

111. Le présent document récapitule les progrès faits par les systèmes nationaux de transfusion sanguine depuis 2005, tels qu'ils sont notifiés officiellement par les pays et il tient également compte des résultats de l'équipe d'évaluation externe.

Antécédents

112. L'Assemblée mondiale de la Santé a commencé à traiter les questions se rapportant à la sécurité transfusionnelle en 1975, invitant instamment les États Membres à encourager la mise en place de services nationaux de transfusion sanguine en fonction de dons de sang volontaires et d'adopter une législation efficace régissant leur

fonctionnement. La 28^e Assemblée mondiale de la Santé a également demandé au Directeur Général de prendre les mesures nécessaires pour l'adoption de bonnes pratiques de fabrication pour le sang et les composants sanguins dans le but de protéger la santé tant des donneurs que des receveurs de sang (11). Trois documents ultérieurs (12-14) ont souligné l'importance des services de transfusion sanguine et des programmes de sécurité transfusionnelle pour prévenir les infections à VIH.

113. La 58^e Assemblée mondiale de la Santé s'était penchée en 2005 sur la disponibilité, l'accessibilité et la sécurité des dons de sang, dans une optique exhaustive, (15), et a adopté la Résolution WHA58.13, Sécurité transfusionnelle : Proposition d'établir une Journée mondiale du don du sang (16), invitant les États Membres à introduire une législation, à octroyer un financement suffisant, à promouvoir une collaboration multisectorielle, à vérifier l'utilisation correcte du sang et à soutenir la mise en œuvre intégrale de dons de programmes de transfusion sanguine, bien organisés, coordonnés à échelle nationale et viables dans le temps, à l'aide de systèmes réglementaires appropriés. L'Assemblée demandait par ailleurs au Directeur général d'apporter un soutien aux pays pour renforcer leur capacité à faire un dépistage de tous les dons de sang pour déceler les principales maladies infectieuses afin de garantir la sécurité du sang collecté et transfusé. Ces concepts ont été réitérés en 2010 (17,18).

114. Les Organes directeurs de l'OPS traitent depuis 1998 des questions relevant de la sécurité transfusionnelle. Les Orientations stratégiques et programmatiques pour le Bureau sanitaire panaméricain 1999-2002 recommandaient de faire un dépistage sanguin des marqueurs de l'hépatite B et C, de la syphilis, de *Trypanosoma cruzi* et du VIH, et demandaient que toutes les banques de sang participent à des programmes de contrôle de la qualité (19). En 1999, le Conseil directeur a adopté la Résolution CD41.R15 et priait instamment les États Membres à accorder une plus grande priorité à la sécurité transfusionnelle, aux dons de sang volontaires et à l'assurance de qualité, à renforcer l'infrastructure des banques de sang, à octroyer les ressources nécessaires et à assurer la formation du personnel de santé portant sur l'utilisation du sang (20,21).

115. En 2005, le Conseil directeur a adopté la Résolution CD46.R5 invitant les États Membres à analyser les progrès réalisés et les défis à relever en vue d'atteindre les objectifs de suffisance, de qualité, de sécurité et une pratique clinique adéquate, à adopter le Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 et à octroyer et utiliser les ressources nécessaires à la réalisation de ses objectifs (2). En 2008, s'appuyant sur le fait que les concepts des résolutions précédentes restaient valides et reconnaissant que des modifications devaient être portées aux approches nationales actuelles pour atteindre les buts fixés pour 2010, le Conseil directeur a adopté la résolution CD48.R7 (4) aux termes de laquelle il recommandait vivement aux États Membres de définir une entité au sein de leur ministère de la santé qui serait responsable du fonctionnement efficace du système transfusionnel, d'estimer les besoins en sang, de mettre sur pied un réseau de

volontaires chargés de sensibiliser la communauté et de mettre fin au don obligatoire avec pour objectif la mise en place d'un réseau constitué à 100% de donneurs volontaires, désintéressés et non rémunérés.

Analyse de la situation

116. Une analyse de la situation allant jusqu'en 2009 a été faite en utilisant des données provenant de 35 pays et territoires (1,5-10). Le Canada, les États-Unis d'Amérique, y compris Porto Rico, et les Territoires français n'étaient pas inclus dans cette analyse.

117. Dans la sous-région des Caraïbes, comptant 27 centres de collecte et de traitement du sang, seuls les Antilles néerlandaises, le Guyana, la Jamaïque, les Pays-Bas et le Suriname possèdent un cadre juridique pour les services de transfusion sanguine. Haïti compte un programme national de sécurité transfusionnelle au sein du Ministère de la Santé. Dans tous les autres pays, ce sont les Services nationaux de transfusion sanguine, le Laboratoire national de référence de santé publique ou d'autres banques de sang d'un hôpital important qui ont la responsabilité de coordonner les activités nationales. Guyana et Haïti, qui reçoivent un soutien aux termes d'un don international pluriannuel, et les Antilles néerlandaises et le Suriname dont les banques de sang sont gérées par la Croix rouge, indiquent avoir suffisamment de ressources financières pour le bon fonctionnement de leurs centres de traitement de sang.

118. Tous les pays d'Amérique latine, à l'exception du Chili, du Salvador et du Mexique, se sont dotés de lois nationales réglementant les banques de sang et les services de transfusion. Des défis subsistent toutefois quant à la capacité d'administration des autorités sanitaires, bien que l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, Cuba, le Guatemala, le Honduras, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, l'Uruguay et le Venezuela disposent de cellules spécifiques au sein de leur ministère de la santé chargées de superviser le système national de transfusions sanguines et la Caja Costarricense del Seguro Social, l'Institut national de la santé de la Colombie, l'Hémocentre de la Croix Rouge de l'Équateur, l'Unité de surveillance de laboratoire du Salvador, le Centre national de transfusion sanguine du Mexique et le Centre national de diagnostic et de référence du Nicaragua sont responsables de coordonner les services de transfusion sanguine dans leur pays respectif. Les ressources humaines et financières octroyées à la transfusion de sang au niveau national sont jugées insuffisantes pour le bon fonctionnement des services.

119. Dans les pays d'Amérique latine, les centres qui collectent et analysent le sang font partie du ministère de la santé, de la sécurité sociale, de l'Armée, de la police nationale, du secteur public ou des organisations non gouvernementales nationales ou internationales. La multiplicité des interventions, de pair avec la supervision limitée des

autorités sanitaires, représente un obstacle de taille à l'utilisation appropriée des ressources nationales.

120. Un des indicateurs de progrès du Plan d'action régional 2006-2010 concernait la mise en place dans tous les pays d'Amérique latine de systèmes régionaux de collecte et de traitement du sang en vue de répondre aux besoins de patients venant de régions géographiquement distinctes. En 2005, il existait 2522 centres de traitement du sang dans les 19 pays d'Amérique latine. Le nombre moyen d'unités de sang traitées par centre est corrélé inversement à la disponibilité du sang et également à la proportion de donateurs volontaires au niveau national (1), ce qui montre clairement que la création d'un plus grand nombre de banques de sang n'entraîne pas forcément des améliorations dans la disponibilité du sang.

121. En 2009, le nombre de centres de traitement du sang en Argentine, au Brésil, au Chili, en Colombie, au Nicaragua, au Paraguay et en Uruguay avait diminué de 351. L'Argentine (80 centres) et le Brésil (167 centres) représentaient 70% de la réduction. Au Nicaragua, le ministère de la santé a fermé les 21 banques de sang dans les hôpitaux et a mis en place un réseau national avec trois centres gérés par la Croix rouge. Le Costa Rica, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Mexique, la République dominicaine et le Venezuela ont notifié un total combiné de 113 centres de traitement supplémentaires en 2009 par rapport à 2005 (tableau 1, annexe).

122. En Amérique latine, les nombres moyens d'unités de sang traitées par centre en l'espace d'une année se situaient dans une fourchette allant de 3 163 en 2005 à 3 974 en 2009, soit l'équivalent de 12-15 unités par centre et par jour. En général, les services de traitement de sang manquent d'efficacité dans tous les pays, sauf au Nicaragua où trois centres de la Croix rouge ont procédé au traitement de 69 932 collectes en 2009 (tableau 1, annexe).

123. La disponibilité du sang est déterminée par l'ampleur de la collecte, la prévalence de marqueurs infectieux chez les donateurs et la séparation des unités de sang complet en composants – globules rouges, plasma et plaquettes. De 2005 à 2009, la collecte de sang a augmenté de 14% dans les pays des Caraïbes et d'Amérique latine, passant de 8 059 960 unités à 9 166 155, avec un taux de collecte général pendant ces années de l'ordre de 145 et 157,4 pour 10 000 habitants respectivement (tableau 2, annexe). Les taux nationaux de collecte se sont accrus de plus de 10% dans 24 pays (fourchette : 10,2%-143,9%), ils sont restés inchangés au Belize, au Brésil, dans les territoires britanniques, au Costa Rica, au Salvador, au Guatemala, au Honduras, en Uruguay et au Venezuela. Ils ont diminué à Cuba (18,7%) et dans les Antilles néerlandaises (15,7%). Malgré les réductions dans ces deux derniers pays, ceux-ci n'en comptaient pas moins les taux nationaux de collecte les plus élevés en 2009 : 3 59,7 et 295, respectivement (tableau 3, annexe).

124. En 2005, les taux nationaux de collecte de sang s'élevaient dans une fourchette allant de 11,5 à 442,5 (médiane de 109,3). Quinze pays avaient des taux de collecte inférieurs à 100 pour 10 000 habitants. En 2009, les taux nationaux ont varié, allant de 21,4 à 359,7 (taux médian de 145,3). Seuls huit pays, la Bolivie (70), le Guatemala (65,3), Haïti (21,4), le Honduras (78,1), la Jamaïque (91,5), le Pérou (75,9) la République dominicaine (84,4), et St. Vincent-et-les-Grenadines (93,5) ont collecté moins de 100 unités pour 10 000 habitants (tableau 3, annexe).

125. En 2009, la prévalence nationale de marqueurs d'infections transmissibles par transfusion (ITT) a varié, se situant dans une fourchette allant de 0 aux Antilles néerlandaises, à 16,6% au Paraguay (médiane = 3,1%) (tableau 1, annexe). Les marqueurs ITT ont été détectés dans 319 996 unités (3,5%). La disponibilité de sang dans les pays des Caraïbes et d'Amérique latine a donc diminué à 8 846 159. Outre les huit pays avec les taux de collecte les plus faibles mentionnés ci-dessus, la Guyana, le Paraguay et St. Kitts-et-Nevis comptaient moins de 100 unités disponibles pour 10 000 habitants.

126. D'après les estimations, les 319 996 unités qui ont été jetées en 2009 du fait de la positivité des marqueurs infectieux, représentent une perte du montant de US\$ 19 919 776 (tableau 2, annexe). Le manque de rigueur au niveau du recrutement et de la sélection des donneurs ainsi que la qualité inadéquate des méthodologies de test en laboratoire sont parmi les facteurs expliquant le taux élevé de marqueurs infectieux dans les dons de sang.

127. Il ne convient pas de proposer un chiffre comme objectif de la collecte de sang ou taux de disponibilité de sang puisque les besoins nationaux de sang destiné à la transfusion sont déterminés par des caractéristiques des systèmes nationaux de sang, par l'épidémiologie locale des conditions cliniques exigeant des transfusions de sang et par les aspects démographiques. Le Plan d'action régional pour la transfusion sanguine 2006-2010 incluait une estimation des besoins géographiques et temporels de sang comme l'un de ses objectifs.

128. Il existe une relation en sens inverse entre les taux de disponibilité de sang d'un pays et les taux de mortalité maternelle dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui disposent de données sur les décès maternels (22). Huit des neuf pays avec des ratios de mortalité maternelle supérieurs à 83 pour 100 000 naissances vivantes (23) ont des taux de disponibilité de sang inférieurs à 100 pour 10 000 habitants (figure 1, annexe).

129. La proportion médiane d'unités de sang séparées en composants dans certains pays des Caraïbes et d'Amérique latine était de l'ordre de 77% en 2005, comparé à 90% en 2009, lorsque les Antilles néerlandaises, le Brésil, Cuba, El Salvador, la Grenade, Ste. Lucie, St. Vincent-et-les-Grenadines et le Suriname préparaient des globules rouges à partir de 95% au moins des unités collectées. L'Argentine, la Colombie, le Costa Rica, la

Dominique, le Mexique, le Nicaragua et le Panama ont indiqué avoir obtenu des globules rouges de 90%-94% des unités de sang complet. La Barbade (38%), Belize (32%), le Honduras (39%), la Jamaïque (48%), la République dominicaine (39%), et St. Kitts-et-Nevis (14%) ont préparé des composants de moins de 50% des unités de sang qu'ils ont collectées (tableau 4, annexe).

130. Sur les 11 pays avec des taux de disponibilité inférieurs à 100 unités pour 10 000 habitants, la Bolivie (89%), le Guatemala (87%), le Guyana (74%), Haïti (52%), le Honduras (39%), la Jamaïque (48%), le Paraguay (74%), le Pérou (79%), la République dominicaine (39%) et St. Kitts-et-Nevis (14%) ont préparé des composants à partir de moins de 90% de leurs unités, limitant encore davantage la disponibilité nationale de sang pour les transfusions (tableaux 3 et 4, annexe).

131. Malgré la disponibilité limitée apparente du sang au niveau national, 981 253 unités de globules rouges sont devenues périmées en 2009, à un coût estimé de \$54 950 168 (tableau 2, annexe). La multiplicité des centres de collecte de sang, le manque de procédures opérationnelles standardisées dans les hôpitaux et la supervision limitée de la part des autorités sanitaires ont contribué à cette situation.

132. Le Plan d'action régional 2006-2010 visait à améliorer la qualité des composants du sang en augmentant la sécurité du donneur et en étendant la couverture tout en augmentant la précision des tests en laboratoire.

133. Le dépistage sanguin des marqueurs d'infections transmissibles par transfusion s'est amélioré dans la Région (tableau 5). En 2005, 87 875 unités n'avaient pas été testées pour le VIH, chiffre qui a baissé à 1708 unités en 2009. Les chiffres correspondant pour l'hépatite B en 2005 et en 2009 étaient de l'ordre de 93 949 et de 1371 et, pour l'hépatite C, de l'ordre de 95 962 et de 2 861. Pour la syphilis, 159 929 unités n'avaient pas été testées en 2005 et seules 1535 l'ont été en 2009. On a également constaté une réduction dans le nombre d'unités qui n'ont pas été testées pour *Trypanosoma cruzi*, chutant de 959 662 en 2005 à 288 405 en 2009. Cependant, le but du dépistage universel de ces agents qui a été fixé en 1998 n'a pas encore été atteint. Des ressources supplémentaires seront nécessaires pour assurer un accès continu aux fournitures de laboratoire de pair avec un engagement renouvelé d'appliquer les normes nationales de la part des pays si on veut atteindre le but du dépistage universel.

134. En 2009, quatre pays—Antigua-et-Barbuda, Dominique, Pérou et St. Kitts-et-Nevis—n'ont pas testé toutes les unités de sang pour l'hépatite C (5). Cela représentait la transfusion éventuelle de 16 unités infectées par le HCV cette année-là par rapport à 482 en 2005. Le Pérou était le seul qui avait notifié un dépistage incomplet du VIH et de HBsAg. Par conséquent, 10 unités positives à VIH et sept unités positives à hépatite B risquent d'avoir été transfusées. Le risque d'une transfusion contaminée par un virus en

2009 était de l'ordre de 1 : 277 762 dons, comparé à 1 : 11 784 en 2005. Le Mexique et le Pérou n'ont pas fait le test de toutes les unités pour le dépistage de *Trypanosoma cruzi*, omission qui a pu aboutir à 1187 unités infectées en 2009 par rapport à 2362 en 2005, avec des risques respectifs de 1 : 7 166 et 1 : 3 377.

135. Ces estimations ont été calculées en fonction de la proportion d'unités non dépistées et de la prévalence d'anticorps contre le virus parmi les donneurs. En 2009, 36 327 donateurs étaient séropositifs à VIH, 31 823 pour l'hépatite B et 50 628 pour l'hépatite C. La prévalence médiane des anticorps contre l'hépatite B parmi les donneurs dans les pays avec plus de 50% de dons volontaires était de 0,3% alors que dans les pays avec moins de 50% de dons volontaires, elle était de l'ordre de 0,5%. Pour les autres marqueurs, les chiffres correspondants étaient de 0,1% et de 0,2% pour le VIH, 0,21 et de 0,3% pour HBsAg et 0,6% et 0,9% pour la syphilis.

136. En 2005, il existait 2 950 018 donneurs de sang volontaires alors que ce chiffre était de 3 308 996 en 2009, représentant un accroissement net de 12% sur la période de cinq ans. Cependant, la proportion régionale de dons de sang volontaires est restée inchangée : 36,6% en 2005 et 36,1% en 2009 (table 2, annexe).

137. Neuf pays/territoires ont signalé plus de 50% de donateurs volontaires en 2009 : Antilles néerlandaises (100%), Colombie (65%), Costa Rica (76%), Cuba (100%), Guyana (68%), Haïti (70%), Nicaragua (87%), Ste. Lucie (64%) et le Suriname (100%). Vingt pays avaient moins de 25% de dons volontaires et Antigua-et-Barbuda (5%), le Belize (8%), la Dominique (3%), le Guatemala (4%), le Mexique (3%), le Panama (5%), le Pérou (5%), St. Vincent-et-les-Grenadines (5%) et le Venezuela (6%) notifiaient moins de 10%.

138. Des donateurs rémunérés ont été signalés en 2009 par la République dominicaine (3300), le Honduras (294), le Panama (7641) et le Pérou (88). Les 11 323 donateurs rémunérés représentaient 0,1% de tous les dons. La proportion de donateurs rémunérés était de 0,2% en 2005 (tableau 2, annexe).

139. Le fait que les hôpitaux demandent généralement aux patients de fournir le sang de remplacement continue à être l'obstacle principal aux dons de sang volontaires. Tel qu'ont pu le constater au Nicaragua, où les dons de remplacement ont pris fin en mars 2009, une stratégie de transition bien planifiée portant sur le recrutement actif des donateurs de sang et la participation d'un personnel qualifié au service peut aboutir à des changements importants dans le système de dons de sang.

140. Si l'objectif du Plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle était de contribuer à la réduction de la mortalité et à l'amélioration des soins aux patients en Amérique latine et aux Caraïbes en mettant à la disposition des patients en temps opportun le sang destiné à la transfusion, il n'existe pourtant qu'une information limitée

sur les pratiques et les résultats des transfusions. En 2009, seuls Anguilla, Antigua-et-Barbuda, la Barbade, le Belize, la Grenade, le Guyana, le Paraguay, St. Kitts-et-Nevis, Ste. Lucie, St. Vincent-et-les-Grenadines, le Suriname, et trois des territoires britanniques ont fourni des informations sur la distribution par âge des patients qui ont reçu des transfusions (tableau 6, annexe).

141. L'interaction limitée entre les autorités nationales de la santé et les services de transfusion au niveau de l'hôpital entrave l'estimation des besoins nationaux en sang et freine une affectation structurée et l'utilisation efficace des ressources.

142. L'équipe de l'évaluation externe a fait plusieurs recommandations, portant sur la nécessité de se donner un Plan d'action régional 2012-2017 en fonction des progrès et de l'enseignement retenu de l'Initiative. Elle a également mis en exergue la contribution vitale des services de transfusion sanguine à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement 4, 5 et 6.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

143. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport, de remercier les membres de l'Équipe de l'évaluation externe et de recommander que le plan d'action pour la sécurité transfusionnelle 2012-2017 soit inclus dans les thèmes proposés pour les réunions des Organes directeurs en 2012.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport d'activité sur l'initiative régionale pour la sécurité du sang et le plan d'action pour 2006-2010 [Internet]. 46^e Conseil directeur ; 26-30 septembre 2005 ; Washington, D.C. (USA) : OPS ; 2005 (document CD46/16) [cité 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD46-16-f.pdf>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport d'activité sur l'initiative régionale pour la sécurité du sang et le plan d'action pour 2006-2010 [Internet]. 46^e Conseil directeur ; 26-30 septembre 2005 ; Washington, D.C. (USA) : OPS ; 2005 (document CD46.R5) [cité 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD46.r5-f.pdf>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques [Internet]. 48^e Conseil directeur ; 29 septembre – 3 octobre 2008 ; Washington, D.C. (USA) ; OPS ; 2008 (document CD48/11) [cité 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48-11-f.pdf>.

4. Organisation panaméricaine de la Santé. Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques [Internet]. 48^e Conseil directeur; 29 septembre – 3 octobre 2008 ; Washington, D.C. (USA) : OPS ; 2008 (document CD48.R7) [cité 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.paho.org/french/gov/cd/cd48.r7-f.pdf>.
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Approvisionnement en sang pour la transfusion dans les pays des Caraïbes et de l'Amérique latine 2006, 2007, 2008, et 2009. Progrès depuis 2005 du Plan régional sur la sécurité transfusionnelle. Washington, D.C.(USA) : OPS 2010.
6. Brasil, Ministerio da Saude. Secretaria de Atencao a Saude. Caderno de Informacao. Sangue e Hemoderivados. Producao Hemoterápica. Brasilia ; 2011.
7. Chile, Ministerio de Salud. Coordinación Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Santiago ; 2011.
8. Ecuador, Cruz Roja Ecuatoriana. Secretaría Nacional de Sangre. Datos de sangre 2009. Quito ; 2011.
9. Uruguay. Administración de Servicios de Salud del Estado. Servicio Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Montevideo ; 2010.
10. Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Coordinación del Programa Nacional de Sangre. Programa Nacional de Sangre 2009. Caracas ; 2010.
11. Organisation mondiale de la Santé. Utilisation et fourniture de sang humain et de produits sanguins [Internet]. 28^e Assemblée mondiale de la Santé ; 13-30 mai 1975 ; Genève, Suisse : OMS ; 1975 (document WHA28.72) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bloodsafety/fr/WHA28.72.pdf>.
12. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour la prévention du SIDA [Internet]. 40^e Assemblée mondiale de la Santé ; 4-15 mai 1987 ; Genève, Suisse : OMS ; 1987 (document WHA40.26) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bloodsafety/fr/WHA40.26.pdf>.
13. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour la prévention et le contrôle du SIDA [Internet]. 45^e Assemblée mondiale de la Santé ; 1992. 4-14 mai ; Genève, Suisse : OMS ; 1992 (document WHA45.35) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bloodsafety/fr/WHA45.35doc.pdf>.

14. Organisation mondiale de la Santé. VIH/SIDA: Faire face à l'épidémie [Internet]. 53^e Assemblée mondiale de la Santé ; 20 mai 2000 ; Genève, Suisse : OMS ; 2000 (document WHA53.14) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ResWHA53/14.pdf.
15. Organisation mondiale de la Santé. Proposition d'établir une journée mondiale du don du sang [Internet]. 58^e Assemblée mondiale de la Santé ; 7 avril 2005 ; Genève, Suisse : OMS ; 2005 (document A58/38) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/bloodsafety/WHA.A58_38-fr.pdf.
16. Organisation mondiale de la Santé. Sécurité transfusionnelle: proposition d'établir une journée mondiale du sang [Internet]. 58^e Assemblée mondiale de la Santé ; 25 mai 2005 ; Genève, Suisse : OMS ; 2005 (document WHA58.13) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/bloodsafety/WHA58_13-frpdf.
17. Organisation mondiale de la Santé. Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins [Internet]. 63^e Assemblée mondiale de la Santé ; 25 mars 2010 ; Genève, Suisse : OMS ; 2010 (document A63/20) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_20-fr.pdf.
18. Organisation mondiale de la Santé. Disponibilité, innocuité et qualité des produits sanguins [Internet]. 63^e Assemblée mondiale de la Santé ; 21 mai 2010 ; Genève, Suisse : OMS ; 2010 (document WHA63.12) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R12-fr.pdf.
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Orientations stratégiques et programmatiques pour le Bureau sanitaire panaméricain pour la période 1999-2002 [Internet]. 122^e Session du Comité exécutif ; 22-26 juin 1998 ; Washington, D.C. (USA) : OPS ; 1998 (document CE122/8) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.paho.org/french/gov/ce/ce122_8.pdf.
20. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement des banques de sang dans la Région des Amériques [Internet]. 41^e Conseil directeur ; 27 septembre – 1^{er} octobre 1999 ; San Juan, Porto Rico : OPS ; 1999 (document CD41/13) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.paho.org/english/gov/cd/cd41_13.pdf.
21. Organisation panaméricaine de la Santé. Renforcement des banques de sang dans la Région des Amériques [Internet]. 41^e Conseil directeur ; 27 septembre – 1^{er} octobre 1999 ; San Juan, Porto Rico : OPS (document CD41.R15) [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://www.paho.org/english/gov/cd/ftcd_41.htm#R15.

22. Cruz JR. Reduction of maternal mortality: The need for voluntary blood donors. Int J Gynecol Obstet 2007 ; 98(3) :291-293.
23. Organisation panaméricaine de la Santé. Situation de santé dans les Amériques : Indicateurs de base 2009. Washington, D.C. (USA) : OPS ; 2010 [cité le 28 juin 2011]. Disponible à l'adresse suivante : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/BI_ENG_2009.pdf.

Annexe

ANNEXE : TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Nombre de centres de traitement de sang et nombre d'unités par centre et par an, pays d'Amérique latine 2005 and 2009.

PAYS	NOMBRE DE CENTRES		NOMBRE D'UNITÉS TRAITÉES/CENTRE/AN	
	2005	2009	2005	2009
Argentine	480	400	761	2 254
Bolivie	22	20	2 126	3 449
Brésil	562	395	6 652	9 270
Chili	78	38	2 283	5 438
Colombie	110	91	4 797	7 604
Costa Rica	17	27	3 186	2 195
Cuba	48	46	10 320	8 762
El Salvador	32	29	2 504	2 853
Équateur	22	33	5 669	5 302
Guatemala	47	60	1 664	1 525
Honduras	22	24	2 378	2 429
Mexique	550	560	2 457	2 857
Nicaragua	24	3	2 255	23 274
Panama	26	26	1 645	1 975
Paraguay	16	11	4 706	6 075
Pérou	92	90	1 953	2 453
République dominicaine	58	65	1 071	1 309
Uruguay	76	57	1 259	1 615
Venezuela	240	302	1 495	1 528
Tous les pays	2 522	2 277	3 163	3 974

Tableau 2. Indicateurs de performance, systèmes nationaux de transfusion sanguine dans les Caraïbes et en Amérique latine.

VARIABLE	2005	2009	Différence
Unités collectées	8 059 960	9 166 155	+ 1 106 195
Taux de dons de sang*	145,0	157,4	+ 12,4
Nombre de donneurs volontaires (%)	2 950 018 (36,6%)	3 308 996 (36,6%)	+ 358 978 (0)
Nombre de donneurs rémunérés (%)	15 507 (0,2%)	11 323 (0,1%)	- 4 184 - (0,07%)
Unités séparées en composants (médiane)	77%	90%	+ 13
Nombre d'unités avec marqueurs ITT Prévalence (médiane)	238 696 (3,1%)	319 996 (3,1%)	+ 81 300 - (0,02%)
Nombre d'unités périmées de globules rouges	610 375	981 253	+ 370 878
Nombre total annuel d'unités jetées Coût estimé (US \$56/unité)	849 071 47 547 976	1 301 279 72 869 944	+ 452 178 25 321 968

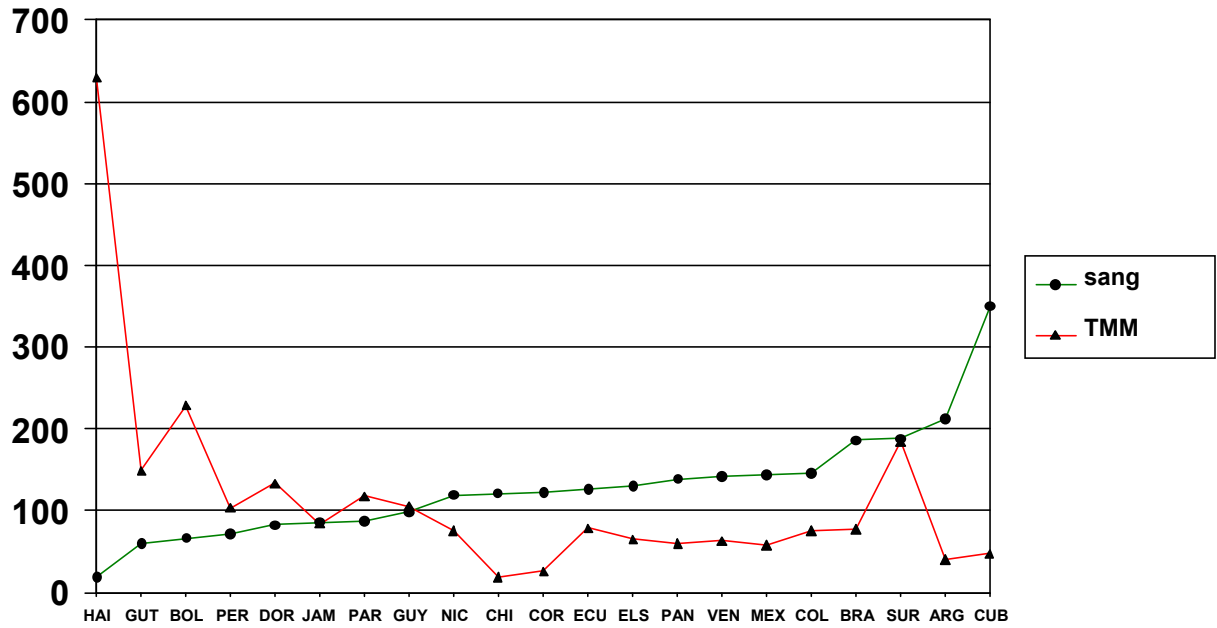
* pour 10 000 habitants

Tableau 3. Collecte de sang dans les pays des Caraïbes et d'Amérique latine, 2005 et 2009.

PAYS	Nombre d'unités collectées		Taux de dons	
	2005	2009	2005	2009
Antigua-et-Barbuda	1 020*	1 321	124,4*	153,6
Antilles néerlandaises	9 393	6 702	350,0	295,0
Argentine	365 313	926 941	94,3	230,0
Bahamas	5 152	6 914	158,5	202,2
Barbade	4 164*	4 781	148,2*	167,8
Belize	3 107	4 364	125,2	129,6
Bolivie	46 764	69 073	50,9	70,0
Brésil	3 738 580	3 661 647	200,9	189,0
Chili	178 079	206 676	109,3	121,8
Colombie	527 711	692 487	122,6	151,7
Costa Rica	54 170	59 336	125,2	129,6
Cuba	495 343	403 060	442,5	359,7
Dominique	757	977	105,1	133,8
El Salvador	80 142	82 757	132,3	134,3
Équateur	124 724	174 960	95,5	128,4
Grenade	835	1 426	79,5	133,3
Guatemala	77 290	91 554	60,8	65,3
Guyana	5 267	7 700	68,9	101,0
Haïti	10 823	21 471	11,5	21,4
Honduras	52 317	58 317	75,9	78,1
Jamaïque	22 155	24 881	83,0	91,5
Mexique	1 351 204	1 602 071	128,3	146,2
Nicaragua	54 117	69 932	99,2	121,2
Panama	42 771	51 539	132,3	149,2
Paraguay	47 060	66 873	79,7	105,3
Pérou	179 721	221 266	64,6	75,9
République dominicaine	62 120	85 169	65,2	84,4
St. Kitts-et- Nevis	423	510	88,1	104,1
St. Vincent-et-les Grenadines	822	982	77,5	93,5
Ste. Lucie	1 914	2 446	121,9	152,9
Suriname	7 525	9 774	150,5	188,0
Trinité-et-Tobago	13 625	22 368	103,4	167,1
Uruguay	95 686	92 073	287,8	273,9
Venezuela	403 625	461 481	151,0	161,4
Territoires britanniques				
<i>Anguilla</i>	114	117	87,7	83,6
<i>Iles Cayman</i>	864	981	196,4	196,9
<i>Iles vierges</i>	447	484		
<i>Montserrat</i>	79*	94	158,0*	188,0

*Données pour 2006

Figure 1. Taux de disponibilité du sang et taux de mortalité maternelle, pays choisis des Caraïbes et d'Amérique latine 2009.



Test de corrélation de Spearman, $p=.002$

Tableau 4. Unités de sang séparées en composants (proportion de cellules rouges préparées) Pays des Caraïbes et d'Amérique latine, 2005 et 2009.

PAYS	2005	2009	Différence
Antigua-et-Barbuda	30*	61	+31
Antilles néerlandaises	100	100	0
Argentine	87	90	+3
Bahamas	87	81	-6
Barbade	14**	38	+24
Belize	35	32	-3
Bolivie	67	89	+22
Brésil	38	95	+57
Chili	95	100	+5
Colombie	39	90	+51
Costa Rica	89	94	+5
Cuba	43**	95	+52
Dominique	94	92	-2
El Salvador	93	96	+3
Équateur	77	NR	
Grenade	99	100	+1
Guatemala	84*	87	+3
Guyana	62	74	+12
Haïti	28	52	+24
Honduras	32	39	+7
Jamaïque	46	48	+2
Mexique	88	94	+6
Nicaragua	78	90	+12
Panama	33*	91	+58
Paraguay	55	74	+19
Pérou	72*	79	+7
République dominicaine	78	39	-39
St. Kitts-et- Nevis	42	14	-28
St. Vincent-et-les- Grenadines	98	97	-1
Ste. Lucie	98	100	+2
Suriname	98	100	+2
Trinité-et-Tobago	65**	79	+14
Uruguay	87	NR	
Venezuela	81	-80	-1
Territoires britanniques			
<i>Anguilla</i>	62	61	-1
<i>Iles Cayman</i>	83	91	+24
<i>Iles vierges</i>	NR	16	
<i>Montserrat</i>	NR	1	

*Données pour 2004. **Données pour 2006

Tableau 5. Couverture du dépistage des marqueurs pour les infections transmissibles par transfusion, pays des Caraïbes et d'Amérique latine, 2005 et 2009.

MARQUEUR	2005	2009
HIV	98,9	99,9
HBsAg	98,9	99,9
HCV	98,8	98,9
Syphilis	98,0	99,9
<i>Trypanosoma cruzi</i>	87,1	96,6

Tableau 6. Nombre d'unités de globules rouges et sang entier transfusé, selon l'âge des patients, pays qui ont présenté des données, 2009.

PAYS	AGE (années)					No data
	< 5	5-14	15-44	45-59	>59	
Antigua et Barbuda	56	0	478	288	471	
Barbade	201	167	4,259	0	0	
Belize	244	144	1,566	595	519	
Grenade	46	27	347	276	466	
Guyana	203	301	2 076	924	1 756	
Paraguay	5 433	2 640	18 951	8 970	14 213	420
St. Kitts-et- Nevis	0	9	9	144	86	149
St. Vincent-et-les-Grenadines	0	157	57	526	216	342
Ste. Lucie	0	61	59	969	545	656
Suriname	0	381	263	4 349	2 171	2 569
Territoires britanniques						
<i>Anguilla</i>	0	1	24	11	62	
<i>Ile Cayman</i>	3	8	258	204	416	
<i>Montserrat</i>	0	0	0	23	29	
