



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## **52<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**

### **65<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

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

---

*Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire*

CD52/3 (Fr.)

30 août 2013

ORIGINAL : ANGLAIS

### **RAPPORT ANNUEL DU DIRECTEUR DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

**S'appuyer sur le passé et s'engager dans l'avenir avec confiance**

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Préface .....	4
Chapitre I. Continuité et changement .....	7
Chapitre II. Coopération technique et accomplissements.....	10
Chapitre III. Les enseignements tirés et l'avenir .....	48
Acronymes et abréviations .....	57

Aux États Membres,

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel 2012-2013 sur les accomplissements du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé. Ce rapport présente les principaux accomplissements de la coopération technique pendant cette période dans le cadre du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2008-2013, définis par ses Organes directeurs.

Le rapport est complété par le Rapport financier du Directeur et le Rapport du Commissaire aux comptes externe pour 2012.

Dr Carissa F. Etienne  
Directrice

## **S'appuyer sur le passé et s'engager dans l'avenir avec confiance**

*« Les conditions convergent pour créer un moment unique pour la santé dans les Amériques. Je crois que nous avons le pouvoir d'apporter des changements dans la santé maternelle et infantile, dans les maladies non transmissibles, dans les maladies infectieuses, dans le renforcement des systèmes de santé, et dans la réalisation de l'accès universel aux soins de santé. Nous disposons d'un potentiel puissant pour que la santé soit un moteur pour le changement. »*

Dr Carissa F. Etienne  
*Directrice du Bureau sanitaire panaméricain  
Organisation panaméricaine de la Santé*

### **Préface**

1. En septembre 2012, quand j'ai été élue Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) par la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, j'ai promis de mener un processus de renouvellement qui défendrait les valeurs et les principes essentiels de cette institution de plus d'un siècle et d'encourager également l'innovation pour en faire un agent plus efficace du changement. Depuis que j'ai assumé ma fonction de Directrice en février 2013, j'ai été heureuse de constater que les valeurs essentielles d'universalité, d'équité et de solidarité panaméricaine restent solides au sein de l'Organisation, alors qu'une confiance et un optimisme collectifs se sont conjugués pour créer des attentes accrues sur l'avenir de l'OPS. C'est une grande satisfaction pour moi d'être à la barre d'une organisation dotée de fortes traditions d'excellence et de fierté dans ses accomplissements mais qui fait aussi preuve d'une ouverture palpable au changement et à l'amélioration.

2. L'une de mes premières tâches en tant que Directrice a été d'entamer un processus de consultation avec le personnel et les États Membres sur la façon de restructurer le BSP, le secrétariat de l'OPS, pour renforcer la synergie et la complémentarité dans nos programmes de coopération technique. Deux mois plus tard, j'ai annoncé une nouvelle structure organisationnelle, avec une première série de changements qui a pris place le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Mon but dans cette initiative était de positionner l'OPS en tant qu'organisation flexible, transparente et proactive qui apporte expertise et innovation à sa collaboration avec les États Membres.

3. J'ai continué à consulter le personnel, les États Membres et d'autres partenaires et parties prenantes afin de partager des idées, d'évaluer les besoins et d'identifier des

possibilités dans lesquelles le travail de l'OPS peut faire une réelle différence en améliorant les conditions de santé dans les Amériques. Dans toutes ces consultations, j'ai défendu quatre priorités : réduire les inégalités en matière de santé, renforcer les systèmes de santé, aborder les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et réaliser la couverture sanitaire universelle, par laquelle j'entends l'accès à des soins de qualité pour tous sans crainte d'appauvrissement. Je crois que la réalisation de ces priorités est fondamentale pour concrétiser la vision pour la Région des Amériques : des sociétés qui sont exemptes d'inégalité, où les personnes disposent des conditions sociales et des environnements sains dont elles ont besoin pour vivre des vies longues, dignes, saines et productives.

4. Dans mes consultations, j'ai été heureuse, mais non surprise, de constater que les membres du personnel de l'OPS et les parties intéressées partagent cette vision, se réjouissent de ces priorités et sont également désireux de trouver de nouvelles possibilités pour travailler ensemble à les faire progresser plus efficacement et durablement.

5. Je me suis également réjoui de confirmer, au cours de mes premiers mois comme Directrice du BSP, que l'OPS entreprend son nouveau voyage en position de force. J'ai été impressionnée par la richesse de l'expertise, l'énergie et l'entreprise, la passion et le dévouement que le personnel et les partenaires de l'OPS apportent à leur travail

6. Ces premiers mois ont également reconfirmé mon opinion que nos pays, notre Région et notre Organisation font face à des temps nouveaux et à des conditions nouvelles qui exigent de nouvelles façons de travailler pour faire progresser la santé publique. Nous savons que nos États Membres sont les dépositaires d'une grande part du savoir, de l'expertise et de la sagesse dont nous avons besoin pour améliorer la santé dans l'ensemble de la Région. Ceci signifie que l'un des rôles les plus importants de l'OPS—si ce n'est le plus important—est celui de partenaire stratégique qui appuie les efforts pour forger la volonté politique, partager le savoir et mobiliser l'action concertée et multisectorielle entre nos États Membres et en leur sein.

7. L'examen du présent rapport montre clairement que la coopération technique de l'OPS a contribué à des progrès importants dans une vaste série de domaines, allant de l'élimination et de la lutte contre les maladies infectieuses au renforcement des systèmes de santé, à l'abord des déterminants sociaux de la santé et à la garantie que ceux qui sont affectés par les maladies ont accès aux services de prévention, de soins et de réhabilitation.

8. Ce rapport présente les points saillants de ces progrès et les réalisations spécifiques au cours de l'année écoulée, de la mi-2012 à la mi-2013. Cette période couvre les sept derniers mois de l'administration antérieure de l'OPS et les cinq premiers mois sous ma direction. Le travail de l'Organisation au long de cette période a été guidé par le

Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 mais inclut également le développement d'un nouveau Plan stratégique pour 2014-2019.

9. Conformément aux exigences des Organes directeurs de l'OPS, le rapport rend compte des activités du BSP, et toutes les réalisations qui y sont décrites ont été appuyées par la coopération technique des programmes du BSP au niveau régional ou au niveau national. Toutefois, la grande majorité de ces réalisations sont le résultat des efforts conjoints entre le personnel du BSP, leurs homologues dans les ministères de la santé et les partenaires au sein des États Membres et de la communauté internationale. Pour cette raison, le rapport se rapporte non seulement aux activités du BSP mais aussi aux réalisations de l'OPS, c'est-à-dire le secrétariat ainsi que les États Membres.

10. Ce rapport présente des éléments solides de la force constante de cette Organisation et de la valeur de son travail. À cet égard, je tiens à reconnaître et remercier mon prédécesseur, la directrice antérieure du BSP, Mirta Roses Periago, pour sa gestion de cette Organisation. Je crois que l'OPS a un brillant avenir, avec une forte possibilité de jouer un rôle encore plus important dans l'amélioration des conditions de santé et le renforcement de la santé dans les programmes de développement internationaux et nationaux. J'ai hâte de mener cette Organisation dans ce futur, avec l'appui solide de nos États Membres, afin que nous puissions terminer ensemble le programme inachevé, relever de nouveaux défis et réaliser enfin le rêve de la santé pour toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants des Amériques.

Dr Carissa F. Etienne  
Directrice

## Chapitre I. Continuité et changement

11. Les six derniers mois de 2012 et les six premiers mois de 2013—période générale couverte par le présent rapport—ont été à la fois une période de continuité et de changement à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En 2012, l'OPS a fêté sa 110<sup>e</sup> année, un exploit en soi rendu encore plus remarquable par les améliorations sanitaires impressionnantes enregistrées dans les Amériques par rapport au siècle précédent. Elles comprennent une amélioration de 45 ans de la durée de vie moyenne et une baisse multipliée par 11 de la mortalité infantile depuis 1902, l'éradication de la variole et de la polio et l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, l'accès élargi à l'eau potable et à l'assainissement et une augmentation importante de la couverture sanitaire. Aujourd'hui, la Région des Amériques a les taux les plus élevés de traitement antirétroviral pour le VIH/sida de toutes les régions de l'OMS, ainsi que des niveaux de couverture vaccinale qui sont parmi les plus élevés au monde.

12. À l'aide de plusieurs modifications de son organisation, l'OPS, qui est aujourd'hui la plus ancienne agence de santé internationale au monde, a joué un rôle crucial de chef de file dans un grand nombre de ces réalisations, et la tradition de panaméricanisme qu'elle a lancée continue à contribuer aux progrès de la santé dans tout l'hémisphère et au-delà.

13. Le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), le secrétariat de l'OPS, a travaillé en étroite collaboration avec les États Membres de l'OPS tout au long de 2012-2013, en assurant la coopération technique pour faire progresser la santé, protéger les acquis et relever les défis tant nouveaux que persistants. Ce travail a été guidé par le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et d'autres mandats régionaux établis par les États Membres de l'OPS ainsi que les priorités nationales identifiées à travers les stratégies de coopération avec les pays (CCS).

14. En janvier 2013, le Dr Carissa F. Etienne, anciennement Sous-directeur de l'OPS et Sous-directeur général de l'OMS pour les systèmes et les services de santé, a prêté serment en tant que 10<sup>e</sup> Directeur de l'OPS. Au cours des trois mois qui ont suivi, la Directrice a mené un processus complet et inclusif de consultation avec les parties prenantes et les membres du personnel pour identifier les moyens de positionner l'OPS en tant qu'organisation flexible, transparente et proactive qui apporte l'expertise et l'innovation à sa collaboration avec les États Membres. Ce processus consultatif a compris deux réunions de type forum de discussion avec le personnel au siège de l'OPS et plusieurs visites aux États Membres.

15. En avril 2013, la Directrice a annoncé une nouvelle structure organisationnelle dont le but était de renforcer le rôle de l'OPS en tant que première agence de santé

publique des Amériques dans un environnement dynamique et complexe. Les changements, entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2013, cherchaient à maximiser la synergie et la complémentarité dans les programmes techniques essentiels de l'Organisation. Par conséquent, un groupe de travail spécial dirigé par le Directeur de l'Administration a supervisé les ajustements dans la programmation, le personnel et les processus administratifs.

16. La nouvelle structure est composée de cinq départements essentiels de coopération technique : Famille, genre et parcours de vie (FGL), Maladies transmissibles et analyse de la santé (CHA), Maladies non transmissibles et santé mentale (NMH), Systèmes et services de santé (HSS) et Préparation aux situations d'urgence et secours en cas de catastrophe (PED), avec un programme spécial sur le Développement durable et l'équité en matière de santé (SDE).

17. De plus, cinq départements administratifs rendent compte au Directeur de l'Administration : Gestion des ressources humaines (HRM), Gestion des ressources financières (FRM), Services de technologie de l'information (ITS), Opérations des services généraux (GSO) et Gestion des achats et des approvisionnements (PRO). Avec PED, trois départements supplémentaires rendent compte au Directeur adjoint : Planification et budget (PBU), Relations extérieures, partenariats et Organes directeurs (EPG) et Gestion du savoir et communications (KMC), qui fournissent des services à d'autres départements ainsi que la coopération technique aux États Membres.

18. Quatre bureaux spéciaux rendent compte au Directeur : Appui axé sur les pays (CFS), Conseiller juridique (LEG), Secrétaire général (COS), et Services d'audit et d'évaluation interne (IES). Deux autres – le Bureau d'éthique et le Médiateur (OMB) – sont indépendants et font partie, avec IES, du Système d'intégrité et de gestion des conflits de l'OPS.

19. L'OPS maintient sa solide présence dans la Région, avec 28 bureaux de pays dans les États Membres. De plus, l'Organisation conserve la gestion de trois centres techniques panaméricains : le Centre latino-américain de périnatalogie – Santé de la femme et santé reproductive (CLAP) à Montevideo, en Uruguay, le Centre latino-américain et des Caraïbes d'information en sciences de la santé (BIREME) à São Paulo, au Brésil et le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) à Rio de Janeiro, au Brésil. Pendant la période considérée, l'ancien Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI) ont achevé le processus de transition à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) à la Trinité-et-Tobago, qui est entrée en opération en janvier 2013.

20. En consultation avec le Groupe consultatif de pays (CCG) des États Membres, le BSP a joué un rôle actif dans l'achèvement du Plan stratégique proposé de l'OPS 2014-2019, qui est soumis au 52<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en septembre 2013 pour



approbation. Reflétant les priorités de la nouvelle direction de l'OPS ainsi que les priorités collectives des États Membres, le nouveau plan s'efforce d'améliorer la santé de la population à l'aide d'actions qui font progresser le développement durable et l'équité en matière de santé. Ceci comporte des actions pour aborder les déterminants sociaux, faire progresser la couverture sanitaire universelle et incorporer la santé dans toutes les politiques, tous les programmes, toutes les initiatives et toutes les interventions.

21. Le nouveau Plan stratégique diffère de l'antérieur du fait que ses objectifs stratégiques – redéfinis en « catégories » – sont moins nombreux (6 au lieu de 16 dans le plan précédent) et sont conçus pour mieux tenir compte du travail interprogrammatique. Le nombre d'indicateurs a été réduit (de 256 à 106) et ils ont été redéfinis pour mesurer les progrès dans l'état de la santé plutôt que pour évaluer les processus. Une caractéristique importante du nouveau plan est son inclusion d'objectifs, d'indicateurs et de cibles concernant l'équité en matière de santé. Il reflète également un alignement plus étroit sur l'OMS, du fait qu'il est le premier plan stratégique de l'OPS qui suit l'achèvement du programme général de travail de l'OMS, dans ce cas pour 2014-2019.

22. La nouvelle structure de l'organisation et le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 ont pour objectif de renforcer la capacité du BSP à travailler avec les États Membres pour promouvoir la santé et le bien-être, réduire le fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, faire progresser une approche multisectorielle pour répondre aux déterminants sociaux de la santé et encourager la collaboration sur la voie de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Le travail de l'Organisation pour atteindre ces buts au cours des six prochaines années s'appuiera sur la vaste expérience, l'expertise et la collaboration ainsi que sur les nombreuses réalisations des programmes et des projets existants, mis en œuvre par l'OPS ou avec son soutien.

## **Chapitre II. Coopération technique et accomplissements**

23. Les sections suivantes du présent rapport mettent en relief les accomplissements dans les États Membres et au niveau régional au cours de la période allant de la mi-2012 à la mi-2013 qui ont été menés ou appuyés par les programmes de coopération technique de l'OPS. Ensuite sont présentés les développements dans la gestion et la gouvernance de l'Organisation au cours de la période considérée. Enfin, le rapport considère les enseignements tirés des accomplissements et des défis au cours de la période, et qui peuvent être appliqués pour améliorer l'efficacité et l'impact durable de la coopération technique de l'Organisation dans le futur.

### **Systemes et services de santé**

24. Les systèmes et services de santé qui sont équitables, efficaces et bien organisés et qui promeuvent l'accès universel sont une fondation essentielle pour améliorer la santé de la population. Tout au long de 2012-2013, l'Organisation a travaillé avec les États Membres pour renforcer les systèmes de santé fondés sur une stratégie renouvelée de soins de santé primaires et dans le but de faire progresser la couverture sanitaire universelle.

25. La Bolivie, le Costa Rica, El Salvador, le Guyana, le Mexique, la République dominicaine, l'Uruguay et les pays des Caraïbes ont tous travaillé pour poursuivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle, avec l'appui de l'OPS ainsi que du Département pour le développement international du Royaume-Uni (DFID), l'Agence australienne pour le développement international (AusAID) et l'Agence espagnole pour la coopération au développement international (AECID). Le travail de l'OPS a comporté un appui au développement d'une feuille de route définissant la voie vers la couverture sanitaire universelle pour les pays des Caraïbes.

26. L'information sur les dépenses médicales encourues a été recueillie pour le Canada et les pays du MERCOSUR afin de faciliter l'analyse des déterminants de ces dépenses et les effets de la redistribution des dépenses en matière de santé publique. Plusieurs unités d'économie de la santé des ministères de la santé de la Région ont tenu des discussions avec les partenaires dont la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL), la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI) sur des questions telles que les soins de santé non rémunérés, « la marge budgétaire » et les perspectives pour élargir les dépenses en matière de santé publique.

27. Durant la période 2012-2013, l'OPS a mené ou appuyé un certain nombre d'études sur l'élargissement de la couverture sanitaire. Une analyse effectuée au Brésil, au Chili, en Colombie, en Jamaïque, au Mexique et au Pérou a examiné les politiques

publiques qui seraient probablement les plus efficaces pour améliorer la couverture et l'équité. Une étude en République dominicaine a évalué l'impact financier de la composante santé dans le régime d'assurance subventionné du pays, alors que des études menées au Salvador ont évalué les gains de la réforme en matière de santé et les défis de sa consolidation.

28. Quatre-vingt techniciens de 18 pays ont suivi un cours virtuel sur la conception et la gestion de l'ensemble de prestations de soins de santé. À la suite, l'OPS a mis en place une communauté de pratique pour partager l'information et les expériences entre le personnel travaillant sur ces questions. El Salvador, le Mexique, le Pérou et l'Uruguay ont tous développé ou mis à jour leurs ensembles de prestations de soins de santé garantis.

29. L'Organisation a appuyé les États Membres dans le renforcement de leurs cadres juridiques pour promouvoir le droit à la santé et l'accès aux soins au moyen de plusieurs initiatives législatives et réglementaires. À partir de 2013, 18 des pays de la Région incluent le droit à la santé dans leurs constitutions, et au Chili, en Colombie, au Guyana, en Haïti et au Pérou, le concept de protection sociale en matière de santé est un principe fondamental de leurs systèmes de santé. L'Organisation a aidé le Panama à rédiger un nouveau code de la santé et a soutenu le Ministère de la Santé du Salvador dans la formulation d'une législation sur les vaccins qui est entrée en vigueur en janvier 2013.

30. L'Organisation a fourni son soutien pour la planification stratégique et restructuration des systèmes de santé à Aruba, aux Bahamas et à Curaçao ainsi que dans les îles de Bonaire, Saba et Saint-Eustache des anciennes Antilles néerlandaises, qui ont restructuré leurs secteurs de la santé à la suite de changements dans leurs états constitutionnels après 2010. Afin de promouvoir l'approche des soins de santé primaires pour organiser les systèmes et les services de santé, l'OPS a créé le réseau collaboratif de soins de santé primaires, qui permet aux experts de différents pays d'échanger des informations et d'identifier et de diffuser les bonnes pratiques. Il compte maintenant quelque 450 membres et 14 communautés régionales de pratique et a inspiré la création de communautés de pratique similaires au niveau national au Brésil et au Chili. Avec l'appui de l'OPS, le Brésil a mis en œuvre un programme pour améliorer l'accès et la qualité des soins de santé primaires et a terminé les évaluations pour environ la moitié des 40 000 équipes de soins de santé primaires du pays.

31. L'OPS s'est associée à l'École andalouse de santé publique pour valider une analyse de situation pour les hôpitaux dans 10 pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes (El Salvador, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, République dominicaine, Trinité-et-Tobago et Uruguay) et a travaillé avec la Faculté nationale de santé publique d'Antioquia de Colombie pour authentifier une analyse des services d'urgence dans 14 pays. Les gérants des services de santé dans plusieurs pays ont utilisé la méthodologie de gestion productive pour les services de santé de l'OPS

(*Productive Management Methodology for Health Services/PMMHS*) pour analyser l'efficacité et la qualité des soins de santé et le coût et financement des services de soins de santé.

***Insuffisance rénale chronique de cause non traditionnelle en Amérique centrale***

Une augmentation déconcertante de l'insuffisance rénale chronique de cause non traditionnelle avec une mortalité élevée a été observée dans les communautés agricoles d'Amérique centrale, principalement au Salvador et au Nicaragua. En réponse, les États Membres du Système d'intégration centraméricaine (SICA) et le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA) ont publié la Déclaration de San Salvador sur l'insuffisance rénale chronique de cause non traditionnelle en avril 2013. L'insuffisance rénale chronique de cause non traditionnelle était jugée comme un problème grave de santé publique ; une action urgente, multisectorielle, multidisciplinaire et participative était préconisée pour s'attaquer à ce problème. Au titre de sa coopération technique, l'OPS appuie le renforcement des systèmes de surveillance sanitaire et de capacité de la recherche pour mieux comprendre les causes et les conséquences de l'insuffisance rénale chronique de cause non traditionnelle ainsi que pour fournir un soutien dans l'organisation des services de santé.

32. L'OPS a appuyé les efforts des pays pour aligner leurs politiques de recherche sur la *Politique* régionale sur la recherche en matière de santé (CD49/10), approuvée par les États Membres de l'OPS en 2009, et sur la Stratégie sur la recherche en matière de santé de 2010 de l'OMS (WHA63.21). Au cours de 2012-2013, le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA) a utilisé la politique régionale comme cadre pour établir la Commission sur la recherche pour la santé pour l'Amérique centrale et la République dominicaine. Le Comité consultatif de l'OMS sur la recherche en matière de santé a travaillé avec l'OPS pour mettre au point un tableau de bord pour suivre la mise en œuvre de la politique régionale.

33. Également au cours de la période considérée, 19 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont augmenté leur part d'essais cliniques inclus dans la plateforme du système d'enregistrement international des essais cliniques de l'OMS, et le Pérou a rempli les conditions techniques pour être admis en tant que fournisseur de données sur la plateforme. Avec l'appui d'un réseau d'experts régionaux et internationaux, 12 pays ont adopté les normes et utilisé les plateformes pour traduire le savoir en pratique. Le Chili a lancé une plateforme pour l'examen de la recherche par des comités d'éthique.

34. L'OPS a appuyé les efforts des pays dans le domaine de la sécurité du patient et de la maîtrise de l'infection. Le Brésil a lancé un nouveau programme national de

sécurité du patient et a préparé une législation pour mettre le programme en œuvre dans son système de santé unifié. Les Bahamas ont formulé un plan d'action national pour améliorer la prévention et la maîtrise des infections liées aux soins de santé.

### ***Ressources humaines pour la santé***

35. L'OPS a travaillé avec les pays pour améliorer la planification et la gestion des effectifs de santé, à la fois dans les ministères de la santé et au niveau local. Cette tâche a comporté l'appui à plusieurs efforts infrarégionaux pour améliorer l'élaboration des politiques et la planification des ressources humaines. Le Bureau de coordination des programmes des Caraïbes de l'OPS a agi de concert avec les ministres de la santé de la CARICOM et d'autres acteurs pour développer une feuille de route infrarégionale des ressources humaines avec des jalons spécifiques pour améliorer la gouvernance et les compétences des ressources humaines en matière de santé dans les Caraïbes en 2012-2017. Dans la région andine, l'Organisation a aidé à développer une politique sur les ressources humaines en matière de santé dans le cadre de l'Organisme andin de la Santé/Convenio Hipólito Unanue, approuvée par les ministres andins de la santé en 2012. Dans son rôle d'organe consultatif pour COMISCA, l'OPS a travaillé avec des équipes du Belize, du Costa Rica, du Salvador, du Guatemala, du Honduras, du Nicaragua, de Panama et de la République dominicaine pour mettre en œuvre le plan de développement pour les ressources humaines en matière de santé pour l'Amérique centrale.

36. En collaboration avec les ministères de la santé de Jamaïque, du Pérou, et de l'Uruguay, le Centre collaborateur de l'OPS/OMS sur la planification et la recherche sur les effectifs en matière de santé à l'Université Dalhousie au Canada et le Centre collaborateur pour la planification et l'information sur les effectifs en matière de santé à l'Université de l'État de Rio de Janeiro au Brésil, l'OPS a aidé à concevoir une initiative régionale sur les objectifs en matière de ressources humaines. Elle comprend un deuxième tour de mesures de 20 objectifs régionaux pour les ressources humaines en matière de santé pour 2007-2015 et une analyse des programmes des ressources humaines liés aux objectifs prioritaires au niveau national.

37. Au titre du renforcement intégré des ressources humaines, une proposition concernant les compétences des services pharmaceutiques a été approuvée par les représentants des écoles de pharmacie de 23 pays.

38. Entre la mi-2012 et la mi-2013, plus de 2800 personnes ont participé à 67 cours offerts par le Campus virtuel pour la santé publique sur des thèmes incluant le vieillissement et la santé, le droit à la santé, les fonctions essentielles de la santé publique, le renouveau des soins de santé primaires et le genre. Le programme Edmundo Granda Ugalde de l'OPS pour le leadership en santé internationale a fourni l'éducation et la formation de 39 professionnels de la santé de 19 pays au cours de 2012. En outre, l'OPS a appuyé les efforts de 30 écoles de médecine dans huit pays (Argentine, Brésil, Chili,

Canada, Colombie, États-Unis, Guatemala et Nicaragua) pour aligner leurs programmes sur les soins de santé primaires. Le Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique de l'OPS (PALTEX) a compris 54 nouveaux manuels et publié 26 nouvelles éditions au cours de 2012-2013.

39. L'OPS a également joué un rôle de soutien clé pour faciliter la coopération Sud-Sud en matière de développement des ressources humaines impliquant Cuba et d'autres pays dans les Amériques. Durant 2012-2013, plus de 300 agents de santé cubains ont entrepris des activités de formation en dehors de Cuba et près de 800 agents de santé se sont rendus à Cuba pour participer à des événements ou à la formation.

40. L'Observatoire régional des ressources humaines en matière de santé a été consolidé comme plateforme pour l'échange d'expériences, d'information, et de savoir sur les politiques des ressources humaines axées sur la couverture sanitaire universelle et le développement de systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires. À la mi-2013, 12 pays se sont joints à l'observatoire, facilitant le dialogue en ligne et le partage des expériences entre pays et autres parties intéressées.

#### *Médicaments et technologies de la santé*

41. Afin de renforcer les politiques pharmaceutiques nationales, l'OPS a recueilli l'information sur 24 pays et mis les résultats à la disposition des États Membres respectifs à l'occasion d'une réunion régionale à Quito, en Équateur, en 2013. L'Organisation a préparé les directives pour développer les politiques pharmaceutiques qui englobent le droit à la santé, la couverture sanitaire universelle et les déterminants sociaux concernés pour assurer l'accès à des médicaments sûrs et efficaces.

42. Avec l'appui de l'OPS, le Conseil pour le développement humain et social (COHSOD) a approuvé la politique pharmaceutique des Caraïbes en 2012 et la même année, la Barbade a approuvé sa politique pharmaceutique nationale. L'OPS a également appuyé El Salvador dans le développement et l'approbation de la politique nationale des médicaments en 2012 et la création de l'autorité nationale de réglementation. À l'aide de mesures réglementaires, El Salvador a réalisé une réduction de 35% des prix des médicaments.

43. L'OPS a aidé à renforcer la capacité de la Commission fédérale pour la protection contre les risques sanitaires du Mexique (COFEPRIS), qui a été reconnue par l'OPS comme une autorité réglementaire de référence en novembre 2012.

44. L'OPS a aidé à renforcer le contrôle de qualité des médicaments pour la tuberculose dans les laboratoires de contrôle des médicaments de la CARICOM au Guyana, en Jamaïque, au Suriname et à la Trinité-et-Tobago avec des fonds du Ministère des Affaires étrangères de l'Argentine par le biais du Fonds argentin pour la coopération

Sud-Sud et triangulaire (FO.AR). La 10<sup>e</sup> phase du programme de contrôle de qualité externe pour les laboratoires de 23 pays a commencé à la fin de 2012 avec l'appui de la Convention de la Pharmacopée des États-Unis (USP). L'OPS a également soutenu une initiative de coopération Sud-Sud dans laquelle Cuba a travaillé avec les pays membres de l'Alliance bolivarienne pour les peuples de nos Amériques (ALBA) dans le domaine de la réglementation pharmaceutique.

45. Avec l'aide du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'OPS a assisté le Guatemala, Honduras et la République dominicaine, afin d'empêcher les ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux en améliorant les prévisions de la demande et d'autres aspects de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Cette tâche a inclus l'incorporation d'un outil spécial de suivi des médicaments dans la plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé (PRAIS).

#### ***Fonds stratégique de l'OPS***

Le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en santé publique, connu sous le nom de Fonds stratégique de l'OPS, a continué à jouer un rôle important dans la promotion de l'accès à des fournitures de santé publique essentielles de haute qualité pour les États Membres. De juin 2012 à juin 2013, 18 pays de la Région ont utilisé le Fonds pour acheter quelque \$34 millions de médicaments et autres fournitures essentielles de santé publique ; sept pays ont utilisé le compte de capital du Fonds pour éviter le risque de pénuries de médicaments. Pendant la période considérée, l'OPS a actualisé la liste de médicaments du Fonds pour y inclure 16 médicaments supplémentaires pour traiter les maladies non transmissibles (MNT).

46. Dans le cadre de PRAIS, un nouvel observatoire sur la technologie de la santé, l'accès et l'innovation a terminé sa première année de fonctionnement en mai 2013. Par ailleurs, les indicateurs pour le secteur de la technologie de la santé ont été validés dans 19 pays. À la mi-2013, PRAIS comptait quelque 1000 usagers et plus de 20 communautés de pratique actives partageant l'information pour améliorer la gouvernance et la réglementation des technologies de la santé.

47. L'OPS a également soutenu des initiatives destinées à garantir la disponibilité de sang et de produits sanguins sûrs dans la Région. Des analyses techniques et juridiques et des plans infrarégionaux pour la sécurité du sang et le VIH pour 2013-2017 ont été préparées pour la région andine et pour l'Amérique centrale et la République dominicaine. Un projet de coopération technique impliquant l'OPS et le laboratoire de produits sanguins de l'Université nationale de Cordoba (Argentine) a permis au Brésil de

réaliser des progrès considérables dans la sécurité des produits sanguins et de renforcer la production de ces derniers.

48. En partenariat avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (IAEA), l'OPS a collaboré au développement du nouveau plan stratégique (2016-2021) de l'Agence et a joué un rôle important en garantissant la sécurité et le bon état des appareils de radiothérapie dans la Région. Au cours de 2012-2013, plus de 150 appareils de radiothérapie ont été inspectés et le service postal de dosimétrie par thermoluminescence de l'IAEA (TLD) a été utilisé pour certifier la calibration des appareils. Un projet conjoint avec Rotary International a installé et calibré 30 pièces d'équipement radiographique numérique de base dans des institutions de soins de premier niveau au Guatemala. L'OPS a également travaillé avec RAD-AID – une organisation à but non lucratif consacrée à accroître les services de radiologie dans le monde en développement – pour fournir l'éducation et la formation, les évaluations et la planification de l'équipement en Haïti. La Trinité-et-Tobago a reçu un soutien dans la gestion de la surexposition au rayonnement.

49. Au niveau régional, la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine de septembre 2012 a officiellement approuvé les normes fondamentales internationales de protection contre les rayonnements ionisants et de sûreté des sources de rayonnements de l'IAEA, qui détaillent les exigences pour protéger les personnes et l'environnement des effets nocifs des rayonnements ionisants et garantir la sécurité des sources de rayonnements.

50. En 2012, les États Membres de l'OPS ont approuvé une résolution sur l'évaluation et l'incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé (CSP28.R9), qui recommande le renforcement et l'élargissement de l'usage des processus d'évaluation pour fonder les décisions. Le Réseau d'évaluation de technologies de la santé des Amériques (REDE TSA), qui est coordonné par l'OPS, a augmenté sa participation qui compte maintenant 25 membres.

51. L'OPS a également travaillé en 2012-2013 au renforcement des processus de sélection des médicaments à l'aide du Campus virtuel de santé publique et de l'appui direct pour le développement ou l'actualisation des listes de médicaments essentiels à la Barbade, au Chili, au Guatemala, au Guyana et au Paraguay. Cette collaboration a contribué à des économies collectives des pays de l'ordre de quelque \$15 millions en 2012.

52. Le nouveau groupe de pharmacovigilance du Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments (PANDRH) a démarré ses activités en décembre 2012, en étroite collaboration avec le Réseau latino-américain et caribéen de centres d'information des médicaments (RED CIM LAC). Les autorités de réglementation ont collaboré à la pharmacovigilance au moyen de ce mécanisme.



## **Maladies transmissibles**

53. La coopération technique de l'OPS a soutenu les efforts des États Membres pour réduire le fardeau des maladies transmissibles et avancer sur la voie de l'élimination de ces maladies considérées éliminables. Cette tâche a porté sur le renforcement de la capacité en matière de prévention et de lutte, de préparation, de surveillance, de détection, de réduction des risques et de réponse aux dangers pour la santé humaine, y compris les événements à potentiel de préoccupation internationale tels que définis dans le Règlement sanitaire international (RSI).

### ***VIH, tuberculose, hépatite et maladies sexuellement transmissibles***

54. En 2012, le programme de l'OPS sur le VIH et les maladies sexuellement transmissibles (MST) a entrepris une évaluation à mi-parcours du Plan régional VIH/MST pour le secteur de la santé 2006-2015. L'incidence estimée de l'infection par le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes a chuté de 21,1 pour 100 000 habitants en 2005 à 19,1 pour 100 000 en 2011. Les cas pédiatriques ont diminué considérablement au cours de la période 2001-2011 : de 60% dans les Caraïbes et de 38% en Amérique latine. L'accès accru à la thérapie antirétrovirale a contribué à une réduction de 36% des décès par VIH en Amérique latine et une réduction de 50% dans les Caraïbes sur la période 2001-2010. En résultat de l'évaluation à mi-parcours, l'OPS a recentré sa coopération technique en matière de VIH/MST sur quatre priorités : optimisation du traitement, élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis congénitale, prévention et soins pour les populations clés et information stratégique.

55. À cette fin, l'OPS a organisé des séances d'information pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes sur la mise en application de la plateforme du traitement 2.0, qui cherche à maximiser l'efficacité et la rentabilité du traitement du VIH. L'Organisation a tenu deux réunions infrarégionales sur le cadre du traitement 2.0. L'OPS a envoyé des missions d'optimisation dans six pays (Bolivie, Équateur, El Salvador, Honduras, République dominicaine et Venezuela). Ces pays ont commencé à mettre en œuvre des actions prioritaires dont la migration volontaire des patients aux régimes privilégiés, des améliorations dans les prévisions et la gestion de la chaîne d'approvisionnement (appuyées par le Fonds stratégique de l'OPS), le renforcement de la participation communautaire, la décentralisation des services et l'accès élargi au dépistage et aux conseils en matière de VIH.

56. Avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme l'OPS a aidé les pays à renforcer leur capacité en ce qui concerne les achats et la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour réduire les ruptures de stocks des médicaments antirétroviraux et des produits sanitaires apparentés. Une nouvelle plateforme régionale

pour suivre les antirétroviraux a été créée avec le soutien du Fonds mondial et est gérée par le Fonds stratégique de l'OPS.

57. L'Organisation a mis au point une méthodologie pour valider les réalisations des cibles d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis congénitale, qui a été mise en œuvre dans des projets pilotes au Chili et à Sainte-Lucie. Un rapport de situation de 2012 fondé sur la méthodologie a montré que la couverture régionale du dépistage du VIH parmi les femmes enceintes était passée de 29% en 2008 à environ 66% en 2011, la couverture antirétrovirale estimée pour les femmes enceintes atteintes du VIH était passée de 55% en 2008 à 70% en 2011 et les nouveaux cas d'infection par le VIH parmi les enfants avaient chuté de 24% en Amérique latine et de 32% dans les Caraïbes entre 2009 et 2011. Six pays (Guatemala, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay et République dominicaine) avaient une couverture du dépistage du VIH ou de la syphilis pour les femmes enceintes inférieure à 50% en 2011. L'OPS s'est associée avec les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC) pour aider les pays y compris la Bolivie et Trinité-et-Tobago à examiner et réviser les algorithmes de dépistage de la syphilis et à introduire des dépistages sur place.

58. L'OPS a été le chef de file pour le développement d'outils destinés à fournir des soins de santé globaux pour les personnes transgenres et leurs communautés. En fonction de l'expertise produite dans ce domaine, l'Organisation a contribué à un dialogue technique pour recadrer le transgenre dans la nouvelle Classification internationale des maladies (ICD). Elle a également facilité la formation au Brésil et dans les pays du Cône Sud sur les soins aux membres des populations clés et, dans un effort de collaboration avec l'ONU Femmes, a mis au point un programme de formation pour les prestataires de soins sur l'intégration du genre et les droits de l'homme dans le VIH et les services de santé sexuelle et reproductive. Également au cours de la période considérée, l'Assemblée nationale du Nicaragua a approuvé une nouvelle loi qui garantit les droits des personnes atteintes du VIH, que l'OPS a soutenue en travaillant avec la Commission de la santé de l'Assemblée et en offrant l'expertise pour la consultation nationale.

59. En 2012-2013, la Région des Amériques a déjà atteint et dépassé les cibles du partenariat mondial « Halte à la tuberculose » de réduction des cas et des décès de tuberculose de 50% pour 2015. Selon le rapport mondial de la TB de l'OMS 2012, les Amériques ont connu le taux annuel le plus élevé de baisse de l'incidence de la TB de toutes les régions de l'OMS, un taux de 4%. Néanmoins, la tuberculose multirésistante (TB-MR) et la coinfection TB/VIH restent des défis importants pour la Région.

60. Au cours de 2012-2013, 21 pays ont mis en œuvre des programmes nationaux de prise en charge des cas de TB-MR recommandée par l'OPS, 20 pays ont introduit des nouvelles technologies pour le diagnostic de la TB (GenXpert et technique LIPA/sondes moléculaires en ligne) et 13 pays ont adopté des approches spéciales de la maîtrise de la TB dans les populations autochtones.

61. En partenariat avec USAID, l'OPS a appuyé la mise en place d'un cadre spécial pour la maîtrise de la TB dans les grandes villes dans trois villes pilotes : Bogotá, en Colombie, Guarulhos, au Brésil, et Lima, au Pérou. Le Suriname a adopté un nouveau plan stratégique national de lutte contre la tuberculose, et un nouveau centre d'excellence régional pour la tuberculose a été établi au Salvador pour former les nouveaux membres des programmes de TB à la mise en application de la stratégie « Halte à la tuberculose ».

62. L'OPS a développé une stratégie régionale globale sur l'hépatite virale pour les Amériques. Dix-sept pays ont exprimé leur soutien à la stratégie, et l'Argentine, le Brésil, la Colombie, la Jamaïque et le Pérou ont commencé à mettre en œuvre des activités spécifiques alignées sur la stratégie.

### *Maladies négligées, maladies tropicales et à transmission vectorielle*

63. Au cours de la période considérée, le paludisme est resté endémique dans 21 pays membres de l'OPS, mais 12 pays ont déjà atteint la cible des OMD pour le paludisme, avec une diminution des cas de plus de 75% depuis 2000. Plusieurs pays ont été au-delà de la maîtrise du paludisme pour aller vers son élimination. En 2012-2013, le Costa Rica et l'Équateur se sont joints à l'Argentine, à El Salvador, au Mexique et au Paraguay dans la phase de pré-élimination, en réduisant les cas à moins de cinq pour 1000 habitants et en mettant en œuvre des plans nationaux d'élimination. Le Guatemala et le Nicaragua sont restés dans la phase de contrôle mais ont réorienté leurs programmes nationaux du paludisme pour entreprendre des actions en vue de son élimination. Le Guyana et Haïti ont tous deux mis à jour leurs plans stratégiques du paludisme et le Guyana a également pris des mesures pour renforcer son système de surveillance du paludisme et améliorer sa capacité de réponse rapide. Les pays du bouclier guyanais (Brésil, Guyane française, Guyana et Suriname) ont renforcé la coordination transfrontalière de leurs efforts de lutte contre le paludisme.

64. Des améliorations constantes dans la pharmacovigilance du paludisme ont aidé les pays à mieux suivre le développement de la résistance aux médicaments contre le paludisme. La surveillance systématique antipaludéenne par le Suriname a détecté une perte potentielle de sensibilité des médicaments de première ligne contre le paludisme. D'autres réalisations en 2012-2013 ont compris le lancement d'un nouveau programme de recherche régional sur le paludisme et l'achat des médicaments et fournitures antipaludéens à travers le Fonds stratégique de l'OPS par 12 pays. Par ailleurs, l'OPS a reconnu et promu les « bonnes pratiques » du paludisme par le Brésil, l'Équateur et le Paraguay au moyen de son concours de Champions du paludisme, en honorant les gagnants lors de la Journée du paludisme dans les Amériques 2012.

65. Au cours de 2012-2013, Aruba, Bonaire, Curaçao, la Jamaïque, Saint-Eustache et Sint Maarten ont mis au point de nouvelles stratégies pour la gestion intégrée de la prévention et de la lutte contre la dengue. El Salvador a augmenté le financement pour la

mise en application de sa stratégie existante, qui met l'accent sur une vaste action intersectorielle. La Bolivie et le Chili ont apporté des améliorations dans les résultats des programmes pour la dengue. L'introduction progressive de la nouvelle classification de la dengue de l'OMS dans sept pays (Bolivie, Guatemala, Honduras, Mexique, Panama, Paraguay et République dominicaine) a amélioré les soins aux patients en accroissant la détection de cas potentiellement graves.

66. Les pays ont poursuivi leurs efforts pour lutter contre les maladies infectieuses négligées, en atteignant plusieurs jalons importants pendant la période considérée. Le Belize a été certifié en novembre 2012 pour avoir interrompu la transmission de la maladie de Chagas par son vecteur principal, *Triatoma dimidiata*. La Bolivie a été certifiée pour avoir interrompu le *Triatoma infestans*, le principal vecteur de la maladie de Chagas dans les 21 municipalités du département de La Paz. L'Argentine a éliminé son principal vecteur dans plusieurs zones endémiques et le Paraguay a fait de même dans le département d'Alto Paraguay.

***La Colombie devient le premier pays à éliminer l'onchocercose***

En 2013, l'OMS a officiellement certifié la Colombie comme exempte de transmission de l'onchocercose, ou cécité des rivières, devenant ainsi le premier pays au monde à éliminer la maladie. Cet accomplissement couronne les efforts sur 16 ans du pays pour maîtriser l'onchocercose dans une communauté lointaine du Pacifique sud-ouest au moyen de l'usage du médicament antiparasitaire ivermectine, de la surveillance épidémiologique et de l'éducation communautaire. L'effort a été mené par l'Institut national de la santé de Colombie avec l'appui du Ministère de la Santé et de la Protection sociale, de l'OPS, du Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques du Centre Carter (OEPA) et du Programme de donation du Mectizan des laboratoires Merck.

67. Outre la réalisation de la Colombie, le travail sur la voie de l'élimination de l'onchocercose a progressé dans 13 zones dans cinq autres pays (Brésil, Équateur, Guatemala, Mexique et Venezuela). L'Équateur est en processus de vérification ; le Guatemala et le Mexique pourraient l'être en 2015. Le Venezuela a interrompu la transmission dans deux de ses zones focales, même si l'interruption dans deux zones restantes dans la région Yanomami (qui s'étend jusqu'au Brésil) s'est avérée plus difficile à cause de leur éloignement et de la grande mobilité de leurs résidents essentiellement nomades.

68. Sept pays ont lancé de nouveaux plans d'action nationaux pour la maîtrise et l'élimination de maladies infectieuses négligées (Brésil, Colombie, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras et Suriname). Dix-huit pays ont établi des plans d'action pour la maîtrise de la géohelminthiase alors que le Honduras et le Paraguay ont lancé des campagnes de déparasitage. Le Brésil a entrepris une campagne pour traiter la

géo-helminthiase et pour la détection précoce et le traitement de la lèpre ciblant sept millions d'enfants en âge scolaire, avec un effort particulier centré sur la détection du trachome dans les groupes d'enfants à risque élevé. Haïti a traité près de huit millions de personnes en 2012 pour la filariose lymphatique, ce qui représentait environ 60% de la population totale à risque pour cette maladie dans les Amériques.

***Règlement sanitaire international, alerte épidémique et intervention et maladies d'origine hydrique***

69. En tant que point de contact de l'OMS pour le Règlement sanitaire international (RSI) dans les Amériques, l'OPS a contribué à la détection et à la gestion de plus de 100 événements de préoccupation de santé publique internationale potentielle au cours de la période de la mi-2012 à la mi-2013. Dans le cadre du processus de gestion du risque, la vérification de l'événement (le cas échéant) a été obtenue dans la fenêtre de 48 heures stipulée par le RSI, et tous les événements ont été évalués conjointement par les États parties. L'information et les orientations se rapportant à ces événements de santé publique ont été disséminées au moyen de 22 alertes épidémiologiques et de 67 rapports. De plus, l'OPS a fourni un soutien à la réponse aux flambées, y compris le déploiement d'experts internationaux aux Bahamas, à la Barbade, au Belize et au Pérou pour les flambées de dengue, de *Klebsiella pneumoniae* produisant la carbapénemase, d'*Acinetobacter baumannii* et d'*Enterobacter cloacae*. L'OPS a également aidé le Chili en répondant à une augmentation inhabituelle de cas de maladie méningococcique causée par *N. meningitidis* W 135.

70. Six des 35 États parties au RSI dans les Amériques (Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica États-Unis) ont déterminé que leurs capacités essentielles de surveillance et d'intervention, y compris à des points d'entrée désignés, étaient en place pour l'échéance établie du RSI de juin 2012. Les 29 États parties restants ont obtenu une prolongation de deux ans, jusqu'à juin 2014. L'OPS a fourni son soutien aux efforts de ces pays pour améliorer leurs capacités essentielles à l'aide de la mise en œuvre des plans d'action nationaux de l'extension du RSI 2012-2014.

71. Les rapports annuels des États parties au RSI soumis à la 66<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ont montré une hétérogénéité importante dans l'état des capacités essentielles dans les pays des Amériques. Par rapport à l'année antérieure, des progrès ont été notés dans les capacités se rapportant aux points d'entrée désignés, aux laboratoires, à la gestion d'événements liés aux dangers zoonotiques et de sécurité alimentaire et de surveillance. Les faiblesses les plus critiques étaient liées aux capacités pour gérer les événements liés aux dangers chimiques et de rayonnement. Afin d'accélérer le renforcement des capacités, l'OPS s'est associée à l'IAEA pour organiser deux ateliers pour les pays de la Communauté des Caraïbes (CARICOM) en 2012 et un atelier pour les pays du Système d'intégration centraméricain (SICA) en 2013.

72. Bien que la propagation du choléra dans l'île d'Hispaniola ait ralenti par rapport aux premières phases de l'épidémie, Haïti et la République dominicaine ont continué à lutter contre la maladie en 2012-2013. Entre la mi-2012 et la mi-2013,<sup>1</sup> Haïti a notifié 103 046 nouveaux cas de choléra et 850 décès alors que la République dominicaine a notifié 5220 nouveaux cas et 52 décès.

***Coalition régionale pour éliminer le choléra de l'île d'Hispaniola***

Un important développement a été la création en juin 2012 de la Coalition régionale pour l'eau et l'assainissement en vue d'éliminer le choléra dans l'île d'Hispaniola par l'OPS en partenariat avec l'UNICEF, les Centres pour la prévention et le contrôle des maladies des États-Unis (CDC), l'Agence espagnole pour la coopération au développement international (AECID) et l'Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS). Lancée lors du 33<sup>e</sup> Congrès d'AIDIS à Salvador, dans l'état de Bahia, au Brésil, la coalition était une réponse à l'« appel à l'action » de janvier 2012 par les Gouvernements d'Haïti et de la République dominicaine pour que la communauté internationale mobilise des ressources afin d'appuyer de nouveaux investissements majeurs dans l'eau et l'assainissement pour permettre l'élimination du choléra.

Avec le soutien technique de la Coalition régionale, Haïti et la République dominicaine ont formulé, à la fin de 2012, des plans d'action nationaux détaillés en vue de l'élimination du choléra pour 2022. Le plan d'Haïti recommande \$2,2 milliards d'investissements sur 10 ans, dont \$443,7 millions pour les deux premières années. Le plan de la République dominicaine préconise \$77 millions d'investissements sur dix ans, dont \$33 millions pour les deux premières années.

À la mi-2013, la Coalition régionale comptait 20 membres, et des engagements s'élevant à plus de \$200 millions (dont \$29,1 millions en fonds nouveaux), et elle travaillait pour aider à mobiliser les ressources supplémentaires requises pour financer pleinement l'élimination du choléra.

73. La surveillance de la grippe a continué à s'améliorer dans les pays des Amériques au cours de 2012-2013. Avec la mise en application du système de surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (SARI), 62 hôpitaux dans 13 pays ont notifié les données chaque semaine en juin 2013 en utilisant des indicateurs acceptés sur le plan international.

74. Par ailleurs, 27 centres nationaux de la grippe dans l'ensemble de la Région ont recueilli, analysé et disséminé chaque semaine des données virologiques pour suivre les virus saisonniers de la grippe et les virus à potentiel pandémique et pour contribuer à la sélection de souches globales de vaccin. Afin d'intégrer les données de laboratoire et

<sup>1</sup> Semaine épidémiologique 23 en 2012 à semaine 23 en 2013.

épidémiologiques dans les pays, l'OPS a développé un système d'information, PAHOFlu, qui a été installé dans 14 hôpitaux et neuf laboratoires en Bolivie et au Chili, avec des plans pour étendre le système à d'autres pays de la Région.

75. À la mi-2013, vingt pays de la Région participaient à un système de surveillance de la résistance antimicrobienne fondé sur les données systématiques des laboratoires microbiologiques. Cinq pays (Barbade, Équateur, Guatemala, Panama et Paraguay) ont renforcé leur capacité à identifier, rechercher et répondre aux flambées liées aux soins de santé.

76. La dissémination des normes microbiologiques a contribué à la normalisation et l'accord sur les procédures concernant le réseau régional de surveillance de la résistance antimicrobienne. Parmi les nouveaux pathogènes suivis par les laboratoires nationaux de santé publique se trouve le *Neisseria gonorrhoeae*, qui a développé une résistance aux antibiotiques à base de céphalosporine de troisième génération.

77. Au titre de son travail pour renforcer la capacité de laboratoire, l'OPS a aidé 18 centres d'information et laboratoires nationaux pour améliorer l'amplification en chaîne par polymérase (PCR) en temps réel et l'immunofluorescence pour la grippe et d'autres virus respiratoires et a approvisionné 14 pays et CAREC en fournitures essentielles pour le diagnostic de laboratoire de la méningite bactérienne et de la pneumonie.

78. L'Organisation a facilité l'inspection de laboratoires au Brésil (Institut national de contrôle sanitaire de qualité), en Colombie (Institut national pour la surveillance des aliments et des médicaments) et au Mexique (Commission de contrôle analytique et élargissement de la couverture). En septembre 2012, la 10<sup>e</sup> phase du programme externe de contrôle de qualité de l'OPS pour les laboratoires officiels responsables du contrôle de qualité des médicaments a été entreprise dans 23 pays, en mettant l'accent sur les comprimés de pyrazinamide pour le traitement de la tuberculose.

79. L'OPS a préparé un manuel fondé sur le processus graduel d'amélioration pour le renforcement des systèmes de gestion de qualité des laboratoires pour les Caraïbes, en consultation avec des experts sanitaires de 22 pays et territoires. Des professionnels de 31 pays ont été formés à la gestion des risques biologiques et ont été certifiés en ce qui concerne le transport sûr d'échantillons infectieux.

### ***Santé publique vétérinaire et innocuité des aliments***

80. À travers son Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA), l'OPS a fourni une coopération technique en santé publique vétérinaire et innocuité des aliments, se concentrant sur l'élimination de la fièvre aphteuse et de la rage humaine tout en travaillant également au renforcement des capacités pour réduire les risques de zoonoses et de maladies transmises par les aliments.

81. Au cours de la période considérée, la Région des Amériques n'a pas connu de flambées de fièvre aphteuse, conformément aux engagements du programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse. Au niveau des pays, le Pérou a été déclaré exempt de fièvre aphteuse en mai 2012, l'Équateur n'a pas connu de flambées pour sa deuxième année consécutive et la Bolivie a étendu la zone exempte de la maladie à 40% de son territoire. Entre-temps, le Paraguay était en train d'être certifié exempt de la fièvre aphteuse par la vaccination.

82. Sept pays (Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Haïti, Pérou, République dominicaine) ont renforcé les laboratoires du diagnostic de la rage à l'aide de formation et de l'établissement d'un nouveau réseau de laboratoires de diagnostic de la rage d'Amérique latine et des Caraïbes. Haïti et la République dominicaine ont actualisé leurs programmes de lutte contre la rage transmise par les chiens.

83. Une nouvelle stratégie régionale sur l'innocuité des aliments pour 2013-2017 a été avalisée par la Commission panaméricaine pour l'innocuité des aliments (COPAIA 6) et par 15 pays à l'occasion de la Réunion interaméricaine au niveau ministériel sur la santé et l'agriculture (RIMSA 16) en 2012. Cinq pays (Bolivie, Panama, Pérou, Uruguay et Venezuela) ont renforcé leur capacité de laboratoire pour l'analyse de pathogènes d'origine alimentaire. En outre, un projet de coopération Sud-Sud entre le Brésil, la Colombie et le Cap-Vert et un effort Nord-Sud entre le Canada et les pays des Caraïbes ont été élargis pour inclure le renforcement de l'innocuité des aliments ainsi que le renforcement de l'évaluation des risques microbiologiques et chimiques.

### ***Information et analyse en matière de santé***

84. L'OPS a publié la dernière édition de sa publication phare, *Santé dans les Amériques, édition 2012*, durant la période considérée. Ce rapport quinquennal complet offre aux autorités sanitaires, aux décideurs, aux universitaires, aux étudiants, à d'autres analystes et au grand public, les données et analyses sanitaires régionales et nationales, essentielles et accessibles.

85. Au niveau des pays au cours de 2012-2013, Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, Haïti et la Jamaïque ont établi des nouvelles politiques et plans d'action pour leurs systèmes d'information sanitaire afin d'améliorer la qualité de leurs données de surveillance. L'Équateur, El Salvador et la République dominicaine ont commencé à utiliser le système de surveillance épidémiologique sur le web ViEpi, et la Jamaïque a installé un système de surveillance intégré pour les maladies évitables par la vaccination. De plus, 13 pays ont renforcé leur capacité pour guider l'établissement des priorités du secteur de la santé et les décisions en développant des brochures nationales sur les « indicateurs de base. »



86. En 2012, 17 des 25 pays ont atteint la cible convenue sur la notification de statistiques nationales sur les naissances. En outre, 11 des 25 pays ont atteint la cible sur la notification de statistiques nationales sur les décès.<sup>2</sup>

87. Vingt-cinq modérateurs de Bolivie, Équateur, Paraguay et Pérou et 100 codeurs d'El Salvador, du Guatemala, du Honduras et du Nicaragua ont reçu une formation à la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition (ICD-10). La Bolivie et l'Équateur ont fourni une formation sur l'ICD-10 à quelque 200 techniciens sanitaires au moyen de cours infranationaux. Huit pays (Argentine, Chili, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Paraguay, Uruguay et Venezuela) ont commencé à utiliser un système électronique pour coder la mortalité conformément à l'ICD-10, fourni par le Mexique.

### **Famille, genre et parcours de vie**

88. L'OPS reconnaît le rôle central de la famille et de la communauté pour promouvoir et protéger la santé comme une valeur sociale et un droit de l'homme et utilise une approche de parcours de vie en répondant aux besoins spécifiques de chaque groupe de population. La coopération technique dans ce domaine cherche à promouvoir la santé nutritionnelle et le développement complet des enfants de la petite enfance à l'adolescence et à protéger les résultats acquis en matière de vaccination tout en élargissant l'accès à ses avantages. Une priorité centrale de cette tâche au cours de la période considérée a été d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

### ***Vaccination***

89. Les pays des Amériques ont continué à ouvrir la voie dans l'introduction de nouveaux vaccins quand ils sont appuyés par des données factuelles. À compter de juin 2013, 17 pays et territoires avaient introduit le vaccin antirotavirus dans leurs programmes nationaux de vaccination, protégeant 86% de tous les enfants de moins d'un an dans la Région. Vingt-et-un pays et cinq territoires ont inclus le vaccin antipneumococcique dans leurs programmes systématiques, couvrant 81% des enfants de moins d'un an. De plus, sept pays ont introduit le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) couvrant 51% de toutes les filles âgées de 10 à 14 ans dans les Amériques.

90. D'autres vaccins nouveaux ont été introduits au cours de la période 2012-2013 : le vaccin pentavalent en Haïti, le vaccin conjugué antipneumococcique en Argentine, aux Bahamas, au Guatemala, au Paraguay et à la Trinité-et-Tobago, le vaccin

---

<sup>2</sup> Cibles pour la période 2005 à 2013 : les pays avec une couverture de plus de 90% devraient à tout le moins la maintenir ; les pays avec une couverture de 80 à 90% devraient atteindre au moins 90% ; les pays avec une couverture de 61 à 79% devraient améliorer la couverture d'au moins 10% ; et les pays avec une couverture de égale ou inférieure à 60% devraient l'améliorer d'au moins 20%. (Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé, document CD48/9 [2008])

antipoliomyélitique inactivé au Brésil, le vaccin contre la grippe saisonnière à la Dominique et le vaccin contre la varicelle et l'hépatite A au Paraguay. Plusieurs pays ont également fait des progrès en matière d'élargissement de la couverture de vaccination durant la période 2012-2013.

91. La coopération technique de l'OPS à l'appui de ces réalisations a porté sur le renforcement de la capacité en matière de suivi rapide de la couverture vaccinale et de surveillance et d'analyse des données sur les maladies évitables par la vaccination. Par ailleurs, l'initiative ProVac de l'OPS a aidé les pays à développer la capacité de prendre des décisions fondées sur des données probantes pour l'introduction de nouveaux vaccins.

***Fonds renouvelable de l'OPS***

Le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins a appuyé les réalisations de la vaccination au cours de la période considérée en fournissant des lignes de crédit et en faisant des achats en gros au nom des États Membres pour assurer un approvisionnement continu de vaccins et de seringues de haute qualité pour les programmes nationaux de vaccination. À la mi-2013, 39 pays et territoires participaient au Fonds renouvelable, ce qui se traduit par plus de \$518 millions de dollars de vaccins achetés pour la Région au cours de 2012, 6,5 fois le montant acheté en 2000.

92. L'OPS a fourni un appui important pour aider à maintenir l'élimination de la polio, de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, y compris le développement d'un plan d'action régional destiné à renforcer la capacité de réponse rapide dans les pays. Dans le cadre de ces efforts, cinq pays (Argentine, Bolivie, Colombie, Équateur et Haïti) ont reçu l'appui de l'OPS pour renforcer la surveillance et la riposte aux flambées.

93. En avril 2013, l'OPS a célébré la 11<sup>e</sup> Semaine annuelle de la vaccination aux Amériques, la plus grande initiative régionale en matière de santé des Amériques. Quarante-quatre pays et territoires y ont participé, atteignant plus de 44 millions de personnes. Toutes les régions de l'OMS ont également participé à la deuxième Semaine mondiale de la vaccination.

***Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent***

94. L'OPS a soutenu les efforts des pays tout au long de 2012-2013 pour réduire la mortalité maternelle et infantile à l'aide de l'élargissement de la couverture des soins prénatals et de l'accouchement avec une assistance qualifiée, de l'accès et l'usage des contraceptifs et de directives et de la formation pour les soins obstétricaux et pédiatriques améliorés. Ces interventions et d'autres étaient conformes au plan d'action régional de

2011 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (CD51/12 [2011]) et la stratégie et le plan d'action régionaux de 2008 pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (CD48/7 [2008]), pour lesquels une évaluation à moyen terme a été achevée.

95. Des pays comme l'Argentine, la Colombie, la Dominique, Haïti, le Paraguay et la République dominicaine ont développé ou fait progresser la mise en place de programmes nationaux destinés à réduire la mortalité néonatale et améliorer la santé maternelle, avec l'appui de l'OPS. Le Guyana a entrepris un programme de soins néonataux dans son hôpital principal, qui y a considérablement diminué la mortalité néonatale. Le Guatemala a adapté la stratégie de code rouge pour gérer l'hémorragie obstétrique, alors que le Brésil a lancé le nouveau réseau Cigogne (*Rede Cigonha*), qui utilise des comités d'experts et la mobilisation sociale pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

96. Dans un effort de collaboration avec le Texas Children's Hospital, un centre collaborateur de l'OPS/OMS, l'hôpital San Juan de Dios d'El Salvador dans le département de San Miguel et l'hôpital pour enfants de Panama sont devenus des centres d'excellence pour la formation à la classification, l'évaluation et le traitement des urgences pédiatriques.

97. Pendant 2012-2013, le système informatique périnatal (SIP) du CLAP a été utilisé comme la norme nationale dans neuf pays et a été mis en œuvre dans six autres : Bahamas, Belize, Colombie, Costa Rica, Guyana et Mexique. Dans un projet de coopération technique entre pays (TCC), El Salvador, le Honduras, le Nicaragua et Panama ont renforcé leur usage du SIP pour produire une formation meilleure et plus complète, en particulier dans le domaine de la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis. Également, une méthodologie pour valider les réalisations des cibles visant à éliminer la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis congénitale a été élaborée et mise à l'essai au Chili et à Sainte-Lucie.

98. Avec l'appui de l'OPS et du Groupe des Nations Unies pour le développement pour l'Amérique latine et les Caraïbes (UNDG-LAC), six pays (Bolivie, Brésil, Guatemala, Honduras, Mexique et Pérou) ont élaboré une feuille de route pour mettre en œuvre le cadre d'information et de responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants pour les rapports, la supervision et la responsabilisation de la santé des femmes et des enfants. Ces feuilles de route seront soumises à l'OMS pour le financement des activités de mise en œuvre prioritaire et elles devraient aider à orienter l'affectation de ressources futures provenant d'autres sources.

99. L'OPS a soutenu les efforts des États Membres pour relever les multiples défis sanitaires auxquels se heurtent les adolescents et les jeunes dans les Amériques. Ils comprennent les taux élevés de fertilité, l'abus de drogue, la violence et la tendance à la

hausse de l'inactivité physique et de la surcharge pondérale/obésité. Les jeunes à faible revenu, de zones transfrontalières et de minorités ethniques sont disproportionnellement affectés par un grand nombre de ces problèmes, et l'OPS a axé à la fois la recherche et l'intervention sur ces groupes. L'Organisation a également appuyé les États Membres dans les domaines de la prévention du risque et de la promotion de comportements sains au niveau de la personne, de la famille et de la communauté.

100. En 2013, 28 pays avaient établi des programmes nationaux de santé des adolescents et procédaient à leur mise en œuvre dans les régions et les départements. L'appui de l'OPS à ces efforts a mis l'accent sur un cadre de parcours de vie, genre et droits de l'homme et sur les populations vulnérables et à risque. Les domaines clés de travail comprenaient la prévention de la violence contre les femmes, les services complets de santé sexuelle et génésique, la prévention de la grossesse des adolescentes et le VIH/sida.

101. L'OPS a collaboré à une initiative soutenue par le gouvernement norvégien pour améliorer la santé des adolescents dans les pays, dont El Salvador, le Guatemala, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et la République dominicaine. Six d'entre eux ont élaboré des stratégies au cours de 2012-2013 pour adapter les politiques de la santé aux besoins de santé et de développement des adolescents, en fonction d'interventions et de services recommandés par la stratégie de prise en charge intégrée des besoins de l'adolescent. La Bolivie, la Colombie, l'Équateur et le Pérou ont mis en œuvre le programme de renforcement des familles – appuyé par l'OPS, l'Union européenne et PRADICAN (Programme contre les drogues illicites dans la communauté andine) – pour réduire les comportements à risque parmi les adolescents et renforcer la communication entre parents et adolescents.

102. Avec l'appui technique et financier de l'OPS et des CDC, les pays des Caraïbes orientales ont réalisé l'enquête sur la santé des Caraïbes dont les résultats ont montré que l'usage illicite de drogues, la violence, la grossesse chez les adolescentes et l'obésité/manque d'exercice physique constituaient des problèmes de santé de taille auxquels font face les adolescents de la sous-région. En fonction des résultats de l'enquête, la Barbade, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Vincent-et-les-Grenadines ont élaboré des politiques de santé des adolescents conformes à la stratégie régionale de l'OPS pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (CD48/8 [2008]).

### ***Nutrition***

103. L'OPS a soutenu le développement et la mise en œuvre de plans stratégiques de nutrition nationaux dans plusieurs pays de la Région. En ce qui concerne la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, l'Organisation a appuyé les pays pour mettre en place, réglementer et suivre le code de commercialisation des substituts du lait maternel. Ce travail a contribué à la législation passée par le Congrès d'El Salvador, à un décret de

politique sur l'allaitement par le Secrétaire à la Santé du Mexique et à une réglementation pour appliquer une législation sur le code de l'allaitement signée par le Président du Panama. L'OPS a appuyé l'envoi d'équipes du Chili et du Mexique au Brésil pour observer leur programme réussi d'allaitement et de banques de lait humain. Un outil pour promouvoir la programmation dans l'allaitement et l'alimentation de complément, ProPAN (Processus pour la promotion de l'alimentation infantile), a été finalisé et distribué largement à l'aide de réunions en face à face et de webinaires.

104. En Amérique centrale, au Paraguay et en République dominicaine, l'OPS a soutenu les efforts pour prévenir la malnutrition chronique et pour développer des normes et réglementations pour la supplémentation en micronutriments et la fortification des aliments. L'Organisation a également travaillé avec les pays pour élaborer des directives sur la commercialisation des aliments pour enfants.

### ***Santé bucco-dentaire***

105. Durant la période considérée, la coopération technique de l'OPS en matière de santé bucco-dentaire a comporté l'appui à une étude sur l'état de la santé bucco-dentaire des enfants en âge scolaire à la Barbade, en utilisant le protocole de 1987 de l'OMS et la composante santé bucco-dentaire de l'enquête de mesures de la santé canadienne de 2010 de Santé Canada. L'étude a noté des caries dentaires chez 55% des enfants de six ans de la Barbade, 43% des enfants de 12 ans et 58% des enfants de 15 ans. Les résultats sont défavorables par rapport aux chiffres de 2001, qui étaient respectivement de 37%, 37%, et 45%.

106. L'OPS a également soutenu le lancement en Haïti d'un plan stratégique de santé bucco-dentaire 2013-2022, la mise en œuvre systématique au Paraguay d'une politique nationale de santé bucco-dentaire et l'expansion au Panama de la couverture de l'eau fluorée et de la mise en place de la stratégie des communautés sans caries.

107. En 2013, l'OPS et Colgate-Palmolive ont renouvelé un accord de coopération qui cherche à améliorer la santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents vivant dans des communautés reculées en Colombie, au Guatemala, au Honduras, au Mexique et au Pérou. La collaboration portera sur la formation et la sensibilisation aux facteurs de risque associés aux maladies bucco-dentaires.

### ***Vieillesse***

108. L'OPS a continué à soutenir les efforts des États Membres pour adapter leurs politiques et systèmes de santé afin de répondre aux besoins changeants d'une population qui vieillit rapidement et de promouvoir la prévention pour que les personnes âgées restent en bonne santé et actives. À compter de 2013, 18 pays ont élaboré des politiques,

des cadres juridiques et/ou des plans nationaux sur le vieillissement et la santé et cinq autres pays au moins étaient sur le point d'en élaborer.

109. Plus de 200 responsables de la santé de 18 pays et territoires d'Amérique latine et de 11 pays et territoires des Caraïbes ont été formés dans le cadre d'un programme de spécialisation de 10 mois en santé publique et vieillissement élaboré par l'OPS et ses associés dans le but d'améliorer les soins de santé primaires pour les personnes âgées. De plus, l'OPS a négocié un accord avec le Centre interaméricain pour les études de sécurité sociale et plus de 15 universités d'Amérique latine et des Caraïbes pour établir un consortium sur la santé publique et le vieillissement qui défendra le vieillissement sain comme une principale priorité de la santé publique. L'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, les États-Unis et le Mexique sont actuellement représentés dans le consortium.

### **Maladies non transmissibles et santé mentale**

110. En septembre 2012, la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé la stratégie régionale pour les maladies non transmissibles 2012-2025 (CSP28/9, Rév. 1). La stratégie est conforme à la stratégie mondiale et au plan d'action de l'OMS sur les MNT et comporte quatre lignes d'action principales : politiques et partenariats, facteurs de risque et facteurs de protection, réponse du système de santé, et surveillance et recherche. Elle souligne les quatre MNT dont le fardeau est le plus lourd dans les Amériques (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète et maladies respiratoires chroniques) et leurs principaux facteurs de risque (tabac, mauvaise alimentation, manque d'exercice physique et usage nocif de l'alcool). La stratégie s'efforce d'accroître la visibilité des MNT dans les programmes de développement et économiques des pays et encourage une approche de « l'ensemble de la société » impliquant les gouvernements, le secteur privé, les universités et la société civile. En conformité avec la nouvelle stratégie régionale, 10 pays (Antigua-et-Barbuda, Belize, Costa Rica, Dominique, Guyana, Nicaragua, Panama, Paraguay, Saint-Kitts-et-Nevis et Suriname) ont établi ou révisé leurs politiques des MNT multisectorielles et nationales, leurs stratégies ou leurs plans au cours de 2012-2013.

111. Au niveau régional, l'OPS a réuni le nouveau consortium *SaltSmart* (sel intelligent) qui a rassemblé des experts en santé et en nutrition des gouvernements, de la société et des universités avec des représentants de l'industrie. En 2013, le consortium a approuvé un plan pluriannuel pour réduire la consommation de sel alimentaire dans les Amériques de moitié pour 2020. Le plan propose une série d'engagements et d'actions, y compris des campagnes de sensibilisation publique sur l'importance de la réduction du sel et des mesures pour réduire le sel dans les aliments transformés industriellement.

***Initiative de lutte contre le cancer chez la femme***

En février 2013, l'OPS a lancé la nouvelle initiative de lutte contre le cancer chez la femme, une alliance d'organisations publiques et privées qui se sont engagées à réduire le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, principaux cancers parmi les femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'initiative entreprendra des efforts conjoints dans des domaines englobant le plaidoyer et la communication, le renforcement de la capacité pour la détection, le diagnostic, le traitement et les soins, l'accès amélioré aux services et au traitement, une plus grande couverture vaccinale contre le virus du papillome humain (VPH) et une extension des activités de recherche. Avec le consortium *SaltSmart*, l'initiative de lutte contre le cancer chez la femme a été lancée dans le cadre du Forum panaméricain d'action sur les MNT (PAFNCD).

112. Plusieurs pays ont mis en œuvre ou intensifié des programmes pour les soins aux MNT dans leurs services de santé. La Dominique, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et le Suriname ont lancé des programmes de prise en charge intégrée des maladies chroniques axés sur les soins de santé primaires, alors que la Colombie, l'Équateur, la Jamaïque, le Mexique et le Pérou ont élaboré de nouveaux programmes conçus spécifiquement pour la prévention et la lutte contre le cancer. Afin d'appuyer ces programmes et d'autres similaires, l'OPS a défini un ensemble de médicaments essentiels et abordables pour le traitement des MNT que les États Membres peuvent les acheter par le biais de son Fonds stratégique.

113. L'Argentine, la Bolivie, El Salvador, le Guatemala, le Honduras et la Jamaïque ont renforcé leurs programmes nationaux de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide d'une formation pour les prestataires de soins, de l'amélioration de la qualité du dépistage, de l'augmentation de la couverture du dépistage et d'un diagnostic et traitement assurés pour les femmes ayant des résultats de test anormaux. Au moins une douzaine d'autres pays ont amélioré leurs systèmes et procédures d'enregistrement du cancer.

114. Seize pays ont mis en œuvre le passeport de soins chroniques, une carte détenue par le patient et élaborée à travers la coopération technique de l'OPS, qui encourage l'adhésion aux médicaments, les soins personnels et la prévention et qui facilite le recueil de données sur les MNT. Plus de 1500 professionnels de la santé et 500 patients dans l'ensemble de la Région se sont enregistrés pour suivre un cours en ligne sur l'autogestion du diabète offert par le Campus virtuel de santé publique.

***Législation et réglementation pour aborder les facteurs de risque des MNT***

L'OPS a appuyé les efforts dans plusieurs pays pour aborder les MNT et leurs facteurs de risque au moyen d'initiatives législatives et réglementaires. Le Chili et la Bolivie sont parmi les pays qui ont promulgué de nouvelles lois se conformant à la Convention cadre pour la lutte antitabac (FCTC), alors que la Bolivie a établi une commission intersectorielle pour sa mise en application. À la mi-2013, Antigua-et-Barbuda, la Bolivie, la Dominique, Grenade, le Guyana, le Pérou, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Vincent-et-les-Grenadines étaient en train d'élaborer des propositions législatives pour la mise en application de la FCTC.

Afin de confronter le problème croissant du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adultes, des pays dont le Brésil, le Chili, l'Équateur et le Pérou, ont adopté des lois pour réglementer la publicité, la promotion et l'étiquetage des aliments transformés industriellement, y compris des restrictions sur la commercialisation des produits destinés aux enfants. Le Chili, le Costa Rica, l'Équateur, le Mexique, le Pérou et l'Uruguay ont adopté ou mis en œuvre de nouvelles normes ou directives pour promouvoir les repas scolaires sains, et le Brésil a conclu un accord avec sa fédération nationale d'écoles privées à cette fin. Au Mexique, l'OPS a aidé à préconiser de nouvelles taxes sur les boissons sucrées.

Également au cours de la période considérée, le Paraguay a approuvé de nouvelles réglementations pour réduire la teneur en sel du pain fabriqué industriellement.

115. Dans le domaine du handicap et de la réhabilitation, l'Organisation a aidé les pays andins à élaborer une politique commune sur les soins aux personnes handicapées. La mise en œuvre a commencé en Bolivie, au Chili, en Colombie, en Équateur, au Pérou et au Venezuela dans les domaines du développement et du renforcement de réseaux pour des services complets de réhabilitation, de l'usage de la classification internationale du fonctionnement, de l'incapacité et de la santé de l'OMS (ICF) et des interventions pour la protection sociale des personnes handicapées.

116. Sept pays (Argentine, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Paraguay et Venezuela) ont commencé à appliquer la stratégie de réhabilitation communautaire de l'OPS et l'information de base a été actualisée sur la situation des personnes handicapées dans neuf pays : Argentine, Brésil, Chili, Équateur, Mexique, Paraguay, Pérou, Uruguay et Venezuela.

***Santé mentale***

117. Dans toute la Région les pays ont progressé dans la mise en œuvre du programme d'action de l'OMS : Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP). Ce programme promeut l'élargissement des services pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Au cours de la période considérée, 18 pays et



territoires de la Région suivaient le mhGAP pour intégrer la santé mentale dans les services de soins de santé primaires ou pour développer des plans à cette fin.

118. Au cours de 2012-2013, un certain nombre de pays et de territoires ont terminé ou progressé en matière de développement de politiques et de législation de la santé mentale. Anguilla, Antigua-et-Barbuda, la Barbade, les îles Vierges britanniques, le Costa Rica, le Panama, le Suriname et le Venezuela ont élaboré ou mis à jour les politiques et les plans nationaux existants de santé mentale. L'Argentine a promulgué des réglementations concernant sa loi sur la santé mentale, qui protègent les droits des personnes souffrant de troubles mentaux, alors que la Jamaïque et les îles Vierges britanniques ont mené à bien des examens de la législation de la santé mentale.

119. Des professionnels d'Anguilla, Antigua-et-Barbuda et de la Jamaïque ont reçu une formation aux premiers secours psychologiques dans les catastrophes et les situations d'urgence, et ont préparé les composantes santé mentale et psychosociale pour leurs plans sanitaires nationaux en cas de catastrophe. Les Bahamas, le Suriname et Trinité-et-Tobago ont également fourni une formation sur la santé mentale dans les cas de catastrophe et sur les premiers secours psychologiques.

120. L'OPS a publié le rapport régional sur l'évaluation des systèmes de santé mentale en Amérique latine et dans les Caraïbes, qui concerne 34 pays et territoires. Le rapport offre une référence pour l'évaluation future des progrès dans la réforme de la santé mentale.

121. L'usage nocif de l'alcool est un facteur de risque critique pour la santé mentale et d'autres MNT, ainsi que les lésions et les problèmes génésiques. À cette fin, l'OPS a soutenu une réunion du réseau panaméricain sur l'alcool et la santé publique en 2012, à laquelle des représentants de 30 pays ont formulé des recommandations pour mettre en œuvre le plan d'action de 2011 pour réduire l'usage nocif de l'alcool. En 2013, l'OPS a lancé plusieurs cours virtuels dans ce domaine, y compris un cours sur le dépistage de l'alcool et de brèves interventions pour les agents de santé, et des cours sur les politiques de santé publique et l'alcool et la drogue pour les décideurs de la santé. L'Organisation a également travaillé tout au long de 2012-2013 pour renforcer la mise en application par les pays du plan d'action de 2011 sur les substances psychoactives et la santé publique, en fournissant la coopération technique aux ministères de la santé en coordination avec d'autres secteurs.

### **Développement durable et santé environnementale**

122. L'OPS s'est efforcée de renforcer les capacités des États Membres à répondre aux problèmes de la santé environnementale et aux déterminants sociaux de la santé à l'aide de travail intersectoriel et de promotion de « la santé dans toutes les politiques ». L'OPS a participé aux processus mondiaux et régionaux tels que la Conférence des Nations

Unies sur le développement durable (Rio+20), le Congrès de l'Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement (AIDIS) et à d'autres consultations pour aborder ces questions.

123. Avec l'aide de l'OPS, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont défendu avec succès les problèmes de la santé à la Conférence Rio+20 de juin 2012. La trousse à outils « Rio+20 » de l'OPS et une série continue de séminaires ont fourni l'information et l'espace pour le débat sur ces questions par les parties concernées dans le secteur de la santé. En février 2013, l'OPS et l'AECID ont organisé une consultation sur la santé dans le programme de développement d'après 2015 à Antigua, Guatemala, avec des représentants de la société civile et des maires de municipalités vulnérables de 15 pays. Par ailleurs, l'OPS a appuyé Sainte-Lucie dans la préparation d'une consultation nationale parrainée par le PNUD sur le programme d'après 2015, l'une de 50 consultations de ce type tenue dans le monde. L'OPS a également facilité les préparatifs de la 8<sup>e</sup> Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Helsinki en juin 2013 à l'aide de l'élaboration et de la diffusion d'une trousse à outils sur « la santé dans toutes les politiques ».

124. Pour assurer le suivi des recommandations de la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, le Belize, Trinité-et-Tobago et la République dominicaine ont établi des comités intersectoriels au cours de la période considérée. L'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, le Costa Rica, Cuba, El Salvador, le Mexique et le Pérou ont renforcé leurs comités existants. Avec le soutien du Canada et de l'OMS, une analyse récapitulant les justifications économiques d'autres secteurs abordant les déterminants sociaux de la santé a été effectuée, documentée et parachevée au Mexique. L'OPS a aidé le Honduras et le Pérou à renforcer leur capacité de mesure et de suivi des disparités en santé dans le cadre des déterminants sociaux de la santé.

125. L'OPS a travaillé avec les pays pour renforcer la capacité de mener à bien le travail intersectoriel et le plaider pour « la santé pour toutes les politiques » et de faire progresser l'équité en matière de santé. L'Organisation a mis au point un outil pour aider les pays à documenter et systématiser les exemples de travail intersectoriel aux niveaux national, infranational et local qui illustrent l'approche de « la santé dans toutes les politiques ». Seize pays ont utilisé l'outil pour développer leurs propres études de cas. En outre, le Brésil, le Chili, El Salvador et le Mexique ont recueilli des données factuelles sur les effets importants de l'approche de la santé dans toutes les politiques sur l'équité en matière de santé.

126. L'Organisation a facilité la présentation de plusieurs études de cas régionales à la 8<sup>e</sup> Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Helsinki en juin 2013. Elles ont compris les initiatives brésiliennes *Bolsa Familia* (« Allocations familiales ») et *Brazil sin Miséria* (« Brésil sans pauvreté »), l'expérience canadienne avec « l'équité en matière de santé dans toutes les politiques, » l'initiative chilienne Choix d'une vie saine, le plan

national équatorien de « bonnes conditions de vie », la Commission sanitaire intersectorielle salvadorienne (CISALUD) et l'Accord national mexicain pour la santé nutritionnelle – Stratégie contre l'obésité.

127. Dans le cadre de son travail sur la promotion de milieux sains, l'OPS a aidé à élaborer de nouvelles plateformes numériques qui intègrent les sites web et les médias sociaux du réseau des écoles saines, le réseau international des écoclubs et le réseau ibéro-américain des universités saines, avec des plans pour développer des plateformes similaires pour les municipalités saines et le réseau de communautés. L'Équateur est devenu le premier pays à établir des normes nationales pour l'accréditation de marchés sains, en utilisant les concepts proposés par l'OPS.

128. Également au cours de la période considérée, le mouvement des *Ciclovías* (rues ouvertes) s'est multiplié et inclut maintenant 354 villes et quartiers participants dans les Amériques. Quelque 240 des derniers programmes se trouvent au Pérou et sont le résultat de nouvelles incitations pour les municipalités offertes par le Ministère de l'Économie et des Finances.

### ***Violence et sécurité humaine***

129. En collaboration avec les CDC des États-Unis, l'OPS a publié en 2012 *Violence contre les femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes : une analyse comparative de données démographiques de 12 pays*. Il s'agit du premier rapport comparatif avec des données représentatives à l'échelle nationale sur la violence contre les femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes. Afin de faciliter les futures analyses comparatives, l'OPS a appuyé l'effort de la Communauté andine des nations pour normaliser les indicateurs sur la violence contre les femmes.

130. En ce qui concerne les Centres collaborateurs de l'OPS/OMS, l'OPS a soutenu les efforts pour élaborer des plans nationaux sur la prévention de la violence et des lésions à la Trinité-et-Tobago et sur la violence contre les femmes au Guyana, tout en aidant à renforcer la capacité en matière de prévention primaire de la violence contre les femmes en Bolivie, au Costa Rica, en Équateur, El Salvador, au Guatemala, au Paraguay et Pérou. Au Guatemala, cette tâche a comporté l'élaboration de plans locaux de prévention de la violence et du crime, y compris la violence contre les femmes, au titre du Programme conjoint des Nations Unies sur la prévention des conflits et la consolidation de la paix, parrainé par le Fonds pour la réalisation des OMD.

131. Le bureau à la frontière États-Unis-Mexique de l'OPS a aidé à mettre en œuvre un programme financé par USAID à Ciudad Juarez, le projet de prévention de la violence et des lésions (VIP) qui est devenu un modèle pour d'autres villes et municipalités au Mexique. Dans le cadre de ce programme, l'Organisation a aidé à renforcer l'Observatoire de la sécurité et de la coexistence pacifique de l'Université autonome de

Ciudad Juarez, à renforcer la capacité parmi les prestataires de soins de santé primaires et de services sociaux, les premiers répondants et les organisations communautaires, et à améliorer la gestion du savoir et les compétences en matière de communication des médias et de la communauté.

132. L'OPS a fourni la formation au recueil de l'information et l'analyse de la prévention de la violence, et à la mi-2013, 24 pays avaient désigné un point focal pour fournir les données au Rapport mondial sur la prévention de la violence de l'OMS. Avec l'appui du Centre national pour la prévention et la lutte contre les lésions des CDC des États-Unis (NCIPC), un Centre collaborateur de l'OPS/OMS, l'OPS a contribué à évaluer et renforcer les systèmes de surveillance sur les violence et les lésions dans les pays dont le Belize, Haïti et la Trinité-et-Tobago.

133. L'OPS a soutenu le développement et la mise en œuvre de composantes santé dans des projets destinés à améliorer la sécurité humaine au Brésil, en Colombie et au Guatemala, financés par le Fonds fiduciaire des Nations-Unies pour la sécurité humaine. En 2012, l'Organisation a lancé un document de référence technique sur les implications de la sécurité humaine sur la santé publique, décrivant une approche collaborative de sécurité humaine qui rassemble diverses organisations et politiques pour traiter les causes profondes des vulnérabilités des personnes. Au cours de la période considérée, des études de cas de projets utilisant cette approche ont été parachevées au Brésil, en Colombie, au Guatemala, au Mexique, Pérou et en République dominicaine,

### *Sécurité chimique*

134. Quatorze pays des Amériques ont participé à la troisième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques, qui s'est tenue à Nairobi, Kenya, en septembre 2012. En résultat de cette participation, plusieurs pays ont soumis des demandes de ressources auprès de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (SAICM), un cadre de politique pour la promotion de la sécurité chimique dans le monde.

135. Les États Membres ont également joué un rôle actif dans les préparatifs du comité de négociation intergouvernemental de la Convention de Minamata sur le mercure, un traité mondial juridiquement contraignant pour prévenir les émissions de produits chimiques. En conséquence des négociations, un article sur la santé a été incorporé dans le texte final du traité, qui sera ouvert pour signature lors d'une réunion spéciale au Japon en octobre 2013. Dans une tâche apparentée, l'OPS a traduit le document d'orientation technique de l'OMS *Replacement of mercury thermometers and sphygmomanometers in health care (Remplacement des thermomètres et des tensiomètres à mercure dans les soins de santé)* en espagnol et l'a diffusé dans la Région des Amériques.

### *Santé des travailleurs et des consommateurs*

136. En décembre 2012, un « Appel à l'action pour la santé et la sécurité des travailleurs dans les Caraïbes » a été approuvé et avalisé par les représentants de huit pays et territoires des Caraïbes : Bahamas, Barbade, Belize, Grenade, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie et les îles Turques-et-Caïques. Le document recommande la création d'un plan d'action des Caraïbes sur la santé et la sécurité des travailleurs et préconise une approche intersectorielle. L'effort a été mené par l'OPS en collaboration avec les autorités nationales du travail et de la santé et l'Université St. George à la Grenade (un centre collaborateur de l'OPS/OMS), avec l'appui du Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du Canada, et le Conseil national de l'assurance des Bahamas, entre autres.

137. De concert avec CAREX Canada et les centres collaborateurs de l'OPS/OMS, l'OPS a soutenu la formation sur le cancer professionnel et le calcul estimatif de l'exposition professionnelle aux carcinogènes dans le cadre des efforts pour créer le CAREX régional, un système d'information doté de données sur l'exposition des travailleurs aux carcinogènes. Cinq pays (Canada, Colombie, Costa Rica, Nicaragua et Panama) ont participé à l'élaboration de matrices d'exposition professionnelle qui ont été utilisées pour sensibiliser et permettre à 28 hygiénistes industriels en Amérique latine d'utiliser la méthodologie.

138. Les experts en surveillance de la santé publique de 15 pays ont été mobilisés au cours de la période considérée pour participer au réseau de sécurité et de santé des consommateurs, coordonné par l'OPS et l'Organisation des États Américains. Ils ont reçu une formation en gestion des systèmes de surveillance de la sécurité des produits de consommation offerte conjointement avec l'Université Pompeu Fabra de Barcelone.

### *Sécurité routière*

139. Dans le contexte de la Décennie d'action pour la sécurité routière des Nations-Unies (2011-2020), un certain nombre de pays des Amériques ont élaboré, approuvé ou mis en œuvre de nouveaux plans et lois visant à réduire les accidents mortels de la circulation. Ces pays comprenaient l'Équateur, qui avait amélioré sa législation sur le risque des accidents de la route et les facteurs de protection (l'OPS a aidé à développer les normes techniques sur l'utilisation de casques de protection par les motocyclistes), ainsi que la Dominique, le Guyana et l'Uruguay. El Salvador a ratifié une nouvelle loi pour le Fonds national pour les victimes des accidents de la route, qui donne la priorité au problème des accidents et des décès de la route dans le programme public. De plus, le Mexique a progressé dans sa mise en œuvre de l'initiative de sécurité routière mexicaine dans 31 États. À la fin de 2012, le Brésil a incorporé toutes les capitales des États et le District fédéral dans son projet *Vida no Trânsito* (« Vie dans le trafic »), qui porte sur la gestion de la vitesse et la réduction de la conduite en état d'ivresse.

140. Le plan de sécurité routière de Mésoamérique, élaboré avec l'assistance de l'OPS et de l'OMS, a été approuvé à l'unanimité par les ministres de la santé, de l'infrastructure, et des transports de 10 pays : Belize, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama et République dominicaine. Fondé sur un modèle mondial élaboré par le Groupe de sécurité routière des Nations Unies, ce plan offre une base pour l'action qui peut être replacée dans le contexte de différentes cultures, et par différents gouvernements, entreprises et institutions.

### *Eau et assainissement*

141. L'OPS a travaillé avec les pays pour développer et mettre en œuvre des stratégies et des plans pour l'eau et l'assainissement. Ces pays ont compris l'Équateur, El Salvador et le Honduras ainsi que le Nicaragua, qui a mis en œuvre un programme portant sur le l'élimination de l'arsenic des réserves d'eau dans les communautés rurales. La Grenade a développé un plan de salubrité de l'eau fondé sur la méthodologie élaborée par l'OMS et l'Association internationale de l'eau, alors que la Colombie, le Costa Rica et le Paraguay ont appliqué la méthodologie au niveau ministériel et localement avec des partenaires locaux.

142. Par ailleurs, l'OPS a aidé à une évaluation de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les Bahamas et a appuyé la mise en place de paramètres de suivi de la qualité de l'eau à Antigua-et-Barbuda. En collaboration avec l'UNICEF, l'OPS a facilité le transfert de technologie d'Haïti à la Colombie et la République dominicaine pour la surveillance et le suivi de la qualité de l'eau en utilisant le service de messagerie courte (SMS), ou messagerie texte. L'initiative fournira la base pour le développement d'un guide régional en la matière.

143. En collaboration avec l'Institut international de gestion des ressources en eau (IWMI) et l'Institut tropical et de santé publique suisse (TPH), l'OPS a assisté à l'identification de cinq sites de récupération et de réutilisation des ressources à Lima, au Pérou, pour deux projets pilotes qui produiront des données factuelles sur l'application de plans de sécurité de l'assainissement pour le prochain manuel de l'OMS sur les plans de sécurité de l'assainissement.

144. L'OPS a élaboré de nouveaux outils de coordination régionale pour la gestion du risque dans l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les situations d'urgence. Ces outils incluent une « liste de contrôle de la coordination » et un « guide rapide » pour établir les différentes responsabilités entre le Groupe des Nations Unies et une nouvelle plateforme virtuelle de coordination. Neuf pays (Belize, Colombie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Paraguay) ont incorporé ces outils dans leurs mécanismes de coordination de l'eau et de l'assainissement avec l'appui de l'OPS. Un nouveau manuel PALTEX, Eau et assainissement : nouveaux paradigmes, a été lancé à Belo Horizonte lors de la réunion de l'AIDIS.

145. L'OPS a également encouragé l'implication des pays et leur suivi concernant l'Évaluation et l'analyse annuelle 2012 sur l'assainissement et l'eau potable dans le monde 2012 (GLAAS 2012), et les États Membres ont offert des contributions et des commentaires sur les buts proposés pour l'eau et l'assainissement dans le programme de développement pour l'après-2015.

### **Préparation et riposte aux catastrophes**

146. Suite à des consultations approfondies avec les pays et les autres parties prenantes, le programme de préparation aux situations d'urgence et des secours en cas de catastrophe de l'OPS en 2012-2013 a révisé son approche stratégique pour y inclure trois lignes principales de travail : améliorer la capacité des États Membres à assurer une intervention ponctuelle et appropriée lors de catastrophes, d'urgences complexes et d'autres crises, renforcer la capacité des systèmes nationaux de santé pour la préparation aux urgences et la réduction du risque de catastrophe et accroître l'efficacité de l'OPS et du Groupe de santé des Nations Unies dans la réponse aux catastrophes. La coopération technique est allée du leadership et du plaidoyer à la formation, l'orientation technique et la fourniture de logiciels, de manuels, d'outils et d'équipement. Par ailleurs, l'OPS a coordonné le déploiement d'experts pour aider la réponse du secteur de la santé des pays durant les situations d'urgence.

147. Pendant la période considérée, 21 nouveaux dons ont été mobilisés pour la réduction du risque de catastrophe et la riposte, pour un total d'environ \$10 millions. Les fonds ont soutenu la réponse aux catastrophes dans neuf pays : Colombie (personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays), Cuba et République dominicaine (pour l'ouragan Sandy), El Salvador (dépression tropicale 12), Guatemala (séisme San Marcos), Haïti (pour l'ouragan Sandy et le choléra), Panama (personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays), Paraguay (inondations) et Pérou (dengue et inondations). Les fonds ont également aidé à la réduction du risque de catastrophe et la préparation à la Grenade, au Guyana, en Haïti, en Jamaïque, à Sainte-Lucie, en République dominicaine, au Suriname et à la Trinité-et-Tobago et dans la Région prise dans son ensemble.

148. En juin 2012, l'OPS a inauguré son nouveau Centre des opérations d'urgence (EOC) à Washington, D.C., et a adopté une nouvelle politique et de nouvelles procédures afin d'améliorer sa coopération durant les opérations de réponse aux situations d'urgence. L'EOC suit un modèle de gestion des incidents comportant trois niveaux d'activation : niveau 1, durant des événements de moindre impact pour lesquels le bureau de pays de l'OPS peut fournir l'appui nécessaire, et niveau 2 ou 3 durant des catastrophes d'impact plus important qui exigent la mobilisation de niveaux variés d'assistance internationale.

149. L'OPS a également augmenté sa capacité d'intervention rapide pour répondre aux situations d'urgence à l'aide de la formation des membres existants ainsi que des nouveaux membres de l'équipe régionale de réponse en santé. L'équipe comprend des

experts en surveillance épidémiologique, en alerte et intervention, en logistique de l'urgence, en eau et assainissement, en santé mentale et en communication du risque. Les membres sont mobilisés au sein du personnel même de l'OPS et d'organisations partenaires, telles que les ministères de la santé et les universités.

150. Pendant la période considérée, les membres de l'équipe régionale de réponse sanitaire ont été mobilisés pour aider sept États Membres de l'OPS pendant des catastrophes : Haïti (ouragan Isaac), Jamaïque (ouragan Sandy), Équateur (inondations dans les régions côtières et montagneuses), Costa Rica (séisme à Nicoya), Guatemala (séisme de San Marcos), Pérou (flambée de dengue) et la République dominicaine (flambée de choléra dans la prison Higuey).

151. Au niveau des pays, l'Argentine, la Bolivie, la Colombie, le Chili, l'Équateur, le Paraguay et le Pérou ont établi des équipes nationales de réponse aux catastrophes pour coordonner le déploiement rapide de réponse aux catastrophes dans le secteur de la santé avec l'assistance de l'OPS. Les équipes peuvent également être déployées dans des pays voisins pendant des situations d'urgence, soit dans le cadre de la coopération Sud-Sud soit dans le cadre de l'équipe régionale de réponse sanitaire de l'OPS.

152. Un certain nombre de pays ont renforcé leur capacité de réponse sanitaire dans les situations de catastrophe. Sept pays (Anguilla, Chili, Dominique, Jamaïque, Pérou, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Trinité-et-Tobago) ont développé ou mis à jour leurs plans de catastrophes sanitaires pendant la période considérée. La Dominique et la Jamaïque ont formé les premiers répondants aux soins et au traitement en situations d'urgence, alors qu'Anguilla, Antigua, les Bahamas et la Jamaïque ont formé les répondants en santé mentale et appui psychologique. Haïti et la République dominicaine ont élargi leurs systèmes d'alerte précoce et d'intervention rapide en cas d'épidémies et y ont incorporé tous les dangers, y compris les risques environnementaux pour la santé. La Grenade a développé des procédures opérationnelles normalisées pour un nouveau centre des opérations d'urgence sanitaire, identifié un emplacement approprié et préparé une liste de l'équipement de base requis pour l'EOC.

153. Le système d'appui logistique et de gestion de l'approvisionnement humanitaire (LSS/SUMA), développé par l'OPS pour gérer l'approvisionnement humanitaire pendant les urgences, a été officiellement adopté par l'Équateur et le Pérou, alors que la République dominicaine a adopté le système dans un dépôt national et huit dépôts régionaux d'approvisionnement.



***Hôpitaux sûrs***

L'OPS a continué à promouvoir la réduction du risque dans le secteur de la santé par le biais de l'initiative hôpitaux sains et son indice de la sécurité hospitalière (HSI), un outil destiné à évaluer la probabilité qu'un établissement sanitaire continuera à fonctionner dans les situations d'urgence. À la mi-2013, le HSI avait été appliqué à plus de 2900 hôpitaux et autres établissements de santé dans 32 pays et territoires des Amériques. Au cours de la période considérée, 20 pays ont utilisé le HSI et mis en application des politiques et des stratégies destinées à améliorer la sécurité des hôpitaux existants. L'OPS a également mis à jour l'indice de la sécurité hospitalière pour les petits et moyens hôpitaux et a lancé un nouveau cours d'apprentissage autonome sur la façon d'utiliser le HSI. Dix pays au moins ont installé et utilisé la base de données en ligne des hôpitaux sains, développée par l'OPS pour suivre les progrès sur l'initiative des hôpitaux sains et identifier les mesures requises pour protéger le fonctionnement continu des établissements de santé pendant les catastrophes.

L'initiative des hôpitaux sûrs a été incorporée dans les plans stratégiques de la Réunion des Ministres de la Santé de la Région andine (REMSAA), l'organisme andin de la Santé – Convenio Hipolito Unanue (ORAS/CONHU) et le Comité andin pour la prévention des catastrophes et le secours en cas de catastrophe (CAPRADE). Au cours de 2012-2013, la Colombie, le Guatemala, le Mexique, le Pérou et la République dominicaine ont fait des progrès importants dans l'actualisation de leurs codes de construction respectifs, pour assurer que tous les hôpitaux nouvellement construits peuvent continuer à fonctionner durant les catastrophes.

154. En partenariat avec le Département britannique pour le développement international (UKAid), l'OPS a commencé la mise en œuvre de l'initiative hôpitaux intelligents dans les Caraïbes dans le but de réduire l'empreinte carbone des établissements de soins et d'améliorer la résistance aux catastrophes.

155. L'OPS a soutenu les efforts infrarégionaux pour améliorer la préparation et la réponse aux catastrophes, y compris le nouveau plan stratégique andin pour la gestion du risque de catastrophe 2013-2017, approuvé par les ministres de la santé de la Région des Andes. Les ministres ont également nommé une Commission technique pour les urgences et les catastrophes et ont désigné les directeurs des bureaux de catastrophes dans les ministères de la santé pour mettre en œuvre le plan stratégique. L'OPS a également aidé à mettre à jour un guide pour la coopération entre les pays andins, qui a été approuvé par le CAPRADE et a servi de référence technique pour la préparation d'un guide semblable pour les pays du MERCOSUR.

156. En partenariat avec les CDC des États-Unis, l'OPS a soutenu la création de la Commission technique pour la gestion du risque en Amérique centrale et en République

dominicaine (CTGERS), un organe consultatif de COMISCA qui suivra la préparation aux catastrophes, l'intervention et la coopération. Un plan centraméricain pour la gestion globale du risque des catastrophes et urgences de santé publique 2013-2018 a été établi avec l'aide de l'OPS et approuvé par COMISCA. Il guidera le travail dans le domaine des catastrophes sanitaires et permettra aux États Membres du système d'intégration centraméricain (SICA) d'intégrer les mécanismes de coopération et de renforcer les unités de catastrophes sanitaires.

### **Gestion du savoir et communications**

157. En 2012, la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé la première stratégie régionale et plan d'action sur la gestion du savoir et communications. Elle s'efforce de promouvoir le développement et la diffusion de l'information et du savoir en matière de santé fondé sur les données scientifiques, de promouvoir la collaboration horizontale à travers des partenariats et des réseaux et de promouvoir des stratégies pour utiliser le savoir afin de faire progresser les changements individuels, sociaux et de politique en vue d'améliorer et de protéger la santé.

158. Pendant 2012-2013, la Bolivie, El Salvador, le Honduras, Panama, la République dominicaine et le Venezuela ont été parmi les pays qui ont établi et étendu les bibliothèques virtuelles en santé (VHL) avec l'appui du Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé (BIREME), à São Paulo, au Brésil. Neuf institutions nouvelles dans l'État de Sonora du Mexique, ainsi que l'Université d'état de l'Arizona, ont été incorporées dans la bibliothèque virtuelle en santé frontalière (BVHL), pour laquelle le bureau frontalier de l'OPS U.S.-Mexique assume le secrétariat. Le Mexique a mis en œuvre un nouveau réseau de Centres collaborateurs de l'OPS/OMS pour faciliter l'échange du savoir, des expériences et des bonnes pratiques entre les différents centres.

#### ***Centres collaborateurs de l'OPS/OMS***

Neuf nouveaux Centres collaborateurs de l'OPS/OMS ont été désigné dans les Amériques entre la mi-2012 et la mi-2013, portant le nombre total de centres collaborateurs actifs dans la Région à 185 (sur plus de 800 centres au niveau mondial). Les centres collaborateurs incluent des instituts de recherche, des départements universitaires et des centres de recherche, ainsi que d'autres organisations qui mènent à bien des activités à l'appui des programmes de l'OPS/OMS dans un large éventail de domaines, allant des ressources humaines pour la santé aux maladies transmissibles et non transmissibles, à la nutrition, la santé mentale, les technologies de la santé et de nombreux autres.

159. Six pays (Aruba, Brésil, Chili, Costa Rica, Guatemala et Pérou) ont reçu l'appui de l'OPS pour établir ou mettre en œuvre de nouveaux plans et stratégies pour

promouvoir la cybersanté (*E-Health*), qui utilise les nouvelles technologies de l'information et la communication pour améliorer les soins de santé. L'avenir des initiatives de cybersanté a également constitué un centre d'attention majeur du 9<sup>e</sup> Congrès régional d'information sur les sciences de la santé (CRICS9), tenu au siège de l'OPS en octobre 2012, qui a rassemblé plus de 400 participants de 30 pays.

160. Entre juin 2012 et juin 2013, l'OPS a publié plus de 250 publications scientifiques et techniques. Le Journal panaméricain de santé publique, le journal scientifique de l'OPS à comité de lecture, a publié 13 numéros au cours de cette période, y compris des numéros spéciaux sur la prévention des maladies cardiovasculaires et la réduction du sel dans le régime alimentaire (octobre 2012) et l'équité dans les systèmes de santé (février 2013).

161. L'Argentine, Cuba, le Honduras et le Mexique ont participé à l'initiative bibliothèque bleue de l'OPS, un effort pour démocratiser l'accès à l'information sanitaire en envoyant des collections de publications médicales actualisées dans des communautés éloignées en utilisant des malles métalliques bleues. Le Brésil a également participé au moyen d'un effort de coopération Sud-Sud qui a fourni des publications aux pays lusophones.

162. Au cours de la période considérée, 20 pays ont obtenu l'accès à la plateforme HINARI de l'OMS, qui offre un accès en ligne gratuit ou à coût très faible aux principaux journaux en sciences biomédicales et sociales aux institutions sanitaires dans plus de 100 pays. Les plateformes d'apprentissage virtuel ont aidé l'Organisation à offrir de nouveaux outils, de nouveaux concepts et le savoir à plus de 3000 professionnels dans la Région.

## **Gestion et gouvernance**

163. L'OPS a continué à poursuivre les politiques et les pratiques visant à renforcer la gestion et l'efficacité, la transparence, la responsabilisation et l'éthique, et le traitement équitable sur les lieux de travail. Ces efforts ont été initiés par l'administration sortante et ont reçu un nouvel élan avec l'élection de la nouvelle Directrice du BSP.

164. L'Organisation a continué à appliquer le cadre de gestion fondée sur les résultats pendant la période considérée, d'importants progrès ayant été accomplis conjointement avec le développement du plan stratégique 2014-2019. Ils ont inclus une chaîne affinée de résultats pour mieux refléter les réalisations et la responsabilisation conjointe du BSP et des ministères de la santé, et les énoncés améliorés des résultats et des indicateurs pour les résultats immédiats, les résultats intermédiaires et les impacts. Les nouveaux indicateurs seront incorporés dans le processus de suivi et évaluation de la performance (PMA) pendant la mise en œuvre du nouveau plan stratégique. Par ailleurs, l'exercice de

PMA (composante clé de l'approche fondée sur les résultats) renforce la fonction de gestion dans le suivi des progrès des départements et bureaux des pays, dans le but d'améliorer la responsabilisation de la gestion.

165. En 2012, la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé une nouvelle politique budgétaire de l'OPS pour guider l'allocation des ressources pour les opérations aux niveaux régional, infrarégional et national. Elle incorpore les recommandations faites par le bureau des Services d'audit et d'évaluation interne (IES) en fonction de son évaluation de la politique budgétaire antérieure, ainsi que des ajustements en réponse aux propres leçons tirées de l'Organisation. Les nouveaux changements comprennent de nouvelles normes concernant la présence dans les pays, pour garantir la disponibilité de fonds suffisants afin de maintenir un engagement ferme avec les États Membres, l'incorporation de l'inégalité du revenu (coefficient de Gini) dans une évaluation élargie des besoins des pays, une composante fondée sur les résultats conçue pour accélérer la réalisation de cibles programmatiques dans les pays et une meilleure modélisation et des techniques statistiques pour offrir des résultats plus réalistes et exploitables de distribution des ressources.

166. Dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (SPBA7/4 [2013]), IES a examiné la mise en œuvre du programme du BSP. L'évaluation a confirmé que le plan stratégique de l'OPS 2008-2013 était étroitement aligné sur le Programme d'action sanitaire pour les Amériques et que ses objectifs stratégiques avaient servi à harmoniser le programme avec les objectifs stratégiques de l'OMS et avec le travail d'autres organisations internationales dans la Région.

167. Au cours de 2012-2013, IES a effectué des audits dans plusieurs bureaux de pays, évaluant leur adhérence à la gestion fondée sur les résultats, entre autres questions. IES a également entrepris un effort pour recueillir et organiser le vaste montant d'information disponible d'évaluations antérieures. Ce processus a donné lieu à la première liste de l'Organisation de toutes les évaluations menées en interne et par les parties prenantes extérieures, première mesure critique pour déterminer et comprendre les leçons tirées de ces activités.

168. Plusieurs nouvelles initiatives, outils et politiques conçus pour rationaliser et renforcer les opérations de coopération technique de l'Organisation ont été entrepris pendant la période considérée. En août 2012, le BSP a approuvé une nouvelle stratégie de technologie de l'information (TI) et introduit un nouveau processus de gouvernance de la TI pour coordonner le développement de toutes les dépenses sur les projets de technologie au siège de l'OPS, dans les bureaux de pays et dans les centres collaborateurs. De plus, les domaines internet des bureaux de pays et des centres de l'OPS ont été fusionnés en un domaine unique de l'OPS et les logiciels informatiques ont

été normalisés pour réduire la complexité, accroître la sécurité, simplifier le soutien et faciliter la mise en œuvre de futures initiatives de technologie de l'information et de gestion du savoir. Les phases initiales d'une nouvelle initiative « l'OPS dans les nuages » ont également été entreprises, permettant aux membres du personnel du Siège de l'Organisation d'accéder à leur ordinateur où qu'ils soient et à partir de n'importe quel appareil et d'accéder à distance aux outils, aux services et aux référentiels partagés de l'OPS.

169. L'OPS a continué à appliquer son programme de gestion des risques (ERM) pour identifier, suivre, évaluer et gérer les risques inhérents aux opérations et aux activités de coopération technique de l'OPS. Au cours de 2012-2013, une nouvelle politique de gestion des risques de l'OPS a été approuvée et publiée dans le manuel électronique de l'OPS/OMS, et un nouveau manuel de gestion des risques a été publié (lié au Manuel des opérations des bureaux des pays). Des évaluations des risques ont été entreprises pour le Fonds renouvelable de l'OPS, pour tous les bureaux administratifs de l'Organisation, pour BIREME et les bureaux de pays au Chili et au Mexique et pour neuf bureaux de pays participant à un projet financé par CIDA sur les femmes, les enfants et les populations exclues. Par ailleurs, 49 points focaux de gestion des risques ont été formés à l'évaluation des risques au siège de l'OPS, et à la Barbade, au Brésil et au Panama.

170. À la fin de 2012, l'Organisation a développé une « analyse de rentabilité » pour utiliser un système de planification pour le système d'information de la gestion du BSP (PMIS). Parachevée en janvier 2013, l'analyse de rentabilité incluait une analyse de coût-avantage du projet et des recommandations sur la sélection du logiciel approprié. Suite à un processus de demande formelle de propositions qui s'est conclu à la mi-2013, l'Organisation a identifié le logiciel spécifique à utiliser et la société d'intégration des systèmes qui l'installera.

171. Des améliorations dans l'acquisition des biens et des services de l'Organisation ont compris la formation du personnel donnée au siège et dans les bureaux de pays, le lancement d'un projet pilote pour mettre en place un système d'appels d'offres électronique dans le bureau de pays du Guatemala et des outils électroniques qui permettent aux programmes techniques de suivre et d'examiner leurs achats de biens et de services et de suivre leurs délégations de pouvoir en matière d'acquisitions. Les efforts dans les achats au nom des États Membres ont comporté des accords à long terme pour l'achat de vaccins et de seringues pour les programmes nationaux de vaccination systématique des pays, ainsi que l'achat d'antirétroviraux. L'OPS a également négocié l'achat de vaccins nouveaux et stratégiques dont ceux contre la fièvre jaune et le VPH, alors que 16 nouveaux articles ont été inclus dans la liste des produits du Fonds stratégique.

***Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA)***

Après plus de 30 ans sous l'administration de l'OPS, le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) et l'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI) ont été transférés au cours de 2012-2013 à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), qui est devenue pleinement opérationnelle en janvier 2013. Outre son appui au développement de la nouvelle agence, l'OPS a fourni un appui important en ressources humaines pour l'incorporation de CAREC et du CFNI. Basée à la Trinité-et-Tobago, CARPHA fournira une réponse collective aux défis en santé publique aux résidents et aux visiteurs des Caraïbes.

172. L'OPS a continué à offrir de nombreuses possibilités à son personnel de développer de nouvelles compétences et connaissances au cours de la période considérée. Parmi les initiatives, on peut citer un nouveau portail d'apprentissage et des plans d'apprentissage individuels pour les différentes unités et les différents départements. Un nouveau portail de développement de carrière qui a été lancé à la fin de 2012, offre des outils au personnel pour renforcer leur croissance professionnelle, y compris une feuille de route pour le développement de carrière, des outils pour les évaluations de carrière et découverte de soi, des cours de cyber-apprentissage et d'autres informations sur les options de carrière, les opportunités et les ressources.

173. Outre IES, plusieurs bureaux et entités spéciaux ont mené les efforts de l'Organisation pour promouvoir la transparence, l'éthique et l'équité sur les lieux de travail. Ils comprennent le Bureau d'éthique et le médiateur, qui avec IES, LEG, HRM, le comité d'appel et le Bureau de sécurité de l'information (ISO), font partie du Système d'intégrité et de gestion des conflits de l'OPS. Par ailleurs, l'Association du personnel de l'OPS a poursuivi son engagement actif avec le personnel et la nouvelle administration pour assurer l'impartialité et l'équité.

174. Au cours de 2012, le Bureau d'éthique de l'OPS a été consulté par 84 membres du personnel et a examiné 43 rapports d'éventuels manquements à l'éthique, dont 32 sont parvenus par la ligne d'assistance téléphonique gratuite et confidentielle et 29 sont parvenus anonymement. Le Bureau d'éthique a également fourni une formation au Code des principes d'éthique et de conduite de l'OPS, a publié une brochure sur « la tolérance zéro pour la fraude et la corruption » et a publié des directives spécifiques pour le personnel sur la façon de rester neutre et objectif durant le processus d'élection du nouveau directeur du BSP.

175. En sa qualité de coordinateur du Système d'intégrité et de gestion des conflits de l'OPS, le Bureau d'éthique a dirigé une révision de la politique de l'Organisation destinée à prévenir et à résoudre le harcèlement sur les lieux de travail. La nouvelle politique, publiée en septembre 2012, a élargi la portée des comportements qui constituent le

harcèlement et à développé un formulaire spécial pour faciliter le rapport d'allégations formelles.

176. Le Bureau du médiateur de l'OPS a reçu 104 visiteurs du siège de l'Organisation, des bureaux des pays et des centres en 2012, exprimant des préoccupations, des frustrations ou des problèmes concernant leur travail. Les thèmes principaux incluaient l'efficacité de la supervision, le climat du département, le respect et la manière d'être traité, la progression et le développement de carrière, le stress lié au travail et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et les décisions administratives et l'application des règlements. Le Bureau du médiateur a fait un certain nombre de recommandations dans son rapport annuel de 2012, dont le rétablissement du programme d'orientation des nouveaux employés « en personne », l'examen des dispositions des contrats concernant les consultants nationaux et internationaux de l'OPS dans le but de renforcer leur conformité à l'esprit et à la lettre et une plus grande justice et équité pour les employés de l'OPS engagés par le biais d'agences d'emploi.

### **Chapitre III. Les enseignements tirés et l'avenir**

177. La contribution technique de l'OPS a contribué à de nombreux succès dans les pays et aux niveaux régional et infrarégional au cours de la période couvrant le présent rapport. Pourtant de nombreux défis demeurent. En allant de l'avant avec une nouvelle direction, une nouvelle structure et un engagement renouvelé, l'Organisation doit relever ces défis en faisant fond de ses réalisations et en apprenant par expérience. Quelques-unes des leçons importantes tirées des programmes de coopération technique de l'OPS pendant 2012-2013 sont mises en relief dans le but d'améliorer l'efficacité de l'Organisation au cours des années à venir.

178. L'inégalité en matière de santé demeure l'un des défis les plus importants de la santé publique dans les Amériques, région qui, en termes économiques, est l'une des plus inéquitables au monde. La coopération technique de l'OPS cherche à réduire les inégalités en matière de santé à l'aide d'efforts destinés à étendre l'accès aux services de santé, à progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle et à répondre aux déterminants sociaux de la santé. Un certain nombre d'enseignements ont été tirés de ce travail au long de l'année écoulée.

179. La plupart des pays de la Région reconnaissent la santé comme un droit fondamental, et ceux qui n'ont pas incorporé ce droit dans leurs constitutions agissent en conformité aux traités ou accords internationaux qui incluent le concept de soins de santé comme un droit. Néanmoins, garantir les soins de santé comme un droit requiert également la création de cadres légaux et réglementaires qui permettent le développement de politiques sanitaires axées sur la protection sociale et la réalisation de la couverture sanitaire universelle. L'OPS détient un rôle fondamental dans la recherche et la promotion de consensus sur ces questions essentielles et dans son appui pour relever les défis les plus techniques.

180. Il est important de reconnaître qu'il n'existe pas de voie unique pour faire progresser la couverture universelle ; les pays doivent adopter une approche pour atteindre ce but à leur propre rythme et conformément à leurs besoins individuels. Dans presque chaque cas toutefois, les efforts pour faire progresser la couverture sanitaire universelle ont un impact et une durabilité plus marqués avec l'inclusion de la société civile et du secteur privé tout au long du processus.

181. Les institutions de sécurité sociale sont des partenaires potentiels importants dans la poursuite de la couverture sanitaire universelle. Étant des prestataires importants de soins de santé, elles disposent d'une connaissance approfondie du développement de services et de modèles de soins. L'OPS peut promouvoir une coordination efficace et un dialogue productif entre ces dernières et d'autres partenaires potentiels sous la houlette de l'autorité sanitaire de chaque pays.



182. Il est également essentiel d'inclure les communautés et les autorités municipales des zones sous desservies ou des zones à risque dans les efforts de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle ainsi que d'autres efforts en matière de santé. La collaboration entre les autorités sanitaires et les acteurs locaux met souvent en lumière les défis et les coûts des inégalités en matière de santé qui sinon resteraient cachés.

183. Les efforts pour accroître l'action intersectorielle sont fondamentaux pour aborder les déterminants sociaux de la santé et réduire les inégalités en matière de santé. Ces efforts nécessitent l'engagement et la coordination avec des secteurs qui vont au-delà de la santé, et un solide plaidoyer pour « la santé dans toutes les politiques. » Tout aussi importante est la forte capacité institutionnelle pour rassembler des éléments pouvant étayer les inégalités en matière de santé ainsi que l'impact des politiques et des programmes sur l'équité en matière de santé et la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle. Invariablement, il sera essentiel que les données – en particulier celles liées aux déterminants sociaux de la santé – soient désagrégées au niveau local pour mieux identifier les insuffisances en matière de santé dans les populations vulnérables et pour établir des interventions appropriées.

184. Des partenariats stratégiques avec d'autres acteurs sont de plus en plus importants pour le travail de l'OPS et pour faire progresser la santé dans la Région. L'Organisation a noué depuis longtemps des partenariats réussis avec d'autres secteurs gouvernementaux – dont l'agriculture et l'éducation – ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales et confessionnelles, des universités des fondations, d'autres organismes de développement et des communautés. L'OPS a également été un facteur clé de la coopération horizontale, en particulier Sud-Sud, et de la coopération triangulaire pour échanger expertise et technologies et pour promouvoir, documenter et partager les bonnes pratiques et les leçons tirées. À l'avenir, ce travail devrait être renforcé et élargi en tant que première priorité du travail de coopération technique de l'OPS.

185. La stratégie de coopération axée sur les pays de l'OPS souligne le besoin d'identifier et de répondre aux besoins et aux priorités spécifiques des pays, de coordonner les actions avec d'autres acteurs de la coopération sur place et de promouvoir la durabilité à l'aide du renforcement de la capacité et du leadership des pays. « L'appropriation » par le pays est vitale, non seulement pour la réussite de la coopération technique, mais aussi pour la durabilité des réalisations. Elle nécessite l'alignement des programmes de coopération technique sur les politiques et les priorités nationales établies. Les principales parties prenantes doivent intervenir dans le processus de consultation et la mise en œuvre, ainsi que dans le suivi et le recueil des données, ce qui assure non seulement une plus grande « adhésion » mais renforce également la capacité de leadership dans le pays.

### ***Leçons du Programme d'action sanitaire pour les Amériques***

Une évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, effectuée en 2012 et présentée sous forme provisoire à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine (CSP28/6), a été parachevée au début de 2013 (SPBA 7/4). L'évaluation était un processus mené par les pays impliquant les 35 États Membres de l'OPS, cinq organes d'intégration infrarégionaux et 19 organismes de coopération des Nations Unies et autres.

Le rapport final concluait qu'au cours de ses cinq premières années, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques avait été utilisé dans la préparation de nombreux plans, politiques et stratégies de santé au niveau national, dans un « degré raisonnable » au niveau infrarégional, mais dans un degré limité seulement par d'autres organisations internationales. Le rapport a noté des progrès importants dans les huit domaines d'action,\* mais a exprimé des préoccupations concernant l'évolution des indicateurs de la mortalité maternelle, la dengue, la tuberculose, le VIH/sida, l'obésité et les dépenses publiques par rapport aux dépenses personnelles en santé.

Le rapport a fait une série de recommandations pour la mise en œuvre du programme sur les cinq prochaines années, y compris :

- Une plus forte diffusion du programme et du plaidoyer pour son usage aux niveaux infranational, national, et régional et dans d'autres secteurs et organisations internationales.
- Des efforts intensifiés par les pays dans les domaines qui ont connu le moins de progrès, tels que la mortalité maternelle, la dengue, la TB, l'obésité, les maladies chroniques et leurs facteurs de risque, les systèmes de protection sociale et la stimulation des dépenses publiques nationales en santé.
- L'amélioration du recueil des données pour faciliter le suivi des progrès sur la mise en œuvre du programme.
- Une recherche plus approfondie sur les questions incluant les déterminants sociaux de la santé, les MNT et leurs facteurs de risque, l'impact de l'assistance qualifiée à l'accouchement sur la mortalité infantile et les inégalités en matière de santé.
- Une promotion plus forte du programme au sein du secrétariat de l'OPS (BSP) ainsi qu'à l'extérieur avec les partenaires de financement de l'OPS et dans les accords de collaboration.

\*Renforcer l'autorité de tutelle nationale de santé, aborder les déterminants de la santé, augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité, réduire les inégalités de santé entre les pays et en leur sein, faire reculer les risques et la morbidité, renforcer la gestion et le développement des agents sanitaires, mettre à profit le savoir, la science et la technologie, renforcer la sécurité sanitaire.

186. La capacité des ressources humaines doit être une considération majeure de toute coopération technique, car elle peut faciliter ou entraver sa réussite. Dans le domaine des MNT par exemple, l'engagement politique accru n'est pas automatiquement traduit par des ressources humaines appropriées pour gérer les programmes nationaux des MNT, mettre en œuvre les stratégies ou améliorer la qualité au niveau des soins des patients. La programmation de la coopération technique doit assurer que les pays disposent de plans stratégiques de ressources humaines qui sont correctement alignés sur les projets et les programmes.

187. Les partenariats avec les organisations internationales et les associations professionnelles pertinentes peuvent aider à faire fond de l'assistance technique et à maximiser l'usage des ressources – « faire plus avec moins » –, ce qui est particulièrement important à la lumière des difficultés économiques mondiales constantes. Le renforcement de la coordination entre partenaires peut également mener à de meilleurs résultats ; dans de nombreux cas toutefois, le rôle et les responsabilités de l'OPS et des autres partenaires doivent être redéfinis ou ajustés pour mieux répondre aux besoins des projets. Les efforts conjoints de communication et la coordination sur les questions prioritaires de santé ont conduit à un plus grand engagement de diverses parties prenantes et communautés et à leur participation.

188. Le besoin d'une coordination plus efficace est particulièrement pressant dans le cas d'urgences et de catastrophes. Bien que la plupart des pays de la Région disposent maintenant de la capacité de répondre à des urgences mineures ou modérées sans l'assistance internationale, la réponse à des catastrophes majeures et la coordination de l'assistance internationale massive demeurent un défi considérable. Les ministères de la santé devraient prendre les commandes en établissant des mécanismes de coordination dans le secteur de la santé pour recevoir et envoyer l'assistance humanitaire internationale. Il faut également de meilleurs mécanismes pour coordonner la participation des acteurs dans le Groupe Santé et assurer l'adaptabilité conformément au contexte national, à l'aide de l'intervention d'un nombre plus restreint d'acteurs plus spécialisés. Ceci aiderait à créer des synergies entre les agences.

189. Le besoin critique de renforcer le travail interprogrammatique constitue une autre leçon importante. Les programmes régionaux pour la lutte intégrée contre les maladies infectieuses négligées en sont un exemple. Ils ont été mis en œuvre conjointement par les programmes de vaccination, de nutrition, des maladies de l'enfant (PCIME), de la tuberculose et du paludisme. Une plus grande coordination interprogrammatique dans la santé professionnelle et environnementale pourrait aider à réduire le fardeau important des maladies transmissibles et non transmissibles.

190. Une attention constante aux réseaux intégrés de services de santé fondés sur les stratégies de soins de santé primaires est essentielle pour venir à bout de la segmentation

et de la fragmentation constantes des systèmes de santé de nombreux pays. Avec le renforcement et la décentralisation des systèmes de santé, l'intégration doit demeurer une priorité transversale pour la réalisation et la durabilité de la couverture sanitaire universelle.

191. L'intégration des soins de santé mentale dans les services de soins de santé primaires constitue une partie essentielle de ces efforts. Il est critique de réduire la grande insuffisance de traitement pour les personnes souffrant de troubles mentaux ; plus des deux tiers d'entre elles ne reçoivent aucun soin pour leur condition. Dans le même temps, il reste beaucoup à faire pour réformer les services psychiatriques et transformer radicalement le vieux modèle « d'asile » de soins psychiatriques en milieu hospitalier en un modèle de soins communautaires.

192. L'accès à l'information fondée sur les données probantes pour appuyer les décisions continue à constituer un défi dans de nombreux domaines de la coopération technique. Par exemple, dans le domaine de la réduction du risque de catastrophe, les données probantes sur les coûts de l'investissement dans la sécurité hospitalière par rapport aux coûts des établissements endommagés et des services de santé perdus, sont essentielles pour influencer les gouvernements, l'opinion publique et les donateurs. La promotion de la recherche pour la santé dans d'autres domaines demeure tout aussi essentielle, pour établir une base de données factuelles pour les décisions, l'allocation des ressources et la sélection des interventions.

193. Le développement d'outils et de processus pour l'évaluation et la systématisation des expériences de coopération technique pour informer la programmation et la décision, est également important. Ceci est particulièrement vrai dans les domaines d'action émergents qui peuvent nécessiter de nouvelles formes de coopération, souvent entre différentes disciplines et différents secteurs. Par exemple, un certain nombre d'initiatives sont maintenant en cours dans la Région. Elles traitent les inégalités en matière de santé au moyen de l'action sur les déterminants sociaux de la santé, mais elles n'ont pas été adéquatement documentées ou systématisées. L'OPS peut faire progresser ce travail en aidant à mesurer l'impact des politiques, des programmes et des interventions en matière de santé sur la distribution équitable des acquis de la santé entre différents groupes de population. Les données factuelles qui en résultent peuvent être utilisées pour identifier ou adapter des nouvelles stratégies et politiques et de nouveaux programmes pour répondre plus efficacement à ces problèmes.

194. Les nouvelles technologies de communication sont déjà en train de changer la façon dont l'OPS fournit la coopération technique et elles ont un potentiel important pour créer des économies de coût et élargir la collaboration et sa portée. Trois portails clés de l'OPS – la Plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour la technologie de la santé, l'Observatoire régional sur les ressources humaines pour la santé et le Réseau

collaborateur sur les soins de santé primaires – offrent des canaux de communication et servent de dépositaires de l'information structurée et mise en contexte. Les réunions virtuelles peuvent, à un moindre coût, compléter effectivement ou substituer les réunions en face à face avec une plus grande efficacité. Toutefois, ce changement peut nécessiter un bouleversement culturel important.

195. L'accès accru à l'internet et la prévalence croissante des appareils mobiles élargissent les audiences pour les initiatives de cybersanté et appellent des innovations constantes dans ce domaine. La pleine exploitation du potentiel des nouvelles technologies de communication pour la santé nécessitera également le renforcement de la capacité – au niveau régional et au niveau des pays – dans la gestion des nouveaux outils de communication, les nouvelles sources d'information, et les nouveaux moyens de collecter et de partager les données.

196. Les contraintes financières continuent à présenter des défis pour le BSP comme pour les États Membres. Ceci n'est nulle part plus flagrant que dans la poursuite de la couverture sanitaire universelle. La plupart des pays de la Région reconnaissent l'accès aux soins de santé comme un droit fondamental, mais ils luttent tous pour rassembler les ressources nécessaires pour garantir ce droit. La coopération technique visant à accroître l'efficacité dans les systèmes de santé et renforcer la capacité dans le financement des systèmes de santé est tout aussi importante que les efforts pour rendre les soins de santé de qualité plus accessibles.

197. La mobilisation des ressources financières est également cruciale pour la préparation et la prévention. De nombreux pays ont inclus la réduction des risques de catastrophe parmi leurs priorités du secteur de la santé, mais ils n'ont pas les ressources pour faire les investissements nécessaires dans l'infrastructure sanitaire, les services essentiels, l'équipement et la formation. Il est critique d'engager le secteur financier pour renforcer la préparation et la prévention pour les catastrophes et pour la santé publique en général. Il est également important d'inclure la préparation et la prévention dans les programmes de développement des pays.

198. Dans un contexte de ressources limitées, le plaidoyer, la communication, et la collaboration intersectorielle sont particulièrement importants pour aider à former l'opinion et à mobiliser l'appui politique pour la santé. Par exemple, le plaidoyer de l'OPS pour les maladies infectieuses négligées a incité un certain nombre de pays à les inclure dans leurs programmes nationaux de santé, et un certain nombre de donateurs ont montré un intérêt croissant pour soutenir le travail visant à l'élimination de ces maladies. La Réunion de haut niveau des Nations Unies de 2011 sur les MNT, ainsi que des résolutions mondiales et régionales, ont aidé à mobiliser l'intérêt et les changements techniques destinés à améliorer la qualité et l'efficacité des programmes de lutte contre les MNT. De même, l'appui de la nouvelle Directrice du BSP a été crucial à l'approche

de société tout entière pour l'élimination de la transmission du choléra de l'île d'Hispaniola.

199. Il est essentiel de forger des alliances stratégiques avec d'autres organismes dans cet environnement aux ressources limitées (Organisation des États Américains, Banque mondiale, Banque interaméricaine de développement). Une alliance stratégique avec la Conférence interaméricaine des Ministres du Travail de l'OEA a aidé à accroître la visibilité de la santé des travailleurs dans le programme politique régional. De plus, la Déclaration de San Salvador d'avril 2013 sur l'insuffisance rénale chronique de cause non traditionnelle a attiré l'attention sur cette maladie qui dévaste les communautés agricoles de la côte pacifique d'Amérique centrale. Il faudra que les scientifiques, les communautés agricoles et les autorités de l'environnement, du travail et de l'agriculture travaillent ensemble pour trouver une solution à ce problème.

200. L'action multisectorielle restera particulièrement importante pour la coopération technique et le plaidoyer en faveur des MNT. L'intervention d'autres secteurs, dont les organisations de la société civile, est essentielle pour réduire les facteurs de risque des MNT. Toutefois, même s'il existe des exemples forts de collaboration avec d'autres secteurs, ils ne se sont pas tous avérés soutenables. Les efforts pour mobiliser les partenariats en matière de santé avec d'autres secteurs devraient être renforcés en identifiant les intérêts mutuels qui peuvent servir non seulement la santé mais aussi d'autres objectifs de politique publique.

201. Dans le domaine de la santé vétérinaire, les efforts d'innocuité alimentaire ont impliqué une solide collaboration entre l'industrie, les universités et les secteurs de la santé, de l'agriculture, de l'environnement et de la consommation. L'appui du secteur privé au Programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse a inclus un financement essentiel ainsi que la participation aux décisions politiques et stratégiques qui ont été essentielles à la durabilité des programmes nationaux.

202. Tout en étant souhaitable et essentiel, le travail avec le secteur privé exige des règles d'engagement claires et effectives pour éviter de potentiels conflits d'intérêt, tant réels que perçus. La consultation et l'apport interdisciplinaires – des domaines de la coopération technique et des experts juridiques – constituent une part essentielle du développement de règles d'engagement et de l'identification des difficultés potentielles.

203. La pleine mise en œuvre de stratégies et de politiques de la santé peut être difficile à réaliser quand elles ont un impact sur le secteur privé. Les intérêts industriels se sont fortement opposés aux efforts de réglementation visant à soutenir l'allaitement, à réglementer la commercialisation et la publicité des aliments transformés, et à appliquer les dispositions de la Convention cadre pour la lutte antitabac (FCTC). Afin de contrer cette opposition, l'appui de l'OPS doit inclure le plaidoyer ainsi que le soutien technique pour la législation.

204. La collaboration Nord-Sud et la collaboration Sud-Sud demeurent des moyens précieux de promouvoir et d'adapter des expériences réussies de santé publique dans différents pays des Amériques et au-delà. Parmi les bons exemples : accords entre le Brésil et Santé Canada pour renforcer les systèmes d'innocuité des aliments et entre les pays du MERCOSUR pour aborder le VIH dans les zones frontalières partagées ; collaboration entre l'Argentine, l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) et l'OPS pour échanger les expériences et renforcer la coopération dans des domaines incluant les maladies non transmissibles, le VIH, les médicaments, les transplantations et les déterminants sociaux de la santé ; et la création des centres d'excellence de l'OPS dans les pays pour promouvoir les décisions fondées sur des données probantes concernant l'introduction de nouveaux vaccins.

205. L'impact qu'un grand nombre de ses stratégies et initiatives ont au-delà de la Région des Amériques constitue une valeur ajoutée importante du travail de l'OPS. La Semaine mondiale de la vaccination, qui s'est tenue pour la deuxième fois en 2013, était un effort mondial inspiré par la Semaine régionale de la vaccination aux Amériques, qui a célébré son 11<sup>e</sup> anniversaire en 2013. D'autres exemples incluent la promotion par l'OPS de l'accès à des médicaments de qualité et aux technologies de la santé et l'adoption de matériels techniques de l'OPS sur les thèmes de catastrophes critiques dans les États Membres de l'OPS et dans d'autres régions du monde. La large adoption de l'Indice de sécurité hospitalière, par exemple, démontre que des outils simples et bon marché, s'ils sont pratiques et applicables dans une série de situations, peuvent renforcer la participation et stimuler l'action et les investissements pour sauver des vies partout dans le monde.

206. À l'avenir, l'OPS a un rôle central à jouer en assurant que les autorités sanitaires et autres défenseurs de la santé publique des Amériques contribuent efficacement au programme de développement international pour l'après-2015. Des espaces pour le dialogue et des outils tels que « Rio+20 », « Santé dans toutes les politiques » et « Programme de développement 2015 » de l'OPS peuvent être utiles pour encourager et guider la participation des pays à ces processus.

207. Les résultats des consultations régionales et mondiales sur la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 sont désormais également essentiels pour les propres progrès de l'OPS. Ces consultations ont abouti à un accord général sur les points suivants :

- a) La santé doit être au centre du développement durable ; elle contribue non seulement au développement mais elle est un résultat clé et un indicateur du développement inclusif, équitable, axé sur les personnes et fondé sur les droits de l'homme. Le programme de développement pour l'après-2015 exigera un cadre rigoureux – différent des modèles existants de développement – qui définit

clairement le rôle de la santé ainsi que l'action intersectorielle qui soutient « la santé dans toutes les politiques. »

- b) Les pays doivent redoubler les efforts pour assurer que les objectifs du Millénaire pour le développement sont atteints. À l'avenir toutefois, les objectifs doivent être redéfinis et analysés pour tenir compte des réalisations et des lacunes infranationales et pour stimuler des approches synergiques destinées à améliorer les conditions des groupes les plus vulnérables.
- c) De nouvelles priorités en matière de santé doivent être ajoutées aux OMD qui s'attaquent aux facteurs principaux qui contribuent au fardeau mondial et régional des maladies, en particulier les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, et la santé mentale.
- d) Un objectif essentiel qui doit être inclus dans le nouveau programme est celui de la couverture sanitaire universelle, comprise comme accès à la santé pour tous, avec la qualité voulue, qui répond aux déterminants sociaux ainsi qu'aux besoins en matière de santé des personnes dans un cadre des droits de l'homme. La couverture universelle doit comprendre l'accès à toutes les interventions clés, y compris la promotion, la prévention, le traitement, la réhabilitation et la protection sociale pour tous. La réalisation de cet objectif axé sur les personnes exige des systèmes de santé nationaux solides et équitables, qui peuvent assurer des services de qualité.
- e) La vision globale du programme de développement durable pour l'après-2015 doit être centrée sur le bien-être humain et le bien vivre et doit avoir pour but de maximiser la santé à tous les stades de la vie pour chaque homme, femme et enfant.
- f) Tout ceci doit se produire en reconnaissant le besoin de soutenir les efforts pour prévenir et maîtriser les maladies infectieuses telles que le VIH, la TB, le paludisme et les maladies évitables par la vaccination.

208. Le défi consistera à maintenir ces concepts et ces thèmes – en particulier la couverture sanitaire universelle et la réduction des inégalités en matière de santé – au sommet du programme de développement. Pour y arriver, il faudra un engagement actif et soutenu dans les forums internationaux futurs des pays des Amériques, avec l'appui sans réserve de l'OPS.



<b>Acronymes et abréviations</b>	
AECID	Agence espagnole pour la coopération au développement international
AIDIS	Association interaméricaine du génie sanitaire et de l'environnement
ALBA	Alliance bolivarienne pour les peuples de nos Amériques
AusAID	Agence australienne pour le développement international
BIREME	Centre latino-américain et des Caraïbes d'information dans les sciences de la santé
BVHL	Bibliothèque virtuelle en santé frontalière
CAPRADE	Comité andin pour la prévention des catastrophes et le secours en cas de catastrophe
CAREC	Centre d'épidémiologie des Caraïbes
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CARPHA	Agence de santé publique des Caraïbes
CCG	Groupe consultatif de pays
CCS	Stratégie de coopération avec les pays
CD	Conseil directeur
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (États-Unis)
CEPAL	Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes
CFNI	Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes
CHA	Maladies transmissibles et analyse de la santé
CISALUD	Commission intersectorielle sanitaire (El Salvador)
CLAP	Centre latino-américain de périnatalogie – Santé de la femme et santé reproductive
COFEPRIS	Commission fédérale pour la protection contre les risques en matière de santé (Mexique)
COHSOD	Conseil pour le développement humain et social
COMISCA	Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine
COPAIA	Commission panaméricaine pour l'innocuité des aliments
COS	Secrétaire général
CRICS	Congrès régional d'information sur les sciences de la santé
CSP	Conférence sanitaire panaméricaine
CTGERS	Commission technique pour la gestion du risque en Amérique centrale et République dominicaine
DFID	Département pour le développement international (Royaume-Uni)
EPG	Relations extérieures, partenariats et Organes directeurs
FCTC	Convention cadre pour la lutte antitabac

<b>Acronymes et abréviations</b> <i>(suite)</i>	
FGL	Famille, genre et parcours de vie
FMI	Fonds monétaire international
FO.AR	Fonds argentin pour la coopération Sud-Sud et triangulaire
FONAT	Fonds national pour les victimes des accidents de la route
FRM	Gestion des ressources financières
GLAAS	Analyse et évaluation sur l'assainissement et l'eau potable
GSO	Opérations des services généraux
HIS	Indice de la sécurité hospitalière
HRM	Gestion des ressources humaines
HSS	Systèmes et services de santé
IAEA	Agence internationale de l'énergie atomique
ICD	Classification internationale des maladies
ICF	Classification internationale du fonctionnement, de l'incapacité et de la santé
IES	Services d'audit et d'évaluation interne
IMAN	Prise en charge intégrée des besoins de l'adolescent
IMESEVI	Initiative de sécurité routière mexicaine
ISO	Bureau de sécurité de l'information
ITS	Services des technologies de l'information
IWMI	Institut international de gestion des ressources en eau
KMC	Gestion du savoir et communications
LEG	Conseiller juridique
LSS/SUMA	Système d'appui logistique et de gestion de l'approvisionnement humanitaire
MAECI	Ministère des Affaires étrangères et du Commerce international (Canada)
MERCOSUR	Marché commun du Sud
MhGAP	Programme d'action combler les lacunes en matière de santé mentale
MNT	Maladies non transmissibles
MST	Maladies sexuellement transmissibles
NCIPC	Centre national pour la prévention et la lutte contre les blessures
NIB	Conseil national de l'assurance (Bahamas)
NMH	Maladies non transmissibles et santé mentale
OEA	Organisation des États Américains
OEPA	Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques
OMB	médiateur
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
ORAS/CONHU	Organisme andin de la Santé/Convenio Hipolito Unanue
PALTEX	Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique

<b>Acronymes et abréviations</b> <i>(suite)</i>	
PANAFTOSA	Centre panaméricain de la fièvre aphteuse
PANDRH	Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments
PASB	Bureau sanitaire panaméricain
PBU	Planification et budget
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PED	Préparation aux situations d'urgence et secours en cas de catastrophe
PFA	Premiers secours psychologiques
PMA	Suivi et évaluation de la performance
PMMHS	Méthodologie de gestion productive pour les services de santé
PRADICAN	Programme contre les drogues illicites dans la communauté andine
PRAIS	Plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé
PRO	Gestion des achats et des approvisionnements
ProPAN	Processus pour la promotion de l'alimentation infantile
RCSS	Réseau de sécurité et de santé des consommateurs
RED CIM LAC	Réseau latino-américain et caribéen de centres d'information des médicaments
REDE TSA	Réseau d'évaluation de technologies de la santé des Amériques
REMSAA	Réunion des Ministres de la Santé de la Région andine
RIMSA	Réunion interaméricaine, à niveau ministériel sur la santé et l'agriculture
Rio+20	Conférence des Nations Unies sur le développement durable
RSI	Règlement sanitaire international
SAICM	Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques
SARI	Infections respiratoires aiguës sévères
SDE	Développement durable et équité en matière de santé
SICA	Système d'intégration centraméricain
SIP	Système informatique périnatal
SMS	Service de messagerie courte
SPBA	Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration
SSP	Plan de sécurité de l'assainissement
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose multirésistante
TCC	Coopération technique entre pays
TLD	Dosimétrie par thermoluminescence
TPH	Institut tropical et de santé publique (Suisse)
UKAid	Département britannique pour le développement international

**Acronymes et abréviations** *(suite)*

UNDG-LAC	Groupe de développement des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes
USP	Convention de la Pharmacopée des États-Unis
VHL	Bibliothèque virtuelle en santé
VPH	Virus du papillome humain
WATSAN	Eau et assainissement
WHA	Assemblée mondiale de la Santé
WHO	Organisation mondiale de la Santé

- - -