



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



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

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

Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

CD51/3 (Fr.)
26 août 2011
ORIGINAL : ANGLAIS

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

**La Santé et les objectifs du Millénaire pour le développement :
de l'engagement à l'action**

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Message de la Directrice	3
Introduction.....	4
Chapitre I. Progrès régionaux sur les OMD liés à la santé	11
Chapitre II. Des objectifs aux résultats	26
Chapitre III. Leçons et défis.....	69
Acronymes et abréviations.....	75

Message de la Directrice

Aux États Membres

Conformément aux dispositions de la Constitution de l'Organisation panaméricaine de la Santé, j'ai l'honneur de présenter le rapport annuel 2010-2011 sur les accomplissements du Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé. Ce rapport présente les principaux accomplissements de la coopération technique pendant cette période dans le cadre du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour 2008-2012, définis par ses Organes directeurs.

Mirta Roses Periago
Directrice

La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement : de l'engagement à l'action

« Les objectifs du Millénaire pour le développement sont le projet le plus ambitieux jamais mené contre la privation humaine et le premier à placer la santé au centre du développement. Ils nous donnent une occasion sans précédent pour améliorer la santé et l'équité en mobilisant l'action coordonnée multisectorielle pour combattre ainsi les déterminants sociaux de la maladie et améliorer la santé. »

*Dr Mirta Roses Periago
Directrice, Bureau Sanitaire Panaméricain
Organisation panaméricaine de la Santé*

Introduction

1. Pour les pays des Amériques et partout dans le monde, les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) se sont avérés difficiles et catalytiques, et telle était l'intention des 189 chefs de gouvernement qui ont endossé la Déclaration du Millénaire à l'aube du 21^e siècle. En apposant leur signature à la réalisation des OMD, les dirigeants des pays se sont engagés à redoubler d'efforts pour réduire significativement la pauvreté et améliorer la qualité de vie des personnes les plus vulnérables, tandis que les représentants des pays à revenus élevés ont promis d'accroître leur soutien aux efforts entrepris. Ensemble, ces dirigeants ont exprimé un nouvel engagement mondial sans précédent qui vise à « faire du droit au développement une réalité pour tous et à mettre l'humanité entière à l'abri du besoin. »

2. Pour l'Amérique latine et les Caraïbes, l'appel à l'action des OMD a résonné avec un programme de développement régional centré sur la réduction de la pauvreté et sur l'écart entre les riches et les pauvres qui ont fait des Amériques la région la plus inégalitaire du monde. Les mandats émanés des Sommets des Amériques, des assemblées générales de l'Organisation des États américains (OEA), du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et d'autres réunions régionales ont exhorté à plusieurs reprises à la définition de politiques et de programmes régionaux qui visent à réduire les inégalités et améliorer les conditions de vie des personnes défavorisées.

3. Les dirigeants politiques de la Région ont réitéré leur engagement envers les OMD lors de la Conférence internationale de 2003 sur les OMD en Amérique latine et aux Caraïbes, qui s'est tenue à Brasilia et lors des Sommets des Amériques à Monterrey en 2004, Mar del Plata en 2005 et Port-d'Espagne en 2009. Et précisément, la Déclaration de Brasilia de 2003 était un appel fort à l'action qui exposait en détail les responsabilités des États, des législateurs, de la société civile et de la communauté internationale dans la promotion des OMD. La Région était bien représentée aux sommets de révision des OMD de 2005 et de 2010 et les agences des Nations Unies (ONU) actives dans les Amériques ont toutes contribué aux rapports d'avancement des OMD de 2005 et 2010, sous la coordination de la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC).

Mandats de l'OPS qui soutiennent les OMD 2000-2010

- Stratégie régionale pour la mortalité maternelle et la réduction de la morbidité (CSP26.R13), 26^e Conférence sanitaire panaméricaine, 2002.
- Objectifs de développement pour le Millénaire et (CD45.R3), 45^e Conseil directeur, 2004.
- Accès aux médicaments (CD45.R7), 45^e Conseil directeur, 2004.
- Intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA (CD45.R10), 45^e Conseil directeur, 2004.
- Le paludisme et les objectifs de développement internationalement convenus, incluant ceux contenus dans la Déclaration du Millénaire (CD46/R13), 46^e Conseil directeur, 2005.
- Plan stratégique régional de l'Organisation panaméricaine de la Santé pour le contrôle du VIH/SIDA/MTS, 2006-2015, (CD46.R15), 46^e Conseil directeur, 2005.
- Stratégie régionale de contrôle de la tuberculose pour 2005-2015 (CD46.R12), 46^e Conseil directeur, 2005.
- Projet de politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes (CD46.R16), 46^e Conseil directeur, 2005.
- Stratégie et plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement, 2006-2015 (CD47.R8), 47^e Conseil directeur, 2006.
- Stratégie régionale visant au maintien des programmes nationaux d'immunisation aux Amériques (CD47.R10), 47^e Conseil directeur, 2006.
- La santé néonatale dans le contexte de la santé maternelle, néonatale et infantile pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies (CD47.R19), 47^e Conseil directeur, 2006.
- La santé des populations autochtones des Amériques (CD47.R18), 47^e Conseil directeur, 2006.

- Alliance stratégique pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (CD47/INF/2), 47^e Conseil directeur, 2006.
- Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2008-2017, présenté par les ministres de la Santé des Amériques à Panama, 2007.
- Visages, Voix et Lieux: réponse des communautés aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (CSP27/14), 27^e Conférence sanitaire panaméricaine, 2007.
- Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (CD48.R4,Rév. 1), 48^e Conseil Directeur, 2008.
- Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (CD48.R5), 48^e Conseil directeur, 2008.
- Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes (CD49.R12), 49^e Conseil directeur, 2009.
- Santé familiale et communautaire (CD49.R13), 49^e Conseil directeur, 2009.
- Réseaux intégrés de prestation des services de santé fondés sur les soins de santé primaires (CD49.R22), 49^e Conseil directeur, 2009.
- Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (CD50.R11), 50^e Conseil directeur, 2010.
- Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (CD50.R12), 50^e Conseil directeur, 2010.

4. Pour les OMD, la santé est au centre de l'action. Trois des huit objectifs (4, 5 et 6) relèvent des défis spécifiques à la santé, tandis que deux autres objectifs (1 et 8) et au moins trois autres cibles sont inextricablement liés à la santé (voir encadré 2). Ceci reflète le large consensus du 21^e siècle sur la santé en tant que résultat et intrant essentiel pour le développement social et économique. En effet, le cadre des OMD montre que la santé et l'espérance de vie sont devenues des indicateurs indirects du bon fonctionnement d'une société.

5. Bien que le cadre des OMD n'intègre pas toutes les priorités mondiales de santé —l'omission des maladies chroniques en est un exemple notoire— les objectifs de santé réclament aux principaux contributeurs de s'attaquer au fardeau de la maladie parmi les populations les plus vulnérables du monde. Les autres objectifs, tout aussi importants, se concentrent sur les principaux déterminants sociaux de l'état de santé et des inégalités de santé, renforçant une approche à la fois promue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'OPS. Avec cette orientation, les OMD ont ouvert des possibilités sans précédent pour promouvoir les investissements dans l'action sanitaire et sociale et ses déterminants à l'échelle locale, nationale, régionale et mondiale.

Les objectifs du Millénaire pour le développement

1. Éliminer l'extrême pauvreté et la faim

- Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour
- Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif
- Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

2. Assurer l'éducation primaire pour tous

- D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires

3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

- Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

- Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

5. Améliorer la santé maternelle

- Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle
- Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015

6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

- D'ici à 2012, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle
- D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida
- D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

7. Assurer un environnement durable

- Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales
- Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010, une diminution significative du taux de perte
- Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base
- Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis

8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

- Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier ouvert, réglementé, prévisible et non discriminatoire
- Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés
- Répondre aux besoins particuliers des pays en développement sans littoral et des petits États insulaires en développement
- Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement
- En coopération avec les sociétés pharmaceutiques, fournir un accès à des médicaments essentiels à des prix abordables dans les pays en développement
- En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous

6. Alors que les efforts de l'OPS/OMS pour faire avancer les OMD ont commencé peu après la Déclaration du Millénaire, le cadre global de ce travail a été établi en 2004, lors du 45^e Conseil directeur de l'OPS, quand les dirigeants sanitaires de la Région ont fait des OMD une priorité et qu'ils se sont engagés à renforcer l'engagement politique à tous les niveaux de gouvernance (CD45.R3).

7. A l'époque, aucun pays des Amériques ne semblait être capable d'atteindre toutes les cibles des OMD, selon le rapport « Objectifs de Développement pour le Millénaire et cibles sanitaires », qui a été préparé par le Bureau sanitaire panaméricain, en prévision de l'Assemblée générale de l'ONU de 2005 et qui a constitué la base pour la rédaction de la résolution de 2004 du Conseil directeur. Dans son ensemble, la Région ne progressait pas suffisamment pour atteindre les objectifs de réduction de la mortalité infantile et maternelle et n'était pas sur la bonne voie pour arrêter et inverser la propagation du VIH d'ici 2015. Les perspectives de lutte contre le paludisme et la tuberculose et pour atteindre les objectifs sur l'accès à l'eau, à l'assainissement et aux médicaments essentiels n'étaient pas claires. Pour accélérer les progrès, l'étude a exhorté à « une approche panaméricaine », dans laquelle les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les organisations internationales travailleraient ensemble à travers de nouveaux partenariats et avec une assistance au développement accrue dans le but de faire avancer les OMD.

8. En réponse au rapport, les ministres se sont engagés dans une série d'actions dans leur pays et internationalement, visant à accélérer les progrès des OMD. Il s'agissait notamment de promouvoir des partenariats intersectoriels, d'intensifier l'action nationale sur la protection sociale et le développement de la santé, d'améliorer l'évaluation et le suivi des progrès des OMD et de promouvoir une plus grande participation de la société civile à l'avancée des OMD. Les ministres ont appelé le Bureau sanitaire panaméricain à soutenir leurs efforts et à intégrer les priorités sanitaires des OMD dans tous ses

programmes de coopération technique, focalisant l'attention sur les pays et les groupes de la population le plus nécessiteux.

9. Ces engagements pour accélérer les progrès des OMD liés à la santé ont été renforcés par le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, lancé par les ministres de la Santé de la Région avant l'ouverture de l'Assemblée générale de l'OEA au **Panama** en 2007. Le nouveau programme régional a été accordé aux OMD de manière explicite et dans leur focalisation sur les déterminants sociaux de la santé et de la protection sociale élargie dans le but de réduire les inégalités entre les pays.

10. Les États Membres de l'OPS/OMS ont suivi ces engagements en inscrivant les OMD dans leurs processus de planification du développement de la santé, en déployant de nouvelles initiatives et en renforçant les activités dans des domaines tels la mortalité infantile et maternelle qui étaient déjà orientés vers la réalisation des OMD. Ces efforts ont rencontré un énorme soutien dans la communauté internationale des donateurs, en particulier du Fonds espagnol pour la réalisation des OMD, du Bureau sanitaire panaméricain et d'autres partenaires des Nations Unies.

11. La coopération technique de l'OPS/OMS, en soutien aux efforts des États Membres dans ce domaine, comprenait deux programmes en cours et des initiatives centrées de manière explicite sur les OMD. Les premiers comprenaient des actions pour améliorer la nutrition chez le nouveau-né et les jeunes, réduire la mortalité infantile et maternelle, contrôler le VIH et d'autres infections, promouvoir l'accès à l'eau potable et l'assainissement, renforcer et réorganiser les systèmes de santé et étendre la protection sociale en santé. Les initiatives comprenaient la coopération technique centrée sur quatre aspects principaux : a) le renforcement des données factuelles et du suivi des progrès en vue de la réalisation des OMD, b) le plaidoyer et la recherche de consensus, c) le développement et la mise en œuvre de stratégies et de plans régionaux sur les OMD et d) la mobilisation des ressources et des alliances. Pour faire avancer la réalisation des OMD au niveau local, l'OPS/OMS a également développé l'initiative « Visages, Voix et Lieux de la réalisation des OMD », une approche intégrée et intersectorielle qui incorpore les efforts de plusieurs partenaires engagés dans les communautés les plus vulnérables de la Région pour combler les lacunes dans les progrès des OMD qui se cachent derrière les moyennes nationales.

12. Tous ces efforts ont contribué au progrès significatif des OMD aux Amériques au cours des dernières années. Contrairement à 2004, la Région dans son ensemble est en voie d'atteindre aujourd'hui la plupart des cibles des OMD liés à la santé, notamment ceux qui concernent la faim, la mortalité infantile, l'eau et l'assainissement. Parmi les plus importantes réussites se trouve la réduction de la malnutrition de l'enfant, l'accès élargi à l'eau et à l'assainissement et des baisses de l'incidence et de la mortalité par le paludisme et la tuberculose. L'évaluation des progrès dans certains domaines, particulièrement de la

mortalité maternelle, est difficile en raison de lacunes dans les données. Mais il n'est que l'objectif d'enrayer et d'inverser l'épidémie du VIH pour 2015 qui semble être hors de la portée de la Région, en dépit des progrès considérables de l'expansion du traitement et de la prévention du VIH.

13. En même temps, la plupart de ces progrès sont répartis de manière inégale et ce même au sein des pays. Certains pays sont toujours en retard par rapport au calendrier et semblent incapables d'atteindre certains objectifs pour lesquels la Région, dans son ensemble, est bien engagée. Pratiquement dans tous les pays de la Région, des communautés et des groupes vulnérables de population ont peu bénéficié ou pas du tout des progrès des OMD au niveau national. La nécessité de se concentrer sur ces groupes a été l'une des principales doctrines des efforts de l'OPS/OMS pour faire avancer les OMD et l'une des principales leçons apprises des expériences précédentes dans la Région.

14. D'autres leçons, présentées en détail dans le chapitre 3 de ce rapport, comprennent la nécessité d'adapter les cibles et les indicateurs pour qu'ils soient significatifs dans le contexte régional, l'urgence de constituer un capital humain au niveau local et l'importance d'intégrer le changement climatique et les questions de durabilité dans le programme de développement régional. Mettre en œuvre ces leçons pour consolider les acquis et accélérer les progrès des OMD avant 2015 ainsi que pour garantir le progrès durable dans les années à venir est une tâche primordiale.

Chapitre I. Progrès régionaux sur les OMD liés à la santé

15. L'importance de la santé dans le cadre des OMD traduit la reconnaissance généralisée de liens solides entre la santé et le développement socioéconomique et la nécessité de réduire les inégalités dans les deux domaines de manière à réaliser des progrès soutenus dans le monde.

16. La santé entraîne des conséquences économiques et sociales par les coûts directs de la maladie et des handicaps ainsi que par son impact dans le développement individuel, la productivité et la créativité. En même temps, les déterminants sociaux comme la pauvreté, le niveau d'éducation, la discrimination et d'autres formes d'exclusion sociale ont tous des impacts sur la santé tout au long de la vie avec des variables telles que la nutrition prénatale et infantile, les conditions de vie et de travail, les connaissances et les comportements dans le domaine de la santé et l'accès aux biens et aux services de santé. Par conséquent, l'avancée des OMD est nécessaire, dans une certaine mesure, pour faciliter et soutenir les progrès en matière de santé, la cohésion sociale et le renforcement de la citoyenneté de chaque personne.

17. Le chapitre 2 de ce rapport mettra en évidence la coopération technique de l'OPS/OMS en relation avec presque tous les OMD. Ce chapitre se concentre sur l'état d'avancement aux Amériques des objectifs et cibles du Millénaire qui sont plus directement liés à la santé : l'OMD-1 et sa cible C, l'OMD-4, l'OMD-5, l'OMD-6, l'OMD-7, avec ses cibles C et D, et l'OMD-8 et sa cible E.

OMD-1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

Cible et indicateurs sur la faim de l'OMD-1

Cible C : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim

Indicateurs :

- Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans
- Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique

18. Plus de la moitié des pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes dont les données sont disponibles semblent être sur la bonne voie au niveau national pour atteindre les cibles officielles des OMD sur la faim, selon le rapport de la CEPALC de 2010 *Atteindre les OMD en Amérique latine et les Caraïbes avec équité : progrès et défis*. Ces cibles se concentrent sur les besoins caloriques minimum, définis à 1800 kcal

par personne et par jour aux Amériques et la malnutrition des enfants de moins de 5 ans définie en tant que faible poids-pour-âge (insuffisance pondérale).

19. Huit pays et territoires ont déjà atteint la cible minimum d'apport calorique, à savoir : **Antilles néerlandaises, Cuba, Guyana, Jamaïque, Nicaragua, Pérou, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Uruguay**. Huit autres pays semblent être en bonne voie pour atteindre cet objectif : **Bahamas, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Honduras et Suriname** (CEPAL/FAO).

20. En revanche, sept pays ont réalisé moins de progrès pour atteindre l'objectif d'apport calorique minimum en 2015 : **Argentine, Bolivie (État plurinational de), Haïti, Panama, Paraguay, République dominicaine et Trinité-et-Tobago**. Sept autres pays n'ont réalisé aucun progrès ou sont actuellement moins en mesure d'élever la nutrition de leurs populations aux besoins minimaux qu'il y a 20 ans : **El Salvador, Grenade, Guatemala, Mexique, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis et le Venezuela (République bolivarienne du)** (CEPALC/FAO).

21. Il est important de noter que, dans plusieurs pays qui ont réalisé des progrès, 20 % ou plus de leur population mange encore moins de calories que le minimum nécessaire. La **Bolivie** (23 %), **Haïti** (58 %), le **Nicaragua** (21 %), la **République dominicaine** (21 %), ainsi que la sous-région des Caraïbes dans son ensemble (23 %) sont concernés (CEPAL/FAO).

22. En revanche, six pays présentent moins de 5 % de leurs populations qui consomment moins de leurs besoins en calories : **Argentine, Chili, Costa Rica, Cuba, Mexique et Uruguay** (CEPALC/FAO).

23. Selon les données disponibles sur la malnutrition infantile (faible poids-pour-âge), l'Amérique latine et les Caraïbes dans son ensemble ont réduit cet indicateur de 20 % de plus de ce qui serait nécessaire pour atteindre les OMD d'ici 2015.

24. Les progrès varient considérablement d'un pays à l'autre. Douze pays sont en avance sur le calendrier : **Bolivie, Brésil, Chili, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Mexique, Nicaragua, Pérou, République dominicaine et Venezuela**. Le **Belize** et la **Jamaïque** ont progressé depuis 1990, mais moins que ce qui est nécessaire pour répondre aux objectifs en 2015. L'**Argentine**, le **Costa Rica**, l'**Uruguay** ont des taux de malnutrition des enfants inférieurs à 5 % (2005), ce qui rend très probable qu'ils le réduisent à 2 % en 2015, et qu'ils puissent ainsi éradiquer définitivement la malnutrition (CEPALC/OMS/UNICEF).

25. Dans le contexte régional, l'examen des mesures de la malnutrition qui sont égales ou supérieures aux indicateurs officiels des OMD permet également d'évaluer les progrès

pour éradiquer la faim. Les niveaux de malnutrition aiguë, définie comme faible poids-taille, ont été stables dans la plupart des pays de la Région au cours des deux dernières années. Mais le problème ressurgit dans d'autres pays, y compris en **Bolivie**, **Guatemala**, **Haïti** et **Honduras**, avec des taux de létalité élevés quand la faim n'est pas traitée correctement.

26. Par ailleurs, la malnutrition chronique, mesurée en tant que petite taille pour l'âge (retard de croissance), continuera d'être un grave problème de santé dans la Région car elle touche environ 9 millions d'enfants et elle contribue de manière significative à la mortalité infantile. À travers toute l'Amérique latine et les Caraïbes, la prévalence du retard de croissance est significativement plus élevée que la prévalence de l'insuffisance pondérale. Ici également, la tendance est généralement positive : dans tous les pays pour lesquels des données représentatives sont disponibles, les taux de retard de croissance ont diminué au cours des dernières années. Six pays d'Amérique latine, dont le **Brésil**, la **Colombie**, **El Salvador**, le **Mexique**, le **Nicaragua** et la **République dominicaine** sont sur la bonne voie pour réduire le retard de croissance de moitié d'ici 2015, tandis que la **Bolivie**, le **Costa Rica** et **Haïti** sont à 3 points de pourcentage d'être sur la bonne voie. Le retard de croissance constitue la plus grave menace pour l'Amérique centrale et les pays andins. Elle affecte la moitié des Guatémaltèques et entre un quart et un tiers des Boliviens, Équatoriens, Haïtiens, Honduriens et Péruviens.

27. Les carences en micronutriments, tels le fer, la vitamine A et l'iode, sont représentatives également des importants problèmes nutritionnels de la Région, bien qu'ils ne soient pas des indicateurs des OMD. La prévalence de l'anémie chez les jeunes enfants a très peu diminué, passant de 34 % à 33 % pour les 10-12 ans, dans 16 pays pour lesquels des données conjoncturelles sont disponibles. Pour les femmes non enceintes en âge de procréer, l'anémie n'a diminué que légèrement, passant de 21 % à 20 % pendant une période similaire. La tendance est meilleure chez les femmes enceintes : la prévalence de l'anémie dans ce groupe est passée de 43 % à 28 % dans 15 pays en 10 ans. Des améliorations ont également été observées dans les troubles liés aux carences en iode. Des données ne sont pas disponibles pour évaluer les progrès dans la carence en vitamine A.

28. Alors que les données sur la faim des OMD n'ont pas été compilées pour les **États-Unis** et le **Canada**, des indicateurs montrent que, en 2007, 0,8 % des ménages des **États-Unis** avec enfants ont eu un ou plusieurs de leurs enfants qui ont souffert d'une « très faible sécurité alimentaire », qui se caractérise par la prise de repas de manière irrégulière et avec des apports alimentaires en dessous des niveaux considérés adéquats par les soignants (USDA). En 2007-2008, 2,7 % des ménages canadiens étaient « en insécurité alimentaire sévère » qui se caractérise par un apport alimentaire réduit et des habitudes alimentaires perturbées par un manque d'argent pour se procurer de la nourriture (ESCC/Santé **Canada**).

OMD-4 : Réduire la mortalité infantile**Cible et indicateurs sur la mortalité infantile de l'OMD-4**

Cible A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

Indicateurs :

- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- Taux de mortalité infantile
- Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole

29. Les pays des Amériques ont réalisé des progrès significatifs dans la réduction de la mortalité infantile (moins de 1 an) et de la mortalité des enfants (de moins de 5 ans). Au **Canada** et aux **États-Unis d'Amérique**, où les taux de base étaient déjà très bas, les récents changements ont été faibles. La mortalité infantile a diminué de 4 % au **Canada** entre 2001 et 2006 (de 5,2 à 5,0 pour 1 000 naissances vivantes). Aux **États-Unis**, durant la même période, la mortalité infantile a baissé de 7,4 % (passant de 6,8 à 6,7 pour 1 000).

30. En 2009, l'Amérique latine et les Caraïbes possédaient le taux le plus bas de mortalité infantile de toutes les régions en développement, à 19 pour 1 000 naissances vivantes, ainsi que la plus forte baisse (55 %) depuis 1990. Pour atteindre la cible de l'OMD sur la réduction de la mortalité infantile en 2015, les pays devaient avoir atteint en 2009 une réduction d'au moins 50,2 % depuis 1990, ce qui veut dire que la Région est sur la bonne voie pour atteindre l'OMD 4.

31. Cette progression reflète un certain nombre de facteurs. Parmi eux se trouvent un accès élargi et l'amélioration des interventions essentielles en matière de soins de santé, tels que la vaccination, le soutien à l'allaitement, les soins aux enfants et la thérapie de réhydratation orale pour les maladies diarrhéiques, ainsi que l'expansion des services de base pour l'eau potable et l'assainissement. D'autres facteurs importants comprennent une amélioration des niveaux d'éducation, notamment chez les femmes, une réduction des taux de fécondité et des réductions des niveaux de pauvreté.

32. Ces moyennes régionales masquent, néanmoins de plus grands écarts entre les pays. En plus du **Canada** et des **États-Unis**, plusieurs pays et territoires, y compris le **Chili**, le **Costa Rica**, **Cuba** et l'**Uruguay** en Amérique latine, et **Anguilla**, la **Guadeloupe**, la **Guyane française**, la **Martinique** dans les Caraïbes ont atteint des taux de mortalité infantile de 10 pour 1 000 ou plus bas, comparables ou meilleurs que ceux de beaucoup de pays développés. En revanche, la **Bolivie** et **Haïti** ont des taux huit fois plus

élevés, entre 50 et 80 décès pour 1 000 naissances vivantes. Le **Guyana**, **Suriname** et la **Trinité-et-Tobago** ont des taux entre 20 et 40 pour 1 000, selon diverses estimations.

33. D'importantes disparités de la mortalité infantile existent entre les pays de la Région. Aux **États-Unis**, la mortalité infantile est presque deux fois plus élevée que la moyenne nationale chez les nouveau-nés de mère noire non-hispanique, 13 contre 6,7 pour 1 000 naissances vivantes et le taux chez les nouveau-nés de mères Portoricaines est de 44 % plus élevé que chez les femmes blanches non-hispaniques (CDC, 2006). En Amérique latine, les estimations des décès d'enfants de femmes âgées de 25 à 39 varient de manière frappante entre les petites divisions administratives dans un certain nombre de pays, allant de moins de 3 % à plus de 25 % dans différentes régions du **Mexique**, **Guatemala**, **Nicaragua** et **Panama** (CELADE, 2000). Des disparités existent également entre les zones urbaines et les zones périurbaines des grandes régions métropolitaines et entre les groupes ethniques ou autochtones et la population en général, avec des écarts beaucoup plus importants d'un pays à l'autre.

34. Concernant la mortalité des enfants (de moins de 5 ans), l'Amérique latine et les Caraïbes dans leur ensemble ont enregistré une baisse de 79,1 % entre 1991 et 2009 et presque tous les pays ont enregistré des baisses supérieures à 50 %, suffisantes pour atteindre les objectifs de réduction d'ici 2015 (CELADE et Division de la population de l'ONU). Comme avec la mortalité infantile, les taux actuels continuent néanmoins de varier considérablement entre les pays et les territoires, allant de plus de 50 pour 1 000 de naissances vivantes en **Bolivie**, en **Haïti** et au **Guyana** à moins de 10 pour 1 000 au **Chili**, à **Cuba** et en **Guadeloupe**.

OMD-5 : Améliorer la santé maternelle

Cibles et indicateurs sur la santé maternelle de l'OMD-5

Cible A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

Indicateur :

- Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié

Cible B : Rendre l'accès à la médecine procréative universelle d'ici à 2015

Indicateurs :

- Taux de prévalence de la contraception
- Taux de natalité parmi les adolescentes
- Couverture des soins prénatals
- Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

35. La mortalité maternelle varie fortement entre les pays des Amériques, de 50 décès pour 100 000 naissances vivantes en **Argentine**, au **Canada**, au **Chili**, au **Costa Rica**, à **Cuba**, aux **États-Unis** et en **Uruguay** à un maximum de 630 décès pour 100 000 naissances en **Haïti**. Dans les Caraïbes, les trois pays ayant la plus forte mortalité maternelle sont le **Suriname** (184,3 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2007), le **Guyana** (112,5 décès en 2007) et la **Jamaïque** (95 morts en 2001-2003) (Indicateurs de base de l'OPS).

36. Selon les données de l'OPS/OMS, la mortalité maternelle a diminué de 40 % dans les Amériques entre 1990 et 2008, de 140 à 84 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les progrès sur cet indicateur sont néanmoins difficiles à suivre en raison de la qualité des données et de problèmes de couverture. Certains pays ont amélioré leurs déclarations de décès maternels, qui peuvent masquer des améliorations récentes de la mortalité maternelle. Dans d'autres pays, la mortalité maternelle serait vraisemblablement sous-évaluée à près de 50 %. Bien que les données disponibles montrent que 15 pays dans la Région ont connu des baisses entre 1990 et 2008, beaucoup d'entre eux sont susceptibles de ne pas atteindre la cible des OMD d'ici 2015.

37. Des estimations récentes suggèrent néanmoins qu'un peu plus de 10 000 décès maternels ont lieu chaque année aux Amériques et beaucoup d'entre eux seraient évitables grâce à des interventions communes.

38. Les principales causes de la mortalité maternelle comprennent des causes obstétricales directes telles que les troubles hypertensifs (pré-éclampsie et éclampsie), l'hémorragie, l'avortement et la septicémie et d'autres infections après l'accouchement. Les causes indirectes comprennent les infections comme le VIH et les maladies à transmission vectorielle telles que le paludisme qui constituent des facteurs contributifs aux décès maternels.

39. Parmi les facteurs les plus étroitement liés à la mortalité maternelle se trouvent la maladie et l'absence de personnel de santé qualifié pendant l'accouchement. L'Assemblée générale des Nations Unies de 1999 a établi le seuil de 90 % des naissances avec une attention professionnelle comme cible pour 2015. Un certain nombre de pays de la Région, y compris la **Bolivie**, le **Guatemala**, **Haïti** et le **Pérou** sont loin d'atteindre cet indicateur. Le **Honduras**, le **Nicaragua** et le **Paraguay** sont également en deçà, mais à un degré moindre (CEPALC). Une assistance qualifiée à la naissance ne suffit pas pour garantir une réduction de la mortalité maternelle. La qualité et l'efficacité des soins, ainsi que les retards dans la recherche de soins médicaux plus spécialisés sont tout aussi importants.

40. La cible de l'accès universel à la santé reproductive de l'OMD-5 a été ajoutée en 2005, reflétant la prise de conscience de son importance dans l'amélioration de la santé

maternelle et de la réduction des décès maternels. Les indicateurs pour cette cible sont le taux de contraception, le taux de natalité parmi les adolescentes, la couverture des soins prénatals et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

41. Globalement, la couverture des soins prénatals est relativement élevée en Amérique latine et aux Caraïbes avec plus de trois femmes sur quatre recevant plus de quatre visites prénatales dans sept des 11 pays qui ont fourni des données pour cet indicateur (CEPALC). L'accès aux soins prénatals et à l'accouchement assisté est néanmoins bien plus faible dans les zones rurales et chez les populations autochtones et afro-descendantes.

42. Vis-à-vis de la fécondité des adolescentes en Amérique latine et aux Caraïbes, les naissances entre 15 à 19 ans restent élevées. Elles ont diminué de 7,2 % seulement depuis 1990 (CEPALC). L'Afrique sub-saharienne est la seule région qui a présenté une baisse de la fécondité chez les adolescentes inférieure (5,7 %) durant cette période.

43. Les grossesses non désirées contribuent vraisemblablement à un quart des décès maternels (Rapport de l'ONU de 2007 sur les OMD). Dans un certain nombre de pays d'Amérique latine, l'utilisation de contraceptifs chez les femmes en âge de procréer reste faible, même si l'écart entre les zones urbaines et rurales s'est réduit dans la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles (CEPALC). D'autre part, la majorité des pays a réduit la demande non satisfaite à la planification familiale et les inégalités d'accès entre les différents secteurs sociaux (CEPALC). Pourtant, d'énormes progrès restent à accomplir avant que chaque personne dans la Région puisse avoir accès à des services de santé sexuelle et reproductive complets et de bonne qualité.

OMD-6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

Cibles et indicateurs sur le VIH/sida de l'OMD-6

Cible A : D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle

Indicateurs :

- Taux de prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 24 ans
- Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque
- Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida
- Taux de scolarisation des orphelins para rapport aux non orphelins âgés de 10 à 14 ans

Cible B : D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida

Indicateur :

- Proportion de la population au stade avancé de l'infection par le VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux

44. L'épidémie de VIH a eu un impact inégal sur les différentes sous-régions des Amériques. Avec près de 1 % des adultes (entre 15 et 49 ans) infectés, les Caraïbes présentent la plus forte prévalence du VIH de n'importe quelle région du monde autre que l'Afrique sub-saharienne. En Amérique du Nord, centrale et du Sud, la prévalence est estimée à 0,5 % (ONUSIDA).

45. Les tendances récentes des nouvelles infections varient également par sous-région. Entre 2001 et 2009, les nouvelles infections dans les Caraïbes ont diminué de 15 % (de 20 000 à 17 000) et en Amérique centrale et en Amérique du Sud, de 7 % (de 99 000 à 92 000), pendant la même période. Le nombre de nouveaux cas a augmenté de 6 % en Amérique du Nord (de 66 000 à 70 000). À l'échelle de la Région, cela représente une baisse supplémentaire de 3 % des nouveaux cas pendant cette période.

46. L'évolution de la mortalité a varié considérablement dans les Amériques. Aux **États-Unis** et au **Canada**, les décès dus au sida ont baissé de façon spectaculaire après l'introduction du traitement antirétroviral hautement actif (TAHA). Au **Canada**, le nombre de décès attribués au VIH a diminué 76 % de 1995 à 1999 et 16 % de 2000 à 2006, la dernière année pour laquelle des données sont disponibles (ASPC). Aux **États-Unis**, le taux de mortalité ajusté dû à l'infection par le VIH selon l'âge a diminué de 28 % de 1995 à 1996, 46 % de 1996 à 1997 et 18 % de 1997 à 1998. Après 1998, la diminution annuelle variait de 3 % à 8 % (CDC). Néanmoins, le sida reste l'une des principales causes de décès chez les personnes âgées de 25 à 44 ans aux **États-Unis** et en particulier parmi les noirs/afro-américains et les hispaniques.

47. En Amérique latine, plusieurs pays, dont l'**Argentine**, le **Brésil**, le **Chili** et le **Costa Rica**, ont sensiblement réduit la mortalité due au VIH/sida à travers l'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV). Dans d'autres pays, y compris la **Colombie**, l'**Équateur** et le **Venezuela**, la mortalité due au VIH reste stable ou a augmenté.

48. Aux Amériques, les groupes les plus touchés par l'épidémie continuent d'être des hommes ayant des rapports avec les hommes, les utilisateurs de drogues injectables et les travailleurs du sexe. La proportion de femmes avec le VIH s'est stabilisée à environ 34 % des personnes vivant avec le VIH en Amérique latine et à 48 % des personnes atteintes du VIH dans les Caraïbes (ONUSIDA/OPS/UNICEF).

49. En termes d'utilisation du préservatif, les études montrent que plus d'hommes (69 %) que de femmes (40 %) qui ont eu plus d'un partenaire sexuel les 12 derniers mois ont employé des préservatifs. En Amérique latine et les Caraïbes, seuls trois pays ont signalé que des préservatifs étaient mis à disposition des adolescents à l'école (ONUSIDA/OMS). Les études montrent également l'utilisation accrue des préservatifs chez les travailleurs du sexe et leurs clients, mais des lacunes subsistent dans les efforts

de prévention, particulièrement chez les hommes ayant des rapports avec les hommes et les utilisateurs de drogues injectables (ONUSIDA/OMS).

50. La connaissance de la transmission et la prévention du VIH varie considérablement entre les pays de la Région. Les estimations de la proportion de jeunes femmes âgées de 15 à 24 ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH varient de 9 % au **Guatemala** à 89 % en **Argentine**, tandis que la proportion de jeunes hommes avec de telles connaissances varie de 10 % au **Guatemala** à 82,3 % en **Argentine** (ONUSIDA/OMS). Dans les Caraïbes, le pourcentage de tous les jeunes ayant une connaissance exacte et complète se trouvait en dessous de 60 % en 2007, avec une pointe de 56 % à **Trinité-et-Tobago** et une chute à 5, % à **Aruba** (PNUD/DMN **Belize**).

51. En relation au progrès vers l'accès universel au traitement pour le VIH, 50 % de la population en Amérique latine et aux Caraïbes suivait, à partir de 2009, le traitement antirétroviral dont il avait besoin. Le niveau le plus élevé entre les régions à faibles et moyens revenus de l'OMS. La couverture était plus élevée pour les femmes (55 %) que pour les hommes (49 %) et même supérieure (58 %) pour les enfants de moins de 15 ans ayant besoin d'ARV. Néanmoins, la couverture estimée pour les enfants dans les Caraïbes a été seulement de 29 %, comparée au 68 % des enfants en Amérique latine. Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant a augmenté de 19 % en 2004 à 54 % en 2009, avec une couverture légèrement supérieure dans les Caraïbes (59 %) par rapport aux pays d'Amérique latine (53 %).

52. Comme avec d'autres indicateurs des OMD, des différences significatives des niveaux de couverture du traitement antirétroviral existent entre les pays. **Cuba** et le **Guyana** sont actuellement les seuls pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui ont atteint une couverture de 80 %, le point de comparaison en matière « d'accès universel » à l'ARV (OMS, 2009). Sept autres pays, **Argentine, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, Mexique** et **Suriname**, présentaient entre 50 % et 80 % de couverture pour 2009. D'autres pays présentaient une couverture inférieure à 50 % ou ne possédaient pas les données suffisantes pour estimer les niveaux de couverture.

53. L'**Argentine**, le **Brésil**, l'**Équateur**, le **Guyana** et la **Jamaïque** sont parmi les 11 pays en développement du monde qui ont atteint l'objectif de couverture de 80 % avec l'ARV pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. La moitié des 14 pays en développement du monde entier qui ont atteint une couverture de 80 % de la couverture ARV se trouvent dans la Région : **Argentine, Brésil, Guyana, Jamaïque, Panama, Paraguay** et **Uruguay**.

54. Évaluer les tendances de la couverture du traitement antirétroviral en Amérique latine et aux Caraïbes au cours de la dernière décennie est difficile en raison de

problèmes de données et de changements dans les critères de l'OMS pour savoir qui a besoin d'un traitement et quand. Au niveau mondial, la recommandation de 2010 de l'OMS visant à modifier le seuil de CD4 de comptage des cellules pour initier un ARV s'est traduite par une augmentation de 45 % du nombre total estimé de personnes ayant besoin d'un ARV en 2009 dans les pays à faibles et moyens revenus.

55. Il est actuellement plus facile de comparer le nombre absolu de personnes qui ont besoin d'avoir accès aux ARV et qui ont accès au fil du temps. En Amérique latine et les Caraïbes, ce nombre est passé de 192 000 en 2002 à 478 000 en 2009, soit une augmentation de 149 % (des données comparables ne sont pas disponibles sur la couverture ARV au **Canada** et aux **États-Unis**).

Cible et indicateurs sur le paludisme et la TB de l'OMD-6

Cible C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle

Indicateurs :

- Incidence du paludisme et taux de mortalité dû à cette maladie
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide
- Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés
- Incidence, prévalence de la tuberculose et taux de mortalité due à cette maladie
- Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation

56. Aux Amériques, le paludisme est toujours endémique dans la majorité des pays (sauf au **Canada**, **Chili**, **États-Unis**, **Uruguay**, îles des Caraïbes autres qu'Hispaniola)¹. Dans les 21 pays d'endémie, les efforts coordonnés de contrôle et de traitement ont contribué à une réduction de 52 % des cas de paludisme depuis 2000 et à 69 % de diminution du nombre de décès. L'incidence a diminué dans 18 pays entre 2000 et 2009 et dans neuf d'entre eux, **Argentine**, **Belize**, **Costa Rica**, **El Salvador**, **Équateur**, **Guatemala**, **Nicaragua**, **Paraguay** et **Suriname**, la diminution était supérieure à 75 %, atteignant efficacement la cible des OMD pour le paludisme.

57. Quatre autres pays, **Bolivie**, **Brésil**, **Honduras** et **Mexique**, ont montré entre 50 % et 75 % de diminution de l'incidence du paludisme. Le **Venezuela**, la **République**

¹ Les pays non endémiques des Amériques ont récemment signalé à l'OPS/OMS une moyenne de 1 825 cas de paludisme (importés et introduits) chaque année, la plupart aux États-Unis (1 414) et au Canada (385).

dominicaine et **Haïti** ont présenté une augmentation de l'incidence du paludisme entre 2000 et 2009, toutefois, la tendance depuis 2005 a été à la baisse dans tous les pays endémiques à l'exception d'**Haïti**.

58. Beaucoup de ces progrès sont dus au succès des efforts pour suivre le développement de la résistance aux médicaments antipaludiques et à l'ajustement en conséquence des schémas thérapeutiques (ces efforts sont décrits plus en détail dans le chapitre II). Par exemple, après le changement de sa politique de traitement en 2004 basée sur des études d'efficacité des médicaments, le **Suriname** a observé une diminution de 82 % des cas de paludisme au cours des quatre années suivantes. Des tendances similaires ont été observées en **Bolivie**, au **Brésil**, en **Colombie**, en **Équateur** et au **Pérou**.

59. L'incidence de la tuberculose a diminué dans la Région des Amériques depuis les années 1980, selon les données de l'OMS et le déclin s'est accéléré après la mise en œuvre généralisée du traitement direct à court terme et sous observation (DOTS) pendant les années 1990. Selon les estimations de l'OMS, les Amériques ont réduit la prévalence de la tuberculose de 97 cas pour 100 000 habitants en 1990 à 38 pour 100 000 en 2009 (soit une diminution de 60 %) et le nombre de décès par tuberculose est passé de huit pour 100 000 en 1990 à 2 pour 100 000 en 2008 (une diminution de 75 %). Étant donné que les deux chiffres représentent des baisses de plus de 50 %, la Région dans son ensemble a déjà atteint la cible d'arrêter et de commencer à inverser l'incidence de la tuberculose.

60. Les progrès de chaque pays sont, quant à eux, très inégaux. Le **Chili**, le **Costa Rica**, **Cuba**, ainsi que le **Canada** et les **États-Unis** ont mis en œuvre des plans d'éradication de la tuberculose qui ont réduit l'incidence à moins de 10 pour 100 000 habitants, atteignant ainsi efficacement la réalisation des OMD pour la tuberculose. D'autres pays, 14 au total, ont connu des baisses de plus de 50 % de la prévalence et de la mortalité de la tuberculose entre 1990 et 2009, tandis que 10 pays n'ont réalisé que de modestes réductions. Six pays, **Antigua-et-Barbuda**, **Belize**, **Jamaïque**, **Paraguay**, **Suriname** et **Trinité-et-Tobago** ont enregistré une augmentation de l'incidence ou des décès, ou les deux, et ils pourront difficilement atteindre la cible de l'OMD d'ici 2015. Plusieurs de ces pays ont des épidémies de VIH simultanées et la coinfection avec la tuberculose et le VIH est un défi majeur à surmonter, ainsi que la tuberculose multirésistante (MDR-TB) et la tuberculose chez des populations marginalisées difficiles d'accès. Bien que tous les pays d'Amérique latine consacrent une partie de leurs efforts au diagnostic et au traitement de la tuberculose dans les populations marginalisées, leurs efforts sont en deçà de ce qui est généralement nécessaire pour atteindre l'objectif de « Partenariat Halte à la tuberculose » consistant à traiter au moins 85 % des cas.

OMD-7 : Préserver l'environnement de manière viable

Cible et indicateurs sur l'eau et l'assainissement de l'OMD-7

Cible C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à de services d'assainissement de base

Indicateurs :

- Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée
- Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées

61. L'accès à l'eau et à l'assainissement, ainsi qu'un toit, ont été définis comme un droit humain essentiel pour assurer une qualité de base de l'environnement de vie des personnes et ils sont, en fin de compte, l'un des principaux déterminants sociaux de la santé.

62. La Région des Amériques a considérablement augmenté l'accès à l'eau potable et à l'assainissement depuis 1990 et elle est sur la bonne voie pour atteindre les respectives cibles des OMD. La proportion de la population sans eau potable de meilleure qualité a diminué de 16 % à 9 % entre le début des années 1990 et le milieu des années 2000, une réduction de 44 % en approximativement une décennie. La proportion de personnes sans installations sanitaires améliorées est passée de 32 % à 22 % pendant la même période, pour une réduction d'à peine 30 % en un peu plus de 10 ans (CEPALC). Un tel rythme est amplement suffisant pour atteindre le 50 % de réductions nécessaires pour 2015.

63. Des progrès ont également été accomplis dans la réduction des écarts d'accès entre les résidents des régions rurales et urbaines. Le pourcentage de résidents urbains ayant accès à des ressources améliorées d'eau potable est passé de 95 % en 1990 à 97 % en 2008, tandis que la proportion d'habitants de zones rurales est passée de 63 % à 80 %. Néanmoins, en 2008, près de 40 millions de personnes dans la Région manquaient d'un accès amélioré à des sources d'eau potable et près de 115 millions de personnes étaient toujours sans installations d'assainissement améliorées (OMS/UNICEF), appelant à des progrès même après la réalisation des OMD.

OMD-8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Cibles et indicateur sur l'accès aux médicaments essentiels de l'OMD-8 :

Cible E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement

Indicateur :

- Proportion de la population pouvant se procurer les médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement

Accès à des médicaments abordables

64. Les données sur l'accès aux médicaments ne sont pas largement disponibles dans les Amériques, ce qui rend difficile d'évaluer les progrès des OMD dans ce domaine. Une étude récente de l'OPS/OMS au **Guatemala, Honduras et Nicaragua** a constaté que, en moyenne, 80 % des ménages avaient accès aux médicaments pour les problèmes de santé courants, y compris les maladies chroniques et aiguës et la grossesse. Les dépenses en médicaments s'élèvent en moyenne à 58 % des dépenses totales de santé des ménages.

65. Sur toutes les dépenses nationales en produits pharmaceutiques, les estimations de l'OPS/OMS basées sur les données de 2008 de 21 pays montrent que 78 % sont des dépenses réalisées par les ménages, tandis que 22 % sont constituées par les dépenses des institutions publiques. Cette situation contraste fortement avec les recommandations de l'OMS sur le financement du système de santé qui stipulent que les dépenses directes des ménages ne devraient pas dépasser 15 à 20 % des dépenses totales de santé pour éviter qu'un nombre trop important de ménages ne subisse une catastrophe financière.

66. Les principaux obstacles à l'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels et aux ressources de santé publique comprennent la rareté des ressources, l'inadéquation des systèmes de financement et la capacité insuffisante d'évaluation, de réglementation et de gestion des approvisionnements des produits, y compris la prévision, la programmation et la planification. D'autre part, de nombreux pays manquent de la capacité de réglementation nécessaire pour l'enregistrement rapide des nouveaux médicaments génériques et peu d'entre eux proposent des incitatifs pour le développement des marchés génériques ou promeuvent l'usage rationnel des médicaments génériques. Par ailleurs, le manque de transparence dans les pratiques de prescription et de délivrance signifie souvent que les consommateurs effectuent plus de dépenses que celles étant nécessaires pour avoir accès aux médicaments essentiels.

67. Un domaine important de progrès dans l'accès aux médicaments essentiels en Amérique latine et les Caraïbes est l'utilisation croissante du Fonds stratégique de l'OPS et du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, seringues et fournitures connexes de l'OPS (voir également le chapitre 2). Les deux fonds d'aide diminuent les coûts des médicaments et des fournitures pour les États Membres de l'OPS/OMS en fournissant de la coopération technique en matière de planification et de gestion de l'approvisionnement, de consolidation des achats, et en négociant directement des prix avec les fabricants de produits pharmaceutiques.

Les partenariats régionaux

68. Bien que la Région des Amériques ait connu une baisse de sa part d'aide publique au développement, elle a produit ou participé à une multitude d'alliances, de partenariats et d'initiatives conjointes qui favorisent le développement et la santé équitable. Les initiatives régionales créées spécifiquement pour promouvoir les OMD incluent l'Alliance de la santé du nouveau-né pour l'Amérique latine et les Caraïbes², le Groupe de travail régional inter-organisations pour la réduction de la mortalité maternelle³ (GTR), l'Initiative Maternité sans risque⁴, et l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement⁵.

69. Ces alliances et d'autres alliances entre les agences des Nations Unies et d'autres organisations actives dans la Région ont augmenté la visibilité et l'engagement politique, créé des synergies et réduit le chevauchement et le dédoublement des efforts entre les acteurs travaillant en vue d'objectifs similaires. Elles ont également aidé les pays à faibles et moyens revenus de la Région ainsi que les petits pays insulaires en développement à

² Ses membres comprennent l'OPS/OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), ACCESS, BASICS, le Groupe CORE, Plan USA, University Research Co./Centre for Human Services (URC/CHS), Save the Children/Saving Newborn Lives, l'Association latino-américaine de pédiatrie (ALAP), la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et la Fédération latino-américaine des sociétés d'obstétrique et de gynécologie (FLASOG).

³ Ses membres comprennent l'OPS/OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies (FNUAP), l'USAID, la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement (BID), le Conseil de la population, Family Care International (FCI), la Fédération latino-américaine des Sociétés d'Obstétrique et de Gynécologie (FLASOG), la Fédération panaméricaine des professionnels en soins infirmiers (FEPPEN) et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM).

⁴ Ses membres comprennent des membres du Groupe de travail régional inter-organisations pour réduire la mortalité maternelle (GTR), ainsi que de l'Organisation des États américains (OEA) et de la Fondation La Caixa (Espagne).

⁵ Ses membres comprennent l'OPS/OMS, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'UNICEF, la CEPALC, le FNUAP, l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Programme alimentaire mondial (PAM), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS).

accéder aux ressources des principales sources de financement international, y compris l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), le Fonds espagnol pour la réalisation des OMD et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Chapitre II. Des objectifs aux résultats

OMD 1 : Réduire la faim

70. Comme indiqué au Chapitre I, plus de la moitié des pays d'Amérique latine et des Caraïbes semblent être sur la bonne voie au niveau national pour atteindre les cibles officielles des OMD en ce qui concerne la faim. Pourtant, les progrès varient encore entre les pays et au sein des pays. De plus, la malnutrition a ré-émergé et constitue un problème dans plusieurs pays, et des réductions insuffisantes ont été réalisées au niveau des déficiences en micronutriments.

71. Depuis 2006, l'OPS/OMS a fourni une coopération technique dans ce domaine, dans le cadre de la Stratégie et le plan d'action régionaux sur la nutrition en santé et développement 2006-2015 (CD47.R8, 2006), la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS/UNICEF, 2003), et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981). En 2010, le 50^e Conseil directeur de l'OPS a approuvé la Stratégie et le plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (CD50.R11), dans le but de renforcer les activités proposées dans la stratégie régionale de 2006 au moyen d'une approche intégrée et intersectorielle qui aborde les déterminants sociaux de la malnutrition chronique et incorpore des interventions qui ont fait leurs preuves dans les soins de santé primaires. L'OPS/OMS a promu cette nouvelle stratégie tout au long de la période 2010-2011 et a appuyé sa mise en œuvre dans neuf États Membres : **Belize, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, le Pérou et la République dominicaine.**

72. Un des éléments clés de la nouvelle stratégie est constitué par son approbation de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (PAND). Établie en 2008 par l'équipe des Directeurs régionaux des Nations Unies (UNDG-LAC), PAND facilite la coopération inter-agences concernant des interventions fondées sur des données factuelles, inter-programmatiques et multisectorielles pour s'attaquer aux multiples causes de la malnutrition.

Coopération technique en nutrition en Bolivie et au Salvador

L'OPS/OMS a appuyé deux initiatives majeures de nutrition au cours de la période 2010-2011 qui illustrent l'approche multisectorielle et multi-agences encouragée par PAND. Les deux initiatives ont été financées par le Fonds de réalisation des OMD d'Espagne et ont contribué à faire progresser l'OMD-1 ainsi que l'OMD-4.

La première, en **Bolivie**, est un programme de trois ans (2010-2012) dans lequel interviennent neuf ministères centraux, 22 administrations municipales et six agences des Nations Unies, dont l'OPS/OMS. Il s'efforce de renforcer la capacité locale en matière de sécurité alimentaire et de nutrition dans les départements de Cochabamba et Chuquisaca et appuie le programme

multisectoriel de malnutrition zéro du pays. Les bénéficiaires incluent quelque 321 000 familles vivant dans 360 communautés.

Le programme travaille avec des organisations communautaires, des groupes de femmes, des étudiants et des enseignants, des bénévoles de la santé, des agents de santé et les autorités locales, à l'aide d'interventions portant sur l'éducation en santé pour les femmes enceintes, la promotion d'une alimentation complémentaire pour les nourrissons allaités, et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pour les enfants âgés de moins de cinq ans (stratégie de PCIME). Il comporte également des mesures pour accroître l'autosuffisance alimentaire et améliorer les sources d'eau et l'assainissement.

Depuis son lancement en 2010, le programme a formé près de 1 000 femmes chefs de file sur les bonnes pratiques en santé, nutrition et sécurité alimentaire, et quelque 730 agents communautaires de santé aux 10 pratiques clés de la PCIME en matière de nutrition de la famille et la communauté. Les agents communautaires de santé fournissent l'éducation en santé et nutrition à environ 11 000 familles ; ils suivent également leur état de santé et de nutrition et aiguillent ceux qui ont besoin de soins sur les installations sanitaires appropriées.

Le programme fournit également une formation en santé et nutrition à 600 enseignants d'écoles primaires et comprend une composante « écoles saines » qui mobilise les étudiants et les enseignants pour aider à assurer l'eau potable dans les écoles. Avec le suivi des sources d'eau par les Unités d'assainissement environnemental départementales, ces efforts ont pour but de réduire l'incidence des maladies diarrhéiques.

La seconde initiative au **Salvador**, appuie la mise en œuvre d'une nouvelle politique nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, dont la mise en place du Conseil national sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (CONASAN). Au cours de 2010-2011, l'OPS/OMS a fourni un appui au programme au niveau national en aidant à mettre à jour l'information sur la situation alimentaire et nutritionnelle au Salvador et à l'aide de coopération technique sur la fortification des aliments par les micronutriments (vitamine A, fer, acide folique et vitamines du complexe B).

Par ailleurs, l'Organisation a appuyé le Forum régional sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (FOROSAN), dont les membres incluent le Centre pour le soutien à l'allaitement (CALMA), le Centre national pour la technologie agricole et forestière (CENTA), l'Université de l'Orient (UNIVO), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), et la Fondation INTERVIDA.

Au niveau municipal, un appui a été fourni aux conseils de planification interinstitutionnelle dirigés par les maires et incluant des représentants du Ministère de la Santé, d'écoles locales, d'ONG et d'églises. Afin de faciliter l'analyse et la planification conjointes par les conseils, l'OPS/OMS a aidé à l'exécution d'une étude de référence portant sur la prévalence de la malnutrition globale, aiguë et chronique et l'anémie parmi les enfants de moins de cinq ans dans les trois municipalités.

L'OPS/OMS a aidé à former et à équiper 14 nouvelles équipes communautaires de santé

familiale (ECO), responsables du suivi et de la prestation des services de soins de santé primaires pour 600 familles chacune, ainsi que trois ECO supplémentaires qui fournissent des soins pédiatriques, gynécologiques, psychologiques et chirurgicaux plus spécialisés.

Ces efforts sont coordonnés par CONASAN et appuyés par les Ministères de la Santé, de l'Éducation et de l'Agriculture, le Secrétariat pour l'inclusion sociale, le Secrétariat technique de la Présidence du **El Salvador**, UNIVO et d'autres agences des Nations Unies incluant l'UNICEF, le PAM, la FAO et le PNUD.

73. Afin de promouvoir l'approche de PAND ailleurs dans la Région, l'OPS/OMS a organisé des réunions avec les autorités sanitaires et d'autres autorités publiques, des organisations de la société civile et des ONG internationales dans des pays incluant l'**Argentine**, la **Bolivie**, le **Guatemala**, **Panama**, le **Paraguay** et le **Pérou**.

74. Plusieurs autres initiatives sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle ont également été appuyées. Elles comprenaient la supplémentation en micronutriments et la fortification des aliments dans 11 pays (**Belize**, **Costa Rica**, **El Salvador**, **Équateur**, **Guatemala**, **Honduras**, **Nicaragua**, **Panama**, **Pérou** et **République dominicaine**), l'élaboration d'une base de données nationale des enfants souffrant de malnutrition aiguë au **Guatemala** et une enquête nationale des populations cibles au **Nicaragua**.

75. L'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI) a mis au point et promu un nouveau protocole régional pour la détection, la prévention et le traitement de l'anémie dans les établissements de soins maternels et infantiles dans les Caraïbes. Il tient compte de la prévalence élevée de l'anémie dans certains pays de la sous-région ainsi que des programmes actuels, de la recherche récente et des recommandations internationales sur l'anémie chez les femmes enceintes et les jeunes enfants dans le milieu clinique de santé maternelle et infantile. Le protocole souligne le dépistage, la supplémentation et l'usage d'aliments riches en fer et fortifiés ainsi que des mesures de santé publique telles que la lutte contre le paludisme et d'autres parasites. Il comprend des procédures pour le diagnostic et l'évaluation, ainsi que la détection, prévention et prise en charge de l'anémie à différents stades de la vie, en particulier les périodes vulnérables telles que la grossesse, le post-partum, la toute petite enfance et la prime enfance.

76. À **Cuba**, l'accent a été mis sur le renforcement, la surveillance, la prévention et les soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans souffrant d'anémie et la conception d'une composante de surveillance nutritionnelle de l'anémie pour les observatoires de santé de la mère et de l'enfant du pays. En **Bolivie**, l'Organisation a appuyé un programme destiné à détecter et traiter l'anémie des femmes enceintes, des bébés allaités, des enfants de moins de cinq ans et des enfants en âge scolaire. Une coopération technique a également été assurée pour incorporer la prévention de l'anémie dans le programme des soins obstétricaux gratuits (SOG) en **Haïti**.

77. De nombreux d'efforts ont pris place pour faire progresser l'OMD-1 dans le cadre de l'initiative Visages, Voix et Lieux. Dans la campagne **Brésilienne** par exemple, l'initiative a aidé à revitaliser l'Association de producteurs d'Olinda-Amparo et à mettre en œuvre un programme pour cultiver des plantes médicinales. L'initiative Visages, Voix et Lieux a également appuyé le programme de santé dans les écoles du pays, à l'aide d'évaluations nutritionnelles et d'une orientation pour les enfants et les adolescents dans 20 écoles.

78. Dans la région du Chaco en **Argentine, Bolivie et Paraguay**, Visages, Voix et Lieux a appuyé la formation de petits agriculteurs et de producteurs de bétail, organisé les femmes productrices de fruits et de légumes, de pain et d'objets artisanaux et encouragé les jardins potagers dans les écoles afin d'améliorer la nutrition de l'enfant.

79. À **Cuba**, l'Institut de médecine vétérinaire et les autorités locales ont mis en œuvre une stratégie de « municipalités productives » visant à améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle. La stratégie mise en place sur une base pilote dans quatre districts municipaux appuie les familles engagées dans l'agriculture et l'élevage et comporte un nouveau modèle de soins vétérinaires.

Les petites subventions font progresser l'OMD-1 dans les Caraïbes

L'Institut pour l'alimentation et la nutrition des Caraïbes (CFNI), le centre technique de l'OPS/OMS en **Jamaïque**, a établi un programme de petites subventions qui fait progresser la sécurité alimentaire et nutritionnelle tout en réduisant la pauvreté parmi les membres de groupes vulnérables. Le programme reconnaît les liens entre pauvreté, nutrition et santé et donne les moyens aux personnes à faible revenu de venir à bout des conditions qui mènent à la pauvreté et qui la prolongent, par le biais d'activités productives.

Au cours de 2010, le programme a accordé des subventions de l'ordre de \$10 000 à \$12 000 à six groupes communautaires à **St-Kitts-et-Nevis** pour appuyer des projets générateurs de revenu dont bénéficient principalement d'anciens travailleurs de canne à sucre qui ont été déplacés à la suite de la fermeture de l'industrie sucrière du pays en 2005. Les projets comprenaient une plantation de cacahuètes de 90 acres, des producteurs de poules et de lapins d'élevage, un petit agro-processeur et un fonds renouvelable pour l'achat d'équipement nouveau pour la pêche durable afin de remplacer l'équipement de pêche plus ancien.

Outre les subventions, le programme fournit une formation et une assistance technique, facilite les modalités d'adhésion et de fonds d'investissement collectif, et encourage la constitution de réseaux et le partage de l'information entre les bénéficiaires.

80. D'autres activités de coopération technique liées à la nutrition comportaient des évaluations par le CFNI des programmes alimentaires scolaires à la **Jamaïque, St-**

Vincent-et-les Grenadines et **Trinité-et-Tobago** et une assistance technique pour élaborer et publier des manuels de service alimentaire et des menus par cycle pour usage dans les écoles. Par ailleurs, l'Organisation a fourni un appui à la promotion de l'allaitement, « hôpitaux amis des bébés », et des nouvelles normes de croissance de l'enfant de l'OMS, décrites plus en détail dans l'OMD-4 ci-dessous.

OMD-3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

81. Le genre demeure un déterminant social clé aux Amériques, non seulement de l'inégalité économique mais aussi de l'état de santé et des perspectives. Le travail de l'OPS/OMS dans ce domaine cherche à accroître l'égalité des sexes en santé en tant que question de justice sociale, mais porte également sur les différences entre les besoins de santé et les risques des hommes et des femmes et des garçons et des filles afin d'améliorer la couverture, la rentabilité, l'efficacité et l'impact des interventions en santé.

82. Le cadre pour la coopération technique dans ce domaine est la politique de l'OPS en matière d'égalité entre les sexes de 2005 (CD46/12) et le Plan d'action régional de 2009 pour mettre en œuvre la politique en matière d'égalité entre les sexes. Ils guident la coopération technique de l'OPS/OMS dans ses États Membres, ainsi que sa propre gestion des ressources humaines, planification stratégique, suivi et évaluation.

83. L'Organisation a appuyé l'élaboration et l'exécution de plans d'égalité entre les sexes en **Bolivie**, au **Guatemala**, au **Nicaragua**, au **Paraguay** et au **Suriname**. Des lettres d'accord ont été signées avec la Commission des femmes ministres d'Amérique centrale (COMMCA) et le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique latine (COMISCA) pour incorporer le genre dans le Système d'intégration centraméricaine (SICA).

84. Dans la Région andine, un processus participatif pour la définition des indicateurs clés sur le sexe et la santé a abouti à une proposition consistant à les inclure dans les indicateurs sociaux utilisés par la Communauté andine.

85. Au **Nicaragua**, l'Organisation a appuyé la formulation et l'exécution initiale d'un projet sur le sexe et les maladies chroniques, qui se penche sur les barrières légales et sociales à la participation des filles dans les sports et l'activité physique, afin d'améliorer leur bien-être et de réduire leurs risques d'obésité et de maladie chronique.

86. Dans d'autres activités de coopération technique dans ce domaine, des directives d'égalité entre les sexes ont été utilisées pour examiner une proposition au Fonds mondial par RedTransSex, un réseau sud-américain de travailleurs du sexe, et une proposition et un guide d'interview pour étudier les aspects liés au sexe de la tuberculose à bacilles multirésistants (MDR-TB) au **Pérou** ont été finalisés.

87. L'Organisation a collaboré à plusieurs publications dans ce domaine qui ont été lancées au cours de 2010-2011, dont *Profile on Gender and Health in the Andean Subregion*, *Profile on Gender and Health for the Republic of Panama*, *Health of Men and Women in Central America and the Dominican Republic*, et une brochure statistique sur le sexe, la santé et le développement au **Costa Rica**. De plus, l'Organisation a lancé un nouveau cours virtuel sur le sexe et la santé mettant l'accent sur les droits de l'homme et la diversité culturelle, qui est maintenant disponible à travers le Campus virtuel de la santé publique.

88. En mars 2011, au cours d'un événement marquant la Journée internationale de la femme, l'OPS/OMS a honoré les gagnants du quatrième concours annuel « Bonnes pratiques qui incorporent la perspective d'égalité des sexes dans la santé », qui portait sur la prévention, les soins et le traitement du VIH. Les gagnants ont été une initiative de l'**Argentine** qui encourage la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH chez les adolescents de quartiers défavorisés, et une initiative de **Trinité-et-Tobago** qui offre des conseils et un traitement pour les couples dont un des membres est séropositif.

89. Au titre de son programme sexe, diversité et droits de l'homme, l'Organisation a également promu la santé et les droits de l'homme des populations autochtones. Ce travail incluait un appui technique au Plan interculturel andin sur la santé des groupes autochtones et au Plan interculturel andin sur les afro-descendants, ainsi qu'un projet de coopération technique entre pays (TCC) entre la **Colombie** et le **Brésil** pour promouvoir la santé parmi les populations de Rom.

90. En coordination avec le Centre latino-américain et des Caraïbes de démographie (CELADE) d'ECLAC et le FNUAP, l'OPS/OMS a collaboré avec des spécialistes des affaires autochtones et afro-descendants des ministères de la santé et de la société civile pour élaborer un premier projet d'une recommandation visant à inclure l'identification ethnique/raciale dans les statistiques de la santé, en fonction des expériences aux Amériques.

91. En mai 2011, l'Organisation a présidé le Groupe de soutien inter-agences sur les questions des populations autochtones pendant la 10^e session du Forum permanent des Nations Unies sur les questions autochtones à New York, et a aidé à organiser un événement parallèle sur les maladies non transmissibles dans les communautés autochtones.

92. Un nouveau CD et un guide écrit à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des populations autochtones la Convention 169 de l'Organisation mondiale du Travail pour les organisations de la société civile, les gouvernements, les agences des Nations Unies et autres parties prenantes, ont également été lancés.

OMD-4 : Réduire la mortalité infantile

93. Comme noté au Chapitre 1, l'Amérique latine et les Caraïbes ont la mortalité infantile la plus faible de toute région en développement ainsi que le taux le plus rapide de baisse de cet indicateur depuis 1990. Mais alors que la Région dans son ensemble est sur la bonne voie pour réaliser l'OMD-4, les progrès ont été inégaux entre les pays et au sein des pays. La coopération technique dans ce domaine a porté sur la consolidation des gains déjà obtenus et l'accélération des progrès dans les pays et les groupes de population qui sont à la traîne.

94. Une grande partie du travail dans ce domaine vise à réduire la mortalité néonatale, à savoir, les décès dans les premiers 28 jours de vie, qui représentent actuellement quelque 60 % de la mortalité parmi les enfants de moins d'un an dans la Région. La Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (CD48/7), approuvée en 2008 par le 48^e Conseil directeur de l'OPS, aborde les soins tout au long du cycle de la vie, y compris l'adolescence, la préconception, la grossesse, la naissance et l'enfance, non seulement dans les établissements de santé et les hôpitaux mais aussi à la maison et dans la communauté.

95. Un axe central de la stratégie est constitué par les soins prodigués durant les heures critiques après la naissance, lorsque la survie d'un bébé dépend en grande partie de la personne compétente qui soigne la mère et l'enfant. Le plan d'action souligne des interventions bien connues et efficaces par rapport au coût, dont les interventions de la PCIME, ainsi que les investissements destinés à renforcer les systèmes de santé, avec une attention particulière portée à la formation et au déploiement des professionnels de la santé, y compris les médecins, les accoucheuses et les infirmières.

96. En fonction de la stratégie régionale, la coopération technique aux États Membres a cherché à élaborer et exécuter des plans de santé néonatale. Au **Brésil**, en **Bolivie**, en **El Salvador**, au **Guatemala**, au **Honduras**, au **Nicaragua**, au **Pérou** et en **République dominicaine**, l'Organisation a aidé à incorporer des interventions néonatales fondées sur des données factuelles dans les normes et procédures pour les soins de la mère et de l'enfant. Au **Guyana**, elle a aidé à mettre en place un cours sur les « Soins essentiels au nouveau-né » et a développé un programme de soins néonataux dans le cadre du projet de l'hôpital Magnet.

97. Une méthodologie recommandée par l'OMS a été utilisée dans le développement de profils de santé néonatale et de l'enfant pour six pays : l'**Équateur**, le **Guatemala**, le **Honduras**, le **Nicaragua**, le **Panama** et la **République dominicaine**. Les profils ont utilisé des données désagrégées par zone géographique (départements ou provinces et municipalités) pour fournir une référence afin de suivre les progrès des OMD et pour

planifier et donner des priorités aux activités et aux investissements visant à réduire la mortalité néonatale, infantile et maternelle aux niveaux infranational et local.

98. Un module de formation régionale sur le suivi, la supervision et l'évaluation de la santé néonatale dans les hôpitaux et autres établissements de soins de santé a été élaboré, et six pays utilisent actuellement cet instrument pour améliorer les services néonataux : la **Bolivie**, l'**Équateur**, le **Guatemala**, le **Nicaragua**, **Panama** et la **République dominicaine**.

Améliorer la qualité des données pour les indicateurs des OMD

L'OPS/OMS a assuré la coopération technique au cours de la période 2010-2011 afin d'aider les États Membres à améliorer la qualité et la ponctualité des données qu'ils produisent pour suivre les progrès sur la voie de la réalisation des OMD.

Un effort spécial de cette tâche a consisté en la mise à jour des données chronologiques sur la mortalité infantile et maternelle au sein des indicateurs régionaux de base, qui comportent des données de l'ensemble des 48 pays et territoires aux Amériques. À compter du milieu de l'année 2011, la plupart des pays ont mis à jour leurs données chronologiques pour les indicateurs des OMD 4 et 5.

CLAP/WR a utilisé ces données pour identifier les femmes et les enfants vulnérables et pour formuler des interventions focalisées pour faire progresser les OMD 4 et 5. Afin de disséminer davantage les données, un espace virtuel a été créé au sein de l'Observatoire régional de la Santé, où les visiteurs peuvent discuter des indicateurs des OMD et échanger des approches analytiques.

Le bureau des pays des Caraïbes orientales (ECC) à la **Barbade** a accueilli un atelier au cours duquel les autorités sanitaires d'**Anguilla**, **Antigua-et-Barbuda**, la **Barbade**, les **îles Vierges britanniques**, la **Dominique**, **Grenade**, **Montserrat**, **St-Vincent-et-les Grenadines**, **St-Kitts-et-Nevis** et **Ste-Lucie** ont examiné leurs propres données chronologiques pour les OMD 4, 5 et 6 et ont appris la façon d'évaluer la qualité de l'information en santé d'une manière critique. En résultat de l'atelier, neuf des pays participants — **Anguilla**, **Antigua-et-Barbuda**, la **Barbade**, la **Dominique**, **Grenade**, **Montserrat**, **St-Vincent-et-les Grenadines**, **St-Kitts-et-Nevis** et **Ste-Lucie** — ont effectué des évaluations de leurs systèmes d'information en santé en utilisant des outils du Réseau métrique de santé et PRISM (Performance de la gestion du système d'information systématique).

99. Au niveau régional, l'Organisation a renforcé la coordination avec d'autres organismes travaillant à la santé de l'enfant au moyen de réunions mensuelles de l'Alliance de la santé du nouveau-né d'Amérique latine et des Caraïbes, dont les membres comptent également l'UNICEF, USAID, Save the Children, Plan International, le Groupe CORE, l'Association pédiatrique latino-américaine (ALAPE), la Fédération

panaméricaine d'infirmiers professionnels (FEPPEN), et la Fédération latino-américaine d'obstétrique et de gynécologie (FLASOG).

100. Afin de mieux coordonner les efforts en matière de santé de l'enfant entre les différents organismes internationaux, les institutions académiques et les ONG travaillant dans le même pays, l'Organisation a aidé à établir des « alliances nationales inter-agences » pour la santé de l'enfant dans six pays : la **Bolivie**, **El Salvador**, le **Guatemala**, le **Nicaragua**, le **Pérou** et la **République dominicaine**. Des alliances similaires devraient être établies dans six autres pays d'ici la fin de 2011 : **Colombie**, **Équateur**, **Guyana**, **Honduras**, **Panama** et **Paraguay**.

Alliance PCIME au Guatemala

Le **Guatemala** est l'un des douze pays où ont été établies des alliances inter-agences pour améliorer la santé et la survie de l'enfant. Le cadre pour le travail de l'alliance est la stratégie de PCIME. L'Organisation et d'autres membres de l'alliance — dont le Ministère de la Santé publique, UNICEF, Save the Children, OIT, USAID et l'Église de Jésus-Christ des saints des derniers jours — ont appuyé plusieurs activités au cours de la période 2010-2011 afin de mettre en œuvre la stratégie de PCIME dans le système de santé publique du **Guatemala**.

Les contributions dans ce domaine ont compris l'appui au développement d'une stratégie nationale et d'un plan de santé néonatale, la formation des agents et des responsables de santé, l'acquisition d'équipement médical pédiatrique et l'adaptation des directives et des manuels de PCIME au contexte guatémaltèque. Cette dernière activité comprenait des domaines tels que les interventions néonatales fondées sur les données factuelles, le suivi du développement précoce de l'enfant, les protocoles pour la prévention et le traitement de la maltraitance envers les enfants et la PCIME dans le contexte des soins, de la nutrition, de la grippe pandémique et des soins du VIH.

101. Un axe important de la coopération technique liée à la PCIME était constitué par le suivi du développement précoce de l'enfant au titre des soins primaires de santé systématiques. L'OPS/OMS a mis au point un instrument régional générique qui est utilisé dans huit pays : **Argentine**, **Brésil**, **Chili**, **Guatemala**, **Nicaragua**, **Paraguay**, **Pérou** et **République dominicaine**.

102. L'Organisation a également promu l'incorporation de la PCIME dans les programmes pédiatriques des écoles de médecine, en mettant l'accent sur les étudiants en dernière année, qui sont généralement tenus de travailler pendant plusieurs mois dans des communautés rurales ou vulnérables. Neuf pays au moins utilisaient la PCIME dans l'éducation médicale : **Argentine**, **Brésil**, **Bolivie**, **Équateur**, **Guatemala**, **Nicaragua**, **Pérou**, **République dominicaine** et **Uruguay**.

103. De même, le contenu de la PCIME a été incorporé dans les programmes infirmiers dans 10 pays : **Argentine, Chili, Cuba, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine** et **Uruguay**.

104. De plus, des outils d'apprentissage à distance ont été disséminés pour permettre aux pays de former de grands nombres de personnel de santé sur des interventions fondées sur des données factuelles.

105. Les efforts dans le domaine de la nutrition ont également contribué à améliorer la santé de l'enfant, y compris la promotion des normes de croissance de l'enfant de l'OMS et l'introduction de la mesure de la taille dans un nombre de pays qui n'utilisaient pas cet indicateur auparavant. La **Colombie, l'Équateur, Haïti, le Honduras, le Nicaragua** et le **Suriname** étaient parmi les pays dont les systèmes de santé ont adopté et mis en œuvre les nouvelles normes.

106. La promotion de l'allaitement était recommandée comme l'intervention la plus efficace pour accroître les chances de survie de l'enfant. Ceci comprenait l'appui aux « hôpitaux amis des bébés » — à savoir, les hôpitaux qui encouragent des pratiques cohérentes avec l'allaitement optimal des nourrissons — en **Bolivie**, au **Costa Rica**, en **Équateur**, au **Honduras**, au **Panama**, au **Paraguay** et en **République dominicaine**.

107. Par ailleurs, l'Organisation a soutenu l'établissement et la promotion de banques du lait dans des pays au **Costa Rica**, à **Cuba**, au **Nicaragua** et en **République dominicaine**, ainsi qu'au **Guatemala** où de nouvelles banques du lait ont été établies dans les hôpitaux dans les zones accusant des taux élevés de malnutrition aiguë. L'OPS/OMS a également appuyé le suivi du code de commercialisation des substituts du lait maternel en **Équateur**, au **Panama** et au **Pérou**, et a publié un document de rétrospective de 30 ans sur le code dans les pays d'Amérique latine, qui récapitulait les actions législatives importantes et l'état actuel du code dans chaque pays.

108. Un axe clé de la coopération technique concernant l'OMD-4 était constitué par le suivi et la surveillance des maladies et de la mortalité de l'enfant. On peut citer comme exemples le soutien à l'audit de la mortalité infantile au niveau infranational au **Costa Rica**, le renforcement de la capacité pour la surveillance du choléra et d'autres maladies diarrhéiques aux **Bahamas** et un système de suivi continu de la santé des enfants dans les garderies, les maternelles et les écoles primaires à **Montserrat**.

Immunisation

109. L'appui constant de l'Organisation à l'immunisation dans ses États Membres est fondamental aux efforts réussis pour réduire la mortalité infantile. En 2011, la Semaine de la Vaccination aux Amériques a célébré son neuvième anniversaire, avec la participation de 43 pays et territoires des Amériques, atteignant 41 millions d'enfants et

d'adultes avec des vaccins contre les maladies courantes de l'enfant ainsi que d'autres maladies infectieuses.

110. En résultat de ces efforts globaux d'assistance, des semaines de la vaccination parallèles se sont tenues simultanément en 2011 dans quatre autres Régions en plus des Amériques : l'Europe, la Méditerranée orientale, l'Afrique et le Pacifique occidental, avec un total de plus de 180 pays et territoires participant aux événements de la semaine de la vaccination. À la mi-2011, la planification était en cours pour une semaine de la vaccination mondiale proposée en 2012, qui coïnciderait avec le 10^e anniversaire de la Semaine de la Vaccination aux Amériques.

111. Un appui important à l'immunisation a été fourni à l'aide du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, l'initiative ProVac, et la formation et l'assistance technique dans tous les aspects de l'immunisation, de l'achat de vaccins et la maintenance de la chaîne du froid, à la surveillance et l'identification et ciblage des groupes de population prioritaires.

112. En **Colombie**, par exemple, l'Organisation a appuyé une revue de la couverture vaccinale par cohortes depuis 2002 et a aidé à estimer l'accumulation de populations susceptibles. En fonction de cette revue, la **Colombie** a entrepris un effort de vaccination en 2010 qui ciblait tous les enfants âgés d'un à huit ans — plus de six millions d'enfants — pour les vacciner contre la rougeole et la rubéole.

113. De même, les activités aux **Bahamas** et à îles **Turques et Caïques** ont compris une formation pour le personnel de vaccination, des conseils techniques et des orientations pour les comités nationaux de surveillance, et un soutien logistique pour l'achat et l'expédition des vaccins.

114. Le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins a fourni un appui vital aux efforts de vaccination des pays. Au cours de 2010 et de la première moitié de 2011, le Fonds a acheté près de US \$723 millions en vaccins, seringues et fournitures de la chaîne du froid au nom de 40 pays et territoires : **Anguilla, Antigua, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, îles Cayman, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, St-Kitts-et-Nevis, St-Martin, St-Vincent, Suriname, Ste-Lucie, Trinité-et-Tobago, îles Turques et Caïques, Uruguay, Venezuela** et les **îles Vierges britanniques**.

115. L'initiative ProVac, financée par la Fondation Bill & Melinda Gates, a continué à aider les pays à recueillir et analyser les données factuelles en vue des décisions sur l'introduction de nouveaux vaccins. ProVac a entrepris des activités en **Argentine, Bolivie, Équateur, Guatemala, Jamaïque, Nicaragua** et **Paraguay**. Ces activités

comprenaient les prises de décisions fondées sur des données factuelles concernant l'introduction de vaccins, la formation d'équipes nationales multidisciplinaires pour la collecte et l'analyse économique des données, et des orientations sur la planification de l'introduction effective de nouveaux vaccins lorsqu'elle est garantie par les données factuelles.

116. ProVac a également appuyé les activités de ses six Centres d'excellence, logés dans des institutions académiques en **Argentine**, au **Brésil**, en **Colombie** et au **Mexique**. Leur travail a compris le développement d'outils et de méthodologies pour aider les pays à effectuer leurs analyses économiques au niveau national concernant l'introduction de nouveaux vaccins et l'élargissement de la politique de vaccination.

117. L'OPS/OMS a continué sa collaboration étroite avec l'Alliance GAVI, qui assure le financement pour les vaccins dans les pays prioritaires. En 2010-2011, GAVI a financé les vaccins contre le rotavirus pour la **Bolivie**, le **Guyana**, le **Honduras** et le **Nicaragua** et les vaccins antipneumococciques pour le **Guyana**, le **Honduras** et le **Nicaragua**. Pour sa part, l'OPS/OMS a mis en œuvre un moratoire d'un an pendant 2010 sur l'achat du vaccin antipneumococcique décavalent (PCV10) pour appuyer la Garantie de marché (AMC) de GAVI pour les vaccins antipneumococciques, qui cherche à accélérer l'accès à ces vaccins par les pays éligibles à GAVI.

118. En résultat de tous ces efforts, 13 pays et territoires ont introduit de nouveaux vaccins infantiles dans leurs programmes de vaccination durant la période 2010-2011. Ces vaccins comprenaient le vaccin antirotavirus au **Guatemala**, au **Guyana** et au **Paraguay**, le vaccin antipneumococcique conjugué (PCV7) à **Aruba**, au **Brésil**, au **Chili**, en **Colombie**, à **Curaçao**, en **El Salvador**, en **Équateur**, au **Guyana**, au **Honduras**, au **Nicaragua** et à **Panama**. En outre, le **Pérou** a introduit le vaccin contre le papillomavirus humain (VPH) au début de 2011.

Nouveau plan de vaccination en Haïti

Un appui substantiel a été accordé au Ministère de la Santé publique et de la Population en **Haïti** pour formuler un nouveau plan qui s'efforce d'assurer la vaccination contre les maladies de l'enfant les plus prévalentes dans le pays, pour au moins 90 % des enfants de moins d'un an d'ici 2015. Le plan a été développé pour ré-établir et étendre la vaccination systématique en **Haïti**, qui a été interrompue par le séisme de 2010.

Le plan a pour but d'accroître la couverture vaccinale de 60 % à 90 % des enfants de moins d'un an, de garder **Haïti** exempt de polio, rougeole et rubéole, d'éliminer le tétanos maternel et néonatal d'ici 2015, d'introduire les nouveaux vaccins contre le rotavirus et le pneumocoque ainsi que le vaccin pentavalent contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib) et améliorer la surveillance de la vaccination en vue de la détection précoce de flambées évitables par la vaccination.

En mai 2011, les autorités sanitaires Haïtiennes ont présenté le nouveau plan à un groupe de partenaires internationaux, convoqué par l'OPS/OMS, qui avaient fait part de leur intérêt à fournir un appui allant d'un support financier à la formation des agents de santé. Les partenaires incluent l'UNICEF, l'Agence canadienne de développement international (CIDA), l'Alliance GAVI, le Projet Hope, USAID, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des **États-Unis** (CDC), le Ministère de la Santé du **Brésil**, l'Académie américaine de pédiatrie, l'Hôpital pour enfants de Denver, le Centre médical Maimonides à Brooklyn, le Département de la santé du Minnesota et le Centre médical de l'Université de Chicago.

Une série de réunions et de téléconférences a pris place avec les principaux experts internationaux en immunisation pour examiner la faisabilité de la vaccination contre le choléra en **Haïti**. L'Organisation a transmis les recommandations provisoires du groupe au Ministère de la Santé publique d'**Haïti** au début de 2011 et a continué à organiser des discussions entre les membres du groupe plus avant en 2011.

119. Le processus de vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) de la Région — domaines importants de progrès sur la voie de l'ODD-4 — s'est poursuivi durant cette période. Le dernier cas endémique de rougeole aux Amériques a été notifié en 2002 et le dernier cas de rubéole en 2009. Les pays de la Région ont décidé de vérifier l'élimination de ces maladies à la fin de 2012.

120. Au cours de 2010, l'Organisation a convoqué la première réunion d'un comité international d'experts pour contrôler le processus de vérification et a ensuite appuyé les commissions de vérification à niveau national dans le recueil et l'analyse des données sur ces maladies dans leurs propres pays. En mars 2011, les présidents des commissions au niveau national ont rencontré les membres du comité international d'experts pour discuter des efforts de vérification accomplis jusqu'à présent et le travail qui reste pour compléter le processus.

121. En juin 2011, une réunion d'un groupe de travail spécial a été tenue pour évaluer la situation des oreillons aux Amériques et faire des suggestions pour améliorer le contrôle et les stratégies de réponse en fonction des expériences des pays. Les recommandations du groupe ont été approuvées lors de la 19^e réunion du Groupe consultatif technique (TAG) sur les maladies évitables par la vaccination, qui s'est tenue en juillet 2011 à Buenos Aires.

122. L'Organisation a également appuyé la mise en œuvre de stratégies efficaces et ponctuelles pour traiter les rumeurs et les effets secondaires supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI), dans le but de maintenir la confiance publique dans les vaccins et les programmes de vaccination.

123. La coopération technique dans ce domaine a également compris l'appui aux efforts des pays pour développer et améliorer les registres électroniques nationaux d'immunisation nominale. Un atelier tenu à Bogota, en **Colombie**, en février 2011 a

rassemblé des experts de plus de 20 pays et des représentants d'organismes partenaires dont l'UNICEF, PATH, les CDC, le Sustainable Sciences Institute et le Latin American Open Source Health Informatics Group. Un résultat en a été la création d'une communauté de pratique, à travers laquelle les participants à l'atelier et d'autres experts dans ce domaine peuvent partager les problèmes, les enseignements tirés et les bonnes pratiques.

OMD-5 : Améliorer la santé maternelle

124. Comme discuté au Chapitre 1, la mortalité maternelle a baissé de quelque 40 % de 1990 à 2008 dans les Amériques prises dans leur ensemble, mais tous les pays n'ont pas partagé ces gains et les indicateurs actuels varient spectaculairement entre les différents pays. Un travail continu avec les États Membres a été entrepris pour améliorer la santé maternelle dans le cadre de la Stratégie régionale de 2002 pour la réduction de la mortalité et morbidité maternelles (CSP26.R13), la Stratégie régionale de 2008 pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (CD48.R5) et la Stratégie et plan d'action régionaux de 2008 pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (CD48.R4).

125. Un complément important au cadre régional a été constituée par le lancement en 2010 de l'initiative Maternité sans risque, un appel aux pays des Amériques pour redoubler leurs efforts afin de réaliser l'OMD-5. De plus, au cours de la période 2010-2011, l'OPS/OMS et son centre technique dans ce domaine, le Centre latino-américain de périnatalogie, de la santé de la femmes et santé génésique (CLAP/WR), a développé le nouveau Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle, qui sera présenté au 51^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2011.

126. L'initiative Maternité sans risque — qui est également appuyée par le Groupe de travail régional inter-agences pour la réduction de la mortalité maternelle⁶ (GTR), l'OEA et la Fondation La Caixa espagnole — était la pièce maîtresse des efforts de plaidoyer pour l'OMD-5 pendant la période 2010-2011. L'initiative cherche à mobiliser la volonté politique pour inciter l'action dans les pays afin d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle. Elle met l'accent sur l'accès universel aux services complets de santé génésique, les améliorations dans la qualité des soins prénatals, lors de la naissance et du post-partum, les mesures pour réduire les avortements à risque et les cas graves de

⁶ Les membres du GTR comprennent l'OPS/OMS, l' UNICEF, le FNUAP, UNIFEM, UNOPS, UNESCO, ECLAC, USAID, Family Care International, le Conseil de la Population, la Banque interaméricaine de développement (BID), la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) et son bras latino-américain FLASOG et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM). Les membres associés comprennent UNHCR, PNUD, OIT, UNEP, ONUSIDA, OCHA, FAO et la Banque mondiale. Le financement est fourni par les membres et l'Agence espagnole pour la coopération au développement international (AECID).

maladies maternelles, les améliorations dans les systèmes d'information, l'autonomisation des femmes et la participation des pères et des hommes ainsi que des communautés à la protection et la promotion de la santé maternelle.

127. Suite au lancement régional lors du 50^e Conseil directeur de l'OPS en septembre 2010, l'initiative Maternité sans risque a été lancée au niveau national dans 15 pays : **Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, El Salvador, Guatemala, Équateur, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panama, Pérou, République dominicaine, Suriname et Uruguay**. Des lancements supplémentaires ont été prévus pour la fin de 2011 au **Mexique** et au **Paraguay**.

128. Une exposition spéciale de photos par la photojournaliste espagnole Bru Rovira et parrainée par la Fondation La Caixa a été présentée à Washington, D.C., et lors des lancements dans les pays en **Argentine**, au **El Salvador**, en **Équateur**, au **Guatemala**, au **Guyana**, au **Honduras**, au **Nicaragua**, en **République dominicaine**, et au **Suriname**. De plus, deux concours ont été organisés en 2011, l'un pour illustrer les droits des femmes et des nouveau-nés aux Amériques à jouir du degré de santé le plus élevé possible et l'autre pour reconnaître les bonnes pratiques dans la réduction de la mortalité maternelle.

129. Au niveau des pays, la coopération technique allait des protocoles et de la formation aux soins obstétricaux à l'appui à la surveillance, la réorientation des services de santé et le plaidoyer pour les droits des usagers à des soins de santé sexuelle et génésique intégrés et de qualité élevée.

130. Un centre d'intérêt clé a été l'accent mis sur l'extension de l'accès aux services de santé et de leur amélioration dans le contexte des soins de la période précédant la grossesse à l'accouchement et le post-partum.

131. En **Colombie**, des gynécologues, médecins généralistes et infirmières ont reçu une formation aux soins intégrés des femmes enceintes qui mettait l'accent sur l'hémorragie, les troubles de l'hypertension et le sepsis, qui représentent 60 %-70 % des décès et des maladies de la mère. Entre 2009 et la mi-2011, des ateliers ont fourni une formation à quelque 400 participants d'établissements de santé nécessitant des améliorations dans la qualité des soins.

132. Le Ministère de la Santé de l'**Argentine** a mis en place un plan stratégique national pour réduire la mortalité maternelle et infantile et a développé une stratégie pour régionaliser les services de santé périnatale. Cette stratégie a été ensuite mise en œuvre dans la province de Buenos Aires. De même, au **Costa Rica**, le Ministère de la Santé a renforcé la planification aux niveaux régional et local dans la région Sud du pays, afin d'améliorer la survie parmi les mères et les enfants de moins de cinq ans.

133. En **Équateur**, l'Organisation a continué à appuyer la mise en œuvre du Plan pour accélérer la réduction des décès maternels et néonataux, lancé en 2008 avec le FNUAP et des partenaires non gouvernementaux. Le plan souligne l'importance d'un accès informé à la contraception, en particulier pour empêcher les grossesses des adolescentes, l'organisation de réseaux intra- et interinstitutionnels pour les soins obstétricaux et néonataux essentiels (CONE), la surveillance épidémiologique, l'amélioration de la qualité des soins et des mécanismes pour accroître la demande de services en utilisant une approche fondée sur les droits et l'équité.

Réseaux intégrés de prestation des services de santé

Un effort transversal important pour faire progresser les OMD et améliorer l'équité en santé dans les États Membres est constitué par l'initiative des Réseaux intégrés de prestation des services de santé basés sur les soins de santé primaires (IHSDN). Les IHSDN abordent la fragmentation des services de santé dans de nombreux pays, qui donne lieu à des inefficacités de coût et à des impacts négatifs sur les résultats pour les patients. L'initiative favorise au contraire des services de santé équitables, complets, intégrés et continus assurés à travers des réseaux d'organisations qui sont prêts à assumer leurs responsabilités en ce qui concerne les résultats cliniques et économiques et les conditions de santé de la population qu'ils servent.

De nouvelles directives ont été établies pour appuyer la mise en œuvre des IHSDN dans six domaines : orientations générales pour l'exécution, gouvernance, systèmes d'information, développement des ressources humaines, mécanismes de coordination clinique et renforcement du premier niveau de soins.

Au niveau des pays, l'Organisation a soutenu les IHSDN au **Brésil**, au **Chili**, en **Colombie**, au **Panama**, au **Suriname**, à **Trinité-et-Tobago** et au **Venezuela**. En **Colombie**, les Ministères de la Santé et de la Protection sociale ont mobilisé un consortium de 13 universités pour mener à bien une initiative nationale pour le développement des ressources humaines dans les soins de santé primaires et les réseaux intégrés de services de santé. Lancée en juin 2011, l'initiative vise à fournir l'éducation et la formation en ce qui concerne les principes, valeurs et pratiques des soins de santé primaires et des réseaux intégrés de services de santé pour les étudiants en médecine et en santé publique, ainsi que pour les professionnels de la santé en activité.

134. **El Salvador** a lancé le Plan stratégique national pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, a mis à jour les guides sur la planification familiale et les soins au cours du cycle de la vie, et a développé une politique de santé sexuelle et reproductive. Au titre de ces efforts, l'OPS/OMS s'est associée au Ministère de la Santé, Enfants du Monde et à la Concertación Educativa d'**El Salvador** pour mettre en œuvre le Programme destiné à autonomiser les femmes, les familles et les communautés (MIFC), qui développe les capacités des personnes et des communautés conduisant ainsi à une plus grande demande et à des services de santé de meilleure qualité.

135. Le **Venezuela** a initié le développement et la mise en œuvre d'un nouveau plan pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, y compris la mise à jour des protocoles sur l'obstétrique de routine et d'urgence et les soins aux nouveau-nés, l'équipement et la formation des ressources humaines.

136. Le Ministère de la Santé du **Chili** a passé en revue les programmes de santé maternelle et infantile entrepris lors de la décennie antérieure et a formulé des propositions stratégiques dans ces domaines, à inclure dans le Plan national de santé du pays 2011-2020.

137. À **Cuba**, les efforts ont porté sur l'amélioration de la qualité des soins de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum à l'aide de la formation pour les prestataires de soins de santé et de l'aide pour formuler et adapter des directives et méthodologies des soins de santé. Ces efforts ont été essentiels au renforcement du réseau de « maisons maternelles » de **Cuba** et pour les convertir en « maisons maternelles et infantiles. » L'Organisation a également appuyé la vaccination contre la grippe pandémique H1N1 des femmes enceintes et des enfants à risque au moyen d'un plan de mobilisation, de la formation des ressources humaines, d'une campagne de communication sociale et d'une étude épidémiologique destinée à évaluer la sécurité et l'efficacité du vaccin chez les femmes enceintes.

138. Au **Guyana**, l'Organisation a aidé à exécuter un projet, Rendre la grossesse plus sûre, financé par l'OMS, la Communauté européenne et le Groupe des pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP). Les activités pour la période 2010-2011 ont compris la formation aux soins obstétricaux d'urgence et aux soins néonataux et à la méthode ALARM (accouchement provoqué et gestion du risque) pour 60 professionnels de la santé en collaboration avec la Société des obstétriciens et des gynécologues du **Canada**. Elles ont également compris la formation à la réanimation néonatale (« Aider les bébés à respirer ») pour les accoucheuses et autres professionnels de la santé en collaboration avec l'Église de Jésus-Christ des saints des derniers jours. Le **Guyana** a également reçu un appui au développement de plans stratégiques nationaux pour la santé maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent et des jeunes pour la période 2011-2015.

139. En **République dominicaine**, l'Organisation s'est associée au Ministère de la Santé, au Bureau de la Première Dame, au Collège médical dominicain et à CLAP/WR pour organiser le premier symposium international sur l'humanisation des soins maternels et infantiles à Saint Domingue en janvier 2011. Quelque 600 participants ont participé au symposium, dont les autorités sanitaires, la faculté médicale et d'autres universitaires, des représentants d'associations nationales médicales et scientifiques et des prestataires de soins privés. Le symposium s'est conclu par une plus grande reconnaissance des droits sexuels et reproductifs et a aidé à dégager un consensus entre les différents acteurs sur le besoin d'améliorer la qualité des services de soins de santé.

140. Une coopération technique a également été fournie à la **République dominicaine** pour une enquête nationale sur les perceptions des femmes des services obstétricaux et de santé néonatale dans le secteur public, qui incluait des questions pour évaluer la connaissance des femmes de leurs droits sexuels et reproductifs et la portée des violations de ces droits dans les services de maternité. Les résultats seront utilisés pour formuler une nouvelle stratégie destinée à accroître la sensibilisation dans le domaine de l'égalité entre les sexes et le respect des droits des femmes.

Soins obstétricaux gratuits en Haïti

Le programme de soins obstétricaux gratuits d'**Haïti** (SOG) constitue un effort innovant pour réduire la mortalité maternelle en offrant à toutes les femmes enceintes l'accès gratuit à des services de santé de qualité. La deuxième phase du programme a démarré en juillet 2010 et a compris une augmentation du nombre d'établissements de santé participants, de 42 à 63, et une extension de l'enveloppe minimum de services de santé pour y inclure les soins obstétricaux d'urgence, les services néonataux, la prévention de la transmission verticale du VIH et la prévention et les soins concernant la violence contre les femmes. Grâce au programme, plus de 60 000 femmes enceintes et leurs nouveau-nés ont eu accès à des soins qualifiés au cours de la période 2010-2011.

L'OPS/OMS a aidé à mobiliser US \$9 millions pour la mise en œuvre des SOG, dont des fonds de CIDA, la Banque mondiale et l'Union européenne. En septembre 2010, \$20 millions de plus ont été engagés pour aider à intégrer les SOG dans le projet Soins infantiles gratuits (SIG) d'**Haïti** sur les deux prochaines années.

141. Des efforts particuliers ont été accomplis pour améliorer les services de santé sexuelle et génésique en utilisant une approche qui met l'accent sur les droits des femmes et des jeunes à un accès à des services intégrés et de qualité et qui incluent les services de planification familiale.

142. En **Équateur**, l'Organisation a aidé à formuler une nouvelle stratégie nationale intersectorielle pour la planification familiale (ENIPLA), dont le but est de garantir l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive et à des conseils et des services en fonction des normes constitutionnelles. La stratégie a été développée avec le soutien du FNUAP et la collaboration du Ministère de la Santé publique, du Ministère de l'Éducation, du Ministère de l'Inclusion économique et sociale, de scientifiques et d'organisations non gouvernementales et de groupes de la société civile.

143. En **Argentine**, l'UNICEF, le FNUAP et l'OPS/OMS se sont associés pour apporter un appui technique et financier pour un nouvel observatoire en santé sexuelle et génésique, qui produira l'information et le savoir sur la promotion de la santé sexuelle et génésique d'une perspective des droits de l'homme. Les membres de l'observatoire incluent le Centre des études dans l'État et la société, le Centre Rosarino pour les études périnatales et l'Académie nationale de médecine.

144. Une table ronde technique inter-agences sur la santé sexuelle et génésique a été organisée au **Honduras** pour établir un agenda commun et harmoniser les efforts entre les différentes agences internationales travaillant sur ces questions. Elle a également aidé le Ministère de la Santé à mettre à jour les normes et les procédures liées à la planification familiale, la ménopause et l'infertilité, les soins de la mère et du nouveau-né dans le contexte du processus continu de soins et les soins après l'avortement. En partenariat avec la Société de gynécologie et d'obstétrique du **Honduras**, des protocoles ont été développés pour gérer les complications obstétricales et promouvoir la discussion sur les soins après l'avortement.

145. À la demande de l'**Argentine**, du **Honduras** et du **Pérou**, l'équipe des droits de l'homme de l'Organisation a présenté des avis techniques aux tribunaux nationaux sur le droit à l'accès à la contraception orale d'urgence en tant qu'une stratégie pour réduire la mortalité maternelle.

146. Au **Venezuela**, des politiques et stratégies sur la santé adolescente ont été mises en œuvre, y compris les normes sur la fourniture de services intégrés de santé sexuelle et reproductive, dont l'accès à la contraception. De même, l'**Équateur** a établi de nouvelles normes sur les soins de santé intégrés des adolescents pour rendre les services de santé « plus amicaux » vis-à-vis des adolescentes. Ces efforts s'inscrivaient dans la mise en œuvre du plan national de prévention de la grossesse chez les adolescentes et étaient financés par l'Agence espagnole pour la coopération au développement international (AECID).

147. Un partenariat avec l'Université catholique du **Chili** a fourni la formation à distance en santé adolescente — y compris la grossesse chez l'adolescente — pour les professionnels de la santé du **Chili** et d'autres pays latino-américains.

148. Au **Suriname**, la coopération a porté sur l'introduction du plan d'action conjoint pour la santé des femmes et des enfants au Ministère de la Santé et son incorporation dans le programme de santé familiale et communautaire. L'OPS a également appuyé l'introduction de l'outil de décision de planification familiale de l'OMS, ainsi que le développement d'une proposition de projet OMD sur la santé maternelle pour le **Suriname** en tant que membre de l'ACP.

149. L'Organisation a appuyé les efforts dans plusieurs pays pour réduire la mortalité maternelle dans les communautés autochtones. Cette activité incluait un appui technique et financier pour les projets de santé maternelle communautaires à Machachi et Latacunga en **Équateur** et à Wiwili, Jinotega au **Nicaragua**. Une série d'ateliers sur la santé sexuelle et reproductive a été organisée en **Argentine** en conjonction avec le réseau de communication autochtone, une organisation autochtone de femmes, alors qu'un partenariat avec le FNUAP a aidé à rénover la maison d'attente de maternité pour les femmes amérindiennes au **Guyana**.

150. La surveillance et les systèmes d'information constituent un autre axe important des efforts pour faire progresser l'OMD-5. Au cours de la période 2010-2011, CLAP/WR a fourni une coopération technique pour renforcer la surveillance de la mortalité maternelle dans des pays comprenant la **Colombie**, **El Salvador**, **l'Équateur**, le **Honduras** et le **Mexique**. Au **Honduras** et au **Mexique**, cette activité comprenait une formation et des consultations avec le personnel responsable de l'information en santé et de la surveillance, afin d'appuyer la recherche active de cas de décès de mères et d'enfants de moins de cinq ans et d'améliorer l'analyse des données.

151. L'Organisation a également apporté son soutien à la mise en œuvre du système d'information périnatale (SIP) de CLAP/WR, un logiciel qui recueille l'information sur les femmes enceintes et les bébés dans les services de santé, évalue les résultats des soins qu'ils reçoivent et aide à identifier les problèmes communs et les domaines prioritaires pour améliorer les soins. Au cours de cette période, le SIP a été mis en œuvre ou renforcé au **Guyana**, au **Honduras**, en **République dominicaine** et en **El Salvador**. En **République dominicaine**, CLAP/WR et USAID ont aidé à réactiver le SIP dans les maternités publiques.

152. CLAP/WR a également contribué à la création d'un nouveau réseau centraméricain des systèmes d'information périnatale (qui inclut également la **République dominicaine**) et qui appuie le développement d'un projet connexe de TCC impliquant **El Salvador**, le **Honduras**, le **Nicaragua** et **Panama**.

153. En partenariat avec CLAP/WR et les CDC, le Ministère de la Protection sociale de **Colombie** a établi un système de surveillance sur le web pour la mortalité maternelle qui a commencé en 2008. Au milieu de 2011, le système a été validé dans 40 établissements de soins et dans les départements de santé départementaux et municipaux. Le système a fourni une information détaillée et ponctuelle sur les causes et les facteurs de risque pour la mortalité maternelle et a aidé les autorités sanitaires à identifier les interventions requises pour prévenir les décès maternels.

154. Le **Venezuela** a mis à jour les systèmes d'information sur la santé maternelle, a développé de nouvelles méthodologies pour améliorer la qualité des données, et a encouragé l'usage des outils du Réseau métrique de santé.

155. De plus, CLAP/WR s'est associé en 2010-2011 avec ECLAC, en tant que membre du GTR, pour développer un guide destiné aux équipes de santé sur la façon d'interpréter et d'utiliser l'information sur la santé maternelle, dont les estimations de l'OMS, les données d'articles de journaux examinés par les pairs, et les données officielles notifiées par les ministères de la santé de la Région. USAID fournit le soutien financier à ce projet.

OMD-6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

156. Comme indiqué au Chapitre 1, les nouvelles infections par le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes ont commencé à se stabiliser, mais la prévalence reste élevée dans les Caraïbes, avec 1 % des adultes. Il est improbable que les Amériques dans leur ensemble atteignent l'objectif de l'OMD d'arrêter et d'inverser la propagation du VIH d'ici 2015. Toutefois, la majorité des pays de la Région continue à faire des progrès réguliers dans la promotion de la prévention du VIH et dans l'amélioration et l'élargissement du traitement et des soins.

157. Les principaux cadres pour la coopération technique dans ce domaine sont l'intensification du traitement dans le cadre d'une réponse intégrée au VIH/SIDA (CD45.11), le Plan stratégique régional pour le contrôle du VIH/SIDA/MTS pour 2006-2015 (CD46.R15), et la Stratégie et le plan d'action de 2010 pour l'élimination de la transmissions mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (CD50/15). Au sein de ces cadres, l'Organisation a appuyé les efforts pour améliorer les services de santé pour les personnes vivant avec le VIH, accroître les tests et les conseils, étendre l'accès au traitement antirétroviral (ARV), suivre et prévenir la résistance médicamenteuse aux ARV, renforcer la surveillance et promouvoir la prévention, en particulier parmi les groupes à risque élevé et les groupes vulnérables. L'OPS/OMS a fourni une coopération technique dans ces domaines aux niveaux régional, de pays et communautaire, en étroite coordination avec les ministères de la santé et d'autres partenaires.

158. Une grande part du travail sur le VIH au cours de la période a été menée à bien en conjonction avec d'autres agences des Nations Unies et organismes internationaux. On peut citer comme exemples la collaboration avec le FNUAP sur la prévention et les soins des travailleuses du sexe, et avec l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) sur l'éducation sexuelle exhaustive et la promotion de la santé sexuelle. L'ONUSIDA a fourni un appui coordonné à tous ces efforts ainsi qu'à la coopération inter-agences pour faire progresser l'accès universel aux ARV.

159. Un développement important en 2010 a été constitué par le lancement de la Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, approuvée par le 50^e Conseil directeur de l'OPS. Elle cherche à éliminer la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis en tant que problème de santé publique aux Amériques d'ici 2015, à l'aide de la prévention et d'interventions de contrôle de la santé prénatale, sexuelle et reproductive, de l'amélioration des services de santé, de la collaboration accrue avec d'autres organismes et secteurs et avec la communauté et de l'amélioration de la collecte des données, de l'analyse et de la recherche.

160. Suite au lancement de la stratégie, le soutien technique a porté sur la mise en œuvre de ses dispositions, en partenariat avec l'UNICEF et en coordination avec d'autres

organismes dont l'ONUSIDA, les CDC, le Partenariat pan-caribéen contre le VIH et le sida (PANCAP), la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), la Banque interaméricaine de développement (BID) et la Banque mondiale.

161. Au titre de cette tâche, des stratégies nationales ont été élaborées et mises en œuvre dans des pays incluant la **Colombie**, le **Guatemala**, le **Guyana**, **Haïti**, le **Honduras**, **Panama** et le **Venezuela**. Au **Panama** par exemple, l'OPS/OMS s'est associée avec l'UNICEF et la Commission nationale pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis pour formuler et exécuter un plan qui porte sur l'intensification du dépistage du VIH pour les femmes enceintes et un meilleur suivi des cas détectés, ainsi que des améliorations de la surveillance épidémiologique et des systèmes d'information, et des efforts de prévention, y compris la communication sur un changement de comportement.

162. En **Colombie**, l'Organisation s'est associée avec le Ministère de la Protection sociale, l'Institut national de la santé et l'Association Colombienne des entreprises de médecine intégrée (ACEMI) pour établir un plan national similaire. Les partenaires ont alors travaillé avec des institutions de santé publique privées et publiques à Barranquilla, Bogota, Cali et Medellín pour améliorer la qualité des soins prénatals, intensifier la détection et améliorer les notifications sur le VIH et la syphilis gestationnelle et congénitale, et classifier correctement les stades de la syphilis afin de faciliter un traitement ponctuel et approprié.

163. La mise en œuvre de stratégies nationales similaires au **Guatemala**, au **Nicaragua** et au **Venezuela** a été appuyée au moyen de la formation ainsi que du développement et de la dissémination de directives et de protocoles sur le traitement et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis.

164. Parmi les initiatives les plus importantes liées au VIH, il y a eu une série d'évaluations des capacités des systèmes de santé à fournir des soins intégrés de santé sexuelle et reproductive, dont la prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles (MST) chez les jeunes. Les évaluations ont utilisé une approche participative, impliquant le personnel des programmes du VIH du ministère de la santé, le personnel responsable de la planification et de la gestion des services de santé, et des représentants d'agences partenaires incluant l'ONUSIDA et le Plan d'urgence du Président des **États-Unis** contre le sida (PEPFAR).

165. Des évaluations ont été effectuées en **Jamaïque**, au **Paraguay** et à **Trinité-et-Tobago**. Les exercices ont été conçus pour identifier les lacunes dans la couverture des ARV, évaluer le coût-efficacité des interventions et évaluer la durabilité, avec pour résultat des recommandations pour usage dans la planification stratégique et opérationnelle. Globalement, les résultats des évaluations ont renforcé le postulat selon lequel les efforts pour aborder les problèmes de santé prioritaires (approches

« verticales ») doivent aller de pair avec les efforts destinés à renforcer les systèmes de santé.

166. Plusieurs initiatives de formation ont aidé à améliorer les services pour les personnes vivant avec le VIH. Elles ont compris la formation aux conseils et aux tests volontaires, l'éducation des pairs et la commercialisation sociale des préservatifs aux îles **Turques et Caïques** et, au **Guyana**, la formation de 141 professionnels de la santé à la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (IMAI) et un atelier régional pour former les personnes vivant avec le VIH à devenir des « formateurs experts de patients. »

167. L'Organisation a également mis au point ou déployé de nouveaux outils de formation pour le renforcement de la capacité liée au VIH. L'un de ces outils, conçu pour améliorer les compétences et les pratiques des agents de santé qui soignent des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, a été utilisé dans des ateliers au **Guatemala**, au **Mexique** et au **Pérou** et à la frontière entre les **États-Unis** et le **Mexique** au cours de 2010 ; des ateliers similaires sont prévus pour l'Amérique centrale, la Région andine, le Cône Sud et **Porto Rico** au cours de 2011. Un nouvel outil pour la formation des pairs des travailleuses du sexe sur le VIH et la prévention des MST et la violence a été utilisé pour la première fois dans un atelier tenu en mai 2011 pour des participants de toute l'Amérique centrale.

168. D'autres aspects de la coopération technique sur le VIH ont porté sur les groupes vulnérables, en particulier les jeunes, et sur les groupes à haut risque qui demeurent au centre de l'épidémie de VIH dans la Région, y compris les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et d'autres personnes de différentes identités sexuelles et les travailleuses du sexe. En **Argentine**, l'ONUSIDA, le FNUAP, le PNUD et l'OPS/OMS ont travaillé dans cinq hôpitaux pour améliorer l'accès aux tests, aux conseils et aux soins intégrés pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les transsexuels. Des efforts similaires au **Venezuela** ont porté sur l'identification des vulnérabilités de ces groupes au VIH, la promotion de leurs droits de l'homme et l'amélioration de la qualité des services qu'ils reçoivent. Au **Honduras**, l'Organisation a appuyé un projet qui a formé et déployé des jeunes novateurs et communicateurs pour promouvoir la prévention du VIH parmi les jeunes en utilisant des véhicules appelés « Préve-mobiles du VIH. »

169. La région Arica-Parinacota du **Chili** a l'incidence et la prévalence la plus élevée du VIH dans le pays. Les agences des Nations Unies se sont associées pour effectuer une analyse de la situation du VIH dans la région et des études de séroprévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleuses du sexe, ainsi que pour appuyer la surveillance de deuxième génération du VIH/sida et promouvoir la coopération relative au VIH entre Arica et Tacna, de l'autre côté de la frontière au **Pérou**.

170. Aux **Bahamas** et au **Honduras**, l'Organisation a appuyé la formation au leadership et le plaidoyer pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les transsexuels, en mettant l'accent sur une approche des droits de l'homme. Un appui a également été apporté au renforcement de la capacité en matière de droits de l'homme par rapport au VIH, de santé sexuelle et génésique, de santé mentale, des populations autochtones, et des jeunes à la **Barbade**, en **Bolivie**, au **El Salvador**, au **Guatemala**, au **Mexique**, au **Panama** et à la **Trinité-et-Tobago**.

171. Au **Guatemala**, une coopération technique a été fournie au congrès national pour réformer les lois relatives au VIH.

172. Un axe important de la coopération technique liée au VIH était constitué par l'amélioration et l'extension de l'accès aux ARV pour les personnes qui en ont besoin. Cette tâche a comporté le développement de normes et directives de traitement au **Guyana**, en **Haïti** et au **El Salvador**, et un appui technique et une formation pour l'organisation et la mise en opération de 32 centres dispensant des ARV au **Nicaragua**. Au **Honduras**, l'Organisation s'est associée avec Aidstar One (projet mondial du VIH/sida d'USAID) afin d'organiser une consultation nationale sur l'amélioration de la couverture et des tests du VIH.

173. Un appui critique pour l'extension de la couverture des ARV a été fourni par le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique, connu sous le nom de Fonds stratégique de l'OPS (voir également OMD-8 ci-dessous). Entre juin 2010 et juin 2011, neuf pays ont acheté des médicaments antirétroviraux pour US \$16,1 millions par le biais du Fonds, traitement suffisant pour environ 30 000 patients. Grâce à la capacité du Fonds de regrouper la demande et de négocier avec les fabricants, les pays participants ont payé le prix réduit d'\$178 pour les combinaisons de traitement de première ligne et \$621 pour les combinaisons de deuxième ligne (AZT+3TC+Lop/r). Deux pays — l'**Équateur** et le **Paraguay** — ont acheté les ARV de troisième ligne à travers le Fonds au cours de cette période.

174. L'appui à la surveillance de la résistance médicamenteuse aux ARV a également été essentiel dans des pays incluant le **Guyana**, le **Honduras**, le **Nicaragua** et le **Venezuela**. Ce soutien a aidé le **Guyana** à devenir le premier pays d'Amérique latine et des Caraïbes à établir un suivi de la résistance médicamenteuse du VIH sur la base de directives de l'OMS.

175. La coopération technique destinée à améliorer la surveillance épidémiologique du VIH, des MST et d'autres maladies infectieuses a été fournie à l'**Argentine**, aux **Bahamas**, au **Guyana**, au **Nicaragua**, au **Suriname**, aux îles **Turques et Caïques** et au **Venezuela**. Au **Nicaragua**, cette tâche comprenait des améliorations à apporter à la notification du VIH et de la syphilis congénitale et gestationnelle dans les établissements de santé afin de corriger les cas d'insuffisance de la notification. Le pays a également

amélioré les données de surveillance du VIH à travers la désagrégation par sexe, âge et groupes de population vulnérable (femmes enceintes, adolescents et personnes de différentes identités sexuelles).

176. En **Argentine**, l'Organisation s'est associée avec l'UNICEF pour appuyer une étude sur la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes qui a fourni une référence pour suivre les efforts d'élimination au sein du cadre régional.

177. Plusieurs efforts sur le plan de la recherche liée au VIH ont été menés à bien, dont une analyse de l'impact du harcèlement homophobe sur la prise de risque et la santé des jeunes hommes qui ont des rapports sexuels (ou qui ont sans doute des rapports sexuels) avec d'autres hommes et une étude sur les femmes récemment infectées par le VIH, dont les conclusions seront utilisées pour formuler de nouvelles stratégies de prévention.

178. Au niveau des pays, l'Organisation a appuyé une étude au **Venezuela** sur le statut de l'accès aux ARV parmi les enfants vivant avec le VIH, et une recherche aux **Bahamas** sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les croyances en matière de VIH parmi les jeunes de 15 à 17 ans, dont les conclusions serviront à informer les décideurs et le développement de programmes. De plus, l'Organisation a organisé une réunion d'experts en santé publique pour examiner les données factuelles sur les infections véhiculées par le sang et les infections transmises sexuellement parmi les toxicomanes en Amérique latine et dans les Caraïbes.

179. Enfin, le CFNI en **Jamaïque** a promu la nutrition en tant qu'aspect important des soins et du traitement du VIH à l'aide d'un algorithme spécial qui tient compte du savoir actuel sur les effets de la nutrition sur le système immunitaire et sur l'adhérence des patients aux médicaments. L'algorithme a été adapté pour les Caraïbes et a été incorporé dans des kits spéciaux à l'usage des agents de soins de santé. Ce travail appuie le passage dans la Région des soins verticaux pour les personnes vivant avec le VIH à un modèle plus décentralisé commun au traitement d'autres maladies chroniques.

Paludisme

180. Comme noté au Chapitre I, l'incidence du paludisme a baissé au cours de la dernière décennie dans 18 des 21 pays endémiques aux Amériques, et dans neuf pays, la chute a été de plus de 75 %, atteignant effectivement la cible de l'OMD-6. Néanmoins, quelque 17 millions de personnes dans la Région continuent à vivre dans des zones à haut risque.

181. L'Organisation a continué à appuyer les efforts des pays pour prévenir et maîtriser le paludisme dans le cadre du plan stratégique régional pour le paludisme aux Amériques 2006-2010, tout en développant également une nouvelle Stratégie et plan d'action pour le paludisme qui sera présentée au 51^e Conseil directeur en septembre 2011.

182. Les efforts dans ce domaine se sont concentrés sur la prise en charge intégrée des vecteurs, le diagnostic et le traitement, le renforcement des systèmes de santé et le renforcement de la capacité dans la surveillance et la détection précoce des flambées tant dans les zones à haut risque que dans celles où le risque a diminué. L'Organisation s'est associée avec USAID pour appuyer le travail du Réseau de l'Amazone pour la surveillance de la résistance aux médicaments antipaludiques et à l'initiative du paludisme en Amazone (RAVREDA/AMI) en **Bolivie**, au **Brésil**, en **Colombie** en **Équateur**, au **Guyana**, au **Pérou**, au **Suriname** et au **Venezuela**.

183. Au **Brésil**, la coopération technique a comporté un appui à des améliorations de la surveillance de la résistance aux médicaments antipaludiques, l'accès aux médicaments antipaludiques et leur utilisation, la qualité des médicaments, la qualité du diagnostic ainsi que l'accès au diagnostic, l'entomologie et le contrôle intégré des vecteurs, la surveillance épidémiologique et les systèmes d'information. Les activités spécifiques ont compris une évaluation de l'introduction de moustiquaires traitées aux pesticides dans les États des Amazones et Acre, un appui à l'acquisition de médicaments antipaludiques et la mise en œuvre de mécanismes de contrôle de la qualité pour ces médicaments, en partenariat avec le Programme national de paludisme et l'Université fédérale de Minas Gerais. Une grande part de ce travail a été exécutée en partenariat avec USAID, les CDC, la Fondation pour la médecine tropicale des Amazones, et l'Institut Evandro Chagas.

184. En **Équateur**, l'Organisation a appuyé les activités liées à RAVREDA qui ont compris le suivi de la résistance aux médicaments antipaludiques et aux insecticides, les normes pour l'usage des moustiquaires et les directives actualisées du traitement, ainsi que la maintenance du système d'information du paludisme pour assurer la disponibilité des données requises pour maintenir les maladies aux faibles niveaux de prévalence déjà atteints.

185. En **Jamaïque**, un soutien a été apporté à la préparation d'une politique et d'un plan d'action nationaux pour la lutte intégrée contre les vecteurs du paludisme et à des études pilotes à Kingston et Portmore pour montrer comment les déchets solides et les eaux usées partiellement traitées contribuent à la création de lieux de reproduction des moustiques. Les études ont été suivies d'un plaidoyer en faveur d'une lutte intégrée contre les vecteurs au niveau local. Par ailleurs, l'Organisation a préparé un document de concept sur la minimisation de l'usage des pesticides qui affectent l'environnement et la santé et des méthodes biologiques alternatives qui utilisent des plantes à propriétés insectifuges et pesticides. Le document a été soumis au Ministère de la Santé et présenté au Fonds de la santé environnementale, qui envisage de financer un projet pilote apparenté.

186. Le **Guyana** a amélioré les capacités de ses autorités régionales de la santé pour lutter contre les flambées par le biais de la formation pour les microscopistes et les chefs des « mini-laboratoires » du paludisme, le suivi de la résistance aux traitements

antipaludiques et l'établissement de deux sites sentinelles pour le suivi de la qualité des médicaments. Un nouveau manuel des opérations pour la gestion des médicaments et des fournitures pour le paludisme a également été formulé.

187. En **Haïti**, le soutien s'est poursuivi pour le Programme national du paludisme et pour la mise en œuvre du plan national 2008 d'**Haïti** pour la lutte contre le paludisme. L'Organisation a acheté des médicaments et des fournitures pour le programme, dont 20 000 moustiquaires imprégnées de pesticide pour les hôpitaux dans les zones touchées par le paludisme. L'Organisation a également travaillé avec le Laboratoire national de santé publique afin d'améliorer la surveillance épidémiologique, entomologique et parasitologique.

188. Le **Honduras** a mis en œuvre un système d'information et de surveillance du paludisme et a mené à bien une étude sur la gestion et la disponibilité des médicaments antipaludiques dans les secteurs public et privé. Dans la région de Mosquitia, l'Organisation a appuyé la mise en œuvre d'un plan de lutte intégrée contre le paludisme dans la municipalité de Wampusirpi, Gracias a Dios, à l'aide d'une enquête de santé, d'un diagnostic et d'un traitement de masse, de la distribution de moustiquaires traitées aux insecticides, de l'éducation des familles et de l'analyse entomologique.

189. Le Centre d'Épidémiologie des Caraïbes de l'Organisation (CAREC) a continué à suivre les notifications du paludisme de ses 23 pays membres et territoires. Quatre pays seulement ont notifié des cas autochtones pour la période 2010-2011, 95 % d'entre eux provenant du **Guyana**. Le CAREC a également suivi la fièvre indifférenciée, syndrome d'infections incluant le paludisme, la dengue et la leptospirose, et a émis des alertes quand le nombre de cas notifiés excédait les nombres attendus. De plus, le CAREC a fourni une formation sur l'investigation des flambées, a tenu un atelier sur l'analyse des données pour le personnel de laboratoire de huit pays et territoires, et a organisé une réunion des épidémiologistes et des directeurs de laboratoire nationaux afin de discuter la notification des données et d'autres problèmes de surveillance et de laboratoire liés au paludisme.

190. Dans les pays non endémiques des Caraïbes, y compris les **Bahamas** et les îles **Turques et Caïques**, l'OPS/OMS a appuyé le maintien des capacités de surveillance, l'acquisition de kits de tests de diagnostic rapide et de médicaments, et le renforcement de la capacité dans la lutte contre les vecteurs et la réponse.

191. Le quatrième concours annuel « Champions des Amériques du paludisme » s'est tenu en 2010, avec plusieurs gagnants du **Suriname**, du **Brésil** et de la **Colombie**. Le premier gagnant a été le Conseil national du paludisme du **Suriname**, qui supervise les efforts qui ont virtuellement éliminé le paludisme de la plus grande partie de l'intérieur du pays. Le deuxième prix est allé à la Fondation pour la surveillance en santé de l'Amazonie du **Brésil**, pour ses efforts dans la prévention et le contrôle intégré du

paludisme dans l'État des Amazonas. La troisième place est allée au Département administratif de la santé et de la sécurité sociale de Chocó (DASALUD-Chocó) en **Colombie**, dont les efforts ont aidé à réduire l'incidence du paludisme de plus de moitié à Chocó. Les gagnants du concours ont été honorés lors d'une célébration de la Journée 2010 du paludisme aux Amériques.

Tuberculose

192. Comme mis en relief au Chapitre 1, les Amériques dans leur ensemble ont déjà commencé à inverser la propagation de la tuberculose, mais les progrès entre les pays individuels ont été inégaux. La coopération technique dans ce domaine a été fournie dans le cadre de la Stratégie régionale de contrôle de la tuberculose pour 2005-2015 (CD46.R12), qui cherche à faire progresser l'OMD-6 en appliquant le programme de l'OMS Halte à la tuberculose. La stratégie met l'accent sur l'expansion des mesures du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), pour aborder la résistance aux médicaments contre la tuberculose, et sur la coordination des efforts pour répondre aux co-infections par le VIH et la tuberculose.

193. La coopération technique dans ce domaine a porté sur l'assurance de l'accès universel pour les patients des co-infections TB/VIH aux ARV et au traitement préventif, le renforcement de la capacité de laboratoire en introduisant les tests de diagnostic rapide pour les médicaments résistant à la tuberculose, et des améliorations de la collaboration inter-programmatique et communautaire afin d'aborder les déterminants sociaux de la tuberculose, en particulier dans les populations pauvres et marginalisées. Une autre forme d'appui a compris la promotion de stratégies de communication et de mobilisation sociale pour aborder la stigmatisation et la discrimination contre la tuberculose et œuvrer pour la sensibilisation publique et politique sur l'importance de la lutte contre la tuberculose.

194. Au **Brésil**, l'OPS/OMS s'est associée avec USAID pour apporter un appui au programme national de tuberculose, y compris le renforcement de la capacité institutionnelle, la mise en œuvre des recommandations d'une évaluation de 2009 appuyée par l'OPS/OMS, et l'expansion de la stratégie Halte à la tuberculose dans 12 municipalités à Rio de Janeiro et à Manaus, dans les Amazonas. L'Organisation a également appuyé les efforts de plaidoyer et de mobilisation sociale de l'Alliance Brésilienne Halte à la tuberculose, a aidé à la mise en œuvre d'un programme d'apprentissage à distance sur la tuberculose pour le personnel de santé au niveau de l'État et au niveau municipal, et a mené à bien une étude sur la prévalence de la tuberculose parmi les personnes souffrant de diabète dans les États de São Paulo et de Bahia.

195. Les efforts de l'**Équateur** dans ce domaine ont compté le développement d'un nouveau projet destiné à renforcer le contrôle de la tuberculose, qui met l'accent sur les zones de prévalence élevée, et un plan qui prévoit des bonus mensuels pour les patients

avec TB-MDR, afin de réduire le nombre de patients qui arrêtent de prendre les médicaments. L'**Équateur** a également révisé et amélioré son système d'information sur la tuberculose et a renforcé sa réglementation des ventes de médicaments anti-tuberculose. De plus, l'OPS/OMS a appuyé le travail d'une mission technique de l'Université du Massachusetts pour évaluer le réseau des laboratoires de diagnostic de l'**Équateur** et faire des recommandations pour la coopération technique future dans ce domaine.

196. Les évaluations externes des programmes existants de tuberculose au **Costa Rica** et en **Colombie** ont produit des recommandations pour le renforcement de la gestion des ressources humaines et des actions de collaboration entre les programmes du VIH et de la tuberculose, et pour l'amélioration de la prise en charge de la tuberculose de l'enfant, la mise en œuvre du programme DOTS et le suivi des cas.

197. La coopération technique fournie au Programme national de tuberculose d'**El Salvador** a aidé le Ministère de la Santé à soumettre une proposition qui a été approuvée lors du neuvième tour du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

198. En **Haïti**, l'Organisation a soutenu la reconstruction d'un sanatorium qui a été endommagé dans le séisme de 2010 et a aidé à former son personnel aux nouvelles directives de l'OMS pour le traitement de la tuberculose. Un appui supplémentaire a été donné au Programme national de tuberculose par le biais d'un partenariat avec les CDC, USAID, Family Health International, Grace Children's Hospital, GHESKIO et Partenaires en Santé.

199. Le **Mexique** a élaboré, produit et distribué un nouveau guide pour les soins des personnes souffrant de tuberculose à bacilles multirésistants dans les 32 États afin d'aider à normaliser la prise en charge des patients de tuberculose à bacilles multirésistants dans tout le pays. Le Ministère de la Santé du **Honduras** a mis en place un système national pour l'information et le suivi de la TB-MDR, avec des données sur le sexe et l'âge désagrégées par individu et localité.

200. Au **Nicaragua**, l'Organisation a fourni une coopération technique liée à la tuberculose et un appui au Ministère de la Santé en partenariat avec les facultés médicales de l'Université autonome nationale du Nicaragua, le Ministère de l'Éducation, le Ministère de l'Intérieur, l'Institut de sécurité sociale du Nicaragua, et le Corps médical militaire de l'Armée nationale. Les activités spécifiques comprenaient un appui technique et financier au développement et à la mise en œuvre d'un nouveau protocole pour la tuberculose à bacilles multirésistants et pour financer des propositions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

201. Une coopération technique pour améliorer la coordination des efforts pour la tuberculose et le VIH a été fournie à un nombre de pays. Le **Guyana** a lancé un nouveau programme IMAI et a renforcé la mise en œuvre de DOTS afin d'améliorer les soins aux personnes atteintes de co-infections VIH/TB. Le **Venezuela** a établi des plans stratégiques pour aborder les co-infections VIH/TB au moyen de la surveillance accrue, d'une plus grande coordination et d'une action conjointe entre les programmes de tuberculose et de VIH aux niveaux national et régional, et a mis en œuvre des interventions de contrôle de TB/VIH dans les institutions pénitentiaires. Au **Nicaragua**, l'OPS/OMS a suivi et appuyé des actions de collaboration TB/VIH visant à prévenir les co-infections par TB/VIH.

202. Au **Suriname**, l'Organisation a fourni un appui au Laboratoire national nouvellement établi à l'aide d'équipement et de formation et un soutien a été fourni pour faciliter les échanges avec d'autres pays dans la Région et CARICOM. Le CAREC a continué à soutenir les efforts de surveillance de la tuberculose au **Suriname** et dans d'autres pays membres et a facilité la collecte normalisée de données par les pays pour soumission à l'initiative Halte à la tuberculose de l'OMS.

203. À la frontière du **Mexique** et des **États-Unis**, l'Organisation a élaboré un guide communautaire pour le traitement et la prévention de la tuberculose et du VIH dans la zone frontalière et a produit un rapport technique sur la tuberculose et les déterminants sociaux de la santé dans les états frontaliers de Tamaulipas, Texas, Coahuila, Chihuahua, Nouveau Mexique, Sonora, Arizona, Californie et Basse-Californie. L'étude a examiné les taux de tuberculose et TB-MDR dans les 44 comtés des **États-Unis** et 80 municipalités mexicaines et a inclus une analyse comparative de la tuberculose dans 16 « villes sœurs. » Le rapport a été lancé lors de la Journée mondiale de la tuberculose 2011.

Maladies négligées

204. Outre son appui aux efforts pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, l'Organisation a aidé à faire progresser l'ODM-6 à l'aide de la coopération technique en matière de maladies négligées, qui continuent à affecter les communautés vulnérables dans l'ensemble des Amériques. Le cadre pour ce travail inclut le Plan mondial de l'OMS pour lutter contre les maladies tropicales négligées 2008-2015 et l'Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté de l'OPS (CD49/9). Au cours de la période 2010-2011, les activités de l'OPS/OMS dans ce domaine ont varié du plaidoyer et du consensus à l'appui à la surveillance et aux études de prévalence.

205. En 2010, la nouvelle Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas a été finalisée et approuvée par la suite par le 50^e Conseil directeur de l'OPS (CD50.R17). La stratégie préconise une approche

intégrée de la prévention et du contrôle de la maladie de Chagas et une amélioration des soins médicaux pour les personnes qui en souffrent. Elle préconise également un redoublement des efforts pour éliminer la transmission vectorielle du parasite de Chagas, *T. cruzi*, d'ici 2015 au moyen d'une collaboration inter-programmatique et une action intersectorielle qui abordent les déterminants sociaux des maladies.

206. Avec l'Institut Sabin, la BID et le Réseau mondial pour les maladies tropicales négligées, l'OPS/OMS a publié en 2011 le rapport de plaidoyer *A Call to Action: Addressing Soil-transmitted Helminths in Latin America and the Caribbean*, signé par les chefs des quatre organisations. Le rapport détaille les pertes économiques et pour la santé des vers intestinaux parasitaires (géohelminthes) sur les populations à risque, en particulier les enfants, et offre des recommandations pour action et des politiques pour faire progresser l'élimination de ces maladies en tant que problème de santé publique d'ici 2015. Ses recommandations comprennent la création d'une coalition contre les parasites intestinaux aux Amériques, qui fait intervenir les premières dames comme avocates du déparasitage et qui appuie un nouveau fonds fiduciaire pour les maladies tropicales négligées. Avec les mêmes partenaires et avec l'appui de la Fondation Bill & Melinda Gates, l'OPS/OMS a continué à travailler à la création du fonds fiduciaire, qui mobiliserait des ressources pour des projets destinés à contrôler les parasites intestinaux et les autres maladies négligées.

207. Au niveau des pays, l'Organisation a aidé à développer un plan intégré pour le contrôle des maladies négligées en **Colombie**, au **Guyana**, en **Haïti**, au **Honduras**, en **République dominicaine** et en **El Salvador**. D'autres aspects de la coopération technique ont couvert un appui à la **Colombie** pour éliminer le trachome et l'onchocercose et pour contrôler les géohelminthes, à **Haïti** pour éliminer la filariose lymphatique et contrôler les géohelminthes durant la période de reconstruction après le séisme et au **Guyana**, pour mettre en place une stratégie de médication de masse pour éliminer la filariose lymphatique. En **République dominicaine**, l'Organisation a appuyé une étude sur la transmission de la filariose lymphatique et a évalué les efforts en cours pour éliminer cette maladie.

208. Une coopération technique a été fournie en **Colombie**, au **Honduras** et en **El Salvador** pour développer des protocoles pour les enquêtes de prévalence et d'intensité des infections par les géohelminthes et au **Suriname** pour une étude de prévalence des géohelminthes et de la schistosomiase pour les enfants en âge scolaire. La **Bolivie** a mis au point un programme de déparasitage pour les enfants en âge préscolaire et scolaire qui doit être incorporé dans les programmes existants d'immunisation et de PCIME.

209. En **République dominicaine**, l'Organisation a travaillé avec six autres agences des Nations Unies sur un programme de trois ans en faveur des travailleurs des plantations de bananes et leurs familles. En collaboration avec le Ministère de la Santé,

l'Organisation avait la responsabilité des interventions en santé visant à prévenir le VIH/sida, le paludisme, le choléra, la leptospirose et d'autres maladies infectieuses. Les interventions ont couvert des améliorations dans les conditions environnementales aux hôpitaux dans trois provinces, ainsi que le renforcement de la capacité communautaire pour la prévention des maladies. Le programme est financé par le Fonds de réalisation des OMD de l'Espagne.

210. Avec la BID, l'Institut Sabin et le Réseau mondial pour les maladies tropicales négligées, l'OPS/OMS a appuyé le développement et l'exécution de deux projets pilotes pour le contrôle des maladies négligées au Chiapas au **Mexique**, et à Recife, au **Brésil**.

211. Plusieurs publications sur les maladies négligées ont été produites en 2010-2011, dont un article dans le journal de la Public Library of Science *Neglected Tropical Diseases* soutenant que plusieurs maladies négligées pourraient être éliminées ou réduites en tant que problèmes de santé publique au moyen de l'intensification de l'exécution des plans et des directives en place. L'article porte sur la schistosomiase, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les géohelminthes et la rage, et utilise les résultats d'un exercice de mappage et de modélisation pour mettre en relief les « points chauds majeurs », où deux de ces maladies ou plus se chevauchent.

212. Un nombre d'ateliers et de réunions ont été organisés pour faire progresser les efforts destinés à éliminer les maladies négligées. Ils ont compris un atelier organisé conjointement avec l'Université McGill sur l'intégration du déparasitage dans les programmes de santé existants pour les enfants en âge scolaire, la première réunion régionale sur l'élimination du trachome à Bogota, en **Colombie**, la 10^e réunion régionale des chefs des programmes pour éliminer la filariose lymphatique, tenue à Georgetown, au **Guyana** et, au **El Salvador**, un atelier régional de formation sur le développement de plans intégrés pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies négligées. Un autre atelier au **Salvador** a porté sur l'utilisation de la technique Kato-Katz pour déterminer la prévalence des infections par les helminthes.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

L'OPS/OMS a aidé à formuler des propositions à soumettre au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et a appuyé l'exécution des projets approuvés par le Fonds.

En **Argentine** par exemple, l'Organisation s'est jointe à l'ONUSIDA en appuyant une proposition de US \$12 millions au nom d'ONG qui travaillent avec les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les transsexuels, les travailleuses du sexe et les toxicomanes. La proposition a été approuvée dans le dixième tour du Fonds mondial.

En **Colombie**, l'OPS/OMS a aidé à développer une proposition pour un projet concernant la tuberculose, a recommandé des ajustements dans une proposition de projet lié au VIH et a appuyé l'exécution d'un projet sur le paludisme déjà approuvé par le Fonds. L'Organisation a

également appuyé des propositions pour le paludisme et la tuberculose au **Nicaragua** et une proposition de US \$27-millions pour intensifier les efforts pour lutter contre la tuberculose en **Haïti**.

Le Ministère de la Santé publique de l'**Uruguay** a reçu un appui pour exécuter le premier projet du pays financé par le Fonds mondial, qui encourage l'inclusion sociale et l'accès universel à la prévention et aux soins intégrés du VIH pour les populations vulnérables. La coopération technique de l'OPS/OMS a appuyé l'installation d'une Unité de gestion de projet au sein du Ministère de la Santé publique.

L'Organisation a également aidé à exécuter des projets du Fonds mondial pour le contrôle du paludisme en **Équateur** et pour les soins aux enfants orphelins et autres groupes vulnérables au VIH au **Honduras**, et, au **Guatemala**, elle a aidé les autorités sanitaires à plaider auprès des branches législative et exécutive pour assurer les démarches légales nécessaires en vue de l'approbation du financement par le Fonds mondial.

OMD-7 : Préserver l'environnement de manière viable

213. Comme discuté au Chapitre I, les pays des Amériques ont considérablement étendu l'accès à l'eau potable et à l'assainissement et ont réduit les écarts dans l'accès entre résidents urbains et ruraux. Néanmoins, quelque 40 millions de personnes dans la Région n'ont toujours pas accès à des sources améliorées d'eau potable. Une coopération technique a été fournie pour assurer les progrès non seulement vis-à-vis des cibles de l'OMD-7, mais aussi vis-à-vis de l'accès universel à l'eau et à l'assainissement pour les habitants de la Région.

214. Une grande part du travail dans ce domaine porte sur les plans de sécurité de l'eau, qui encouragent une évaluation détaillée du risque et la gestion du risque dans toutes les étapes de l'approvisionnement en eau, de la source aux consommateurs. L'Organisation a appuyé l'établissement de normes fondées sur des données factuelles à des fins réglementaires, la conception de plans et de programmes pour la surveillance et le suivi de la qualité de l'eau, et le renforcement de la capacité dans les ministères de la santé dans ces domaines, ainsi que dans la surveillance épidémiologique des maladies hydriques.

215. En **Jamaïque**, la coopération technique a porté sur l'amélioration de l'eau potable et de l'évacuation des déchets au titre d'efforts plus vastes destinés à promouvoir des logements sains et des communautés saines. La tâche a comporté des consultations de parties prenantes pour promouvoir la conformité aux directives sur la qualité de l'eau et les plans de sécurité de l'eau. L'Organisation a également plaidé auprès du Ministère des Administrations locales et du Ministère de l'Eau et du Logement en faveur de l'extension de la couverture de l'eau et de l'assainissement aux zones précédemment approvisionnées par les sources d'eau de pluie, montrant l'importance de l'eau sur le développement

économique et la santé. La **Jamaïque** a élaboré une banque de données sur les conclusions de la qualité de l'eau, a mis à jour son plan opérationnel de prévention et de contrôle des flambées de choléra, et a mené une campagne de promotion pour la prévention du choléra.

216. En **Bolivie**, l'Organisation a appuyé les efforts par les unités d'assainissement environnemental pour suivre les sources d'eau pour 13 000 maisons dans les départements de Cochabamba et de Chuquisaca, au titre d'un programme plus vaste sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (voir OMD-1). Au titre de ce projet, des instruments de tests de la qualité de l'eau potable ont été fournis à trois réseaux sanitaires et des kits de qualité de l'eau « Aguamiga » à huit écoles.

217. Le Ministère de la Santé du **Brésil** a mis à jour les normes nationales de qualité de l'eau pour la consommation humaine et a consolidé un système pour la surveillance de l'eau. Ces activités se sont déroulées à travers un processus participatif qui a permis aux fournisseurs et aux consommateurs de faire des propositions et d'engager des débats sur les nouvelles normes.

218. L'**Équateur** a préparé un plan national pour la surveillance de la qualité de l'eau et a accru les connaissances et la capacité en matière de surveillance de la qualité de l'eau dans 20 cantons dans quatre provinces, qui abritent quelque 2 millions de personnes. Ces efforts s'inscrivaient dans un programme plus vaste sur la gouvernance de l'eau et de l'assainissement financé par le Fonds de réalisation des OMD de l'Espagne et ont été réalisés avec l'appui de l'OPS/OMS, du PNUD, du Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat) et l'OIT.

219. Le **Nicaragua** a préparé et présenté des propositions législatives dont une Loi nationale sur l'eau et une Loi sur les comités d'eau potable, ainsi qu'une Loi nationale sur les déchets, qui est actuellement en cours d'examen. Le pays a également mobilisé les municipalités et les groupes écologiques de jeunes pour mettre en œuvre les politiques et les initiatives dans le domaine de la santé environnementale.

220. Un appui continu a été fourni aux efforts pour l'eau salubre et l'assainissement au **Chili** après le séisme et en **Haïti** et en Amérique centrale et en **République dominicaine** pour le développement d'une stratégie de gestion du risque dans l'approvisionnement en eau et l'assainissement en cas de catastrophes.

221. L'Organisation a également travaillé avec d'autres organismes des Nations Unies dans le cadre mondial d'action « Assainissement et Eau pour Tous » et a appuyé l'Évaluation annuelle sur l'assainissement et l'eau potable dans le monde (GLAAS), une initiative menée par l'OMS pour doter les décideurs de données factuelles et d'analyses qui leur permettent de prendre des décisions informées en matière d'assainissement et d'eau potable.

222. Par ailleurs, l'OMD-7 a progressé en promouvant les soins primaires environnementaux et les environnements sains, dont des logements, des écoles et des lieux de travail sains.

Logements sains au Chiapas, au Mexique

Une initiative dans le Sud du **Mexique** contribue aux progrès sur la voie de l'OM 7 en améliorant les conditions de vie des personnes dans les communautés marginalisées.

Après avoir mené des études sur les conditions socioculturelles et sanitaires dans l'État du Chiapas, à la fin de 2010 l'OPS/OMS a développé un prototype pour un projet de « logements sains » dans la ville de San Cristobal de las Casas. Le projet utilise des matériels à faible coût, des technologies appropriées et des composantes flexibles qui peuvent être adaptées aux besoins des différentes communautés dans l'ensemble de la zone. Il encourage également la participation communautaire et une approche de soins de santé primaires. La première étape du projet devrait profiter à plus de 2 000 familles dans trois villes.

En réponse à l'initiative, le Gouvernement de l'État du Chiapas a demandé à l'Organisation d'aider d'autres communautés dans le reste de l'État à reproduire le prototype de « logements sains » afin de venir à bout de la pauvreté, d'intégrer les communautés dispersées, de protéger les personnes vivant dans les zones à haut risque, et de promouvoir le développement humain.

Le projet sera réalisé par le biais d'un partenariat avec le Gouvernement de l'État et le département de la santé du Chiapas et l'Institut des populations rurales et des villes du **Mexique**. Le financement est fourni par le Fonds espagnol de réalisation des OMD.

Santé environnementale en Argentine

Suite à une décision de 2008 dans laquelle la Cour Suprême de l'**Argentine** a demandé à l'État d'améliorer la santé environnementale du fleuve Matanza-Riachuelo, le Gouvernement argentin a lancé un programme de nettoyage environnemental complet afin d'améliorer la qualité de vie des résidents du bassin fluvial. L'OPS/OMS a apporté la coopération technique au Ministère de la Santé et au Ministère de l'Environnement et du Développement durable pour aider à exécuter le programme.

Les contributions de l'Organisation ont couvert une étude de 1 358 enfants de moins de six ans qui a établi un profil diagnostique de référence de l'état nutritionnel, du développement psychomoteur et des niveaux de contaminants dans les fluides biologiques. L'OPS/OMS a également aidé à renforcer le système d'information et de surveillance existant, à mettre en œuvre 20 nouveaux nœuds de surveillance et à orienter les équipes sanitaires sur les problèmes de santé associés aux conditions de vie et environnementales. D'autres activités ont appuyé la formation à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'intoxication environnementale, la formation aux méthodes de laboratoire et d'entrée des données, la production de protocoles de surveillance et la mise en œuvre du registre national des malformations congénitales dans six

maternités, jointe à la formation du personnel de santé en épidémiologie, prévention, traitement et travail social. L'OPS/OMS a également appuyé la création de nouvelles équipes sanitaires de riposte rapide pour répondre aux urgences environnementales.

223. L'appui de l'Organisation aux efforts pour faire progresser l'OMD-7 a également compris la coopération technique dans le domaine du changement climatique. En **Jamaïque**, elle a couvert la préparation d'un document national sur le changement climatique et la santé, l'établissement un groupe technique en la matière, et un parrainage conjoint de plusieurs événements avec le Bureau météorologique jamaïcain et les organisations professionnelles apparentées.

224. De plus, les efforts inter-agences ont progressé pour préparer la 20^e Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20), qui se tiendra au **Brésil** en juin 2012. Un thème clé de la Conférence sera l'économie verte dans le contexte de l'éradication de la pauvreté et de la promotion du développement durable.

OMD-8 : Construire un partenariat mondial pour le développement

225. Sur un plan historique, l'OPS/OMS a été un catalyseur de partenariats internationaux pour faire progresser la santé et le développement aux Amériques et a continué ce leadership en ce qui concerne les OMD. Comme noté au Chapitre 1, l'Organisation est un participant ou un membre fondateur de nombreux partenariats régionaux importants qui se consacrent à accélérer les progrès des OMD. Ces partenariats incluent l'Alliance pour la santé du nouveau-né pour l'Amérique latine et les Caraïbes, GTR, l'initiative maternité sans risque et PAND (ces initiatives sont décrites de façon plus détaillée dans les OMD-4 et OMD-5 ci-dessus).

226. Une autre alliance régionale clé pour faire progresser les OMD est l'équipe des Directeurs régionaux des Nations Unies (UNDG-LAC). Fondée en 2003, UNDG-LAC rassemble les chefs régionaux de 20 agences des Nations Unies actives en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le groupe travaille au renforcement de l'efficacité de la coopération technique et de l'aide des Nations Unies au niveau du pays en améliorant la collaboration inter-agences, en promouvant les priorités des pays et en créant des synergies. Le Directeur de l'OPS travaille étroitement avec les autres directeurs régionaux dans le groupe sur les problèmes couvrant la nutrition, la mortalité maternelle, les droits des populations autochtones et l'implication des jeunes dans les progrès des OMD.

227. Au niveau des pays, l'Organisation a également travaillé avec d'autres agences des Nations Unies dans le cadre du Bilan commun de pays / Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (CCA/UNDAF), comme participant des équipes de pays des Nations Unies et comme agence d'exécution de projets financés par des fonds

fiduciaires multilatéraux y compris le Fonds de réalisation des OMD (Espagne), le Fonds fiduciaire des Nations Unies pour la sécurité humaine (Japon), le Fonds fiduciaire des Nations Unies pour éliminer la violence contre les femmes (donateurs multiples) et le Programme conjoint de développement rural au **Guatemala (Suède)**.

Le Fonds de réalisation des OMD de l'Espagne

Le Fonds de réalisation des OMD a été établi par le Gouvernement de l'**Espagne** en 2006 en coordination avec le PNUD pour accélérer les efforts en vue de la réalisation des OMD et pour appuyer les efforts de réforme des Nations Unies au niveau des pays. L'engagement de €528 millions par l'Espagne au bénéfice du Fonds a financé des projets dans 50 pays d'Afrique, d'Asie, du Moyen-Orient et d'Europe de l'Est, ainsi que d'Amérique latine et des Caraïbes, où le Fonds a son plus gros portefeuille.

L'OPS/OMS a participé aux programmes financés par le Fonds OMD dans 16 pays des Amériques — **Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou et République dominicaine** — dans des domaines comprenant l'enfance, la sécurité alimentaire et la nutrition ; l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes ; l'environnement et le changement climatique ; la gouvernance démocratique et économique ; la prévention des conflits et la construction de la paix ; le développement et le secteur privé ; et la culture et le développement.

L'Organisation a également collaboré avec le PNUD-Secrétariat du Fonds de réalisation des OMD de l'**Espagne** à New York pour promouvoir les priorités en santé dans les programmes du Fonds et pour faciliter les processus administratifs pour des transferts rapides aux équipes de pays des Nations Unies.

228. L'OPS/OMS s'est également associée avec des agences de développement bilatérales, parmi lesquelles AECID, CIDA, l'Agence de coopération internationale du Japon (JICA), l'Agence norvégienne pour le développement et la coopération (NORAD), PEPFAR, l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (SIDA), USAID et les CDC, qui ont fourni le financement et la coopération technique pour des projets et des programmes. En outre, des projets, programmes et activités conjoints ont été réalisés avec de nombreuses ONG internationales, parmi lesquelles l'Alliance GAVI, Save the Children, Enfants du Monde, l'Église de Jésus-Christ des saints des derniers jours, la Conférence générale des Adventistes du septième jour, Partenaires en Santé et la Croix-Rouge canadienne.

229. L'Organisation a également travaillé avec un large éventail de partenaires nationaux dans ses États Membres, dont des organisations professionnelles, académiques, communautaires, charitables, religieuses et autres de la société civile. Tous ces partenariats venaient s'ajouter aux collaborations avec les autorités nationales, départementales et des administrations locales venant de secteurs englobant la santé,

l'éducation, l'agriculture, le développement, l'environnement et les affaires des femmes et des autochtones dans des activités qui sont décrites plus en détails ci-dessus.

Accès aux médicaments

230. La coopération technique dans le domaine des médicaments essentiels a aidé les États Membres à étendre l'accès à des médicaments et à des produits biologiques de qualité tout en réduisant les frais non remboursés pour les individus et les familles, en particulier les pauvres. Cette tâche allait du soutien au développement, à la mise en œuvre et au suivi de politiques pharmaceutiques, aux négociations de prix plus faibles des médicaments et à l'achat des médicaments et des fournitures au nom des pays à travers le Fonds stratégique de l'OPS.

231. Le cadre pour action dans ce domaine comporte la troisième Stratégie des médicaments de l'OMS (2008-2013), les Fonctions essentielles de la santé publique (CD42.R14, 2000), l'Accès aux médicaments (CD45.R7, 2004), la Stratégie et le plan d'action mondiaux de l'OMS sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (WHA61.21, 2008), et sa contrepartie régionale, Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une Perspective régionale (CD48.R15, 2008).

232. Une addition importante à ce cadre a été la nouvelle stratégie Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques (CD50.R9), qui a été parachevée au cours de 2010 et approuvée par le 50^e Conseil directeur de l'OPS. Elle cherche à améliorer les capacités des autorités de réglementation nationales pour garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des produits pharmaceutiques au moyen de fonctions telles que l'autorisation d'essais cliniques et l'approbation de produits pour le marché, l'inspection et les licences des fabricants et des distributeurs, et le contrôle de la publicité et l'usage rationnel des médicaments. Pour appuyer ces efforts, les autorités de réglementation nationales d'**Argentine**, du **Brésil**, de **Colombie** et de **Cuba** ont été identifiées comme références régionales.

233. L'Organisation a également élaboré une nouvelle stratégie sur l'usage des médicaments génériques afin d'améliorer l'accès aux médicaments et leur usage rationnel. Un projet a été publié sur le Web pour examen par les parties prenantes à la fin de 2010, et le retour d'information qui en a résulté a été incorporé dans la version finale, qui a été lancée à l'occasion de la 6^e Conférence panaméricaine sur l'harmonisation réglementaire des médicaments (CPANDRH) à Brasilia (voir également ci-dessous).

234. Un autre domaine important de travail est constitué par la promotion de la recherche et du développement en santé qui abordent les besoins de santé publique dans les pays, y compris la R&D sur les maladies négligées et les maladies de la pauvreté. En 2010, *Innovation for Public Health in the Americas: Promotion of Research and Development of Health Products* a été publié sur la base des conclusions d'une

conférence de 2009 organisée conjointement par l'OPS/OMS et le programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR). Le rapport comporte des recommandations sur la façon de créer des systèmes pour innovation aux niveaux national, infrarégional et régional afin de promouvoir des produits de santé abordables et appropriés qui répondent aux priorités sanitaires des États Membres de l'OPS/OMS.

235. L'Organisation a également continué à élaborer une nouvelle plateforme régionale pour l'accès et l'innovation en ce qui concerne les technologies de la santé, une série d'outils basée sur l'Internet qui permet aux différentes parties prenantes de différents secteurs d'interagir de façon à promouvoir l'accès, l'usage rationnel et la bonne gouvernance dans le domaine des médicaments essentiels et autres technologies de la santé. L'OPS/OMS a présenté une proposition et a reçu une rétro-information sur la plateforme des autorités sanitaires et réglementaires, d'académiciens et de chercheurs, d'autorités scientifiques et technologiques, et de représentants du secteur manufacturier. Les partenaires dans ce projet comprennent **INFOMED Cuba** et **BIREME** ; un appui est fourni par la Food and Drug Administration des **États-Unis** (FDA), l'Union européenne (à travers le TDR), le **Brésil** et l'**Espagne**.

236. Le Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments (PANDRH) a organisé la 6^e Conférence panaméricaine sur l'harmonisation réglementaire des médicaments (CPANDRH) à Brasilia en juillet 2011. La conférence a attiré plus de 300 participants de 26 pays, dont des autorités sanitaires, des experts en problèmes de réglementation et autres, et des représentants de l'industrie pharmaceutique. Les groupes de travail du PANDRH sur les bonnes pratiques de laboratoire, les produits biotechnologiques, l'enregistrement des médicaments et les médicaments de contrefaçon ont présenté les résultats de leur récent travail de collaboration.

Fonds stratégique de l'OPS

Le Fonds renouvelable régional de l'OPS pour les fournitures stratégiques de santé publique, connu également sous le nom de Fonds stratégique de l'OPS, constitue l'une des contributions les plus importantes de l'Organisation à l'élargissement de l'accès à des médicaments essentiels de qualité. Fondé en 2000 à la demande des États Membres, le Fonds achète des médicaments et des fournitures à des prix réduits en regroupant la demande et en réalisant des économies d'échelle, tout en fournissant la coopération technique aux pays en matière de planification, programmation et prévision des médicaments et des fournitures médicales. Le Fonds offre également des listes de prix de référence et des fournisseurs pré-qualifiés, dont les produits et les pratiques de fabrication sont conformes aux normes de l'OPS/OMS.

En 2010 et le premier semestre de 2011, le Fonds stratégique de l'OPS a acheté des médicaments et des fournitures pour un total s'élevant à plus de US \$50,5 millions au nom de 16 pays : **Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Colombie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Suriname et Venezuela.**

Comme décrit dans l'OMD-4 ci-dessus, le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins a fourni un appui similaire pour l'achat de vaccins, seringues et fournitures de la chaîne du froid, en achetant environ \$723 millions de produits au nom de 40 pays et territoires au cours de la période 2010-2011.

237. Lors de la Journée mondiale de la Santé 2011, qui était consacrée au thème de la résistance antimicrobienne, l'OPS/OMS a tenu une discussion de panel spécial modérée par Claudia Palacios, présentatrice de CNN des informations du week-end en espagnol, et rassemblant des spécialistes parmi lesquels les Dr Anthony Fauci, Directeur du U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Dr Marcelo Galas, du Ministère de la Santé de l'**Argentine**, Dr Susan Foster, de l'Alliance pour un usage prudent des antibiotiques, ainsi que le Directeur-adjoint de l'OPS Jon Andrus. L'événement a attiré l'attention sur des problèmes tels que les infections acquises hospitalières et communautaires multirésistantes, la résistance croissante aux médicaments contre la tuberculose, le paludisme et le VIH, l'usage des antibiotiques dans la production du bétail et les pratiques des patients et des prestataires de soins qui contribuent à la résistance antimicrobienne.

Visages, Voix et Lieux des OMD

238. Alors que pratiquement toute la coopération technique de l'OPS/OMS contribue aux progrès sur la voie des OMD, l'initiative Visages, Voix et Lieux (VVL) est devenue l'effort phare de l'Organisation pour faire progresser l'agenda des OMD dans les communautés qui en ont le plus besoin. Lancée en 2006, l'initiative multisectorielle travaille dans les communautés vulnérables par le biais de partenariats avec les dirigeants locaux ainsi que les organisations non gouvernementales et locales dans le but de faire œuvre de sensibilisation aux OMD et de promouvoir la participation communautaire et l'autonomisation.

239. VVL part du postulat selon lequel les indicateurs à niveau national peuvent cacher l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale qui continuent à affecter de nombreuses communautés, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire où vivent 99 % des pauvres. VVL aborde ce problème en travaillant dans les communautés vulnérables de l'ensemble de l'Amérique latine et des Caraïbes en utilisant les déterminants sociaux de la santé comme point de départ. À compter de 2010-2011, plus de 40 communautés dans 23 pays participaient à VVL.

Visages, Voix et Lieux des OMD aux Amériques

Anguilla Groupes de populations vulnérables	Guyana Essequibo Coast et Georgetown
Argentine Laguna Blanca, Formosa	Grenade Hommes jeunes au Centre médical Tivoli
Belize Groupes de populations vulnérables	Honduras Région La Mosquitia
Brésil Guarulhos, São Paulo Olina, Pernambuco Duque de Caxias, Rio de Janeiro Fortaleza, Ceará Campinas, São Paulo	Mexique À travers le Réseau des Municipalités pour la Santé
Bolivie Cuarirenda, Charagua, région Chaco Huacullani, Tiwanaku, près du Lac Titicaca	Montserrat Zones affectées par l'ouragan Hugo et l'éruption volcanique des Collines de la Soufrière
Colombie Cent municipalités à travers le programme national de réduction de la pauvreté ; six municipalités à travers la stratégie nationale des environnements sains	Nicaragua San Carlos, Rio San Juan région de Miskito
Costa Rica Corredores, Puntarenas Région Brunca	Panama Santa Fe de Veraguas Cinq municipalités à Santa Fe
Cuba El Cotorro. La Havane Santa Isabel de las Lajas, Cienfuego	Paraguay Machareti, Mariscal Estigarribia, Chaco Reducto et Laurelty, San Lorenzo
Dominique Territoires caribéens	Pérou Belén, Loreto, Iquitos Coporaque, Cuzco
El Salvador Rosario de Mora, Santiago Texacuangos, San Salvador, et Villa Centenario, Sonsonate	République dominicaine Comendador et Pinzón, Elías Piña Batey Madre, Batey Walterio et Batey Santa Cruz, Montecristo
Équateur Colta, Alausí, Guamote et Nabón, Azuay	Uruguay Canelones
Guatemala Los Encuentros, San Juan Ermita, Chiquimula	

240. L'initiative utilise des stratégies participatives et des interventions intégrées pour autonomiser les communautés pour venir à bout des déterminants sociaux qui les ont gardées dans la pauvreté et qui les empêchent de réaliser les OMD. Elle encourage la communication horizontale et l'échange d'information entre les prestataires de

coopération technique et les bénéficiaires pour assurer que les interventions abordent les problèmes et les priorités définis par les communautés elles-mêmes et pour assurer également que ces solutions sont durables sur le temps.

241. En **Bolivie**, VVL est mis en œuvre à Cuarirenda, Santa Cruz, qui est une communauté Guarani de moins de 500 résidents. À travers un exercice de diagnostic participatif, les membres de la communauté ont identifié leurs priorités telles que produire une nourriture suffisante pour satisfaire les besoins nutritionnels de chaque famille ; autonomiser les femmes ; étendre le poste de santé local pour y accueillir une salle d'accouchement et offrir un dépistage du VIH, former les membres de la communauté sur la façon de prévenir les maladies courantes telles que la maladie de Chagas et améliorer les services d'eau et d'assainissement en construisant un nouveau puits, en améliorant les latrines et en recyclant les ordures.

242. Dans les communautés Cubaines de Cotorro, La Havane et Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos, VVL favorise principalement les enfants à risque de troubles de neuro-développement, les adolescentes enceintes et les adultes plus âgés, en utilisant une approche qui mobilise et autonomise la communauté pour répondre aux besoins spéciaux de ces groupes.

243. En **République dominicaine**, l'initiative travaille dans les communautés avec des niveaux élevés de malnutrition, un assainissement environnemental insuffisant et une présence importante de réfugiés Haïtiens. En coordination avec le Ministère de la Santé, VVL a fourni une formation aux membres de la communauté dans les domaines de la nutrition, le paludisme, la dengue, le choléra et la leptospirose, ainsi que de la construction de latrines.

244. À partir de 2010, VVL a commencé à s'étendre de manière autonome dans les communautés et les municipalités proches de celles qui participent déjà à l'initiative. Les maires participants de **Panama** ont invité les dirigeants de 11 nouvelles municipalités à se joindre à l'initiative au cours de 2010, et en 2011 ils ont invité les dirigeants de communautés autochtones. Au **Costa Rica**, VVL s'est propagé dans tout Brunca, la région la plus pauvre du pays. Dans la région du Chaco d'Amérique du Sud, les maires de communautés en **Argentine**, **Bolivie** et au **Paraguay** se sont engagés à promouvoir l'initiative dans d'autres communautés à travers un projet de TCC.

245. Dans les zones rurales d'Olinda et de Guarulhos, les maires participants du **Brésil** ont créé leur propre réseau de maires et ont invité d'autres maires des communautés environnantes à leurs réunions annuelles. En 2011, le Ministère de la Santé du **Brésil** a formellement reconnu que le VVL était un programme de santé et l'a doté d'un financement officiel du secteur de la santé. Le Conseil national de Secrétariats municipaux de Santé du **Brésil** (CONASEMS) a également promis son appui.

246. VVL a été lancé pour la première fois dans les Caraïbes anglophones au cours de la période 2010-2011, grâce au travail de membres des Jeunes Professionnels pour le programme des OMD (une initiative conjointe de l'OPS/OMS et de plusieurs universités des **Etats-Unis** et du **Canada**). Les participants comptent des membres de la tribu Caribe en **Dominique** et des communautés vulnérables d'**Anguilla**, de **Grenade** et de **Montserrat**.

247. En fonction de ses expériences dans 23 pays, VVL a élaboré un Panier virtuel des bonnes pratiques pour faire progresser chacun des OMD au niveau communautaire.

248. Quatre éléments clés se sont avérés essentiels pour une mise en œuvre réussie et durable de l'initiative : la participation engagée des maires et autres autorités locales, la création d'un groupe moteur de dirigeants de la communauté qui peuvent fournir la direction et l'impulsion, l'implication d'une institution académique comme partenaire d'exécution, et l'autonomisation communautaire à travers le renforcement des capacités. L'OPS/OMS promeut ce dernier à l'aide d'un programme éducatif sur « Santé et développement local » qui a diplômé 162 acteurs communautaires de 23 pays depuis 2009.

Chapitre III. Leçons et défis

249. La Déclaration du Millénaire et, par conséquent, les objectifs du Millénaire pour le développement ont démontré le pouvoir de la volonté politique mondiale au plus haut niveau avec un but commun : éradiquer la pauvreté. Les OMD ont permis de transcender le langage déclaratif pour engager des actions concrètes au niveau national, régional et mondial, à court, moyen et long terme, avec le suivi des progrès et des révisions périodiques par les gouvernements, la société civile, le système des Nations Unies et les associés pour le développement. Cette approche de reddition des comptes a fait partie intégrante de l'agenda des OMD et a sans nul doute contribué aux progrès accomplis.

250. Les OMD ont également permis de donner le ton en vue d'un travail intégré et synergique entre secteurs et agences, reconnaissant que les conditions de vie des plus vulnérables ne peuvent être améliorées que si l'on travaille à l'unisson avec des stratégies de développement qui comprennent la nutrition, le travail et l'emploi, l'éducation, la santé et l'assainissement, ainsi que des engagements partagés entre pays développés et pays en développement. En ce sens, les OMD renforcent la focalisation de l'OPS/OMS sur les déterminants sociaux de la santé et la nécessité de les aborder avec des interventions multisectorielles. Simultanément, en accordant un espace central à la santé dans le programme de développement, le cadre des OMD a accru la visibilité et la reconnaissance de la santé dans les politiques publiques.

251. Au cours de la dernière décennie, l'Organisation a réussi à intégrer les OMD dans ses programmes de coopération technique, qui abordaient déjà des thèmes tels que la faim et la malnutrition, l'inégalité des sexes, la santé maternelle et infantile, les maladies infectieuses et négligées, la santé environnementale et les alliances pour le développement. Les OMD ont réussi à stimuler et renforcer les efforts de l'OPS/OMS et de ses États Membres dans ces domaines clés.

252. Dans le même temps, reconnaissant le grave contexte de l'inégalité des revenus dans la Région, l'OPS/OMS a souligné la nécessité d'aller au-delà des OMD et de leurs cibles officielles pour aborder les grandes disparités qui se cachent derrière les moyennes nationales. En lançant son initiative Visages, voix et lieux, elle a mis en relief l'importance de parvenir aux communes et territoires les plus vulnérables et plus négligés, de ranimer les principes des soins de santé primaires et de donner des moyens aux personnes dans leurs communautés. Il n'est pas suffisant que les chefs d'État et de gouvernement connaissent les OMD et s'y engagent. Les maires, les autorités locales et les habitants eux-mêmes des communautés doivent comprendre que les OMD sont les éléments de base d'un programme de développement qui s'appuie sur les droits de l'homme. En mettant ces principes en relief, l'OPS/OMS a fait une contribution unique à travers un cadre éthique pour faire progresser les OMD.

253. Les expériences de l'Organisation dans sa coopération technique en vue des progrès des OMD dans les États Membres ont apporté des enseignements qui peuvent aider à accélérer les progrès sur la voie de ces objectifs durant les quatre dernières années qui restent avant d'atteindre 2015 et ont éclairé les chemins à prendre après 2015.

254. Un enseignement clair est illustré par la nécessité d'aborder avec une plus grande intensité les problèmes de la mortalité maternelle et néonatale, qui constituent deux des OMD pour lesquels la Région est le plus en retard, en particulier dans les zones rurales, d'une plus grande vulnérabilité et une plus grande pauvreté. Les concentrations récentes dans les banlieues accusent des défis dans l'accès aux services de santé pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Le but est également lointain en ce qui concerne la malnutrition chronique. Pour ce qui est de l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement de base, en termes numériques ils sont devenus un défi urbain en raison de l'évolution démographique, mais il reste encore de vastes segments de la population des circonscriptions rurales les plus pauvres qui ne disposent pas de ces avantages du développement. Tous ces points faibles doivent être abordés avec une plus grande focalisation alors que la nature d'intégralité et l'aspect intersectoriel des politiques, des programmes et des projets doit être renforcée.

255. Dans le même temps, même s'il existe des données factuelles sur la diminution de la pauvreté, les progrès ont été inégaux et il des segments de la population sont encore vulnérables, en particulier en raison de l'emplacement géographique et de l'identité culturelle et de genre. En ce sens, il est indispensable de poursuivre le travail en faveur des OMD au niveau local et municipal et parmi les groupes marginalisés qui restent désavantagés, même si les données factuelles disponibles en témoignent difficilement. De la même manière, bien qu'il existe des progrès dans la réduction de l'inégalité dans la Région, la promotion de l'égalité des opportunités et des résultats demeure cruciale pour que se réduisent les écarts dans les pays.

256. Un autre enseignement important qui a été confirmé au cours des décennies récentes, est qu'il existe un cercle vertueux pour lequel la croissance économique et la santé conjuguées au développement social s'appuient mutuellement. Il apparaît essentiel de maintenir une surveillance étroite de l'évolution des cycles économiques, parce que la vulnérabilité des plus pauvres augmente durant les phases récessives des cycles, en grande partie parce que les dépenses et les investissements sociaux ont tendance à être réduits au titre des corrections requises pour venir à bout de la crise. Il est nécessaire de systématiser les enseignements tirés des pays à revenu moyen, non seulement pour freiner la crise économique mais aussi pour réduire les écarts des inégalités et stimuler un développement durable.

257. Par exemple, l'impact de la dernière récession de 2008-2009 a été moins profond que pour d'autres récessions antérieures, comme celle de la décennie des années 80, parce que les économies de la Région étaient mieux préparées et disposaient en outre de

programmes sociaux conçus spécifiquement pour la protection des plus vulnérables. Ceci montre l'importance de protéger et d'augmenter les dépenses sociales, en particulier celles destinées aux programmes de protection sociale.

258. Ces enseignements et d'autres tirés des expériences de l'OPS/OMS et de ses États Membres dans la poursuite des OMD donnent lieu à diverses conclusions et recommandations pour les efforts futurs en la matière, comme noté ci-dessous.

- a) Il est indispensable de produire constamment les données factuelles nécessaires pour élaborer des politiques, des plans, des programmes et des projets. Pour cette raison, il est nécessaire de renforcer les systèmes nationaux d'information en santé. Les données probantes constituent la base fondamentale de l'adoption de décisions appropriées et de l'exécution de mesures efficaces. Ce n'est qu'avec des données et une information de bonne qualité que les objectifs peuvent se transformer en résultats. L'observatoire des OMD relatifs à la santé devrait être promu pour suivre les avancées et les reculs à niveau national et infranational et pour faciliter l'action appropriée et ponctuelle.
- b) Une surveillance constante des dépenses de santé publique est également nécessaire, y compris les dépenses pour améliorer la performance des systèmes de santé et pour universaliser les programmes de protection sociale en mettant l'accent sur les secteurs et les communes les plus vulnérables. Cet objectif pourrait être atteint au moyen de l'élaboration conjointe avec les ministères de la santé d'un programme de suivi des dépenses sociales assorti de rapports annuels.
- c) Alors que subsistent des niveaux aigus de pauvreté et d'inégalité dans la Région, les dépenses publiques devront être augmentées pour le secteur de la santé et pour les programmes de protection sociale qui impliquent des changements structurels. Ces programmes devraient non seulement utiliser les ressources de différents secteurs mais aussi provoquer des synergies dans les processus et résultats ; favoriser les processus d'autonomisation et ne pas consister seulement en des aides individualisées ; chercher à avoir un impact sur la qualité et non seulement sur l'accès ; et être suivis dans leur impact pour sortir non seulement de l'extrême pauvreté mais aussi pour en venir à bout, de sorte que les gains soient difficilement réversibles. Pour cela, il sera nécessaire de faire des progrès dans les pays de la Région en matière de réformes fiscales qui puissent soutenir l'augmentation et la durabilité des dépenses sociales.
- d) La coopération technique axée sur les zones géographiques y compris les zones de pauvreté dans les communes urbaines, les communautés difficiles à atteindre et les territoires transnationaux, continuera à être essentielle pour accélérer les progrès de l'accomplissement des OMD. L'initiative Visages, voix et lieux a aidé à attirer l'attention sur le programme inachevé et les inégalités à l'intérieur des pays. Ce programme doit maintenir un haut profil et doit être abordé dans sa

- dimension politique, technique et financière afin que les politiques et les allocations de ressources ne finissent pas par ignorer une fois de plus ces territoires.
- e) Pour garantir une approche multisectorielle et multidimensionnelle, des inventaires des politiques nationales sont requis pour faciliter l'évaluation et pour promouvoir concrètement « la santé dans toutes les politiques ». C'est le seul moyen pour soutenir les objectifs et pour garantir l'action efficace sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.
 - f) Il est également important de compléter l'harmonisation de la coopération internationale par des efforts destinés à renforcer la gouvernance et la capacité de coordination des autorités nationales. Il s'agit de mobiliser, harmoniser et aligner la coopération extérieure pour atteindre les OMD et pour répondre aux priorités nationales de santé et de développement.
 - g) Les projets de grande envergure qui exigent des ressources considérables, tels que par exemple les travaux d'infrastructure d'approvisionnement d'eau potable et d'assainissement de base, nécessitent l'appui des institutions financières multilatérales. Pour garantir la qualité des services et assurer leur durabilité, les efforts des entités financières internationales et des autres agences dédiées à ces objectifs doivent être coordonnés et les relations avec les banques de développement et les agences des Nations Unies doivent être renforcés pour aborder les priorités nationales. Comme noté ci-dessus, une série d'alliances a été lancée au cours des 11 dernières années qui illustrent un travail intégré avec un objectif en commun.
 - h) Enfin, le fait que les pays d'Amérique latine et des Caraïbes aient pu atteindre un grand nombre des cibles des OMD leur donne la responsabilité de partager l'expérience accumulée avec d'autres régions en développement. À cette fin, l'OPS continuera à partager son expérience, en encourageant la coopération Sud-Sud et en triangulant les efforts de coopération et de transfert des connaissances entre pays, au moyen de l'appui des donateurs et des gouvernements membres, ainsi qu'à travers l'OMS et d'autres organismes spécialisés des Nations Unies.

Les objectifs du Millénaire pour le développement après 2015

259. Le but de réduire la pauvreté et d'améliorer la qualité de la vie ne sera pas pleinement réalisé pour 2015—ni dans la Région des Amériques ni dans le reste du monde—en dépit des progrès importants accomplis. Il sera nécessaire de poursuivre l'impératif éthique contenu dans les OMD, à l'aide d'une approche informée par l'analyse des expériences jusqu'à ce jour. On peut citer parmi les considérations qui devront être prises en compte :

- a) L'engagement doit être mondial mais les objectifs, les cibles et les indicateurs doivent être adaptés au niveau régional pour tenir compte des différences. Pour notre Région, ceci impliquera des objectifs plus élevés et focalisés sur la population exclue, les peuples autochtones et les afro-descendants, ainsi que sur les femmes, les enfants et les personnes âgées. Ce n'est qu'avec des cibles différenciées que l'on pourra briser le noyau de l'inégalité.
- b) Le programme des OMD doit transcender le plan national et exercer une influence décentralisatrice qui encourage des analyses infranationales et des actions au sein des communautés. Face à la distribution inégale des capacités, les efforts pour créer un capital humain au niveau local doivent être renforcés.
- c) Les enseignements tirés dans les 15 années antérieures peuvent être utilisés pour développer des lignes de base régionales, nationales et infranationales et pour systématiser les données probantes qui permettront d'ajuster les actions et de débloquer les progrès. Ceci donnera lieu à des processus pour accélérer les progrès sur la voie des OMD soutenus dans les politiques nationales, les actions locales et les processus de prise de conscience de la population.
- d) Le programme de développement établi par les OMD en 2000 doit s'enrichir de modèles de développement durable qui incorporent les défis du changement climatique ainsi que les approches émergeant du « Sommet de Rio + 20 ». La pauvreté et l'inégalité doivent être au cœur des discussions au Sommet de la Terre. Ce sont les plus vulnérables qui souffrent le plus durement des effets du changement climatique et par conséquent c'est là que doivent être initiés les efforts de préparation aux catastrophes et les efforts d'atténuation des conséquences du changement climatique.
- e) Dans le même temps, la transition démographique de la Région, conjuguée aux modes de consommation de ses habitants, a donné lieu à un défi nouveau et important que le programme des OMD n'avait pas envisagé. Même si de gros progrès ont été accomplis dans la lutte contre les maladies infectieuses aux Amériques, l'épidémie des maladies chroniques est en hausse. Elle affecte tout autant les pays et les individus riches et pauvres, à tel point que pour l'Amérique latine et les Caraïbes, à partir de 2015, les objectifs de santé et de développement devront accorder une priorité égale ou plus grande aux maladies non transmissibles, qui ont des conséquences pernicieuses pour les populations vulnérables et dont le traitement est plus complexe et plus cher. La promotion de la santé jouera un rôle clé capable de créer des habitudes et de transformer les espaces urbains en milieux sains, tout en faisant œuvre de sensibilisation pour des modes de vie plus sains.
- f) Les problèmes de la productivité et de l'emploi revêtiront une plus grande importance dans les OMD de deuxième génération, en mettant l'accent sur les jeunes et les capacités professionnelles. Les efforts pour réduire la pauvreté ne

- sont pas soutenables si le niveau de la croissance économique et de la productivité n'est pas élevé et si des formes d'emploi dans des conditions dignes et saines ne sont pas créées, tant dans le secteur formel que dans le secteur informel. La santé et la sécurité du travail, liées à des programmes de protection sociale, d'assurances maladie et de pensions, permettront de maintenir la qualité de vie, non seulement durant les années de participation productive mais aussi pendant la retraite. Des alternatives créatives sont également requises pour assurer que les travailleurs du secteur informel disposent de fonds de pension suffisants pour vivre dignement.
- g) Les OMD de deuxième génération devront axer leurs priorités sur un développement multidimensionnel, à visage humain et dans un cadre éthique s'appuyant sur les droits de l'homme et la paix. En plus du développement économique et social, il faut affronter d'autres défis parce qu'ils ont un grand impact dans la vie quotidienne, et surtout—dans la Région des Amériques—la violence et l'insécurité. Ceci exigera des cibles et des indicateurs de sécurité citadine pour répondre au crime organisé et des réformes concernant les politiques du secteur juridique pour dissuader l'impunité. Une nouvelle ère de la sécurité humaine où le secteur de la santé jouera un rôle clé est encore à venir.
- h) Enfin, pour poursuivre cette voie, le renforcement d'alliances entre les différents acteurs pour le développement restera essentiel. La solidarité internationale devra continuer à être présente, mais elle devra aussi ajuster ses mécanismes pour devenir plus efficace. Il faut reconnaître les réalités complexes des pays à revenu moyen et l'aide internationale doit être mieux harmonisée et moins fragmentée, fondée sur une vision systémique et davantage destinée à renforcer les capacités et l'autonomie des pays, tout en reconnaissant et en renforçant le leadership national. Ces caractéristiques permettront de consolider les objectifs atteints, d'attaquer les retards et de continuer à affronter les défis du développement durant les décennies à venir.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	
ACEMI	Association Colombienne des entreprises de médecine intégrale
ACP	Groupe des États d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique
AECID	Agence espagnole de la coopération internationale pour le développement
ALAPE	Association latino-américaine de pédiatrie
ALARM	Advanced Labour and Risk Management (Grossesse à risque et accouchement associé)
AMI	Initiative amazonienne pour le paludisme
ARV	traitement antirétroviral
ASDISIDA	Agence suédoise de coopération au développement international
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BID	Banque interaméricaine de développement
CALMA	Centre de soutien à l'allaitement (El Salvador)
CAREC	Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC)
CCA	Bilan commun de pays
CCHS	Enquête canadienne sur la santé communautaire
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis
CEES	Action concertée en éducation d'El Salvador
CELADE	Centre de démographie d'Amérique latine et des Caraïbes
CENTA	Centre national de technologie agricole et forestière (El Salvador)
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
CIDA	Agence canadienne de développement international
CLAP/SMR	Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et de la reproduction
COMISCA	Conseil des ministres de la Santé de l'Amérique centrale
COMMCA	Conseil des ministres pour les femmes en Amérique centrale
CONASAN	Conseil national de sécurité alimentaire et nutritionnelle (El Salvador)
CONE	Soins obstétricaux et néonataux essentiels
CPANDRH	Conférence panaméricaine sur l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique
CTP	Coopération technique entre pays
DASALUD-Chocó	Département administratif de la Santé et de la Sécurité sociale de Chocó (Colombie)
DOTS	traitement direct à court terme et sous observation
ECC	Bureau de la coordination pour les pays des Caraïbes orientales (le Bureau de l'OPS/OMS à la Barbade)
ECO	Équipe de santé familiale et communautaire
ENIPLA	Stratégie nationale intersectorielle pour la planification familiale (Équateur)
ESAVI	Événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FDA	Food and Drug Administration (Agence de sécurité des aliments et des médicaments - États-Unis)
FEPPEN	Fédération panaméricaine des professionnels en soins infirmiers
FI	fièvre indifférenciée

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS (suite)	
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FLASOG	Fédération latino-américaine des associations d'obstétrique et de gynécologie
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FOROSAN	Forum régional sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle
FVP	Visages, Voix, Lieux de la réalisation des OMD
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GCT	Groupe consultatif technique
GLAAS	Évaluation mondiale annuelle sur l'assainissement et l'eau potable
GNUD-ALC	Groupe des Nations Unies pour développement pour l'Amérique latine et les Caraïbes
GTR	Groupe de travail régional inter-organisations pour réduire la mortalité maternelle
HCNUDH	Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
Hib	Haemophilus influenzae de type b
ICM	Confédération internationale des sages-femmes
IHSDN	Réseaux intégrés de services de santé
INCAP	Institut de la nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP)
IPPF	Fédération internationale de planification familiale
IST	infection sexuellement transmissible
JICA	Agence japonaise de coopération internationale
MIFC	Programme d'autonomisation des femmes, familles et communautés (El Salvador)
MND	Ministère du développement national du Belize
NORAD	Agence norvégienne de coopération pour le développement
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OEA	Organisation des États américains
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Nations Unies
ONU-HABITAT	Programme des Nations Unies pour les établissements humains
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PAM	Programme alimentaire mondial
PANCAP	Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH et le sida
PAND	Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement
PANDRH	Réseau panaméricain pour l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique
PCIMA	Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
PEPFAR	Plan d'urgence du président des États-Unis contre le sida
PLoS	Public Library of Science (Bibliothèque publique scientifique)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS (suite)	
PRISM	Performances de la gestion des systèmes d'information de routine
RAVREDA	Réseau de l'Amazonie pour la surveillance de la résistance aux antipaludéens
SICA	Système d'intégration centraméricaine
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SIG	Free Child Care (Soins de santé gratuits pour les enfants -Haïti)
SIP	Système d'information périnatale
SOG	Soins obstétricaux gratuits (Haïti)
SRC	syndrome de rubéole congénitale
TAHA	traitement antirétroviral hautement actif
TB	tuberculose
TB-MR	tuberculose multirésistante
TDR	Tropical Diseases Research (Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales)
UNDAF	Cadre des Nations Unies d'aide au développement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds des Nations Unies pour la femme
UNIVO	Université de l'Orient - El Salvador
UNODC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
UNOPS	Office des Nations Unies pour les services de projets
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
USDA	Département de l'agriculture des États-Unis
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain

- - -