

168^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Session virtuelle, du 21 au 25 juin 2021

Point 7.1 de l'ordre du jour provisoire

CE168/INF/1
1^{er} juin 2021
Original : anglais

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

Introduction

1. Le présent document fait le point sur la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques et sur les progrès et les défis liés à la mise en œuvre de la résolution CD58.R9, adoptée par le 58^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en septembre 2020 (1), et de la résolution CDSS1.R1, adoptée par la Session extraordinaire du Conseil directeur en décembre 2020 (2), pour la période se terminant au 30 avril 2021, sauf indication contraire.

2. Au 23 mai 2021, la Région des Amériques avait déclaré 39 % et 47 % des cas et des décès de COVID-19 dans le monde, respectivement. Deux pays des Amériques, le Brésil et les États-Unis d'Amérique, étaient classés parmi les 10 pays ayant déclaré le plus grand nombre de cas cumulés dans le monde. Quatre pays – Brésil, Colombie, États-Unis d'Amérique et Mexique – étaient classés parmi les 10 pays ayant le nombre le plus élevé de décès cumulés dans le monde.

3. L'évolution de la pandémie de COVID-19 dans la Région reste très incertaine. La recrudescence des cas dans toute l'Amérique du Sud et centrale au cours des quatre premiers mois de 2021 est inquiétante. Elle intervient dans le contexte d'un déploiement progressif de la vaccination priorisant les groupes à risque élevé, tels que le personnel de santé de première ligne et les personnes âgées. La disponibilité des vaccins contre la COVID-19 est limitée dans le monde entier et de nombreux pays, dont ceux d'Amérique latine et des Caraïbes, sont confrontés à des inégalités d'accès. L'hésitation à se faire vacciner peut encore ralentir l'adoption du vaccin par la population ou empêcher la pleine réalisation du potentiel de vaccination.

4. Par ailleurs, les pays et territoires de la Région continuent de signaler des perturbations persistantes, à des degrés divers, dans la prestation des services de santé essentiels. Ces perturbations mettent en évidence les difficultés à assurer la continuité des services et la nécessité de renforcer la capacité de résolution, en particulier au premier niveau de soins.

5. Un scénario possible est que, jusque dans le courant de 2022, les pays des de la Région seront encore confrontés à des flambées épidémiques localisées de COVID-19, principalement dans les institutions (par exemple, les maisons de retraite, les prisons), les zones périurbaines densément peuplées et les milieux ruraux. Si la couverture vaccinale peut atteindre des niveaux élevés dans l'ensemble et être homogène entre les entités infranationales, une hétérogénéité significative de la couverture pourrait persister entre les différents groupes d'âge et de population. Cela dépendra de la disponibilité de l'approvisionnement en vaccins, de l'adoption de la vaccination, ainsi que de l'accès et la demande au sein de groupes de population spécifiques.

6. Cette situation indique que la suppression de la pandémie de COVID-19 dans la Région continuera à nécessiter une réponse globale avec des capacités soutenues des réseaux de services de santé, des mesures supplémentaires de santé publique et sociales, et des actions de contrôle des flambées épidémiques, y compris la détection précoce, l'investigation et l'isolement des cas, ainsi que la recherche et la mise en quarantaine des contacts.

Situation épidémiologique

7. Entre la détection du premier cas dans la Région en janvier 2020 et le 23 mai 2021, un total cumulé de 66 158 798 cas confirmés de COVID-19, dont 1 619 322 décès, ont été déclarés dans la Région. Un peu plus de la moitié de ces cas (54 %) et de ces décès (53 %) ont été déclarés entre le 1^{er} janvier 2021 et le 23 mai 2021. Les nombres les plus élevés de cas et de décès mensuels ont été signalés en janvier 2021. Les sous-régions de l'Amérique du Nord et de l'Amérique du Sud représentent la plus grande proportion de cas (49 % et 47 %, respectivement) et de décès (46 % et 51 %, respectivement).

8. Plusieurs pays de la Région signalent une augmentation du nombre de cas de COVID-19 dans la population jeune, avec une forte augmentation associée des hospitalisations en réanimation (unité de soins intensifs) et dans d'autres services. Cela pourrait être lié à une plus grande exposition et à une vaccination limitée dans ce groupe. Au cours du premier trimestre 2021, 74 % des cas déclarés dans la Région étaient âgés de 20 à 59 ans, mais 62 % des décès concernaient des patients de 60 ans et plus. Le rapport hommes/femmes est de 0,96 pour les cas et de 1,53 pour les décès.

9. Au 8 mai 2021, 37 pays et territoires de la Région avaient signalé la détection de variants préoccupants, dont 34 ayant déclaré le variant B.1.1.7, 17 le variant B.1.351 et 20 le variant B.1.1.28.1.

10. Les informations épidémiologiques les plus actuelles sur la pandémie peuvent être consultées dans le système d'information sur la COVID-19 pour la Région des Amériques sur le site de l'Organisation panaméricaine de la Santé.¹

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

Continuité des services de santé

11. Les pays et territoires de la Région ont dû faire face au défi de maintenir la prestation de services de santé essentiels tout au long de la pandémie. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a mené une enquête rapide sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie, en deux cycles en 2020 et 2021.² Au 16 avril 2021, 28 des 29 pays et territoires des Amériques ayant répondu à l'enquête signalaient des perturbations continues dans la prestation des services de santé essentiels.³ Parmi ceux qui ont répondu, 60 % ont signalé des perturbations dans les services de santé mentale, neurologiques et de lutte contre les troubles liés à l'usage de substances psychoactives, 55 % dans les services de vaccination, 49 % dans les services de lutte contre les maladies transmissibles, 47 % dans les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées, 41 % dans les services de lutte contre les maladies non transmissibles, 41 % dans les services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et dans les services de nutrition, 40 % dans les services de réadaptation physique et les soins palliatifs et de longue durée et 36 % dans les interventions chirurgicales électives. Ces perturbations ont de graves conséquences, notamment pour les populations les plus vulnérables, telles que les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques et en situation de handicap.

12. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer les perturbations de la prestation de services de santé sont la disponibilité insuffisante du personnel en raison de son déploiement pour fournir une aide contre la COVID-19 ou dans d'autres services (72 % des pays), l'annulation de soins non urgents (56 %), les changements dans les politiques de traitement (54 %), les difficultés financières (48 %) et la perturbation des systèmes de la chaîne d'approvisionnement (32 %). Les raisons les plus courantes du côté de la demande sont la peur et la méfiance de la communauté (60 %), les restrictions de voyage qui entravent l'accès aux établissements de santé (56 %) et la diminution du volume des consultations externes du fait que les patients ne se présentent pas (54 %).

13. Les personnels de santé sont en première ligne de la riposte à la COVID-19 et sont indispensables à l'effort visant à assurer la continuité des services de santé. L'expansion spectaculaire des capacités des services de santé, notamment en matière de soins intensifs pour gérer l'afflux de patients touchés par la COVID-19 et maintenir d'autres services essentiels, a exercé une pression énorme sur les personnels de santé. La réorientation des tâches et le travail dans des départements à haut risque, avec des horaires longs et une exposition prolongée à un grand nombre de patients touchés par la COVID-19, ont eu un

² OMS. Tracking Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. An interactive dashboard (consulté le 5 mai 2021). Disponible en anglais sur : <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>.

³ Les 28 pays et territoires ayant répondu sont l'Argentine, les Bahamas, le Belize, les Bermudes, la Bolivie, le Brésil, le Chili, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, Haïti, le Honduras, les Îles Caïmans, les Îles Vierges britanniques, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, le Suriname et l'Uruguay.

impact négatif sur leur santé, en particulier leur santé mentale. Au 12 mai 2021, les données de 22 pays des Amériques montrent qu'au moins 1,8 million de personnels de santé ont été infectés par la COVID-19 depuis le début de la pandémie, avec plus de 9000 décès (3). La COVID-19 a touché de manière disproportionnée les femmes travaillant dans le secteur de la santé, qui constituent 70 % du personnel de santé mondial (4) et 89 % du personnel infirmier de la Région des Amériques (5). Les prestataires de soins de santé qui ont participé à l'étude COVID-19 Health Care Workers (HEROES) ont déclaré se sentir stigmatisés ou subir des discriminations en raison de leur travail avec les patients atteints de la COVID-19. Dans certains pays, la moitié des participants ont subi une forme de violence, et la plupart des participants, en particulier les femmes, ont déclaré être préoccupés par la possibilité de contaminer leurs proches et d'autres personnes de leur entourage. Les femmes ont également déclaré le plus souvent s'occuper de personnes de leur entourage (enfants, personnes en situation de handicap et personnes âgées) mais recevoir peu d'aide pour concilier ces responsabilités avec leurs obligations professionnelles. Des données préliminaires non publiées indiquent la présence de symptômes dépressifs légers à modérés, avec un risque accru de dépression dans des groupes spécifiques, comme les médecins et le personnel infirmier des soins primaires, et des indications d'idées suicidaires au cours des deux semaines précédentes allant de 10 % à 17 % dans certains pays.⁴

Analyse des progrès réalisés

14. Cette section du document présente un résumé des activités menées par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) depuis janvier 2020 en réponse à la pandémie de COVID-19. Plus précisément, elle se concentre sur les progrès réalisés et les défis rencontrés dans la mise en œuvre des axes d'intervention suivants présentés dans *Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques* (document CD58/6) (6) et *Mise à jour concernant la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques, préparation pour le COVAX et accès équitable aux vaccins contre la COVID-19* (document CDSS1/2) (7), conformément aux résolutions CD58.R9 et CDSS1.R1, depuis septembre 2020 :

- a) renforcer le leadership, la gestion stratégique et la gouvernance ;
- b) renforcer les informations sur l'épidémie ;
- c) renforcer les systèmes de santé et les réseaux de prestation de services ;
- d) renforcer la riposte des opérations d'urgence et la chaîne d'approvisionnement ;
- e) soutenir l'introduction des vaccins contre la COVID-19 et l'accès à ces vaccins.

⁴ L'étude HEROES est une collaboration internationale entre des chercheurs de 30 pays, dirigée par la Columbia University et l'Université du Chili, avec le soutien de l'OPS dans la Région des Amériques. Depuis mai 2020, l'étude HEROES a évalué 20 328 personnels de santé d'Argentine, de Bolivie, du Brésil, du Chili, de Colombie, du Guatemala, du Mexique, du Pérou, de Porto Rico, d'Uruguay et du Venezuela.

15. La gamme complète des activités du BSP sur la COVID-19 mises en œuvre jusqu'au 31 décembre 2020 peut être consultée dans le rapport intitulé *Pan American Health Organization Response to COVID-19 in the Americas : January-December 2020*, disponible sur le site web de l'OPS.⁵

16. Au 28 mai 2021, le BSP a reçu US\$ 319 millions⁶ de contributions financières d'un large éventail de partenaires pour soutenir sa riposte à la pandémie de COVID-19 dans les Amériques. Il s'agit notamment des gouvernements du Belize, du Canada, de la Colombie, de l'Espagne, des États-Unis d'Amérique, du Japon, de la Nouvelle-Zélande, de la République de Corée, du Royaume-Uni, de la Suède et de la Suisse, ainsi que de l'Union européenne. L'OMS et ses donateurs ont également apporté des contributions importantes. Parmi les autres contributeurs figurent l'Alma Jean Henry Charitable Trust, la Banque de développement des Caraïbes, la Confédération des coopératives de crédit des Caraïbes, la Banque centraméricaine d'intégration économique, la Corporación Andina de Fomento/Banco de Desarrollo de América Latina, la Fundación Yamuni Tabush, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Organisation internationale pour les migrations, la Banque interaméricaine de développement, la Fondation Rockefeller, le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires des Nations Unies, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Bureau des fonds d'affectation spéciale pluripartenaires des Nations Unies, le Bureau de la coopération Sud-Sud des Nations Unies, le Groupe de la Banque mondiale et le Programme alimentaire mondial, ainsi que des donateurs individuels au fonds de riposte contre la COVID-19 de l'OPS. La riposte de l'Organisation à la pandémie a également bénéficié de dons en nature de Direct Relief, Facebook, Mary Kay Cosmetics et Twitter, ainsi que des partenariats stratégiques avec Salomón Beda, Sony Music Latin et Global Citizen. Des détails sur ces dons sont disponibles sur le site web de l'OPS.⁷

Axe stratégique d'intervention 1 : Renforcer le leadership, la gestion stratégique et la gouvernance

17. La plupart des États Membres de l'OPS ont mis en place divers ensembles de mesures non pharmaceutiques à l'échelle de la communauté pour lutter contre la pandémie. Cependant, l'introduction, l'ajustement et l'interruption de ces mesures ne sont pas toujours ancrés dans les données probantes ou fondés sur des données granulaires et multi-sources. Ces mesures, y compris l'utilisation de masques, ne disposent pas d'un ensemble solide d'indicateurs qui faciliteraient des efforts de communication sur les risques plus prévisibles et, éventuellement, augmenteraient l'adhésion.⁸ Le document CD58/6, *Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques*, appelle à maintenir une

⁵ Disponible en anglais sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54013>.

⁶ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

⁷ Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic/paho-covid-19-response-fund>.

⁸ Le tableau de bord régional sur l'analyse de la santé publique et des mesures sociales est disponible en anglais sur le site web de l'OPS à l'adresse suivante : https://ais.paho.org/hip/viz/COVID-19_PHSM.asp.

approche à l'échelle de l'ensemble du gouvernement et de la société tout entière. Cet appel à l'action est porteur de défis complexes auxquels les décideurs sont et seront confrontés dans un avenir prévisible dans leur riposte à la pandémie de COVID-19. Cela peut contribuer à atténuer les pressions sociétales, économiques et budgétaires, en particulier sur les groupes les plus vulnérables, et à surmonter les tensions entre les branches de l'administration nationale, entre les secteurs (y compris le secteur privé) et entre les différents mouvements politiques nationaux et les niveaux administratifs.

18. Depuis avril 2020, le BSP réunit les ministres de la Santé des Amériques pour des séances d'information périodiques liées à la pandémie de COVID-19. Dans les ripostes nationales à la pandémie, la politique de santé a dépassé les ministères de la Santé, le leadership étant exercé par les chefs d'État et les chefs de gouvernement. En général, les ripostes nationales efficaces ont été à la fois holistiques et souples, avec un leadership centralisé, une coordination entre les secteurs et les niveaux administratifs, un processus décisionnel clair fondé sur des avis scientifiques, des efforts pour susciter la confiance de la population et, surtout, la capacité de changer de cap pour faire face à l'évolution rapide de la pandémie. Il est impératif de dresser un bilan de ces expériences au moment de remodeler l'architecture sanitaire mondiale.

19. Le BSP a soutenu les revues d'action dans certains États brésiliens et est en train d'adapter la méthodologie et les outils préparés par le Secrétariat de l'OMS pour les revues intra-action.⁹ Lorsque la situation épidémiologique s'y prêtera davantage, le BSP travaillera avec les centres collaborateurs de l'OMS¹⁰ concernés pour soutenir d'autres pays et territoires dans ce processus, en fonction de leurs intérêts et de leurs demandes. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des aspects de la réponse nationale aux urgences de santé publique qui n'avaient pas été très visibles auparavant. Il est important d'évaluer de manière critique la riposte à la COVID-19 et d'en tirer des leçons pour « reconstruire en mieux » (8).

20. Parmi les mesures non pharmaceutiques déployées dans la Région, les mesures relatives aux voyages internationaux sont actuellement plus hétérogènes que les mesures communautaires. Néanmoins, tout au long de la pandémie COVID-19, conformément à la résolution CD58.R9, le trafic international essentiel a généralement été maintenu dans l'ensemble des Amériques par la promulgation de dispositions légales ad hoc.

21. Depuis le milieu de l'année 2020, une approche de santé publique solide pour la reprise du trafic international non essentiel fait l'objet d'un débat intense, aux niveaux national et international. Les déplacements non essentiels sont particulièrement critiqués

⁹ Guide pour la conduite d'une revue intra-action (RIA) de la COVID-19 dans les pays disponible sur le site Internet de l'OMS à l'adresse suivante : https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1.

¹⁰ CHI-23, Universidad del Desarrollo, Chili, centre collaborateur de l'OMS pour le Règlement sanitaire international (RSI) ; USA-359, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), États-Unis d'Amérique, centre collaborateur de l'OMS pour la mise en œuvre des capacités essentielles du RSI ; USA-453, Johns Hopkins University, États-Unis d'Amérique, centre collaborateur de l'OMS pour la sécurité sanitaire mondiale.

pour les pays et territoires dont l'économie dépend fortement du tourisme. C'est pourquoi, depuis juillet 2020, le BSP publie des orientations fondées sur les risques afin d'étayer le processus décisionnel relatif à la reprise des voyages internationaux non essentiels.^{11,12} Le BSP a également contribué au document de l'OMS intitulé *Considerations for Implementing a Risk-Based Approach to International Travel in the Context of COVID-19* [Considérations pour la mise en œuvre d'une approche fondée sur les risques concernant les voyages internationaux dans le contexte de la COVID-19].¹³

22. Selon le document de l'OMS intitulé *Interim Position Paper : Considerations Regarding Proof of COVID-19 Vaccination for International Travellers* [Document d'information intérimaire : considérations concernant les preuves de vaccination anti-COVID-19 pour les voyageurs internationaux] (9), ainsi que les recommandations temporaires émises par le Directeur général de l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international (RSI) (10), les États Parties ne doivent pas exiger de preuve de vaccination contre la COVID-19 comme condition d'entrée. Néanmoins, avec le déploiement des vaccins contre la COVID-19, des voix s'élèvent en faveur de l'utilisation d'une preuve de vaccination pour les voyages internationaux. En conséquence, à la suite de la création du Groupe de travail sur le certificat de vaccination intelligent convoqué par l'OMS,¹⁴ le Secrétariat de l'OMS, y compris le BSP, a publié *Call for Public Comments: An Interim Guidance for Developing a Smart Vaccination Certificate – Release Candidate 1*.¹⁵

23. Depuis que les tentatives de reprise du trafic international non essentiel ont commencé au milieu de 2020, les mesures relatives aux voyages ont connu des changements multiples et rapides. Dans le même temps, la Région a vu l'introduction et la propagation de variants préoccupants du SARS-CoV-2. Dans ce contexte, au 29 mai 2021, l'éventail des mesures relatives aux voyages internationaux mises en œuvre par les 35 États Membres de l'OPS, selon les sources gouvernementales, est le suivant : a) 22 pays ont institué une interdiction d'entrée sélective¹⁶ ou générale applicables aux moyens de transport ou aux individus, b) 25 exigent des voyageurs qu'ils s'enregistrent en ligne avant leur départ, c) 24 exigent, sur une base sélective ou subsidiaire,¹⁷ une quarantaine pour les voyageurs à l'arrivée, d) 31 exigent que les voyageurs à l'arrivée, sur une base sélective,

¹¹ Disponible en anglais sur :

<https://www.paho.org/en/documents/considerations-resuming-non-essential-international-traffic-caribbean-context-covid-19>.

¹² Disponible sur :

<https://www.paho.org/fr/documents/reprise-des-voyages-internationaux-non-essentiels-dans-le-contexte-pandemie-covid-19>.

¹³ Disponible en anglais sur : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Risk-based-international-travel-2020.1>.

¹⁴ Des informations sur le Groupe de travail sur le certificat de vaccination intelligent sont disponibles en anglais sur : <https://www.who.int/groups/smart-vaccination-certificate-working-group>.

¹⁵ Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/articles-detail/call-for-public-comments-interim-guidance-for-developing-a-smart-vaccination-certificate-release-candidate-1>.

¹⁶ « Sélective » signifie en fonction de l'origine géographique du voyage du moyen de transport ou du voyageur arrivant sur le territoire.

¹⁷ « Subsidiaire » signifie que la condition n'est appliquée que si d'autres conditions d'entrée ne sont pas remplies par le voyageur arrivant sur le territoire.

subsidaire ou générale, présentent la preuve de résultats négatifs aux tests de dépistage du virus du SARS-CoV-2, obtenus à des intervalles très variables avant le départ et avec des méthodes de laboratoire différentes, e) 19 exigent que les voyageurs arrivant sur leur territoire, sur une base sélective, subsidiaire ou générale, fassent un test de dépistage du virus du SARS-CoV-2 à l'arrivée ou après l'arrivée, f) jusqu'à 18 pourraient exiger que les voyageurs arrivant sur leur territoire présentent à la fois une preuve de résultats négatifs aux tests de dépistage du virus du SARS-CoV-2 obtenus avant le départ et qu'ils fassent un test de dépistage du virus du SARS-CoV-2 à l'arrivée ou après l'arrivée, g) six accordent une dérogation pour les autres exigences d'entrée pour les voyageurs arrivant sur leur territoire sur la base d'une preuve d'infection antérieure par le virus du SARS-CoV-2, h) 10 accordent une dérogation pour les autres exigences d'entrée pour les voyageurs arrivant sur leur territoire sur la base d'une preuve de vaccination contre la COVID-19 et i) un exige une preuve de vaccination contre la COVID-19 comme condition d'entrée, violant ainsi les dispositions du RSI.

24. Le BSP collabore étroitement avec le Bureau régional pour l'éducation pour l'Amérique latine et les Caraïbes de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et avec le Bureau régional de l'Amérique latine et des Caraïbes du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) afin de développer d'autres orientations sur la reprise des activités éducatives en présentiel. Il s'agit de l'une des décisions les plus complexes pour les autorités nationales, qui a des répercussions importantes dans l'immédiat et à plus long terme. Le BSP a déjà fourni des orientations (11), en conformité avec les Nations Unies (12), soulignant que « la mesure la plus importante que les pays peuvent prendre pour accélérer la réouverture des écoles et des établissements d'enseignement consiste à supprimer la transmission du virus pour lutter contre les flambées épidémiques nationales ou locales ».

25. Conformément à la résolution WHA73.1 (13) de l'Assemblée mondiale de la Santé, la réponse de la communauté internationale à la pandémie de COVID-19 a fait l'objet d'un examen approfondi de la part du Comité consultatif indépendant de surveillance pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (IOAC),¹⁸ du Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 (COVID-19 IHR RC)¹⁹ et du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie (GIPR).²⁰ Comme indiqué dans le document CE168/INF/3, *Mise en œuvre du Règlement sanitaire international* (14), les conclusions et recommandations présentées par les trois organes à la 74^e Assemblée mondiale de la Santé (15, 16) visent à mettre en place une architecture de gouvernance mondiale de la santé plus solide pour répondre à de futurs événements ayant des répercussions sur la santé publique

¹⁸ Les informations sur le Comité consultatif indépendant de surveillance pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire sont uniquement disponibles en anglais à l'adresse suivante : <https://www.who.int/groups/independent-oversight-and-advisory-committee>.

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

²⁰ Les informations sur le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie sont uniquement disponibles en anglais à l'adresse suivante : <https://theindependentpanel.org/>.

internationale. Un sous-ensemble de recommandations formulées par l'IOAC (11 recommandations) et le GIPR (6 recommandations) porte explicitement sur la riposte du Secrétariat et des États Membres de l'OMS à la pandémie actuelle de COVID-19. Au moment où le présent document est rédigé, ces recommandations sont toujours en cours d'examen par les États Membres, conformément au projet de résolution présenté à la 74^e Assemblée mondiale de la Santé, intitulé *Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires*.²¹ En général, il s'agit d'appeler à des mécanismes de gouvernance plus forts soutenant le multilatéralisme.

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

26. Un élément essentiel de la réponse du BSP a consisté à travailler avec les pays pour renforcer leurs systèmes de surveillance. Le BSP a continué à mener une surveillance des manifestations tout en aidant également les pays à renforcer leur surveillance fondée sur les indicateurs. Cette approche conjointe a amélioré la capacité des systèmes de surveillance à détecter les cas de COVID-19. Elle a également facilité la détection de facteurs de risque et de vulnérabilités spécifiques chez les populations autochtones et d'ascendance africaine dans le contexte de la pandémie de COVID-19.²²

27. L'importance d'une surveillance continue des virus de la grippe est bien reconnue, étant donné leur potentiel épidémique et pandémique. En conséquence, le BSP a soutenu le renforcement de la capacité à détecter la grippe et d'autres virus respiratoires et à les caractériser sur le plan génétique, clinique et épidémiologique dans le cadre de la surveillance sentinelle au niveau des soins primaires et des hôpitaux pour les maladies de type grippal (ILI) et les infections respiratoires aiguës sévères (SARI).²³ Ces systèmes sont également essentiels pour améliorer la détection et la surveillance de la transmission de la COVID-19 dans la communauté. A ce jour, 21 pays ont intégré la surveillance de la COVID-19 dans leurs systèmes de surveillance des ILI/SARI.

28. Le BSP a soutenu l'extension de la plateforme *Epidemic Intelligence from Open Sources* (EIOS) à quatre pays de la Région²⁴ afin de renforcer leur capacité de surveillance des manifestations de la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses émergentes. La plateforme EIOS permet à de multiples communautés d'utilisateurs d'évaluer et de partager sur une base collaborative des informations sur les flambées épidémiques en temps réel, ce qui améliore la capacité à mener une évaluation continue des risques aux niveaux régional, national et infranational.

²¹ Le texte du projet de résolution est présenté dans le document A74/A/CONF./2, *Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires*. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_ACONF2-fr.pdf.

²² Deux mises à jour épidémiologiques ont été élaborées pour traiter de la COVID-19 chez les populations autochtones. Disponible sur : <https://www.paho.org/en/epidemiological-alerts-and-updates>.

²³ Les rapports sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.paho.org/en/influenza-situation-report>.

²⁴ Argentine, Brésil, Dominique, Sainte-Lucie.

29. Le BSP a développé un Geo-Hub²⁵ pour la Région afin de fournir des outils de modélisation et de cartographie de la santé publique pour la surveillance et le suivi des pandémies. Le Geo-Hub régional comprend une série de tableaux de bord et de données épidémiologiques mis à jour quotidiennement. Il comprend également quatre géo-hubs sous-régionaux et 56 géo-hubs de pays ou territoires pour les Amériques. En outre, le public peut consulter le tableau de bord interactif de l'OPS indiquant le nombre cumulé de cas et de décès, les taux d'incidence cumulés pour les cas et les décès, ainsi que plusieurs autres indicateurs épidémiologiques communiqués par les pays et territoires. Ces informations en temps réel ont été cruciales pour soutenir les pays dans leur préparation et leur riposte et pour promouvoir la coordination internationale et la sensibilisation à la situation dans la Région.

30. Le suivi, l'analyse et la prévision des tendances épidémiologiques sont essentiels pour une riposte efficace. Le BSP a produit sa première alerte épidémiologique sur le nouveau coronavirus le 16 janvier 2020. Entre cette date et le 18 mai 2021, l'Organisation a diffusé 31 mises à jour et alertes épidémiologiques sur la situation épidémiologique régionale et infrarégionale. Des rapports hebdomadaires sont publiés avec des indicateurs de surveillance du SARS-CoV-2 ainsi que de la grippe et d'autres virus respiratoires. Au 23 mai 2021, 38 des 54 pays, territoires et zones des Amériques ont communiqué ces données. Par ailleurs, le BSP continue d'analyser les tendances dans la Région, notamment en collectant des données nominales sur les cas de COVID-19. Au cours de la dernière semaine de communication des données en mai 2021, environ 77 % des cas et 66 % des décès ont été inclus pour analyse.

31. Les études de séroprévalence ont fourni des données précieuses sur la façon dont le virus s'est propagé depuis le début de la pandémie. En novembre 2020, le BSP a lancé un nouveau tableau de bord²⁶ avec des études de séroprévalence en Amérique latine et dans les Caraïbes, donnant des détails sur la conception de l'étude, la méthode d'échantillonnage, la taille des échantillons et d'autres informations pertinentes sur les études individuelles.

32. En collaboration avec le GOARN, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, le BSP a formé 35 pays et territoires à l'utilisation de l'application Go.Data au cours des 12 derniers mois. Cette application, développée par l'OMS et ses partenaires, facilite l'investigation et la gestion des cas présumés, le suivi des contacts et la visualisation en temps réel des chaînes de transmission. Vingt-quatre pays et territoires²⁷ ont téléchargé et installé le système, mais seuls 18 l'utilisent activement.

33. La surveillance en laboratoire, nécessaire pour suivre les tendances de la maladie COVID-19, repose sur les données produites dans les laboratoires cliniques et/ou de santé

²⁵ Disponible en anglais sur : <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

²⁶ Disponible en anglais sur : <https://ais.paho.org/phil/viz/COVID-19Seroprevalence.asp>.

²⁷ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Brésil, Canada, Chili, Colombie, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Paraguay, République dominicaine, Sainte-Lucie, Sint-Eustatius, Sint-Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago.

publique. Pour renforcer les capacités de diagnostic en laboratoire, le BSP a aidé les pays et les territoires dans le cadre de l'examen des données, de formations virtuelles, de séances de résolution de problèmes et d'activités de soutien pour assurer la disponibilité de tests validés et de dosages moléculaires de référence pour le SARS-CoV-2. Les Amériques ont été la première région de l'OMS à fournir à ses États Membres des kits de diagnostic de laboratoire, et au premier trimestre 2020, les 35 États Membres avaient la capacité de réaliser des tests de diagnostic moléculaire pour le SARS-CoV-2. Au début de la pandémie, le BSP a également activé le réseau de laboratoires de santé publique de la Région, notamment des laboratoires de référence spécialisés ayant une expertise avérée dans la détection moléculaire des virus respiratoires. Au 28 mai 2021, le BSP a fourni environ 532.950 écouvillons et 777 kits de prélèvement, ainsi que d'autres matériels et fournitures de laboratoire essentiels (tels que des amorces, des sondes, du matériel plastique et des réactifs), pour plus de 10,29 millions de réactifs ou tests à plus de 35 pays et territoires. En outre, le BSP a fourni plus de 1.650.000 tests de diagnostic rapide antigéniques (Ag-RDT, selon le sigle anglais) dans le cadre de la stratégie visant à accroître la capacité de diagnostic, y compris dans les zones reculées. Les États Membres ont également acheté près de 7 millions de réactifs ou tests dans le cadre du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (Fonds stratégique) de l'OPS.

34. Le BSP continue de travailler en étroite collaboration avec les laboratoires de la Région afin de prioriser les échantillons pour le séquençage génomique. À ce jour, 22 pays participent au réseau régional de surveillance génomique de l'OPS pour la COVID-19,²⁸ avec des laboratoires de séquençage de référence au Brésil, au Chili, aux États-Unis d'Amérique, au Mexique, au Panama et à Trinité-et-Tobago. Ce mécanisme sera essentiel pour suivre la propagation ou l'apparition de nouveaux variants préoccupants.

Axe stratégique d'intervention 3 : Renforcer les systèmes de santé et les réseaux de prestation de services

35. La riposte à la pandémie de COVID-19 exige des services de santé qu'ils fournissent aux patients des soins coordonnés et intégrés aux différents niveaux de complexité, avec la disponibilité d'un approvisionnement ininterrompu de médicaments et de dispositifs dans tous les établissements de soins, y compris dans les zones reculées. De nombreux pays et territoires de la Région ont été confrontés au défi de fournir des services de santé ainsi, même si tous ont mis en œuvre des mesures visant à étendre les capacités des réseaux de services de santé pour une prise en charge efficace des patients atteints de COVID-19 et pour la continuité des services de santé essentiels. Ces mesures comprennent l'expansion, le redéploiement et la formation des ressources humaines, l'achat de produits essentiels, les allocations budgétaires et les innovations dans les modalités de prestation de services. Le BSP a fourni divers types de soutien continu aux pays et territoires pour mettre en œuvre ces mesures, y compris le déploiement de personnel et de fournitures dans 40 pays et territoires de la Région. Le BSP a fourni des orientations techniques, des formations et un partage d'expériences à tous les pays et territoires, selon

²⁸ Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/en/topics/influenza/covid-19-genomic-surveillance-regional-network>.

les besoins, pour la réorganisation des services de santé ainsi que l'expansion et le renforcement des capacités de riposte à la pandémie de COVID-19. Depuis le début de la pandémie jusqu'au 30 mai 2021, le campus virtuel pour la santé publique a proposé 23 cours liés à la COVID-19 ; ceux-ci ont été utilisés par 35 pays et territoires des Amériques, avec l'inscription de 818.120 nouveaux étudiants. Le BSP a également formé plus de 70.000 personnels de santé dans divers domaines liés à la prise en charge des cas et aux traitements.

36. Le premier niveau de soins joue un rôle essentiel dans l'identification des cas de COVID-19, l'endiguement de l'expansion des cas, la prise en charge opportune des cas ambulatoires dans la communauté et la continuité des services de santé essentiels. Vingt-huit des 29 pays et territoires ayant répondu à l'enquête rapide de l'OMS susmentionnée ont mis en œuvre différentes stratégies pour surmonter les perturbations dans la prestation des services de santé essentiels.²⁹ Ces stratégies comprennent le triage pour identifier les priorités (88 % des pays), la prestation de soins à domicile (80 %), l'utilisation des communications communautaires et la prestation de services par télémédecine (76 %) et la réorientation des soins aux patients vers des sites alternatifs (72 %). Le BSP a fourni des orientations, facilité le partage d'expériences et suivi la continuité des services de santé essentiels dans le cadre de la mise en œuvre de l'enquête rapide de l'OMS.

37. La pandémie a eu un impact négatif sur la santé mentale de la population. Pourtant, au premier trimestre 2021, 60 % des pays et territoires ayant répondu ont signalé des perturbations dans les services de santé mentale. Il s'agit du service de santé pour lequel le plus grand nombre de pays et de territoires ont signalé des perturbations. Depuis 2020, le BSP a fourni une coopération technique continue aux pays et territoires dans des domaines clés liés à la santé mentale et au soutien psychosocial, notamment en aidant 24 pays et territoires³⁰ à faire progresser leurs mécanismes de coordination de la santé mentale et du soutien psychosocial, 20 pays³¹ à fournir des interventions de santé mentale

²⁹ OMS. Tracking Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. An interactive dashboard (consulté le 5 mai 2021), disponible en anglais sur : <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>.

Les 28 pays et territoires ayant répondu sont l'Argentine, les Bahamas, le Belize, les Bermudes, la Bolivie, le Brésil, le Chili, le Costa Rica, la Dominique, El Salvador, l'Équateur, la Grenade, le Guatemala, Haïti, le Honduras, les Îles Caïmans, les Îles Vierges britanniques, la Jamaïque, le Mexique, le Nicaragua, le Panama, le Paraguay, le Pérou, la République dominicaine, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, le Suriname et l'Uruguay.

³⁰ Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Belize, Bolivie, Brésil, Costa Rica, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela.

³¹ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Équateur, Guatemala, Honduras, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Mexique, Panama, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago, Venezuela.

et soutien psychosocial à distance et 13 pays et territoires³² à élaborer des plans de mise en œuvre du Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP, selon le sigle anglais). Le BSP a également développé un ensemble de supports techniques et de communication pour traiter de la santé mentale et du soutien psychosocial pendant la COVID-19 pour la population en général et pour les groupes vulnérables, y compris les travailleurs de première ligne et les personnels de santé, et a facilité la formation et le renforcement des capacités sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans le cadre de cours virtuels et de plus de 60 webinaires.

38. Entre mars 2020 et avril 2021, 16 pays et territoires³³ de la Région ont enregistré une augmentation totale de 59.599 lits de réanimation, et nombre d'entre eux ont plus de 12 lits de réanimation pour 100.000 habitants, soit la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Cette augmentation représente une croissance de 97,1 % de la capacité en réanimation. Malheureusement, les taux d'occupation en réanimation ont parfois dépassé 85 % (au 30 avril 2021, 10 pays dépassaient 90 %). En outre, malgré l'augmentation significative de la capacité en réanimation, celle-ci n'est pas nécessairement durable, et les soins ne répondent pas toujours aux normes de qualité et de sécurité des patients. L'épuisement du personnel et l'accès insuffisant aux traitements (y compris l'oxygène) font partie des défis. Le BSP a fourni des orientations pour l'expansion des services hospitaliers et des capacités de soins intensifs, y compris des estimations des besoins en capacité hospitalière, la planification des ressources nécessaires, la gestion des lits de soins intensifs et la coordination des soins, afin de répondre à l'afflux de patients atteints de COVID-19. Des missions virtuelles ont également été menées pour soutenir les pays et territoires dont les hôpitaux se trouvaient à un point de rupture face à l'afflux de patients atteints de COVID-19. Dans ces pays et territoires, une stratégie d'atténuation clé a été la mobilisation d'équipes médicales d'urgence ou l'orientation technique dans le cadre de la stratégie des équipes médicales d'urgence et des sites de soins médicaux alternatifs.

39. Le rôle des équipes médicales d'urgence et des sites de soins médicaux alternatifs est reconnu comme essentiel à l'expansion des capacités pour répondre aux besoins occasionnés par l'augmentation exponentielle des patients en raison de la COVID-19. Le BSP a donc fourni des orientations, des formations et des recommandations (17) afin d'aider les pays et les territoires à mettre en place une capacité de gestion de l'augmentation de la demande au sein de leurs réseaux nationaux de services de santé. Au 28 mai 2021, 19 pays³⁴ ont signalé le déploiement de 188 équipes médicales d'urgence nationales ainsi que 182 sites de soins médicaux alternatifs qui sont devenus opérationnels et fournissent un total de 13 781 lits d'hospitalisation et 1469 lits de réanimation. En outre, les équipes

³² Bolivie, Costa Rica, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Caïmans, Mexique, Panama, Pérou, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, Venezuela.

³³ Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay, Venezuela.

³⁴ Argentine, Bahamas, Barbade, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Pérou, République dominicaine, Trinité-et-Tobago.

médicales d'urgence régionales ont apporté leur soutien à la prise en charge clinique dans les zones frontalières et reculées, permettant ainsi l'accès aux migrants et aux populations autochtones. Les équipes médicales d'urgence et les sites de soins médicaux alternatifs ont également joué un rôle important dans les grandes urgences simultanées, comme les ouragans Eta et Iota, qui ont touché la Colombie et certains pays d'Amérique centrale pendant la pandémie. Le BSP travaille avec ses partenaires et le réseau régional des points focaux des équipes médicales d'urgence pour coordonner les réponses locales et le respect des recommandations pour la COVID-19.

40. Le BSP a créé un Groupe technique sur l'oxygène afin d'évaluer les contraintes rencontrées par les pays et territoires qui ont connu une augmentation du nombre de patients nécessitant une oxygénothérapie pendant la pandémie. Ce groupe fournit un soutien technique complet à 10 pays et territoires,³⁵ y compris des recommandations adaptées au contexte local, couvrant l'approche clinique, l'organisation des services de santé (optimisation des infrastructures existantes, renforcement des capacités techniques et travail en réseaux intégrés), le renforcement des capacités et l'évaluation des capacités locales.

41. Le BSP a mis au point des outils pour la planification de la main d'œuvre suite à l'augmentation soudaine de patients à cause de la COVID-19. L'Organisation a également aidé les pays à entamer un dialogue stratégique sur les plans de partage des tâches et sur la gestion et la réglementation des professionnels de la santé afin de mieux faire face à la COVID-19, et à renforcer les capacités des facultés de médecine et de soins infirmiers afin d'élargir les rôles des médecins et du personnel infirmier dans les soins primaires. De nombreux pays ont promulgué des outils juridiques et normatifs pour la gestion des ressources humaines pour la santé. La disponibilité et la sécurité des personnels de santé ont été un facteur essentiel dans l'expansion des services pour répondre à la pandémie et dans les adaptations pour assurer la continuité des services essentiels.

42. Renforcer le respect des pratiques d'hygiène des mains, l'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI), ainsi que le nettoyage et la désinfection des dispositifs médicaux a été une priorité pour les pays et territoires et pour le BSP dès le début de la pandémie. Au 7 mai 2021, 33 pays et territoires³⁶ continuaient de déclarer qu'ils disposaient d'un programme national de prévention et de lutte contre les infections ainsi que de normes en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) dans les établissements de santé. En outre, le nombre de pays et de territoires ayant évalué leurs infrastructures sanitaires pour la lutte contre les infections transmises par aérosol a augmenté de 42 % (du 18 mai 2020 au 31 mai 2021). La pandémie peut également contribuer à l'augmentation du nombre d'infections associées aux soins de santé avec des

³⁵ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bolivie, Colombie, Guyana, Îles Turques et Caïques, Panama, Paraguay, Pérou, Suriname.

³⁶ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela.

micro-organismes multirésistants, en raison du non-respect des précautions standard et basées sur la transmission, des manquements dans le nettoyage environnemental et de l'utilisation inadéquate des EPI. Le BSP a publié des directives sur la gestion des personnels de santé exposés à la COVID-19 dans les établissements de santé et a dispensé des formations en présentiel et virtuelles aux ministères de la Santé et aux personnels de santé. Au 31 mai 2021, le BSP a dispensé des sessions de formation sur la prévention et la lutte contre les infections sur plusieurs semaines à 19 604 personnes, dont des personnels de santé, des logisticiens, des travailleurs de l'hôtellerie-restauration et d'autres personnes présentant un risque élevé d'exposition à la COVID-19.³⁷

43. En réponse à la nature rapidement évolutive de la pandémie de COVID-19 et à l'accumulation des recherches scientifiques, le BSP a mis en place un mécanisme souple et adaptatif d'application des connaissances afin d'identifier, de synthétiser et de diffuser les meilleures données disponibles pour une prise de décisions rapide et de fournir des conseils sur la prise en charge clinique. Le BSP a soutenu le renforcement de mécanismes nationaux de prise de décisions rapide fondée sur des données probantes et a fourni des conseils pour traiter de l'utilisation, en dehors des cadres de recherche, d'interventions pharmaceutiques dont l'innocuité et l'efficacité n'ont pas été prouvées contre la COVID-19. Ces interventions, qui peuvent ne pas être bénéfiques et même nuire aux patients, soulèvent des préoccupations éthiques. Actuellement, il existe des interventions thérapeutiques pharmaceutiques (stéroïdes et certains immunomodulateurs) qui se sont avérées efficaces pour réduire la mortalité et d'autres résultats graves chez les patients atteints de COVID-19. La plupart des pays et territoires ont élaboré et mettent en œuvre des lignes directrices pour la prise en charge clinique des patients en fonction de la gravité de leur maladie. Cependant, trouver un équilibre entre les données probantes et l'éthique dans un contexte d'incertitude et veiller à ce qu'il n'y ait pas d'utilisation d'urgence dans le cas d'interventions non prouvées en dehors de la recherche reste un défi majeur pour la Région.

44. Pour combler le manque de données et renforcer la prise de décisions, le BSP a continuellement mis à jour et compilé les meilleures données probantes disponibles sur l'efficacité et l'innocuité des traitements et a publié des lignes directrices pour la prise en charge des patients atteints de COVID-19 (18, 19). Les pays et territoires financent et encouragent également la recherche dans diverses disciplines pour faire face à la pandémie et ont établi des stratégies et des procédures pour rationaliser l'évaluation éthique.³⁸ Cependant, en raison du volume des données probantes émergentes, certains

³⁷ Les pays et territoires ciblés sont Antigua-et-Barbuda, Aruba, les Bahamas, la Barbade, le Belize, les Bermudes, la Dominique, la Grenade, le Guyana, les Îles Caïmans, les Îles Turques et Caïques, les Îles Vierges britanniques, la Jamaïque, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sint-Maarten, le Suriname et Trinité-et-Tobago.

³⁸ Les pays et territoires suivants ont enregistré des essais cliniques ou des études observationnelles dans la plateforme internationale des registres d'essais cliniques de l'OMS : Argentine (13), Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie (2), Brésil (41), Canada (64), Chili (8), Colombie (13), Costa Rica (2), Cuba (13), Curaçao, Dominique, El Salvador, Équateur (5), États-Unis d'Amérique (395), Grenade, Guatemala, Haïti, Honduras (3), Jamaïque, Mexique (25), Montserrat, Paraguay, Pérou (9), République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

États Membres ont du mal à assurer la supervision des recherches en cours sur la COVID-19.

45. Les ressources intérieures publiques devraient continuer à supporter l'essentiel de la charge de la riposte du secteur de la santé à la COVID-19 dans la Région. Malgré une contraction estimée à 7,7 % du produit intérieur brut (PIB), qui a contribué à une baisse des recettes fiscales de 0,5 point de pourcentage du PIB en 2020, l'Amérique latine a atteint le niveau le plus élevé de dépenses de l'administration centrale depuis 1950, soit 24,7 % du PIB (20).³⁹ En outre, pour compléter les ressources intérieures, plusieurs institutions financières internationales et d'autres donateurs ont offert des possibilités de financement aux pays de la Région. On peut citer par exemple : *a*) le mécanisme de financement accéléré contre la COVID-19 (\$242,5 millions approuvés pour 12 pays)⁴⁰ et le financement dédié à la vaccination contre la COVID-19 (\$220 millions approuvés pour trois pays) de la Banque mondiale,⁴¹ *b*) la riposte opérationnelle à la COVID-19 de la Banque interaméricaine de développement (fonds de riposte immédiate pour la santé publique de \$802,7 millions approuvés pour 10 pays),⁴² *c*) le mécanisme de riposte à la COVID-19 du Fonds mondial (allocation de base de \$61 millions à 19 pays⁴³ et six projets multi-pays) et *d*) le soutien à la fourniture de vaccins du Mécanisme COVAX de Gavi (\$775 millions au niveau mondial, au-delà de l'achat de vaccins).⁴⁴

46. La pandémie a eu des répercussions considérables sur les programmes nationaux de vaccination de la Région, notamment sur la prestation et la demande de services de vaccination dans les communautés et les centres de santé. À l'échelle mondiale, elle a eu une incidence sur la disponibilité en temps voulu et les coûts de transport de nombreux vaccins. Le Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins de l'OPS (Fonds renouvelable) a joué un rôle essentiel pour assurer la durabilité des chaînes d'approvisionnement de la vaccination (pour les vaccins, les dispositifs d'injection sûrs et les équipements de la chaîne du froid) pendant la pandémie. Le BSP continue également à travailler en étroite collaboration avec les programmes nationaux de vaccination pour la planification préventive des fluctuations de la demande nationale de vaccins, le triage des attributions de fournitures et le suivi des stocks nationaux de vaccins. En outre, le BSP travaille avec les fabricants de vaccins et les partenaires internationaux pour assurer un suivi rigoureux des perturbations logistiques et des autres risques auxquels les fournisseurs peuvent être confrontés. Une planification précise de la demande est devenue plus importante que

³⁹ La statistique se réfère à 16 pays d'Amérique latine, comme le montre la figure I.1 de la source.

⁴⁰ Argentine, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Trinité-et-Tobago, Uruguay.

⁴¹ El Salvador, Équateur, Honduras.

⁴² Argentine, Bahamas, Belize, El Salvador, Équateur, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, République dominicaine.

⁴³ Belize, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname, Venezuela.

⁴⁴ Groupe de coordination du déploiement des vaccins de l'OMS. Mise à jour du 12 mai 2021 [document interne non publié].

jamais pour minimiser les risques d'interruption de l'accès aux vaccins qui sauvent des vies. En 2020, la valeur totale des achats effectués dans le cadre du Fonds renouvelable a atteint \$750 millions, et le Fonds de roulement du Fonds renouvelable a fourni un soutien financier de transition essentiel aux États Membres qui en ont fait la demande.

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

47. Les pays continuent d'être confrontés à un marché complexe pour l'achat de fournitures et de médicaments liés à la COVID-19. Les considérations de qualité sont primordiales, car le marché est inondé de produits de qualité douteuse. En outre, la pandémie a entraîné de graves perturbations des chaînes d'approvisionnement régulières en fournitures et équipements médicaux, ainsi que des vols commerciaux sur lesquels le BSP s'est appuyé par le passé pour déployer ses experts et expédier des technologies de santé essentielles. En conséquence, pour soutenir les pays et territoires de la Région, le BSP a travaillé sans relâche avec d'autres agences des Nations Unies, des partenaires, des ONG internationales et des donateurs, notamment par le biais de la cellule de coordination inter-agences de la chaîne d'approvisionnement contre la COVID-19, afin d'obtenir les fournitures dont les pays ont besoin pour prévenir les cas de COVID-19 et les décès dus à la COVID-19 et fournir d'autres services de santé essentiels.

48. En 2020, afin de remédier à la pénurie mondiale de fournitures et de médicaments essentiels contre la COVID-19, notamment par le biais du réseau mondial d'approvisionnement de l'OMS, le BSP a instauré de nombreuses initiatives en coordination avec ses partenaires. Celles-ci comprenaient l'élargissement des fournisseurs commerciaux éligibles, l'établissement d'accords à long terme avec des partenaires commerciaux nouveaux et existants, et la mise en œuvre d'un mécanisme interprogrammatique interne pour évaluer et classer la qualité des produits médicaux. Ces initiatives ont contribué à garantir une livraison ciblée des articles dans les plus brefs délais et selon les normes de qualité et de performance les plus élevées. Elles ont également renforcé la capacité du BSP à gérer la logistique, l'entreposage et le transport de volumes importants et sensibles de produits médicaux. Par exemple, les équipements biomédicaux et les diagnostics (y compris les tests de détection rapide d'antigènes) sont actuellement livrés dans un délai de deux à cinq semaines après l'émission d'un bon de commande.

49. En 2021, certains pays de la Région ayant la capacité de produire, de réglementer et d'exporter des produits médicaux ont fermé certaines routes commerciales internationales afin de privilégier la disponibilité interne des ressources nécessaires en urgence face à l'augmentation des cas de COVID-19. En outre, le marché s'est globalement réorienté vers la production d'articles liés à la COVID-19 qui génèrent un chiffre d'affaires plus élevé et plus rapide. Cela a eu un impact direct sur les prix de certains articles essentiels et sur leur disponibilité pour de nombreux pays de la Région. Parallèlement à la diminution de la disponibilité des médicaments et des produits de santé essentiels nécessaires à la riposte à la COVID-19, tels que les produits anesthésiants et les médicaments pour les soins intensifs, la disponibilité de certains autres produits de santé

(par ex., EPI, ventilateurs, fournitures d'assainissement, entre autres) a augmenté en réponse à une demande accrue. Ces conditions de marché instables représentent un défi majeur pour les efforts visant à garantir un accès rapide aux diagnostics, aux dispositifs médicaux, aux nouveaux vaccins et aux traitements pour tous les pays et territoires.

50. Le BSP a commencé à travailler avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) pour analyser la capacité de production de médicaments et d'autres technologies de santé dans la Région. Les ministères de la Santé, de la Science et de la Technologie, et de l'Industrie, ainsi que le secteur manufacturier, ont déjà été mobilisés en vue d'accroître les capacités régionales pour améliorer l'accès aux médicaments et autres technologies sanitaires dans le contexte des urgences sanitaires.

51. Le BSP a participé activement *a)* au Dispositif visant à accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (ACT-A), afin de promouvoir et d'accélérer le développement, la production et la distribution équitable des vaccins, des diagnostics et des traitements contre la COVID-19 et *b)* au Mécanisme COVAX, afin de garantir l'accès à des vaccins sûrs et efficaces pour tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu. Parallèlement, l'Organisation a dressé une liste de dispositifs médicaux prioritaires à utiliser dans le cadre de la COVID-19 et a organisé des formations à ce sujet avec 350 participants de 17 pays et territoires.⁴⁵ Le BSP continue de tenir à jour une liste de 73 produits de diagnostic *in vitro* prioritaires sur des plateformes exclusives et ouvertes. L'Organisation soutient également la base régionale des rapports d'évaluation des technologies de la santé dans les Amériques (BRISA), qui compte actuellement 304 rapports disponibles dans sa section COVID-19. Les évaluations des technologies de la santé fournissent aux autorités sanitaires des orientations précieuses sur l'utilisation des technologies pertinentes pour la pandémie de COVID-19.

52. Au 30 avril 2021, le BSP a exécuté 1879 bons de commande de fournitures contre la COVID-19 d'une valeur de \$280 millions auprès de 819 fournisseurs.⁴⁶ Sur ce total, \$209 millions correspondent à des achats effectués directement par les États Membres dans le cadre du Fonds stratégique de l'OPS. Le BSP a réussi à mobiliser 871 tonnes de produits de santé pour 34 pays et territoires en 253 expéditions. Les produits de santé essentiels mobilisés comprennent 6500 oxymètres de pouls de bout des doigts, 1445 oxymètres de pouls portatifs, 1970 concentrateurs d'oxygène, 6,8 millions de gants, 34 millions de masques chirurgicaux, 6.816.000 respirateurs, 2.362.000 blouses cliniques, 366.000 lunettes de protection, ainsi que des médicaments pour les patients en réanimation, des kits de diagnostic et des consommables de laboratoire, des équipements biomédicaux et des tests antigéniques rapides pour la COVID-19. Plus de 53 % des fonds mis en œuvre par le BSP pour la riposte

⁴⁵ Argentine, Belize, Bahamas, Barbade, Haïti, Jamaïque, Guatemala, Guyana, Mexique, Nicaragua, Panama, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela.

⁴⁶ Comprend les kits de diagnostic (kits PCR, de détection et d'extraction), les tests rapides COVID-19, les consommables, les EPI et autres fournitures (à l'exclusion des vaccins).

au 28 mai 2021 ont été directement destinés à l'achat d'EPI, de tests de laboratoire et d'autres biens essentiels.

53. Le BSP a fait de l'assurance qualité une composante essentielle de son soutien technique pour l'achat de biens, de fournitures et d'équipements. Cela a impliqué de travailler avec les pays et les territoires pour : *a)* passer les spécifications en revue, *b)* définir et fournir des recommandations techniques et des orientations en matière d'assurance qualité sur des produits tels que les masques et les respirateurs (par ex., les masques KN95 pour le Venezuela, les respirateurs pour la Bolivie et Trinité-et-Tobago), les EPI (par ex., le plan d'action pour le Costa Rica) et les concentrateurs d'oxygène, *c)* faciliter le transport de fret et la logistique et *d)* aider les pays sur le plan de l'assurance qualité et de la surveillance après la mise sur le marché (par exemple, la Bolivie, le Guyana, le Suriname et le Venezuela pour les diagnostics *in vitro*). L'Organisation collabore avec les autorités réglementaires nationales de l'ensemble des Amériques pour partager les recommandations, les considérations, les évaluations et la surveillance post-commercialisation des produits qui pourraient être utilisés pour lutter contre la COVID-19. En outre, le BSP maintient un référentiel de sites web et d'informations pertinentes, y compris les réponses réglementaires sur la COVID-19, sur la Plateforme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé (PRAIS). Le BSP a également pré-qualifié plusieurs fournisseurs à la suite d'évaluations techniques portant sur la qualité, la sécurité et l'efficacité de leurs produits.

54. Le renforcement des capacités de la chaîne d'approvisionnement des pays et territoires pour déployer efficacement les technologies entrantes tout en assurant un accès approprié à toutes les autres technologies de santé essentielles a été un axe important pour le BSP depuis le début de la pandémie. Après avoir mené des enquêtes auprès des fournisseurs, l'Organisation s'est engagée auprès des autorités nationales pour suivre, guider et définir des mesures de résolution des problèmes afin de faire face à l'impact de la demande accélérée d'articles médicaux sur la production, la logistique, les douanes et les stocks, et atténuer les risques de pénurie et de retard. Ces mesures comprenaient, entre autres, la mobilisation des stocks stratégiques régionaux du BSP, l'examen d'itinéraires de transport alternatifs, l'identification d'alternatives thérapeutiques, des livraisons fractionnées accélérées utilisant diverses options de transport et la facilitation des dons et des prêts entre pays.

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

55. Afin de renforcer le soutien organisationnel du BSP pour l'introduction des vaccins contre la COVID-19 dans les Amériques, la Directrice de l'OPS a créé le Groupe de travail pour la vaccination contre la COVID-19 dans les Amériques. Ce groupe, qui complète d'autres ressources organisationnelles, fournit des orientations stratégiques pour la planification et le déploiement réussis de la vaccination contre la COVID-19 dans les Amériques. Le Fonds renouvelable de l'OPS,⁴⁷ autre élément clé de la riposte de l'Organisation, est une plateforme essentielle qui permet aux États Membres d'accéder aux vaccins dans le cadre du Mécanisme mondial COVAX. Au cours de la phase de démarrage et de conception du Mécanisme COVAX, le BSP a joué un rôle actif de plaidoyer pour répondre aux besoins des États Membres tout en garantissant l'équité et le caractère abordable, en tirant parti du Fonds renouvelable de l'OPS comme principal mécanisme d'achat de vaccins contre la COVID-19 dans les Amériques.

56. Entre septembre et octobre 2020, le BSP a travaillé en étroite collaboration avec des partenaires internationaux, dont Gavi, l'Alliance du Vaccin, ainsi que la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale, l'Agence de santé publique des Caraïbes et l'Union européenne, entre autres, pour faciliter la participation des États Membres et territoires intéressés par le Mécanisme COVAX. Ainsi, 28 États Membres et territoires ayant le statut de participants autofinancés⁴⁸ ont signé des accords d'engagement avec Gavi, ce qui représente environ 33 % du volume d'achat mondial prévu pour le groupe autofinancé. Malgré les défis budgétaires et des finances publiques continus au niveau national pendant la pandémie, les États Membres et territoires autofinancés ont satisfait aux exigences financières du Mécanisme COVAX, ce qui représente une allocation de plus de \$1,1 milliard sous forme d'acomptes et de garanties financières. Dix autres États Membres⁴⁹ sont admis à bénéficier de la garantie de marché dans le cadre du Mécanisme COVAX.

57. Le 12 novembre 2020, le BSP et l'UNICEF ont lancé un appel d'offres international conjoint pour les vaccins contre la COVID-19 pour le compte du Mécanisme COVAX. Les 36 pays et territoires participants au Mécanisme COVAX en Amérique latine et dans les Caraïbes ont des engagements pour recevoir environ 202 millions de doses de vaccin de ce Mécanisme. Cependant, depuis mars 2021, le Mécanisme COVAX fait face à des pénuries d'approvisionnement considérables par rapport aux projections contractuelles des accords

⁴⁷ Depuis plus de 40 ans, le Fonds renouvelable de l'OPS aide les États Membres et les territoires à intégrer la demande prévue de vaccins, de seringues et de fournitures de vaccination connexes dans toute la Région et à tirer parti des économies d'échelle pour garantir l'accès à des vaccins de haute qualité aux prix les plus bas.

⁴⁸ Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Îles Caïmans, Îles Turques-et-Caïques, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela.

⁴⁹ Bolivie, Dominique, El Salvador, Grenade, Guyana, Haïti, Honduras, Nicaragua, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie.

d'achat anticipé de Gavi. Les principaux facteurs contribuant à ces pénuries sont les suivants : *a)* des problèmes liés à l'octroi de licences d'exportation, à la mise à l'échelle de la production et à la libération des lots, *b)* des accords bilatéraux bloquant les doses futures (en particulier la disponibilité en 2021) avec une approche de portefeuille de risques qui va au-delà des besoins nationaux, *c)* des prévisions trop optimistes des fournisseurs concernant leurs capacités de production projetées, qui ne se concrétisent pas en 2021. Les retards d'approvisionnement ont eu un impact sur les livraisons prévues et ont réduit la confiance dans le Mécanisme COVAX.

58. Sur la base des dernières indications de disponibilité provenant du Mécanisme COVAX et des fournisseurs, le BSP prévoit que 33 millions de doses au plus seront livrées à 31 participants d'ici la fin juillet 2021. Cela correspond à une couverture moyenne de la population d'environ 2,5 %.⁵⁰ Sur la base des dernières simulations couvrant la disponibilité des doses jusqu'à la fin septembre 2021 (avec des attentes moyennes), le BSP estime qu'environ 8 à 9 millions de doses supplémentaires pourraient être allouées à l'Amérique latine et aux Caraïbes. Cela porterait le niveau de couverture moyen projeté d'un niveau de 4 % à 5,5 % de la population totale. Le quatrième cycle de l'algorithme d'allocation pour le Mécanisme COVAX devrait être achevé d'ici la troisième semaine de juin et couvrira les doses qui devraient être distribuées entre juillet et septembre 2021. Environ 70 % des doses faisant l'objet d'engagements par le Mécanisme COVAX devraient être mobilisées au cours du quatrième trimestre de 2021 et au-delà. Les participants au COVAX en Amérique latine et dans les Caraïbes devraient recevoir des doses permettant de vacciner environ 20 % de leur population à haut risque (ou moins, si leur ratio de participation est inférieur) d'ici la fin de 2021. Cela représente environ 100 millions de personnes dans la Région. Cependant, une couverture vaccinale plus élevée est nécessaire pour contrôler la pandémie.

59. Les vaccins obtenus par le biais du Mécanisme COVAX sont soumis à une assurance qualité, soit par l'OMS (par le biais de l'inscription sur la liste d'autorisation d'utilisation d'urgence de l'OMS ou du processus de préqualification), soit, dans des circonstances exceptionnelles, par l'une des autorités de réglementation rigoureuse reconnues. Au 4 juin 2021, six vaccins contre la COVID-19⁵¹ ont été inscrits sur la liste d'autorisation d'urgence de l'OMS et la plupart d'entre eux ont été inclus dans le portefeuille COVAX. Les premières doses fournies par le Mécanisme COVAX dans les Amériques ont été livrées le 1^{er} mars 2021 en Colombie. Depuis cette date et jusqu'au

⁵⁰ Pour certains petits pays insulaires, les livraisons des deux premiers trimestres de l'année peuvent correspondre à une couverture atteignant 20 % en raison des volumes minimum des envois exigés par les fournisseurs.

⁵¹ Pfizer-BioNTech (Comirnaty), AstraZeneca (AZ)/SK Bio (ChAdOx1-S), Serum Institute of India (ChAdOx1-S, Covishield), sites approuvés d'AZ EY (ChAdOx1-S): SK-Catalent, Wuxi et Chemo Spain, Janssen (Ad26.COV2.S), Moderna (mRNA-1273), Sinopharm/BIBP (BBIBP-CorV) et Sinovac (CoronaVac).

5 juin 2021, 31 pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes ont reçu COVAX,⁵² environ 19,7 millions de doses par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX.⁵³

60. Les pays et les groupes de pays ont également manifesté un intérêt extraordinaire pour conclure des accords anticipés pour réserver des vaccins contre la COVID-19. Selon une analyse non officielle du BSP basée sur les rapports des médias et sur les informations partagées par les États Membres sur une base ad hoc, alors que certains États Membres ont réservé dans le cadre d'accords bilatéraux de quoi couvrir 100 % ou plus de leur population, les projections pour plusieurs autres (notamment ceux dont les ressources financières sont très limitées et les petits pays des Caraïbes) ne font état d'une couverture que de 20 à 50 % de leur population, en s'appuyant principalement sur le Mécanisme COVAX et sur d'éventuels dons. Les accords bilatéraux conclus par les pays avec les fournisseurs (en particulier par les pays à revenu élevé) ont un impact significatif sur la disponibilité globale de l'approvisionnement et l'équité d'accès au niveau mondial, ce qui constitue un défi sur lequel la communauté internationale doit se pencher.

61. Au 4 juin 2021, 49 des 51 pays et territoires (33 des 35 États Membres)⁵⁴ ont mis en place des programmes de vaccination contre la COVID-19, en utilisant des vaccins reçus dans le cadre d'accords bilatéraux avec des fabricants, du Mécanisme COVAX et de dons. Plus de 497 millions de doses ont été administrées dans les Amériques, et 207 millions de personnes ont reçu un schéma vaccinal complet. Sur ce total, 61 % des doses ont été administrées aux États-Unis d'Amérique et 34 % dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Les États Membres qui ont vacciné le plus grand nombre de personnes avec un schéma vaccinal complet pour 100 habitants sont la Barbade, le Chili, la Dominique, les États-Unis d'Amérique et l'Uruguay.⁵⁵

62. Au moins 10 vaccins sont utilisés dans les Amériques, sur trois plateformes différentes (vecteur adénoviral, ARNm et inactivé). L'utilisation de plusieurs produits dans chaque pays (9 pays utilisent un seul vaccin, 15 pays deux vaccins et 23 pays trois vaccins ou plus) pose des problèmes programmatiques. Ces nouveaux vaccins, qui ne figurent pas tous sur la liste d'autorisation d'urgence de l'OMS, obligent les pays à renforcer les efforts de surveillance pour tous les vaccins contre la COVID-19 afin d'en contrôler l'innocuité et l'impact.

63. Au cours de la seconde partie de l'année 2020, le BSP a aidé les autorités nationales à appliquer l'outil d'évaluation de l'état de préparation pour l'introduction d'un vaccin (VIRAT) de l'OMS dans le cadre de leur préparation à la vaccination contre la COVID-19. Les 33 États Membres d'Amérique latine et des Caraïbes ont utilisé l'outil VIRAT pour

⁵² Pfizer-BioNTech, AstraZeneca/SK Bio, AstraZeneca/Serum Institute of India, AstraZeneca/Catalent.

⁵³ Les données sur les arrivées de vaccins contre la COVID-19 dans les Amériques dans le cadre du Mécanisme COVAX sont disponibles en anglais sur : <https://www.paho.org/en/covax-americas>.

⁵⁴ Cuba mène une intervention sanitaire auprès des personnels de santé, de BioCubaFarma et d'autres groupes à risque avec des vaccins candidats contre la COVID-19 en phase III. Haïti prévoit de lancer la vaccination contre la COVID-19 d'ici à la fin du deuxième ou du troisième trimestre 2021.

⁵⁵ Le tableau de bord de la vaccination contre la COVID-19 de l'OPS est disponible en anglais sur : https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp.

auto-évaluer leur état de préparation et ont partagé leurs progrès avec le BSP. Ces informations ont été utilisées pour suivre l'état de préparation au niveau régional et pour identifier et fournir une coopération technique ciblée dans plusieurs domaines, y compris, mais sans s'y limiter, *a*) la planification et la budgétisation des programmes de vaccination, *b*) l'harmonisation des processus réglementaires nationaux, *c*) le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et de la chaîne du froid, *d*) le renforcement de la surveillance des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI),⁵⁶ *e*) l'adaptation des systèmes de suivi et d'information existants, *f*) l'exploitation des systèmes existants pour évaluer l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 et *g*) la mise en place des bases de la collaboration avec les communautés pour générer une demande de vaccination contre la COVID-19.

64. Le BSP a fourni des orientations et un soutien complet dans le pays aux parties prenantes nationales pour l'élaboration de leurs plans nationaux de déploiement de la vaccination adaptés au contexte local. Vingt-trois pays et territoires de la Région ont depuis téléchargé leurs plans nationaux de déploiement de la vaccination sur la plateforme des partenaires contre la COVID-19 (10 bénéficiant de la garantie de marché et 13 autofinancés). Malheureusement, plusieurs pays ont sous-budgété les coûts de mise en œuvre du déploiement en excluant les coûts des activités de sensibilisation ou du recrutement de nouveau personnel. Par conséquent, le BSP aide actuellement cinq pays⁵⁷ à utiliser l'outil de calcul des coûts d'introduction et de déploiement du vaccin contre la COVID-19 afin de produire des estimations précises des coûts prévus pour l'administration du vaccin, au-delà de l'achat des produits vaccinaux. D'autres pays devraient introduire cet outil dans les mois à venir, une nouvelle version multilingue ayant été récemment mise à disposition.

65. Afin d'accélérer les processus de déploiement des vaccins, le BSP a fourni des orientations aux États Membres sur les processus d'autorisation réglementaire, les permis d'importation et les procédures de libération des lots. Le BSP a également cartographié les voies réglementaires existantes pour l'autorisation, l'importation et le suivi post-déploiement des vaccins contre la COVID-19 dans 21 pays.⁵⁸ Le BSP a organisé plusieurs ateliers avec les autorités de réglementation nationales (ANR) dans les Amériques pour faciliter l'utilisation des vaccins figurant sur la liste d'autorisation d'urgence de l'OMS. En outre, le BSP a permis d'améliorer l'efficacité des processus décisionnels en accordant l'accès aux dossiers des produits compris sur la liste

⁵⁶ La BSP a également mis en place un système régional de surveillance des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation pour faciliter l'identification de problèmes de sécurité. Le BSP produit et partage un rapport hebdomadaire contenant des informations régionales et mondiales consolidées sur la sécurité des vaccins contre la COVID-19 ; il est disponible en anglais et en espagnol à l'adresse suivante : <https://covid-19pharmacovigilance.paho.org/resources/updates-on-aefi>.

⁵⁷ Belize, Bolivie, Costa Rica, Haïti, Nicaragua.

⁵⁸ Argentine, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay, Venezuela.

d'autorisation d'urgence de l'OMS aux autorités de réglementation nationales⁵⁹ qui ont signé des accords de confidentialité.

66. Le Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination s'est réuni deux fois en 2020 (en août⁶⁰ et en novembre⁶¹) pour fournir des orientations sur l'adaptation régionale des recommandations émises par le Groupe consultatif stratégique d'experts de l'OMS (SAGE) sur la vaccination (par ex., identifier les groupes prioritaires pour la vaccination contre la COVID-19, définir les principaux domaines d'intervention pour assurer la préparation des pays et maintenir et renforcer les programmes nationaux de vaccination au milieu de la pandémie en cours). Le BSP a également organisé plusieurs réunions avec les responsables des programmes nationaux de vaccination afin de partager les meilleures pratiques et de formuler des recommandations à mesure que l'ampleur des besoins pour le déploiement des vaccins se précisait. En outre, le BSP travaille avec les pays pour assurer une distribution équitable des vaccins au sein de leurs propres populations, en mettant l'accent sur les groupes difficiles à atteindre, y compris les migrants. Par exemple, en Équateur, le BSP a travaillé aux côtés des autorités nationales pour développer un plan de prise en charge dans les zones difficilement accessibles géographiquement, comme l'Amazonie, avec une approche fondée sur la pertinence culturelle et la participation des communautés. Par ailleurs, les bureaux de représentant de l'OPS/OMS en Bolivie, en Colombie et au Pérou ont collaboré à un projet visant à renforcer la vaccination des populations autochtones, en mettant l'accent sur les zones frontalières.

67. L'« infodémie » de fausses informations sur les vaccins contre la COVID-19 a nécessité le renforcement des approches de communication des risques et de collaboration avec les communautés. En octobre 2020, le BSP a organisé des ateliers pour les communicateurs et les journalistes couvrant les questions liées aux vaccins contre la COVID-19 afin de s'assurer que ces influenceurs d'opinion disposent des outils et des connaissances nécessaires pour rendre compte de ce sujet de manière responsable et exacte. Le BSP a également organisé des sessions Twitter et Facebook Live avec des experts pour parler au public des vaccins contre la COVID-19 et répondre à leurs questions et leurs doutes. De plus, le BSP a développé un site web spécifique sur la vaccination contre la COVID-19 qui est continuellement mis à jour avec des informations et des ressources pour différents publics. Le BSP a également tenu informé les autorités nationales de réglementation et les programmes nationaux de vaccination ESAVI et des préoccupations relatives à l'innocuité des vaccins par le biais de deux tableaux de bord, l'un sur les doses de vaccin contre la COVID-19 administrées dans la Région et l'autre sur l'efficacité et l'innocuité des vaccins contre la COVID-19.⁶²

⁵⁹ Bahamas, Belize, Bolivie, Chili, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Grenade, Guyana, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Sainte-Lucie, Trinité-et-Tobago, Uruguay et le système de réglementation des Caraïbes (CRS).

⁶⁰ Disponible sur en anglais : <https://www.paho.org/en/documents/fifth-ad-hoc-meeting-technical-advisory-group-tag-vaccine-preventable-diseases-4-august>.

⁶¹ Disponible sur en anglais : <https://www.paho.org/en/documents/sixth-ad-hoc-meeting-pahos-technical-advisory-group-tag-vaccine-preventable-diseases-usa>.

⁶² Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/en/covid-19-vaccines>.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

68. Les interventions suivantes, à court et moyen terme, sont recommandées pour les États Membres et le BSP.

États Membres

69. Selon un rapport conjoint de l'OPS et de la CEPALC (21), la reprise des économies d'Amérique latine et des Caraïbes ne s'opèrera que si la courbe de contagion de la COVID-19 s'aplatit. Une approche en trois phases est proposée : *a*) le contrôle, y compris l'adoption de politiques sanitaires, économiques, sociales et productives pour contrôler et atténuer les effets de la pandémie, *b*) la relance économique avec une protection sociale et *c*) la reconstruction des sociétés de manière durable, équitable et inclusive.

70. En raison des incertitudes actuelles concernant l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 dans la prévention de la transmission du virus SARS-CoV-2, ainsi que des inégalités dans l'accès aux vaccins, le BSP se joint au Comité consultatif de surveillance indépendant et au Groupe indépendant pour la préparation et la riposte à la pandémie pour recommander aux États Membres de continuer à appliquer des mesures non pharmaceutiques de manière systématique et rigoureuse. Cela devra se faire en fonction de la situation épidémiologique rencontrée dans chaque pays et, surtout, conformément à une stratégie fondée sur des données probantes et approuvée au plus haut niveau gouvernemental.

71. Tant que la pandémie ne sera pas terminée, les systèmes de santé doivent être prêts à faire face à l'augmentation du nombre de cas de COVID-19 ainsi qu'à l'augmentation de la demande de lits d'hospitalisation et de réanimation pour toute une série d'autres maladies, liée à la perturbation des services essentiels. Les systèmes de santé doivent donc s'efforcer d'adopter une approche globale de la gestion de la pandémie, en s'adaptant à un contexte en constante évolution. Cette approche devra trouver le juste équilibre entre les interventions sanitaires éprouvées pour prévenir la transmission et sauver des vies, y compris des mesures de santé publique, une capacité de réponse au premier niveau de soins (soins primaires) et une expansion progressive des services hospitaliers et de réanimation, y compris des équipes médicales d'urgence et des sites de soins médicaux alternatifs, si nécessaire, ainsi que la vaccination. Aucune de ces interventions, à elle seule, ne permet d'obtenir les résultats voulus.

72. Des mécanismes de financement de la santé suffisants et durables sont essentiels à la riposte à la pandémie, et les ressources publiques intérieures devront continuer à supporter la charge de la riposte du secteur de la santé dans la Région. Afin d'assurer une utilisation optimale de ces ressources publiques nationales limitées et des fonds internationaux disponibles, les pays et territoires doivent trouver un équilibre entre la mise en œuvre urgente et la mise à l'échelle des plans de vaccination contre la COVID-19 et le renforcement de la prestation des services de santé systématiques et d'autres mesures spécifiques de lutte contre la COVID-19. Il est particulièrement nécessaire d'augmenter

les investissements dans des domaines qui n'ont pas été prioritaires, tels que les soins primaires et la gestion des réseaux de santé.

73. Afin de protéger les budgets pour d'autres services de santé essentiels, les dépenses supplémentaires liées à la COVID-19 doivent être planifiées en plus des postes budgétaires ou des programmes systématiques, plutôt que de les remplacer, lors des cycles de discussion budgétaire 2022. Les États Membres devront veiller à l'élaboration d'estimations de coûts complètes pour la riposte à la COVID-19, y compris le chiffrage des coûts des plans de vaccination au-delà de l'achat des doses de vaccin. En outre, les États Membres devront planifier des interventions de vaccination de rattrapage afin de minimiser le risque d'éventuelles flambées épidémiques d'autres maladies à prévention vaccinale et devront budgétiser ces interventions de manière adéquate.

74. Il est essentiel que les représentants des ministères de la Santé coordonnent avec leurs homologues des ministères des Finances et des bureaux de planification les questions liées aux demandes de financement et à l'utilisation stratégique des montants importants de financement international actuellement disponibles. Dans la gestion de l'allocation de ces nouvelles sources de financement, il est important de s'attaquer aux goulets d'étranglement qui peuvent empêcher les prestataires d'accéder à ces ressources en temps opportun et d'éviter de créer des mécanismes extrabudgétaires parallèles qui pourraient nuire aux mécanismes actuels de financement de la santé. Certaines règles qui régissent les mécanismes de paiement des prestataires devront être révisées à la lumière de la nécessité de recruter du personnel temporaire et de collaborer avec le secteur privé pour des activités spécifiques.

75. Selon les estimations du BSP concernant le déficit en vaccins contre la COVID-19 dans les États Membres, compte tenu de la dynamique actuelle et future du marché des vaccins et de la poursuite des accords bilatéraux, le grave problème d'inégalité vaccinale dans la Région pourrait ne pas être résolu sans des dons et le partage de doses. Les États Membres ayant des excédents de doses disponibles et projetées sont encouragés à envisager immédiatement de partager les doses.

76. Afin de tirer plus efficacement parti des mécanismes existants et de bénéficier de la mise en commun de la demande, il est recommandé que les États Membres s'engagent à acheter les vaccins contre la COVID-19 dans le cadre du Fonds renouvelable de l'OPS. Il est également important que les États Membres fournissent des engagements solides et exécutoires dans leurs indications de demande.

77. Les programmes nationaux de vaccination nécessitent des actions ciblées et des ressources supplémentaires (financières et humaines) pour le succès du déploiement des vaccins contre la COVID-19 et assurer la pérennité des activités de vaccination systématique. Il s'agit notamment d'actions visant à atteindre les groupes prioritaires grâce à des stratégies ciblées d'administration des vaccins, à renforcer les systèmes d'information et la chaîne du froid, à assurer la surveillance des ESAVI et à suivre et évaluer les progrès et l'impact de la vaccination. Les pays et territoires devront aussi envisager de renforcer leurs activités de génération de la demande et leurs approches de communication en vue

d'atteindre une couverture vaccinale élevée contre la COVID-19. Il est également essentiel que les autorités nationales de réglementation et les programmes nationaux de vaccination coordonnent conjointement les stratégies et les actions de surveillance de l'innocuité des vaccins pour obtenir une réponse efficace.

78. Compte tenu de l'augmentation des cas de COVID-19 dans les populations plus jeunes dans plusieurs pays de la Région, et de leur durée d'hospitalisation plus longue que celle des patients de plus de 60 ans, les États Membres devront prévoir comment faire face à une augmentation soudaine de la consommation de fournitures critiques (par ex., oxygène et médicaments pour l'intubation) et d'équipements (pompes à perfusion).

79. L'oxygène est un médicament essentiel qui a un impact direct sur la réduction de la mortalité et de la morbidité dues à la COVID-19. L'identification des besoins en oxygène à un stade précoce de la maladie et la fourniture d'une oxygénothérapie pour les cas graves et critiques sont essentielles. Les pays et territoires devront donc organiser les systèmes de santé de manière à permettre une identification rapide des lacunes et des possibilités d'amélioration dans la production, le stockage, la distribution et l'utilisation de l'oxygène.

80. Les pays et territoires devront structurer les programmes de prévention et de lutte contre les infections en mettant l'accent sur la gouvernance et le leadership, des budgets dédiés, des rôles et responsabilités clairs, les stratégies de suivi et d'évaluation, ainsi que les objectifs à atteindre pour contenir les pathogènes endémiques ou épidémiques. En outre, ils devront envisager d'investir dans l'éducation et la formation formelles du personnel de santé à la prévention et la lutte contre les infections. Enfin, les États Membres devront avoir des politiques d'affectation des ressources humaines et des stratégies pour créer un environnement, du matériel et des équipements pour la prévention et la lutte contre les infections au niveau des établissements.

81. Un effort continu pour renforcer et intégrer les chaînes d'approvisionnement nationales, l'entreposage et les capacités et ressources logistiques du contexte sanitaire doit être entrepris avec la participation étroite de partenariats publics et privés aux niveaux régional, national et infranational. Le renforcement des capacités de planification et la préparation de plans d'approvisionnement à moyen et long terme contribueront à atténuer les incertitudes de la chaîne d'approvisionnement dans un avenir proche. La planification d'urgence, le renforcement des réseaux de logistique sanitaire et le positionnement stratégique des stocks de réserve renforceront les capacités de riposte rapide aux flambées épidémiques localisées et autres urgences.

82. Bien que la transmission communautaire de la COVID-19 puisse diminuer à moyen terme, les flambées épidémiques localisées pourraient encore être fréquentes. Les États Membres doivent donc renforcer et affiner les capacités nationales et locales de surveillance, de détection et d'isolement des cas, de recherche des contacts et de quarantaine.

83. La pandémie de COVID-19 a fourni l'occasion d'établir des capacités nationales pour le séquençage du virus du SARS-CoV-2, ce qui a permis d'établir l'épidémiologie

génomique comme une composante intégrale et durable de la recherche et du contrôle des maladies à tendance épidémique. Ce serait une occasion manquée si le séquençage génomique devait rester une activité universitaire qui ne serait pas pleinement intégrée aux efforts de surveillance de la santé publique et de lutte contre les maladies au niveau national, compte tenu de son utilité critique, comme cela a été démontré pendant la pandémie.

84. Les pays et territoires devront s'appuyer sur les systèmes de surveillance existants pour évaluer l'efficacité des vaccins contre la COVID-19, en se concentrant en particulier sur les nouveaux variants préoccupants.

Bureau sanitaire panaméricain

85. Le BSP devra continuer d'aider les États Membres à identifier les options de partage des doses de vaccins contre la COVID-19 (par ex., dans le cadre du Mécanisme COVAX ou de mécanismes de dons régionaux ou bilatéraux). Les actions visant à faciliter le partage des doses entre les États Membres selon une approche plus équitable peuvent améliorer la couverture vaccinale contre la COVID-19 dans l'ensemble de la Région.

86. Des mesures sont prises pour élaborer et lancer une stratégie d'accès régionale afin d'obtenir des vaccins supplémentaires contre la COVID-19 et de mettre en commun la demande et les ressources des États Membres. Certes, l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 devrait s'améliorer en 2022, mais cela ne garantira pas une disponibilité suffisante pour répondre à toute la demande. La mise en commun de la demande et des ressources et l'utilisation du mécanisme existant du Fonds renouvelable seront cruciales.

87. Le BSP devra continuer à fournir une coopération technique pour aider les pays et les territoires à adopter une approche plus holistique de la riposte sanitaire régionale et nationale à la COVID-19. Outre le soutien à un déploiement des vaccins couronné de succès, le BSP fournit un appui pour renforcer les domaines critiques de la riposte, tels que le diagnostic, la gestion des cas, la lutte contre les infections et la continuité des services de santé essentiels. Il s'agit notamment d'adapter et d'accroître les capacités des réseaux de services de santé (y compris les soins primaires, les soins intensifs, les équipes médicales d'urgence et les sites de soins médicaux alternatifs) et de remédier aux goulets d'étranglement des systèmes de santé (tels que les ressources humaines et le financement) et de la logistique sanitaire. Cela contribuera à atténuer le risque des pays opérant une transition vers une riposte centrée sur les vaccins.

88. Une approche adaptée à la réalité de chaque pays a démontré sa valeur ajoutée et devra continuer à être un aspect important de la coopération technique directe aux pays et territoires. Le soutien fait appel à la vaste expertise de l'équipe de soutien à la gestion des incidents et de tous les niveaux de l'Organisation, avec des missions virtuelles dans les pays, y compris dans les zones reculées, et des missions en personne lorsque cela est possible. Cela est également utile pour faciliter le partage d'expériences.

89. Le BSP devra maintenir un stock stratégique de fournitures essentielles, prépositionné pour apporter des réponses qui sauvent des vies en cas d'urgence sanitaire. Cela contribue à atténuer le manque ou le retard d'accès aux fournitures qui peuvent résulter de la dynamique mondiale de l'offre et de la demande, des contraintes logistiques, des retards dans les transports et des pénuries de production.

Mesure à prendre par le Comité exécutif

90. Le Comité exécutif est invité à prendre note de ce rapport et à formuler tout commentaire qu'il juge pertinent.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques. 58^e Conseil directeur de l'OPS, 72^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 28 et 29 septembre 2020 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2020 (résolution CD58.R9) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd58-r9-f-covid-19>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise à jour concernant la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques, préparation pour le COVAX et accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. Session spéciale du Conseil directeur. Session spéciale du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 10 décembre 2020 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2020 (résolution CDSS1.R1) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cdss1r1-mise-jour-concernant-pandemie-covid-19-dans-region-des-ameriques-preparation-pour>.
3. Organisation panaméricaine de la Santé. Weekly Press Briefing on COVID-19 : Director's Opening Remarks. 12 mai 2021. Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/en/documents/weekly-press-briefing-covid-19-directors-opening-remarks-may-12-2021>.
4. The Lancet. COVID-19: a heavy toll on health-care workers. Publié le 05 février 2021. Disponible en anglais sur : [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(21\)00068-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(21)00068-0/fulltext).
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Infografía: La situación de la enfermería en la Región de las Américas. Disponible en espagnol sur : <https://www.paho.org/es/documentos/situacion-enfermeria-region-americas>.

6. Organisation panaméricaine de la Santé. Pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques [Internet]. 58^e Conseil directeur de l'OPS, 72^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 28 et 29 septembre 2020 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CD58/6) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd586-pandemie-covid-19-dans-region-des-ameriques>.
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise à jour concernant la pandémie de COVID-19 dans la Région des Amériques, préparation pour le COVAX et accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. Session spéciale du Conseil directeur. Session spéciale du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 10 décembre 2020 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CDSS1/2) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cdss12-mise-jour-concernant-sur-pandemie-covid-19-dans-region-des-ameriques-preparation>.
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international [Internet]. 58^e Conseil directeur de l'OPS, 72^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; 28 et 29 septembre 2020; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2020 (document CD58/INF/1) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd58inf1-mise-oeuvre-du-reglement-sanitaire-international>.
9. Organisation mondiale de la Santé. Interim position paper: considerations regarding proof of COVID-19 vaccination for international travelers. Genève : OMS ; 2020 [consulté le 25 mai 2021]. Disponible en anglais sur : <https://www.who.int/news-room/articles-detail/interim-position-paper-considerations-regarding-proof-of-covid-19-vaccination-for-international-travellers>.
10. Organisation mondiale de la Santé. Statement on the seventh meeting of the International Health Regulations (2005). Emergency Committee regarding the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Disponible en anglais sur : [https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Considerations for School-Related Public Health Measures for Populations in Vulnerable Conditions in the Context of COVID-19 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2021 [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur en anglais sur : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53317/PAHOIMSFPLCOVID-19210011_eng.pdf.

12. Organisation des Nations Unies. Policy Brief: Education during COVID-19 and beyond. New York : ONU ; 2020 [consulté le 25 mai 2021].
Disponible en anglais sur :
https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-08/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf.
13. Organisation mondiale de la Santé. Riposte à la COVID-19 [Internet]. 73^e Assemblée mondiale de la Santé ; 19 mai 2020 ; Genève : OMS ; 2020 (résolution WHA73.1) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur :
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf.
14. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international. 168^e session du Comité exécutif de l'OPS ; du 21 au 25 juin 2021. Washington, DC : OPS ; 2021 (document CE168/INF/3) [consulté le 28 mai 2021].
Disponible en anglais sur :
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_16-en.pdf.
15. Organisation mondiale de la Santé. Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des urgences sanitaires [Internet]. 74^e Assemblée mondiale de la Santé ; 5 mai 2021 ; Genève : OMS ; 2021 (document A74/16) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur :
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_16-fr.pdf.
16. Organisation mondiale de la Santé. Riposte à la COVID-19 - Rapport principal du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie [Internet]. 74^e Assemblée mondiale de la Santé ; 12 mai 2021 ; Genève : OMS ; 2021 (document A74/INF./2) [consulté le 25 mai 2021]. Disponible sur :
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_INF2-fr.pdf.
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Recommendations for medical surge capacity and deployment of emergency medical teams. Preliminary Document, version 2. 31 mars 2020.
Disponible en anglais sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52144>.
18. Organisation panaméricaine de la Santé. Ongoing living update of COVID-19 Therapeutic Option. Summary of Evidence. Rapid Review, 27 mai 2021.
Disponible en anglais sur :
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52719/PAHOIMSEIHCOVID-1921017.pdf>.
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Guidelines for Care of Critically Ill Adult Patients with COVID-19 in the Americas. Summary, version 3. Mise à jour en mai 2021. Disponible en anglais sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53895>.

20. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Fiscal Panorama of Latin America and the Caribbean 2021. Fiscal policy challenges for transformative recovery post-COVID-19. Santiago, CEPAL ; 2021.
Disponible en anglais sur :
<https://www.cepal.org/en/publications/46809-fiscal-panorama-latin-america-and-caribbean-2021-fiscal-policy-challenges>.

21. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) et Organisation panaméricaine de la Santé. Health and the economy: a convergence needed to address COVID-19 and retake the path of sustainable development in Latin America and the Caribbean. Santiago, CEPAL ; 2020. Disponible en anglais sur :
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52535/PAHOHSSCOVID-19200027_eng.pdf.

- - -