

56^e CONSEIL DIRECTEUR

70^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

Point 8.22 de l'ordre du jour provisoire

CD56/INF/22

31 août 2018

Original: anglais/espagnol

RAPPORTS D'AVANCEMENT SUR LES QUESTIONS TECHNIQUES

SOMMAIRE

A.	Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes : rapport d'avancement.....	2
B.	Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents : évaluation à mi-parcours.....	12
C.	Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain : évaluation à mi-parcours.....	20
D.	Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens : évaluation à mi-parcours.....	29
E.	Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales : évaluation à mi-parcours.....	41
F.	Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose : évaluation à mi-parcours.....	52
G.	Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 : évaluation à mi-parcours.....	61
H.	Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 : évaluation à mi-parcours.....	73
I.	Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 : rapport d'avancement.....	83
J.	Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres : rapport d'avancement.....	87
K.	Situation des Centres panaméricains	90

*Original en anglais : parties A, C, D, E, F, G, H, J et K. Original en espagnol : parties B et I.

A. STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION VISANT AU RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR COMBATTRE LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. Reconnaisant l'importance du rôle joué par le système de santé dans la lutte contre la violence à l'égard des femmes, les États Membres de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont approuvé en octobre 2015 la *Stratégie et le plan d'action 2015-2025 visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes* (document CD54/9, Rev. 2) (1). Le but du présent document est de faire rapport aux Organes directeurs de l'OPS sur les progrès réalisés quant à la mise en œuvre de la Stratégie et du plan d'action, qui offrent aux systèmes de santé une feuille de route leur permettant de se joindre à un effort multisectoriel visant à prévenir la violence à l'égard des femmes et à y répondre dans la Région des Amériques. Le présent rapport repose sur un examen de la littérature publiée et de la littérature grise ainsi que sur des consultations avec les États Membres. Il s'inspire également d'informations récoltées par le moyen des activités de coopération technique entreprises depuis l'approbation de la Stratégie et du plan d'action.

2. La Région des Amériques a été la première région de l'OMS où les plus hautes autorités ont approuvé un cadre d'intervention portant sur la violence à l'égard des femmes. Par la suite, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2016 le *Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants* (2), qui correspond étroitement à la Stratégie et au plan d'action régionaux de l'OPS. Les mesures proposées dans ces deux documents visent à appuyer les efforts consentis par les pays pour atteindre la cible 5.2 des ODD, qui appelle à l'élimination de toutes les formes de violence à l'égard de toutes les femmes et de toutes les filles. En fait, l'approbation de mandats en ce sens, aussi bien au niveau régional qu'au niveau mondial, a contribué à un accroissement des demandes de soutien provenant des États Membres concernant la riposte à la violence, en particulier la violence à l'égard des femmes et à l'égard des enfants.

3. La violence à l'égard des femmes touche une femme sur trois dans les Amériques et peut entraîner des répercussions profondes et durables pour les survivantes, y compris un traumatisme physique, une grossesse non désirée, des infections sexuellement transmissibles (notamment le VIH/sida) et de nombreux problèmes de santé mentale, comme l'anxiété, la dépression et un risque accru de suicide (3, 4). La violence pendant la grossesse est associée à un risque accru de complications, comme une fausse-couche, l'accouchement prématuré et un faible poids à la naissance (3, 5). De même, la violence à l'égard des femmes est source de répercussions négatives pour les enfants. Les données factuelles suggèrent que les conséquences sanitaires et sociales à long terme de l'exposition d'un enfant à la violence contre sa mère sont similaires à celles découlant de la maltraitance

et de la négligence physiques et émotionnelles à l'égard des enfants (5-8). L'exposition durant l'enfance à la violence conjugale, par exemple, est liée à des taux plus élevés de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, ainsi qu'à un risque accru de commettre des actes de violence contre les femmes ou d'en être victime, plus tard dans la vie.

Analyse des progrès accomplis

4. Les axes stratégiques qui figurent à la Stratégie et au plan d'action de l'OPS consistent à renforcer : *a)* la disponibilité et l'exploitation des données factuelles, *b)* l'engagement politique et financier en faveur du traitement du problème de la violence à l'égard des femmes dans les systèmes de santé, *c)* la capacité des systèmes de santé de répondre à la violence à l'égard des femmes et *d)* le rôle des systèmes de santé en matière de prévention de ce type de violence. Comme l'illustre le tableau ci-dessous, des progrès ont été accomplis pour la plupart des objectifs, bien que certains domaines aient connu plus d'avancées que d'autres. Les pays ont accompli des progrès importants quant à leurs efforts visant à renforcer les modes opératoires nationaux normalisés et à préparer leur personnel sanitaire à faire face à la violence à l'égard des femmes (objectifs 3.1 et 3.2 de la Stratégie et du plan d'action), domaines où l'OPS a fourni une coopération technique substantielle. Des progrès importants ont aussi été réalisés pour ce qui est d'offrir des services médicaux d'urgence aux survivantes de viol. Certains progrès ont été enregistrés quant au nombre de pays qui ont produit des estimations représentatives du pays tout entier concernant la prévalence de la violence conjugale et de la violence sexuelle à l'égard des femmes, bien que seulement huit pays aient mené plusieurs enquêtes de sorte à pouvoir analyser les tendances qui se dégagent. Des défis majeurs persistent toutefois concernant la qualité et la comparabilité des données. Enfin, peu de progrès ont été faits quant à l'inclusion, dans les budgets de la santé, d'un financement servant à appuyer les efforts des systèmes de santé visant à combattre la violence à l'égard des femmes. En fait, si on considère l'ampleur de la violence à l'égard des femmes dans les Amériques et les effets négatifs considérables de ce type de violence sur la santé des femmes et de leurs enfants, le financement affecté à ce domaine d'intervention demeure totalement inadéquat.

5. À la demande des États Membres, l'OPS a appuyé substantiellement les efforts visant à renforcer la capacité des systèmes de santé de répondre à la violence à l'égard des femmes. Le Bureau sanitaire panaméricain a produit des orientations normatives et fondées sur des données factuelles en vue d'aider à l'élaboration de politiques et de protocoles nationaux, et a tenu des ateliers régionaux, infrarégionaux et nationaux de renforcement des capacités afin de former les prestataires de soins de santé. En outre, l'OPS prête actuellement son concours à l'élaboration de deux programmes de formation à l'intention des prestataires de soins de santé. Enfin, l'OPS a réalisé une analyse comparative des estimations relatives à la prévalence de la violence à l'égard des femmes dans la Région.

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : renforcer la disponibilité et l'exploitation des données factuelles concernant la violence à l'égard des femmes</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
1.1 Accroître la collecte et la disponibilité de données épidémiologiques et de données issues de la prestation de services au sujet de la violence à l'égard des femmes	1.1.1 Nombre d'États Membres qui ont réalisé des enquêtes sur la population représentatives du pays tout entier concernant la violence à l'égard des femmes (ou qui ont prévu un module sur la violence à l'égard des femmes dans d'autres enquêtes démographiques ou sanitaires sur la population) au cours des cinq dernières années Référence (2015) : 14 Cible (2025) : 22	Au total, 18 pays de la Région ont mené des enquêtes sur la violence à l'égard des femmes au cours des cinq dernières années. Plusieurs autres enquêtes sont en cours, concentrées en particulier dans les Caraïbes, où il existe à ce jour très peu de données concernant la prévalence de la violence à l'égard des femmes.
	1.1.2 Nombre d'États Membres qui ont réalisé des études sur la population représentatives du pays tout entier concernant la violence à l'égard des femmes au cours des cinq dernières années (ou qui ont prévu un module sur la violence à l'égard des femmes dans d'autres enquêtes démographiques ou sanitaires sur la population) comprenant une analyse de la prévalence de la violence à l'égard des femmes chez différents groupes ethniques ou raciaux Référence : 2 Cible : 10	Actuellement, 9 pays ont inclus une analyse de la violence à l'égard des femmes chez différents groupes ethniques ou raciaux dans leurs plus récentes études sur la population représentatives du pays tout entier menées au cours des cinq dernières années. Dans certains cas, les pays recueillent des données qui permettraient d'analyser les estimations relatives à la prévalence selon l'appartenance ethnique et la race, mais n'effectuent pas ce type d'analyse. Cinq autres pays disposent d'estimations relatives à la prévalence ventilées selon l'appartenance ethnique ou la race, mais ces estimations ont été produites il y a plus de cinq ans. Des difficultés sur le plan méthodologique quant à la mesure des variables qui concernent l'appartenance ethnique et la race persistent, et il s'avère souvent impossible de comparer les données issues de ces études d'un contexte à l'autre.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>1.1.3 Nombre d'États Membres qui sont en mesure de fournir des données sur les homicides ventilés selon l'âge et le sexe de la victime et sa relation avec l'agresseur</p> <p>Référence (2015) : 9 Cible (2025) : 15</p>	<p>Aucun progrès n'a été réalisé quant à cet indicateur ; en effet, 9 pays peuvent actuellement fournir des données sur les homicides ventilés selon l'âge et le sexe de la victime et sa relation avec l'agresseur. Certains pays peuvent fournir ces estimations sur demande, mais n'analysent pas régulièrement les données sur les homicides de cette façon. D'autres pays peuvent fournir le nombre d'homicides ventilé selon le sexe, mais ne recueillent pas régulièrement d'informations sur la relation entre la victime et l'agresseur, des informations nécessaires pour déterminer l'ampleur du fémicide ou féminicide conjugal, une forme de violence à l'égard des femmes qui serait très répandue dans la Région des Amériques.</p>

Axe stratégique d'intervention 2 : renforcer l'engagement politique et financier en faveur du traitement du problème de la violence à l'égard des femmes dans les systèmes de santé.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.1 Renforcer les politiques et plans nationaux et infranationaux contre la violence à l'égard des femmes au sein du système de santé</p>	<p>2.1.1 Nombre d'États Membres ayant prévu des mesures contre la violence à l'égard des femmes dans leurs politiques ou plans nationaux sur la santé</p> <p>Référence (2015) : 18 Cible (2025) : 35</p>	<p>En 2017, 20 pays avaient prévu des mesures contre la violence à l'égard des femmes dans leurs politiques ou plans nationaux sur la santé. La plupart de ces plans reconnaissent que la violence à l'égard des femmes a des effets négatifs sur la santé et l'abordent au moyen d'objectifs et d'interventions stratégiques de santé.</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>2.1.2 Nombre d'États Membres qui ont prévu, dans leur budget national de santé, un ou plusieurs postes consacrés exclusivement à l'appui aux activités de prévention ou aux interventions concernant la violence à l'égard des femmes</p> <p>Référence (2015) : 4 Cible (2025) : 10</p>	<p>Les progrès relatifs à cet indicateur ont été minimes : actuellement, 5 pays ont prévu des postes dans leur budget national de santé consacrés à combattre la violence à l'égard des femmes. Toutefois, dans d'autres pays, des mécanismes nationaux de promotion des femmes (par exemple des ministères de la Femme) ont un financement budgétaire destiné à améliorer la réponse sanitaire aux survivantes de violence.</p>
	<p>2.1.3 Nombre d'États Membres qui ont mis en place, dans le ministère de la Santé, une unité (ou plusieurs) ou un ou des points de liaison chargés de la violence à l'égard des femmes</p> <p>Référence (2015) : 4 Cible (2025) : 10</p>	<p>Des progrès considérables ont été réalisés relativement à cet indicateur : 10 pays de la Région disposent actuellement d'une unité ou d'un point de liaison concernant la violence à l'égard des femmes dans leur ministère de la Santé. Bien que ce qui suit ne constitue pas un indicateur de la Stratégie et du plan d'action, ajoutons que certains pays ont un point de liaison au sein d'un ministère différent ou en tant qu'entité indépendante, et que le ministère de la Santé prend part au travail de certaines de ces entités.</p>
<p>2.2 Accroître la participation du système de santé aux plans, politiques et coalitions multisectoriels de lutte contre la violence à l'égard des femmes</p>	<p>2.2.1 Nombre d'États Membres qui ont mis en place un plan national ou multisectoriel contre la violence à l'égard des femmes en y intégrant le système de santé, selon l'état d'avancement du plan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ en cours d'élaboration ; ▪ en cours d'exécution <p>Référence (2015) : 13 Cible (2025) : 20</p>	<p>Des progrès importants ont été réalisés quant à cet indicateur, et la cible a été dépassée. Actuellement, 21 pays ont mis en place un plan national ou multisectoriel contre la violence à l'égard des femmes en y intégrant le système de santé. Toutefois, dans plusieurs cas, ces plans ne précisent pas le rôle des systèmes de santé, et des difficultés importantes persistent concernant la mise en œuvre effective des plans existants.</p>

Axe stratégique d'intervention 3 : consolider la capacité des systèmes de santé pour ce qui est d'une prise en charge et d'un accompagnement efficaces des femmes qui ont subi des actes de violence sexuelle ou de violence conjugale		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.1 Renforcer les modes opératoires nationaux normalisés (protocoles, directives) afin d'administrer des soins sûrs et efficaces et d'accompagner les femmes victimes de violence conjugale ou de violence sexuelle, selon le cas	3.1.1 Nombre d'États Membres qui ont mis en place, au niveau national, des modes opératoires normalisés, des protocoles ou des directives permettant au système de santé d'intervenir face à la violence conjugale conformément aux directives de l'OMS (10, 11) Référence (2015) : 6 Cible (2025) : 15	En 2017, 14 pays satisfaisaient à cet indicateur.
	3.1.2 Nombre d'États Membres dont les services de santé d'urgence proposent des soins complets après un viol conformément aux directives de l'OMS (10, 11) Référence (2015) : 2 Cible (2025) : 15	En 2017, 13 pays proposaient des soins d'urgence après un viol conformes aux directives de l'OMS.
3.2 Accroître la capacité des professionnels de la santé d'intervenir en cas de violence à l'égard des femmes	3.2.1 Nombre d'États Membres ayant inclus le sujet de la violence à l'égard des femmes dans leurs mécanismes de formation continue à l'intention des professionnels de la santé Référence (2015) : 2 Cible (2025) : 10	En 2017, 5 pays satisfaisaient à cet indicateur. On reconnaît davantage la nécessité de préparer les prestataires de soins de santé à identifier les survivantes et à leur offrir des soins adéquats ; toutefois, la capacité régionale de réaliser des formations sur la violence à l'égard des femmes demeure limitée. L'OPS aide à remédier à cette lacune.

<i>Axe stratégique d'intervention 4 : renforcer le rôle du système de santé en matière de prévention de la violence à l'égard des femmes</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.1 Renforcer la participation et l'engagement du système de santé dans les interventions visant à prévenir la violence à l'égard des femmes	4.1.1 Nombre d'États Membres ayant mis en place une coalition ou équipe spéciale multisectorielle chargée de coordonner des activités de prévention de la violence à l'égard des femmes et prévoyant une participation du ministère de la santé Référence (2015) : 3 Cible (2025) : 10	Des progrès importants ont été accomplis quant à cet indicateur, et la cible a été dépassée. Actuellement, 21 pays ont mis en place un mécanisme multisectoriel chargé de coordonner des mesures relatives à la violence à l'égard des femmes et prévoyant une participation du ministère de la Santé.
	4.1.2 Nombre d'États Membres qui disposent d'un plan national ou multisectoriel qui aborde le problème de la violence à l'égard des femmes (incluant le système de santé) et qui propose au moins une stratégie pour prévenir la violence à l'égard des femmes, par type de stratégie Référence (2015) : 0 Cible (2025) : 10	En 2017, 17 pays disposaient de stratégies visant à prévenir la violence à l'égard des femmes. Il convient de noter, toutefois, que ces stratégies n'abordent pas toujours les intersections entre différentes formes de violence (par exemple les intersections entre la violence à l'égard des femmes et la violence à l'égard des enfants), ce qui peut entraîner une fragmentation des activités et, éventuellement, une efficacité moindre.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

6. À la lumière des progrès décrits ci-dessus, il convient de prendre les mesures suivantes pour améliorer la situation :
- a) Continuer à accroître la disponibilité, la qualité, la comparabilité et l'exploitation des données épidémiologiques sur la violence à l'égard des femmes, en particulier la disponibilité des données sur les tendances qui se dégagent et les estimations relatives à sa prévalence parmi des groupes qui sont en situation de vulnérabilité en raison de leur appartenance ethnique ou de leur race, d'un handicap ou d'autres facteurs.
 - b) Renforcer la capacité des chercheurs et des instituts nationaux de statistique à mener des études sur la violence à l'égard des femmes qui soient conformes aux recommandations internationales en matière d'éthique et de méthodologie.

- c) Continuer à développer la capacité des prestataires de soins de santé à prendre en charge, avec compassion et de manière efficace, les survivantes de la violence à l'égard des femmes, y compris en cherchant des occasions d'intégrer le sujet de la violence à l'égard des femmes dans la formation universitaire des professionnels des soins de santé.
- d) Faire en sorte qu'une contraception d'urgence fasse partie d'une intervention sanitaire complète offerte aux survivantes de viol.
- e) Promouvoir une allocation des ressources, particulièrement dans les budgets de la santé, qui soit en phase avec l'ampleur de la violence à l'égard des femmes et avec la lourdeur de ses conséquences sur la santé publique et au-delà.
- f) Continuer à développer les données factuelles concernant les nombreux points de jonction entre la violence à l'égard des femmes et d'autres formes de violence, en particulier la violence à l'égard des enfants, et élaborer des stratégies visant à combattre ces formes de violence de manière intégrée, s'il y a lieu.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

7. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport d'avancement et de formuler les recommandations qu'il jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes [Internet]. 54^e session du Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC). Washington (DC) : OPS ; 2015 (document CD54/9, Rev. 2) [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31546&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants [Internet]. Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (résolution WHA69.5) [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254897/9789242511536-fre.pdf?sequence=1>

3. Organisation mondiale de la Santé (Département Santé et recherche génésique); London School of Hygiene and Tropical Medicine; South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner and non-partner sexual violence [Internet]. Genève : OMS ; 2013. [consulté le 7 juillet 2018]. 51 p. Disponible en anglais sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1
4. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza J. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2012. [consulté le 11 mars 2018]. 156 p. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19825&Itemid=270&lang=en
5. Han A, Stewart D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2014 Jan [consulté le 3 juillet 2018];124(1):6–11. Disponible en anglais sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24182684>
6. Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. 2011 Nov [consulté le 3 juillet 2018];24(4):223-236. Disponible en anglais sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x/abstract;jsessionid=1277E8679A5AECA0B2238F4DE6032087.f04t03>
7. MacMillan HL, WathenCN. Children’s exposure to intimate partner violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2014 [consulté le 3 juillet 2018] 23(2):295-308. Disponible en anglais sur : [http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(13\)00112-0/abstract](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(13)00112-0/abstract)
8. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2003 [consulté le 3 juillet 2018];71(2):339-352. Disponible en anglais sur : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.208.6823&rep=rep1&type=pdf>
9. Garoma S, Fantahun M, Worku A. The effect of intimate partner violence against women on under-five children mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ethip Med J* [Internet]. 2011 Oct [consulté le 3 juillet 2018];49(4):331-339. Abstract. Disponible en anglais sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23409398>

10. Organisation mondiale de la Santé. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur :
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
11. Organisation mondiale de la Santé. Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle. Manuel clinique. [Internet]. Genève : OMS ; 2014 [consulté le 12 février 2018]. Disponible sur :
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/fr/>

B. PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le présent document a pour objet d'informer les organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents approuvé par le 53^e Conseil directeur de l'Organisation en octobre 2014 (document CD53/9, Rev. 2, et résolution CD53.R13) (1, 2). L'objectif général du Plan est d'interrompre la progression de l'épidémie d'obésité chez l'enfant et l'adolescent. Pour ce faire, il faut adopter une approche multisectorielle prenant en compte toutes les étapes de la vie, qui soit fondée sur le modèle socio-écologique et axée sur la transformation de l'actuel environnement obésogène en occasions de promouvoir une plus grande consommation d'aliments nutritifs et l'augmentation de l'activité physique (1).

Mise à jour sur les progrès réalisés

2. Après trois ans de mise en œuvre, des avancées ont été obtenues concernant les indicateurs du Plan, comme le montre le résumé qui suit. Pour évaluer ces progrès, les informations relatives aux indicateurs ont été recueillies jusqu'au 31 décembre 2017. Les sources qui ont permis de déterminer les avancées des pays sont les suivantes : la base de données mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GINA), les rapports de l'initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (WBTi), l'examen mondial des politiques en matière de nutrition mené par l'OMS (GNPR), l'enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS), l'instrument d'analyse des capacités des pays en matière de maladies non transmissibles de l'OMS (NCD CCS) et la base de données du réseau des pistes cyclables récréatives des Amériques (CRA). En outre, des documents de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), de l'OPS, de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et des points focaux de l'OPS ont été recueillis. Pour finir, des recherches sur Internet ont ciblé les documents des gouvernements liés aux objectifs du plan.¹

¹ Des informations plus complètes et plus précises sur le processus d'évaluation figurent sur la page Web du Plan d'action (en anglais ou espagnol): http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11373&Itemid=41740&lang=es.

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : soins de santé primaires et promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation saine</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
1.1 Inclure, dans les services de soins de santé, la promotion d'une alimentation saine fondée sur les directives nationales centrées sur les aliments, ainsi que d'autres activités liées à la prévention de l'obésité	1.1.1 Nombre de pays dont les services de soins de santé primaires ont incorporé des activités familiales de prévention de l'obésité, y compris la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique Référence : 1 en 2014 Cible : 10 en 2019	9 pays disposaient d'instruments cliniques qui intègrent des activités de prévention de l'obésité destinées aux familles, comme la promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique dans leurs services de soins primaires.
1.2 Redoubler d'efforts pour mettre en œuvre la <i>Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant</i>	1.2.1 Nombre de pays qui publient régulièrement (au moins tous les trois ans) leurs résultats sur la surveillance de la mise en œuvre du Code [Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et résolutions ultérieures] Référence : 5 en 2014 Cible : 15 en 2019	1 pays a publié régulièrement les résultats de la surveillance de la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures. 4 pays qui faisaient partie des pays de référence n'ont pas effectué la surveillance de la mise en œuvre du Code selon la périodicité prévue.
	1.2.2 Nombre de pays disposant d'au moins 50 % de services de maternité certifiés par l'initiative Hôpitaux amis des bébés Référence : 0 en 2014 Cible : 5 en 2019	4 pays ont indiqué qu'au moins 50 % des services de santé maternelle avaient été certifiés pour la première fois ou à nouveau comme Hôpitaux amis des bébés (IHAB) au cours des cinq dernières années.

Axe stratégique d'intervention 2 : amélioration de la nutrition et renforcement de l'activité physique à l'école		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
2.1 S'assurer que les programmes nationaux d'alimentation en milieu scolaire ainsi que la vente d'aliments et de boissons dans les écoles répondent aux normes ou aux règlements qui favorisent la consommation d'aliments sains et d'eau et empêchent la disponibilité des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que des boissons sucrées	2.1.1 Nombre de pays disposant de programmes nationaux ou infranationaux ¹⁵ d'alimentation en milieu scolaire qui correspondent aux besoins nutritionnels des enfants et des adolescents, et sont conformes aux directives nationales centrées sur les aliments Référence : 3 en 2014 Cible : 12 en 2019	18 pays disposaient d'un programme d'alimentation en milieu scolaire conforme aux directives nationales sur les aliments ou aux besoins en macronutriments, ou fournissaient des listes d'aliments sains pour l'élaboration des menus scolaires.
	2.1.2 Nombre de pays où au moins 70 % des écoles ont mis en place des normes ou des règlements concernant la vente d'aliments et de boissons à l'école (« aliments concurrentiels ») qui favorisent la consommation d'aliments sains et d'eau, et qui empêchent les jeunes de se procurer et de consommer des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que des boissons sucrées Référence : 8 en 2014 Cible : 16 en 2019	15 pays disposaient de normes ou de règlements concernant la vente d'aliments et de boissons à l'école (« aliments concurrentiels ») qui favorisent la consommation d'aliments sains et d'eau, et qui empêchent les jeunes de se procurer et de consommer des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments.
	2.1.3 Nombre de pays où au moins 70 % des écoles disposent d'une source d'eau potable Référence : 3 en 2014 Cible : 12 en 2019	25 pays ont indiqué qu'au moins 70 % des écoles disposent d'une source d'eau potable.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
2.2 Promouvoir et renforcer les politiques et les programmes scolaires et d'enseignement pour les jeunes enfants qui augmentent l'activité physique	2.2.1 Nombre de pays où au moins 70 % des écoles ont mis en place un programme prévoyant au moins 30 minutes par jour d'exercice physique modéré à intense (aérobie) Référence : 0 en 2014 Cible : 10 en 2019	Il n'y a pas d'information disponible pour cet indicateur. Cependant, parmi les pays qui disposent de données issues de l'enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (de 13 à 15 ans), aucun n'indiquait qu'au moins 70 % des élèves des écoles secondaires avaient pratiqué une activité physique au moins 60 minutes par jour, cinq jours ou plus au cours de la dernière semaine. La moyenne estimée pour la pratique d'une activité physique d'au moins 60 minutes par jour, cinq fois ou plus au cours de la dernière semaine, est de 25,84 %.

Axe stratégique d'intervention 3 : politiques fiscales et réglementation de la commercialisation et de l'étiquetage des aliments

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.1 Mettre en œuvre des politiques visant à réduire la consommation par les enfants et les adolescents de boissons sucrées et de produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments	3.1.1 Nombre de pays ayant adopté une loi pour taxer les boissons sucrées ainsi que les produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments Référence : 1 en 2014 Cible : 10 en 2019	5 pays avaient adopté une loi pour taxer les boissons sucrées.
3.2 Adopter des règles pour protéger les enfants et les adolescents contre les effets de la commercialisation des boissons sucrées, des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments, et des plats rapides	3.2.1 Nombre de pays ayant adopté des règles pour protéger les enfants et les adolescents contre les effets de la commercialisation des boissons sucrées, des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments, et des plats rapides, règles conformes aux <i>Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-</i>	3 pays avaient mis en place des règles pour protéger les enfants et les adolescents contre les effets de la commercialisation des boissons sucrées, des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments, et des plats rapides.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p><i>Alcoholic Beverages to Children in the Americas</i> (Recommandations d'une consultation d'experts de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants dans les Amériques)</p> <p>Référence : 1 en 2014 Cible : 15 en 2019</p>	
<p>3.3 Élaborer et appliquer des normes pour l'étiquetage sur le devant du paquet qui favorisent le choix d'aliments sains en permettant une identification rapide et facile des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments</p>	<p>3.3.1 Nombre de pays disposant de normes en vigueur pour l'étiquetage sur le devant du paquet qui permettent une identification rapide et facile des produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments ainsi que des boissons sucrées, et qui tiennent compte des normes figurant au Codex</p> <p>Référence : 1 en 2014 Cible : 15 en 2019</p>	<p>2 pays ont mis en place des systèmes d'étiquetage pour décourager la consommation de produits transformés ou ultratransformés, à forte teneur en sucre, graisse et sel.</p>

Axe stratégique d'intervention 4 : autres actions multisectorielles

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.1 Assurer la participation d'autres institutions du gouvernement et, selon le cas, d'autres secteurs</p>	<p>4.1.1 Nombre de pays où la mise en œuvre de ce Plan d'action est appuyée par une approche multisectorielle</p> <p>Référence : 0 en 2014 Cible : 10 en 2019</p>	<p>8 pays disposent d'une stratégie ou d'un plan d'action multisectoriel pour la prévention du surpoids ou de l'obésité.</p>
<p>4.2 Améliorer l'accès à des espaces urbains récréatifs tels que les programmes de « rues ouvertes »</p>	<p>4.2.1 Nombre de pays où la population dans au moins cinq villes a accès à des programmes de « rues ouvertes »</p> <p>Référence : 6 en 2014 Cible : 15 en 2019</p>	<p>9 pays comptaient au moins cinq villes où existaient des programmes de « rues ouvertes ».</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.3 Prendre des mesures au niveau national ou infranational pour accroître la disponibilité des aliments nutritifs et l'accès à ceux-ci	4.3.1 Nombre de pays ayant mis en place des mesures incitatives au niveau national pour soutenir les programmes d'agriculture familiale Référence : 5 en 2014 Cible : 21 en 2019	19 pays ont mis en place des mesures incitatives au niveau national pour appuyer les programmes d'agriculture familiale.
	4.3.2 Nombre de pays ayant introduit des mesures visant à améliorer le prix relatif des aliments sains ou l'accès à ceux-ci (ou les deux) Référence : 3 en 2014 Cible : 10 en 2019	18 pays disposaient de foires ou de marchés agricoles qui favorisent l'accès à des aliments sains.

Axe stratégique d'intervention 5 : surveillance, recherche et évaluation

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
5.1 Renforcer les systèmes d'information des pays de sorte que les tendances et déterminants de l'obésité, ventilés selon au moins deux facteurs de stratification de l'équité, soient régulièrement disponibles pour la prise de décision en matière de politiques	5.1.1 Nombre de pays disposant d'un système d'information servant à produire, tous les deux ans, des rapports sur les habitudes alimentaires et sur le surpoids et l'obésité chez un échantillon de femmes enceintes et d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents représentatif à l'échelle nationale Référence : 3 en 2014 Cible : 8 en 2019	4 pays disposaient de systèmes d'information sur la consommation des aliments et le surpoids et l'obésité chez les femmes en âge de procréer, les enfants et les adolescents.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

3. Compte tenu des progrès décrits ci-dessus, les mesures nécessaires pour améliorer la situation sont les suivantes :

- a) adopter des lignes directrices cliniques pour la prévention et le dépistage précoce du surpoids et de l'obésité et la lutte contre ceux-ci en vue de leur mise en œuvre au premier niveau de soins.
- b) adopter une législation qui couvre l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures, et surveiller régulièrement le respect de cette législation. Continuer à favoriser la protection de la maternité et augmenter le nombre de centres participant à l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) qui dispensent des services pour la santé de la mère.
- c) établir des normes pour les programmes d'alimentation et les points de vente en milieu scolaire, pour garantir la consommation de fruits, de légumes, y compris de légumineuses, de tubercules et de céréales complètes, et d'eau, pour éviter la consommation de produits transformés ou ultratransformés à haute teneur en sucre, sel et graisses ; promouvoir en outre l'activité physique à l'école.
- d) veiller à ce que les boissons sucrées et les produits à forte teneur énergétique et pauvres en nutriments soient taxés, ne fassent pas l'objet de publicité visant les moins de 16 ans et disposent d'un étiquetage sur le devant du paquet qui permette de les identifier correctement, rapidement et simplement.
- e) augmenter le nombre de villes où l'accès à des voies cyclables récréatives et des parcs est possible.
- f) favoriser les politiques visant à améliorer la disponibilité d'aliments sains et l'accès à ceux-ci.
- g) établir ou actualiser les systèmes de surveillance pour suivre régulièrement les habitudes alimentaires, le surpoids et l'obésité chez les enfants et les adolescents et, en particulier, chez les femmes enceintes.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

4. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de formuler les observations qu'il jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (document CD53/9, Rev. 2) [consulté le 23 octobre 2017]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-9-f.pdf>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (résolution CD53.R13) [consulté le 23 octobre 2017]. Disponible sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27590&Itemid=270&lang=fr

C. STRATÉGIE ET PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ EN MILIEU URBAIN : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. La Région des Amériques est la région la plus urbanisée du monde. Près de 80 % de sa population vit actuellement dans des centres urbains, et d'ici 2030 ce taux devrait atteindre 85 % (1). Le présent rapport vise à résumer les progrès accomplis dans la Région en termes de mise en œuvre de la *Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain*, adoptés en septembre 2011 par le 51^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (document CD51/5) (2). La stratégie et plan d'action fixaient les objectifs à atteindre sur une période de 10 ans (2012-2021) pour renforcer la capacité organisationnelle et le rôle de gérance des ministères de la Santé et des gouvernements municipaux dans la défense des principes d'une croissance urbaine durable qui accorde aux êtres humains et aux collectivités une place centrale dans la planification. Le but était également de s'attaquer aux iniquités en matière de santé et de répondre aux besoins et de tirer parti des acquis de la vaste gamme des populations urbaines par l'entremise de politiques, programmes et services à l'intention des personnes et collectivités qui vivent et travaillent en milieu urbain (2).

Analyse des progrès accomplis

2. Depuis l'adoption du plan d'action, la santé et le développement sont de plus en plus reconnus comme des priorités liées à l'échelle mondiale, une réalité notamment illustrée dans le cadre d'événements tels que la septième session du Forum urbain mondial (2014) et Habitat III, la troisième Conférence des Nations Unies sur le logement et le développement urbain durable (2016). Au niveau régional, ce mouvement a été déclenché par le troisième Forum régional sur la santé en milieu urbain (2015). Les participants, représentant des villes et des nations, ont partagé des connaissances clés et ont identifié en tant que domaines d'action la Santé dans toutes les politiques ainsi que la promotion de la santé dans le cadre de villes, municipalités et collectivités en bonne santé.

3. La Région des Amériques a été une force motrice de la revitalisation du mouvement villes-santé à l'échelle mondiale. En collaboration avec le réseau des responsables de la promotion de la santé d'Amérique latine et des Caraïbes (Redlac Promsa) et le ministère de la Santé du Chili, l'OPS a organisé un forum préalable des maires à Santiago (Chili), en juillet 2016, au cours duquel les maires et le personnel de promotion de la santé de 12 pays de la Région ont échangé des expériences et adopté la Déclaration de Santiago (3) pour guider l'élaboration d'une stratégie pour des villes, municipalités et collectivités en bonne santé. Cette initiative était dirigée par un comité de membres du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les villes-santé et municipalités-santé (CEPEDOC), du personnel des ministères de la Santé de l'Argentine, du Chili, de Cuba et du Mexique, et du personnel responsable du développement au Chili et au Pérou.

4. Les approches multisectorielles constituent une composante centrale du développement urbain durable et un domaine d'intense activité pour l'OPS, dont l'exécution

se fait à l'échelle institutionnelle dans le cadre de la Santé dans toutes les politiques. La Région des Amériques a été la première à établir un plan d'action pour clairement définir les étapes de mise en œuvre de l'approche de la Santé dans toutes les politiques (4). En date de 2016, 180 participants de 16 pays de la Région avaient reçu une formation en santé dans toutes les politiques (4).

5. « Rendre les villes et les établissements humains inclusifs, sûrs, résilients et durables » est un principe consacré comme priorité mondiale du Programme de développement durable à l'horizon 2030 dans le cadre de l'objectif 11 (5). En avril 2018, à la suite de la réunion régionale tenue par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) pour examiner les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD), le Forum politique de haut niveau des Nations Unies pour le développement durable de juillet 2018 examinera l'ODD 11 en profondeur. L'attention portée à ces questions offre des possibilités exceptionnelles de faire avancer le programme de la santé en milieu urbain.

6. La *Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain* visaient à lancer une série d'activités qui établiraient les priorités de la santé en milieu urbain comme des aspects clés de l'élaboration de politiques et de la planification au niveau national, infranational et municipal. L'OPS s'est constamment attachée à fournir les ressources appropriées, en particulier l'expertise technique et la fonction de coordination, pour appuyer le renforcement des capacités au niveau national et régional. On trouvera ci-après des informations spécifiques sur la réalisation de ces objectifs à ce jour.

Objectif spécifique	Indicateur, référence et cible	Situation
1. Développer des politiques de santé urbaine	Nombre de pays dotés de politiques et de plans de développement nationaux, aux niveaux national et infranational, tel qu'approprié, qui ont introduisent la santé et l'équité en santé dans le développement urbain Référence (2011) : 6 Cible (2021) : 18	En 2017, 21 pays avaient introduit la santé ou l'équité en santé comme un aspect du développement urbain dans leurs politiques et plans de développement nationaux (ou infranationaux) (6). En 2017, 12 villes dans 5 pays avaient signalé l'existence de politiques visant à réduire la demande excessive de services et d'infrastructure en matière de transports, notamment des restrictions relatives aux véhicules et au stationnement, le covoiturage et la tarification des encombrements (7). ¹

¹ La Région des Amériques a joué un rôle de premier plan dans la mise en œuvre de politiques et d'interventions en matière de transport urbain qui privilégient la santé et l'équité en milieu urbain. Le transport durable accroît non seulement l'accès équitable aux services et aux opportunités d'une façon qui minimise les conséquences environnementales négatives, mais aussi la sécurité et l'accessibilité financière. En 2017, les villes d'Amérique latine ont indiqué avoir 1912 km de circuits de bus et de transport rapide dans 67 villes et 13 pays, 3486 km de pistes cyclables dans 51 villes et 10 pays, 1041 km de voies de métro/rail léger dans 19 villes et 7 pays et 47 km de voies de téléphérique dans 7 villes et 4 pays. Il existe un intérêt croissant pour

Objectif spécifique	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2. Ajuster les services de santé en milieu urbain pour promouvoir la santé et améliorer la couverture</p>	<p>Nombre de pays avec un plan national de santé, et des plans infranationaux de santé, tel qu'approprié, intégrant un cadre pour l'équité en santé en milieu urbain, en tenant compte des groupes vulnérables</p> <p>Référence (2011) : 6 Cible (2021) : 25</p>	<p>Les données indiquent un intérêt croissant pour les approches de la santé en milieu urbain dans la Région. Quatorze pays utilisent actuellement leurs plans nationaux de santé pour traiter de questions liées à l'équité de la santé en milieu urbain, pour renforcer la collaboration intersectorielle et la participation communautaire et pour utiliser les interventions basées sur des données factuelles. Par exemple, certains pays ont mis l'accent sur la modification des conditions dans des milieux urbains pour mieux appuyer la santé de la population (8).</p> <p>De plus, dans 2 pays, l'initiative OMS des villes et communautés amies des aînés est actuellement mise en œuvre dans plus de 50 villes, avec 6 pays d'Amérique latine ayant au moins une ville ou communauté engagée dans cette initiative (9).</p>
<p>3. Construire des cadres normatifs de promotion de la santé et des stratégies de gouvernance participative.</p>	<p>Nombre de pays qui mettent en œuvre les directives de l'OPS en matière de santé publique pour la planification de la santé en milieu urbain.</p> <p>Référence (2011) : 3 Cible (2021) : 18</p>	<p>En 2017, 10 villes de la Région s'étaient jointes à la campagne BreatheLife, qui mobilise des villes et des gens pour amener la pollution de l'air à des niveaux acceptables d'ici 2030 (10).</p> <p>L'OPS a fait en sorte de faciliter les connexions techniques et stratégiques qui appuient l'énergie formidable qui se manifeste dans la Région pour la santé en milieu urbain, en maintenant l'action en faveur des pays par la priorisation du renforcement des capacités et la création de réseaux dans des domaines techniques clés.</p> <p>Les États Membres ont établi des processus nationaux pour promouvoir et disséminer les directives sur la santé publique et les critères de logement et de planification en milieu urbain.</p>

les *ciclovías recreativas*, c'est-à-dire des programmes multisectoriels qui désignent certaines rues, de manière temporaire ou permanente, comme pouvant être utilisées à des fins de loisir non motorisé, comme le font 457 villes dans 16 pays d'Amérique latine (7).

Objectif spécifique	Indicateur, référence et cible	Situation
		<p>Conformément aux lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air à l'intérieur des habitations, les pays s'efforcent actuellement de remplacer les fours et appareils de chauffage traditionnels par des technologies plus propres pour réduire les émissions de combustibles solides attribuables aux ménages (11).</p> <p>L'OPS dissémine également les directives de l'OMS sur l'élimination des batteries et la réduction de l'exposition au plomb dans les ménages.</p> <p>L'Organisation des Nations Unies estiment qu'il existe des procédures bien définies, tant sur le plan du droit que des politiques, concernant la participation des consommateurs de services urbains et les communautés à la planification des programmes dans 29 pays de la Région pour la gestion de l'eau potable, et dans 25 pays pour la gestion de l'assainissement (12).</p>
<p>4. Élargir les réseaux nationaux et régionaux pour un développement urbain sain.</p>	<p>Nombre de pays avec un réseau national de municipalités-santé qui mettent en œuvre l'outil de l'OPS pour des municipalités-santé dans les collectivités de plus de 100 000 habitants.</p> <p>Référence (2011) : 5 Cible (2021) : 24</p>	<p>En réponse à un intérêt accru dans la Région, une nouvelle trousse à outils sur les municipalités et communautés en bonne santé a été mis au point en 2018 en partenariat avec l'Université du Kansas. Huit pays sont censés expérimenter ou mettre en œuvre la trousse à outils d'ici la fin de 2018.</p> <p>Des travaux approfondis ont été accomplis en vue de l'activité 4.1 de la <i>Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain</i>.² Utilisant l'approche des municipalités, villes et communautés en bonne santé, 12 pays ont pris un engagement et ont établi des mécanismes pour impliquer les communautés et la société civile dans le processus d'élaboration des politiques dans l'ensemble des secteurs, comme en</p>

² Activité 4.1 : soutenir et renforcer la composante santé en milieu urbain dans les réseaux nationaux et régionaux et s'appuyer sur les réseaux régionaux existants tels que le Réseau des Amériques pour des Municipalités, Villes et Collectivités-santé ; Écoles-santé, Habitat-santé ; Visages, Voix et Lieux-santé et des réseaux mondiaux tels que les Collectivités sécuritaires.

Objectif spécifique	Indicateur, référence et cible	Situation
		<p>témoigne la signature de la Déclaration de Santiago en 2016 (3). De plus, en 2018, 4 pays et territoires se sont joints au groupe de travail international des universités et collèges promoteurs de la santé, avec 8 pays faisant état de réseaux universitaires nationaux de promotion de la santé.</p> <p>Enfin, en 2017, 14 villes dans 8 pays de la Région ont pris un engagement à l'égard de l'initiative phare de portée mondiale d'ONU Femmes "villes sûres et espaces publics sûrs" (13).</p>
<p>5. Renforcer les connaissances, les capacités et la sensibilisation pour répondre aux défis émergents de la santé urbaine</p>	<p>Nombre de pays dotés de systèmes de surveillance qui comprennent des indicateurs de santé en milieu urbain</p> <p>Référence (2011) : 4 Cible (2021) : 15</p>	<p>En 2016, 15 pays avaient des systèmes de surveillance en place capables de rendre compte de données clés sur la santé en milieu urbain en fonction d'indicateurs de résultats immédiats en matière de santé, de résultats intermédiaires du système de santé, de facteurs de risque et de déterminants de la santé (14).</p> <p>En 2017, 27 pays avaient achevé leurs évaluations de la vulnérabilité et de l'adaptation du domaine de la santé au changement climatique. Dans le cadre de ce processus, les ministères de la Santé peuvent évaluer les vulnérabilités du système de santé face au changement climatique, estimer les futurs fardeaux et risques de maladie et identifier les politiques et projets d'adaptation pour s'attaquer aux vulnérabilités.</p> <p>En préparation à Habitat III, tenu à Quito (Équateur), en septembre 2016, 19 pays de la Région ont présenté des rapports pour partager les expériences de la gestion des questions urbaines et qui ont servi de base pour établir le Nouveau Programme pour les villes (15).</p> <p>Conformément à l'activité 5.4 de la <i>Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain</i>,³ en septembre 2015,</p>

³ Activité 5.4: resserrer les liens avec le milieu de la recherche et les universités, en encourageant l'action par les centres collaborateurs, promouvoir le financement de la recherche pertinente, tel que l'auront déterminé les observatoires et les pratiques liées à l'impact de l'urbanisation sur la santé et le gradient social.

Objectif spécifique	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>Nombre de pays qui mettent en œuvre les lignes directrices sur les outils d'évaluation et d'action pour des évaluations d'impact de la santé et/ou d'équité en matière de santé dans les politiques, programmes ou projets nationaux ou de la ville</p> <p>Référence (2011) : 3 Cible (2021) : 15</p>	<p>l'Institut international pour la santé mondiale de l'Université des Nations Unies (UNU-IIGH), la Drexel Dornsife School of Public Health et la CEPALC ont formé un partenariat pour la recherche sur la santé en milieu urbain dans la région de d'Amérique latine et des Caraïbes : le Réseau de santé en milieu urbain pour l'Amérique latine et les Caraïbes (SALURBAL).</p> <p>Le réseau rassemble des experts régionaux de la santé en milieu urbain, appuie la recherche intrarégionale et les liens en matière de formation et s'efforce d'identifier et de disséminer les enseignements principaux, aussi bien dans la Région qu'en dehors (16). Grâce à une importante subvention de recherche récemment attribuée à des membres du réseau, l'OPS et Drexel University discutent activement de possibilités de collaboration à propos d'une étude régionale à grande échelle sur la santé en milieu urbain.</p> <p>En 2017, 2 pays ont renforcé leur capacité d'utilisation d'Innov8, un outil de planification de l'action et de collaboration, pour évaluer et former des recommandations concernant l'intégration des questions de genre, d'équité et de droits de l'homme dans leurs programmes. L'outil a été adapté aux fins d'utilisation dans la Région grâce à sa traduction en espagnol et l'ajout d'une composante sur l'ethnicité pour utilisation ultérieure (17).</p> <p>Quinze pays ont établi un partenariat avec la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans la Région des Amériques, dans le but de comprendre les facteurs qui entraînent des inégalités en matière de santé dans la Région, y compris les effets positifs aussi bien que négatifs de l'urbanisation (18), et les façons de les aborder.</p>

Mesures à prendre pour améliorer la situation

7. En tant qu'agent de mobilisation au niveau national, régional et mondial, l'OPS est chargée d'appuyer les États Membres dans l'élaboration de stratégies et de politiques en matière de planification de la santé en milieu urbain, dans l'identification de mécanismes pour l'exécution d'une action multisectorielle, ainsi que dans la collecte et le partage d'expériences nationales en matière de santé en milieu urbain, d'enseignements tirés et de pratiques optimales. Une action stratégique est recommandée dans les domaines suivants:

- a) Renforcer la capacité régionale en matière d'aménagement urbain, de sa mise en œuvre et de sa surveillance.
- b) Poursuivre l'appui de l'OPS à un engagement de la part des ministères de la Santé, des autorités municipales, d'autres secteurs gouvernementaux, du secteur privé et de la société civile. Les partenariats peuvent être renforcés par un processus décisionnel participatif, une collaboration entre les secteurs public et privé, en particulier pour la planification urbaine, et par la santé dans toutes les politiques.
- c) Assurer à tous un accès aux opportunités de manière équitable en demandant aux autorités municipales de tenir compte systématiquement des besoins des femmes, des enfants et des jeunes, des personnes handicapées et des personnes âgées, des autochtones et d'autres groupes marginalisés.
- d) Les États Membres sont encouragés à améliorer leurs systèmes de collecte des données et de faire rapport sur les indicateurs de santé en milieu urbain, tout en investissant dans le renforcement des capacités, le cas échéant. Il faut renforcer la relation entre les personnes qui œuvrent dans les domaines de la santé en milieu urbain et des déterminants de la santé dans les États Membres, tout comme entre les bureaux de pays de l'OPS et le Siège, et il faut déployer des efforts pour harmoniser l'élaboration des programmes avec les cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

8. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de formuler les recommandations qu'il jugera appropriées.

Références

1. Organisation des Nations Unies. World urbanization prospects [Internet]. New York, NY: ONU ; 2014. [consulté le 30 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <https://esa.un.org/unpd/wup/publications/files/wup2014-highlights.pdf>

2. Organisation panaméricaine de la santé. Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011; Washington, DC. Washington: OPS ; 2014 (document CD51/5) [consulté le 18 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-5-f.pdf>
3. Pre-Foro de Alcaldes de las Américas: Camino a Shanghai 2016. Declaración de Santiago de Chile [Internet]. Santiago, Chili ; 2016 [consulté le 30 janvier 2018]. Disponible en espagnol sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=41597&lang=es
4. Organisation panaméricaine de la santé. Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington, DC. Washington: OPS ; 2014 (résolution CD53.R2) [consulté le 18 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R2-f.pdf>
5. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale ; New York. New York: ONU; 2015 (résolution A/RES/70/1). Disponible sur : http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1
6. Organisation panaméricaine de la santé. Web-based review of National Development Plans of Member States. Washington, DC. OPS ; 2018. Disponible en anglais sur : https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=44930&Itemid=270&lang=en
7. Sarmiento OL, Siri JG, Rodriguez D, et al. Sustainable transport and urban health: lessons from Latin American cities. Bogotá : Urban Health Network for Latin America and the Caribbean; 2017.
8. Conseil international pour la science. El Salvador launches urban health model [Internet], 7 avril 2017. Disponible en anglais sur : <https://www.icsu.org/current/news/el-salvador-launches-urban-health-model>
9. Organisation mondiale de la Santé. Age-friendly world: WHO global network. Genève : OMS; 2018. Disponible en anglais sur : <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/?alpha=Z>
10. Organisation mondiale de la Santé & ONU Environnement. BreatheLife: The BreatheLife cities network [Internet]. Disponible en anglais sur : <http://breathelife2030.org/breathelife-cities/>

11. Troncoso K, Soares A. LPG fuel subsidies in Latin America and the use of solid fuels to cook. *Energy Policy* 107 (2017) : 188-196. Disponible en anglais sur : <https://doi.org/10.1016/j.enpol.2017.04.046>
12. Conseil économique et social des Nations Unies. Point annuel sur les objectifs de développement durable : rapport du Secrétaire général [Internet]. Rapport ODD 2016 ; annexe statistique. New York: ONU ; 2016. Disponible sur : https://digitallibrary.un.org/record/833184/files/E_2016_75-FR.pdf
13. ONU-Femmes. Safe cities and safe public spaces: global results report. 2017 [Internet]. Disponible en anglais sur : <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/safe-cities-and-safe-public-spaces-global-results-report-en.pdf?la=en&vs=45>
14. Organisation mondiale de la Santé. Country profiles on urban health. Genève : OMS ; 2016. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/kobe_centre/measuring/urban_health_observatory/uprofiles/en/
15. Habitat III: The United Nations Conference on Housing and Sustainable Urban Development. National reports [Internet]. Octobre 2016. Disponible en anglais sur : <http://habitat3.org/the-new-urban-agenda/documents/national-reports/>
16. Université ds Nations Unies. A new network for urban health research in Latin America: UNU-IIGH. Avril 2016. Disponible en anglais sur : <https://iigh.unu.edu/news/news/a-new-network-for-urban-health-research-in-latin-america-and-the-caribbean.html>
17. Organisation mondiale de la Santé. Implementation and advancement of Innov8. Genève OMS; 2018. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-implementation-advancement/en/>
18. Organisation panaméricaine de la santé. PAHO Commission on Equity and Health Inequalities in the Americas met with officials and civil society in Trinidad and Tobago [Internet]. Washington, DC, OPS ; 2018. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14059%3A_paho-commission-on-equity-and-health-inequalities-in-the-americas-met-with-officials-and-civil-society-in-trinidad-and-tobago&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=en

D. PLAN D'ACTION SUR LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le présent document a pour but de rendre compte aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens (RAM), approuvé en octobre 2015 (document CD54/12, Rev. 1 et résolution CD54.R15) (1). Le plan d'action a pour objectif l'adoption par les États Membres de toutes les mesures requises et possibles en tenant compte de leur contexte, besoins et priorités pour garantir qu'ils soient en mesure de traiter et de prévenir les maladies infectieuses par une utilisation responsable et rationnelle de médicaments efficaces, sûrs, accessibles et abordables, dont la qualité est garantie, et d'autres technologies de la santé. Le Plan s'inscrit dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, spécifiquement en ce qui concerne les aspects de l'accès opportun aux médicaments de qualité, et est conforme au Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens adopté par la 68^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015 (2).

2. Reconnaisant les données probantes solides sur l'estimation de la charge de morbidité et l'impact économique de la RAM (3, 4), et étant d'avis que la situation est une crise mondiale qui compromet le développement durable, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une déclaration politique sur la résistance aux agents antimicrobiens en 2016 (5).

Analyse des progrès réalisés

3. Un nombre croissant de pays reconnaissent que la RAM est un domaine d'action intersectoriel prioritaire dans les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'élevage. Le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) soutient les pays pour élaborer des approches multisectorielles en donnant des ateliers multinationaux, des outils et des consultations. Au total, 30 pays ont achevé l'élaboration de plans d'action nationaux ou sont en voie de le faire. Il faudra apporter un soutien continu pour parachever ces plans d'action nationaux et assurer les ressources humaines et financières nécessaires à leur mise en œuvre et à leur supervision. La mise en œuvre réussie et durable des plans d'action nationaux sera étroitement associée à l'atteinte des cibles de ce Plan d'action.

4. Des progrès ont été réalisés dans la totalité des cinq axes stratégiques d'intervention décrits dans le Plan d'action. Le tableau suivant résume les mesures spécifiques qui ont été prises envers chacun des objectifs et des indicateurs.

Axe stratégique d'intervention 1 : améliorer la sensibilisation et la compréhension en ce qui concerne la résistance aux antimicrobiens à travers la communication, l'éducation et une formation effectives

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>1.1 Préconiser la reconnaissance de la résistance aux antimicrobiens comme un facteur nécessitant une action prioritaire dans une perspective intersectorielle</p>	<p>1.1.1 Nombre de pays qui disposent de campagne sur la résistance aux antimicrobiens et leur usage rationnel à l'intention du public en général et des secteurs professionnels</p> <p>Référence : 9 en 2015 Cible : 20 en 2020</p>	<p>En 2017, 31 pays travaillaient à sensibiliser et à améliorer davantage la compréhension des risques que pose la RAM pour la santé humaine en participant à la Semaine mondiale pour le bon usage des antibiotiques, à des activités de formation ou à des campagnes nationales (6, 7). Il est important que les pays poursuivent et élargissent à l'échelle nationale les activités de sensibilisation et mesurent l'impact de leurs efforts.</p>
	<p>1.1.2 Nombre de pays qui mènent des activités intersectorielles pour endiguer la résistance aux antimicrobiens, y compris les activités de formation professionnelle</p> <p>Référence : 5 en 2015 Cible : 10 en 2020</p>	<p>En 2017, 11 pays menaient des activités de formation et d'éducation dans l'optique de « <i>One Health</i> » dans le cadre d'activités de surveillance intégrée.</p>

Axe stratégique d'intervention 2 : renforcer les connaissances et la base scientifique au travers de la surveillance et de la recherche

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.1 Maintenir et améliorer les systèmes nationaux de surveillance de la résistance, de sorte que l'on puisse assurer le suivi de l'impact de la résistance sur la santé publique</p>	<p>2.1.1 Nombre de pays qui fournissent chaque année des données de laboratoire sur la résistance aux antimicrobiens.</p> <p>Référence : 20 en 2015 Cible : 35 en 2020</p>	<p>En 2017, 19 pays latino-américains participaient au réseau ReLAVRA¹ (8, 9) et fournissaient annuellement à l'OPS des données sur la RAM. De plus, des données du Canada et des États-Unis d'Amérique sont accessibles au public. Il est urgent de fournir une collaboration technique supplémentaire pour soutenir les pays et territoires des Caraïbes, dont 10 sont déjà en train de renforcer la capacité de leurs laboratoires en vue de mettre sur pied des systèmes nationaux de surveillance de la RAM.</p>

¹ Réseau de surveillance latino-américain de la résistance aux antimicrobiens (ReLAVRA).

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>2.1.2 Nombre de pays qui font partie des réseaux de surveillance de la résistance aux antimicrobiens axés sur le patient</p> <p>Référence : 0 en 2015 Cible : 10 en 2020</p>	<p>Quatre pays ont adhéré au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) (10), qui recueille des données sur la RAM axées sur le patient. Le réseau ReLAVRA s’aligne sur la méthodologie du GLASS pour soutenir les pays qui ont pris la décision nationale de l’adopter.</p>
	<p>2.1.3 Nombre de pays qui rapportent et analysent l’usage des antimicrobiens destinés aux humains et aux animaux</p> <p>Référence : 2 en 2015 Cible : 5 en 2020</p>	<p>En 2017, 4 pays déclaraient et analysaient l’usage des antimicrobiens destinés aux humains et aux animaux (6, 7). En tout, 11 pays étaient dotés d’un système de surveillance de l’usage des antimicrobiens pour la santé humaine (6, 7) et 19 pays déclaraient des données sur l’usage des antimicrobiens destinés aux animaux à l’Organisation mondiale de la santé animale (OIE) (11).</p>
<p>2.2 Mettre sur pied un système national de surveillance de la résistance qui incorpore les données de pathogènes zoonotiques transmis à travers les aliments et par contact direct</p>	<p>2.2.1 Nombre de pays et de territoires dotés de mécanismes de collaboration multisectorielle en matière d’élaboration de programmes de surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens</p> <p>Référence : 3 en 2015 Cible : 11 en 2020</p>	<p>En 2017, 10 pays avaient établi un programme de surveillance intégrée de la RAM ou avaient commencé à en élaborer un à l’aide de collaboration multisectorielle.</p>
<p>2.3 Promouvoir le suivi de la résistance du VIH aux antirétroviraux dans les pays de la Région</p>	<p>2.3.1 Nombre de pays qui mènent des actions de surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux, conformément aux recommandations de l’OPS/OMS</p> <p>Référence : 3 en 2015 Cible : 15 en 2020</p>	<p>En 2017, 6 pays menaient des actions de surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux, en harmonie avec les lignes directrices recommandées par l’OMS sur la résistance du VIH aux médicaments (12, 13). De plus, la mise en œuvre était en cours dans 11 pays et en était à différentes étapes de planification dans 9 pays.</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.4 Disposer d'informations actualisées sur la portée et la tendance de la tuberculose multirésistante qui contribue à renforcer la prévention de la tuberculose résistante</p>	<p>2.4.1 Nombre de pays qui appliquent les épreuves de sensibilité à 100 % des cas de tuberculose précédemment traités</p> <p>Référence : 3 en 2015 Cible : 12 en 2020</p>	<p>En 2016, 3 pays appliquaient des épreuves de sensibilité à 100 % des cas de tuberculose précédemment traités (14). Grâce à la mise en œuvre progressive de méthodes de diagnostic moléculaire dans plusieurs pays, le pourcentage de patients précédemment traités pour lesquels des épreuves de sensibilité sont appliquées augmente, mais n'a pas encore atteint 100 % dans la plupart des pays.</p>
	<p>2.4.2 Nombre de pays qui posent des diagnostics pour plus de 85 % des cas de tuberculose multirésistante recensés parmi les cas de tuberculose notifiés</p> <p>Référence : 6 en 2015 Cible : 16 en 2020</p>	<p>En 2017, un seul pays diagnostiquait plus de 85 % des cas recensés de tuberculose multirésistante (MR), y compris la tuberculose résistante à la rifampicine (RR), parmi les cas de tuberculose déclarés, conformément à la classification actuelle de l'OMS de la tuberculose résistante (14).</p> <p>Des modifications ont été apportées à la définition de l'OMS de la tuberculose multirésistante (MR), qui comprend actuellement la tuberculose résistante à la rifampicine (RR), remplaçant ainsi les critères utilisés pour établir les valeurs référence et cible de 2013. Il convient d'actualiser cet indicateur de manière à ce qu'il reflète la classification actuelle de l'OMS de la tuberculose multirésistante et de le reformuler comme suit : « Nombre de pays qui posent des diagnostics pour plus de 85 % des cas recensés de tuberculose multirésistante ou résistante à la rifampicine (MR/RR) parmi les cas de tuberculose déclarés ». En conséquence, les valeurs de référence et cible pourraient être modifiées de façon plus réaliste à 1 et à 10 pays, respectivement.</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
2.5 Disposer de données probantes obtenues à travers des études de surveillance de l'efficacité des antipaludiques et de la résistance à ces médicaments qui contribuent à l'amélioration de la qualité des traitements	2.5.1 Nombre de pays qui mènent périodiquement des études de surveillance de l'efficacité et de la résistance aux antipaludiques Référence : 6 en 2015 Cible : 11 en 2020	Des études sur l'efficacité thérapeutique et/ou la surveillance avec des marqueurs moléculaires ont été faites dans 8 pays pour surveiller l'efficacité des médicaments et la résistance aux médicaments, selon les lignes directrices de l'OPS/OMS (15).
2.6 Disposer d'un programme de recherche régionale qui puisse produire des données probantes applicables à la santé publique concernant des mécanismes efficaces pour endiguer la résistance aux antimicrobiens	2.6.1 Élaboration d'un programme de recherche régionale sur les interventions de santé publique visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens Référence : 0 en 2015 Cible : 1 en 2020	D'ici le premier semestre de 2019, une consultation des États Membres et d'autres acteurs concernés sera menée pour élaborer le programme de recherche sur les interventions de santé publique visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens.

Axe stratégique d'intervention 3 : réduire l'incidence des infections à l'aide de mesures efficaces d'assainissement, d'hygiène et de prévention des infections

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.1 Établir des stratégies qui visent à renforcer les capacités nationales pour le confinement, le traitement, la prévention, la	3.1.1 Nombre de pays dotés de programmes de prévention et de contrôle des infections qui disposent de données nationales sur les infections liées aux soins de santé Référence : 9 en 2015 Cible : 18 en 2020	En 2017, 10 pays étaient dotés d'un programme de prévention et de contrôle des infections qui comprenait un volet de surveillance obligatoire des infections nosocomiales.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
surveillance, l'évaluation et la communication des risques de maladies causées par des organismes multirésistants	3.1.2 Nombre de pays qui mènent une évaluation des capacités de prévention et de contrôle des infections Référence : 13 en 2015 Cible : 18 en 2020	En 2017, 18 pays s'étaient servis d'un guide normalisé (17) pour évaluer leur capacité de prévention et de contrôle des infections. Parmi ces 18 pays, 13 étaient dotés d'un programme national de prévention et de contrôle des infections.
	3.1.3 Nombre de pays qui disposent d'une évaluation de leur infrastructure sanitaire concernant le contrôle des infections par transmission d'aérosols Référence : 0 en 2015 Cible : 10 en 2020	En 2017, 18 pays avaient procédé à l'évaluation de leur infrastructure sanitaire concernant le contrôle des infections par transmission d'aérosols (17).

Axe stratégique d'intervention 4 : optimiser l'usage de médicaments antimicrobiens dans la santé humaine et animale

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.1 Établissement de stratégies à l'échelle nationale pour l'atténuation de la résistance antimicrobienne et de suivi de l'usage rationnel des antibiotiques, y compris le renforcement du rôle des comités d'usage d'antibiotiques	4.1.1 Nombre de pays qui disposent d'une stratégie écrite pour endiguer la résistance aux antimicrobiens (année de la dernière mise à jour) assortie d'un plan d'évaluation des résultats Référence : 3 en 2015 Cible : 14 en 2020	En 2017, d'après la surveillance mondiale des progrès réalisés par les pays en matière d'auto-évaluation de la RAM (<i>Global Monitoring of Country Progress on AMR self-assessment</i>) (6-7), 14 pays disposaient d'un plan d'action national et 16 autres pays étaient en train d'élaborer de tels plans.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>4.1.2 Nombre de pays qui ont créé et financé un groupe intersectoriel national spécial pour la promotion de l'usage adéquat des antimicrobiens et la prévention de la propagation des infections</p> <p>Référence : 5 en 2015 Cible : 15 en 2020</p>	<p>En 2017, 8 pays avaient créé un groupe intersectoriel national spécial pour la promotion de l'usage adéquat des antimicrobiens et la prévention de la propagation des infections.</p>
	<p>4.1.3 Nombre de pays qui ont produit, par l'entremise d'un groupe intersectoriel national spécial financé, des rapports et des recommandations pour la promotion de l'usage adéquat des antimicrobiens et la prévention de la propagation des infections</p> <p>Référence : 5 en 2015 Cible : 15 en 2020</p>	<p>Les mêmes 8 pays que pour l'indicateur précédent (4.1.2) ont produit des rapports et des recommandations pour la promotion de l'usage rationnel des antimicrobiens et la prévention de la propagation des infections.</p>
	<p>4.1.4 Nombre de pays dans lesquels des antibiotiques sont vendus sans ordonnance, même si la pratique est en violation des règlements</p> <p>Référence : 15 en 2015 Cible : 11 en 2020</p>	<p>En 2017, 5 pays étaient dotés de règlements permettant d'assurer que les antibiotiques ne soient vendus et obtenus que sur ordonnance.</p> <p>Pour compléter cet indicateur, le Bureau recueille aussi des informations sur le nombre de pays dotés de règlements permettant d'assurer que les antibiotiques ne soient vendus et obtenus que sur ordonnance. En 2017, 5 étaient dotés de règlements permettant d'assurer que les antibiotiques ne soient vendus et obtenus que sur ordonnance, tandis qu'en 2015, 3 pays étaient dotés de tels règlements, et à la fin de la mise en œuvre de ce plan, 10 pays devraient en être dotés.</p>

Axe stratégique d'intervention 5 : préparer des arguments économiques à l'appui d'investissements durables qui tiennent compte des besoins de tous les pays et accroissent les investissements dans de nouveaux médicaments, moyens de diagnostic, vaccins et autres interventions.		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
5.1 Production et systématisation de preuves pour documenter l'impact économique de la résistance aux antimicrobiens	5.1.1 Nombre de pays qui produisent des études quantifiant l'impact économique de la résistance aux antimicrobiens Référence : 11 en 2015 Cible : 20 en 2020	Une recherche documentaire a révélé que 13 pays produisent des études quantifiant l'impact économique de la résistance aux antimicrobiens.
5.2 Encourager la coopération intersectorielle pour augmenter l'efficacité dans le développement, l'introduction, la réglementation et l'usage de nouveaux antimicrobiens, de tests de diagnostic et de vaccins	5.2.1 Nombre de pays qui font des progrès dans l'élaboration d'accords ou de nouvelles mesures réglementaires pour l'évaluation de nouveaux vaccins, tests de diagnostic et antimicrobiens, et qui sont inclus dans leurs programmes de santé Référence : 6 en 2015 Cible : 11 en 2020	En 2017, 8 pays travaillaient à l'élaboration d'accords ou de nouvelles mesures réglementaires pour l'évaluation de nouveaux vaccins, tests de diagnostic et antimicrobiens, et ont inclus ces mesures dans leurs programmes de santé.
5.3 Élaborer un mécanisme pour l'échange d'information et d'experts entre les secteurs gouvernemental, privé, universitaire et industriel	5.3.1 Mécanisme disponible pour l'échange d'information et d'expériences entre différents secteurs Référence : 0 en 2015 Cible : 1 en 2020	D'ici le premier semestre de 2019, une consultation d'experts sur la RAM sera organisée pour obtenir l'avis d'experts sur les meilleurs mécanismes d'échange d'information et d'experts entre les secteurs gouvernemental, privé, universitaire et industriel.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

5. Afin d'atteindre les cibles fixées pour 2020, il sera important que l'OPS organise des ateliers multipays sur des sujets concernant la RAM, en mettant l'emphase sur une approche multisectorielle dans l'optique « *One Health* », tout en fournissant aussi aux pays des consultations adaptées afin d'assurer la réalisation et la mise en œuvre durable des plans d'action nationaux. Il faudra disposer d'une mise en œuvre détaillée, de plans budgétaires et de groupes de travail spécifiques au niveau des pays pour assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de la surveillance, de la prévention et du contrôle des infections, et l'usage approprié des antibiotiques dans tous les secteurs. Il est essentiel que les pays

disposent de ressources financières et humaines, et pour ce faire, il faudra que les ministères des Finances s'impliquent activement.

6. De nombreux pays effectuent une surveillance de la RAM depuis des décennies, mais il est maintenant nécessaire d'élargir cette surveillance pour inclure l'usage des antimicrobiens et l'intégrer au secteur agricole (18, 19). En même temps, il est important de travailler à de nouvelles améliorations des systèmes de surveillance existants en phase avec le Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS), en mettant tout particulièrement l'accent sur les domaines dans lesquels la surveillance n'en est qu'à ses balbutiements.

7. Les États Membres sont dotés de règlements et sont instamment priés de les appliquer, en particulier en ce qui concerne la distribution des antibiotiques uniquement sur ordonnance. On les presse également de mettre en œuvre des programmes de gestion des antimicrobiens dans les hôpitaux et au premier niveau de soins, et ainsi qu'à surveiller et évaluer les ventes nationales et l'usage rationnel des antimicrobiens destinés aux humains et aux animaux dans le cadre de leurs plans nationaux.

8. Les États Membres doivent prêter attention à l'urgence de mettre en œuvre des stratégies d'intervention visant à améliorer la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, qui sont également essentielles pour limiter le développement et la propagation de bactéries multirésistantes aux médicaments.

9. Avec le soutien de l'OPS, les États Membres doivent faire des investissements permettant d'assurer l'accès universel à de nouvelles méthodes de diagnostic servant à éprouver la sensibilité aux médicaments, notamment des techniques moléculaires. Pour ce qui est de la tuberculose, les États Membres doivent travailler pour tester et améliorer la surveillance systématique des cas résistants aux médicaments. En ce qui concerne le VIH/sida, les États Membres doivent s'attaquer d'urgence à l'émergence de la résistance aux médicaments antirétroviraux et aligner la composante du VIH des plans d'action nationaux sur la RAM avec le Plan d'action mondial de l'OMS contre la résistance du VIH aux médicaments (21). Quant au paludisme, la chute des cas a compliqué la tenue d'études sur l'efficacité thérapeutique, lesquelles sont la méthode de référence pour évaluer l'efficacité des médicaments antipaludiques. Dans ce contexte, on exhorte les États Membres de continuer à surveiller l'efficacité et la résistance aux antipaludiques à l'aide de marqueurs moléculaires et d'études sur l'efficacité thérapeutique dans la mesure du possible (15).

Mesures à prendre par le Conseil Directeur

10. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de formuler les recommandations qu'il jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens 2015-2020 [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC : 2015 (document CD54/12, Rev. 1 et résolution CD54.R15) [consulté le 2 février 2018]. Disponible sur :
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-12-f.pdf>
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R15-f.pdf>
2. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2015 [consulté le 2 février 2018]. Disponible sur :
<http://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/fr/>
3. Review on Antimicrobial Resistance. Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations [Internet]. London ; 2016 [consulté le 2 février 2018]. Disponible en anglais sur :
https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf
4. Groupe de la Banque mondiale. Final Report: Drug-Resistant Infections – A threat to our economic future [Internet]. Washington, DC: 2017 [consulté le 2 février 2018]. Disponible en anglais sur :
<http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/pdf/114679-REVISED-v2-Drug-Resistant-Infections-Final-Report.pdf>
5. Organisation des Nations Unies. Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux agents antimicrobiens [Internet]. 71^e Session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; 19 octobre 2016 ; New York. New York : 2016 (résolution A/RES/71/3) [consulté le 2 février 2018]. Disponible sur :
http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A%2FRES%2F71%2F3&Submit=Recherche&Lang=F
6. Organisation mondiale de la Santé, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la santé animale. Global Database for Antimicrobial Resistance Country Self-Assessment (Version 1) [Internet]; Genève. Genève : OMS ; 2017 Version 1.1. 2018 [consulté le 2 février 2018]. Disponible en anglais sur :
https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=%2FWHO_HQ_Reports/G45/PRO D/EXT/amrcsat Menu

7. Organisation mondiale de la Santé. Global Database for Antimicrobial Resistance: Country Self-Assessment [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 2 février 2018]. Disponible en anglais sur : https://extranet.who.int/sree/Reports?op=vs&path=%2FWHO_HQ_Reports/G45/PRO D/EXT/amrcsat_Menu
8. Schmunis G, Salvatierra-Gonzalez R. Birth of a public surveillance system: PAHO combats the spread of antimicrobial resistance in Latin America. APUA Newsletter. 2006 ; 24(1) [consulté le 2 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://emerald.tufts.edu/med/apua/news/APUA_v24n1.pdf
9. Organisation mondiale de la Santé. Antimicrobial Resistance: Global Report on Surveillance, 2014 [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2014 [consulté le 2 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1
10. Organisation mondiale de la Santé. Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) report: Early implementation, 2016-2017; Genève. Genève : OMS ; 2014 [consulté le 2 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/glass/resources/publications/early-implementation-report/en/>
11. Organisation mondiale de la santé animale (OIE). OIE Annual Report on Antimicrobial Agents Intended for Use in Animals: Better understanding of the global situation. Second report [Internet] ; Paris. Paris : OIE ; 2017 [consulté le 9 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Our_scientific_expertise/docs/pdf/AMR/Annual_Report_AMR_2.pdf
12. Organisation mondiale de la Santé. Document analytique : Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes qui commencent un traitement antirétroviral (résistance du VIH aux ARV prétraitement) [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2014 [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment_drugresistance/fr/
13. Organisation mondiale de la Santé. Document analytique : Surveillance de la résistance du VIH aux antirétroviraux chez les adultes sous traitement antirétroviral (résistance du VIH aux antirétroviraux acquise) [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2014 [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/fr/
14. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, 2017 [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 2 février 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/

15. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur le paludisme dans le monde 2017 [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2017/report/fr/>
16. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines and core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 9 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/gpsc/core-components.pdf>
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapid evaluation guide for hospital programs for prevention and control of nosocomial infections [Internet] ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2011 [consulté le 9 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=22319&lang=en
18. Organisation mondiale de la Santé. Integrated surveillance of antimicrobial resistance in foodborne bacteria: Application of a One Health approach [Internet]; Genève. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 9 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/foodsafety/publications/agisar_guidance2017/en/
19. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices pour l'utilisation d'antibiotiques chez les animaux de rente destinés à l'alimentation humaine des antimicrobiens importants pour la médecine humaine, 2017 [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/foodsafety/publications/cia_guidelines/fr/
20. Organisation mondiale de la Santé. HIV drug resistance report, 2017 [Internet] ; Genève. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 9 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-report-2017/en/>
21. Organisation mondiale de la Santé. Global Action Plan on HIV Drug Resistance, 2017-2021 [Internet]; Genève. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 9 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-action-plan-2017-2021/en/>

E. PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES HÉPATITES VIRALES : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. L'objectif de ce document est de rendre compte aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès réalisés dans la mise en œuvre du *Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales* (document CD54/13, Rev. 1 [2015]), qui couvre la période 2016-2019 (1).

2. Le Plan est conforme à la vision, aux objectifs et aux orientations stratégiques de la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021* de l'OMS (2), approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) en mai 2016, qui appelle à l'élimination d'ici à 2030 de l'hépatite virale en tant que menace de santé publique, du fait d'une réduction de 90 % de son incidence et de 65 % de sa prévalence. De plus, le Plan inclut l'objectif mondial de faire reculer l'hépatite virale au titre de l'objectif 3 des objectifs de développement durable (ODD).

3. La riposte régionale devra tenir compte de plusieurs caractéristiques clés de l'hépatite virale. En 2016, l'OPS a estimé à 2,8 millions le nombre de personnes qui, dans la Région, vivent avec une hépatite B et à 7,2 autres millions le nombre de celles qui vivent avec une hépatite C, tandis que 125 000 personnes environ sont décédées d'une hépatite virale en 2013 (3). Dans 96 % des cas, le décès par hépatite virale résulte d'une hépatite chronique B ou C qui évolue en cirrhose puis en cancer primitif du foie, ou carcinome hépatocellulaire (CHC). Concrètement, 78 % environ des CHC dans le monde résultent d'une hépatite B ou C chronique (2). Par conséquent, les efforts pour contrôler l'incidence et la mortalité de l'hépatite devraient cibler les hépatites B et C. Les nouveaux traitements sont très efficaces : les antiviraux propres aux hépatites B et C, qui procurent dans la Région le bénéfice supplémentaire de santé publique d'une réduction d'incidence du CHC liée à l'élimination de l'hépatite, peuvent diminuer d'environ 75 % le risque de développer un cancer du foie. Les nouveaux antiviraux à action directe (AAD) actifs sur l'hépatite C peuvent guérir cette affection dans 95 % des cas quand ils sont utilisés seuls en première ligne et dans 99,9 % des cas quand des médicaments de deuxième ligne sont également offerts.

4. Au plan mondial et dans la Région des Amériques, la riposte à l'hépatite a été freinée par un manque de financement international. Cette riposte dépend donc presque entièrement de la disponibilité des ressources nationales.

Analyse des progrès accomplis

5. Les tableaux suivants résument les progrès à mi-parcours de la Région vers la réalisation des objectifs du plan en 2016–2017. Ils mettent également en lumière les défis qu'il sera nécessaire de dépasser au cours de l'année qui vient pour remplir les objectifs établis dans le plan.

6. Il faut noter que, dans le plan d'action, les indicateurs sont des indicateurs de politique, qui ne quantifient donc pas l'intensité ou l'ampleur d'une riposte individuelle de pays, quelle qu'elle soit.

Axe stratégique d'intervention 1 : promouvoir une riposte exhaustive intégrée		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
1.1 Promouvoir l'intégration d'interventions et de services de prévention, de surveillance, de diagnostic, de soins et de contrôle des hépatites virales au sein du secteur de la santé, et les mettre en œuvre de façon concertée et efficace avec les partenaires et acteurs concernés	1.1.1 Nombre de pays qui disposent d'une stratégie ou d'un plan national structuré et budgétisé pour la prévention, le traitement et le contrôle des hépatites virales Référence : 10 en 2015 (8) Cible : 20	15 pays et territoires (7) Cet indicateur est essentiel pour appuyer une intervention nationale. Fin 2017, 5 pays supplémentaires avaient élaboré des stratégies ou des plans nationaux relatifs aux hépatites, qui allaient au-delà de la simple vaccination.
1.2 Promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et d'interventions de santé publique coordonnées dans le but d'éliminer d'ici à 2030 l'hépatite B et l'hépatite C dans les États Membres de l'OPS	1.2.1 Nombre de pays qui ont des objectifs d'élimination des hépatites B et C en tant que problèmes de santé publique Référence : 0 en 2015 (8) Cible : 6	0 pays (7) Tandis que tous les pays et territoires sont acquis à la stratégie mondiale du secteur de la santé pour éliminer l'hépatite virale en tant que menace de santé publique d'ici à 2030, aucun pays n'a jusqu'ici mis en œuvre cette stratégie sous la forme d'une politique nationale.
	1.2.2 Nombre de pays qui ont des objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant de l'hépatite B Référence : 1 en 2012 (9) Cible : 5	12 pays et territoires (7) Dans le futur, ces pays et territoires travailleront selon les modalités de l'initiative EMTCT-Plus.
1.3 Mettre en œuvre des activités et campagnes d'information et de communication aux niveaux régional, infrarégional, national et local pour accroître la sensibilisation à l'existence, à la gravité et aux voies de transmission des hépatites virales et aux mesures de prévention et de contrôle de la maladie	1.3.1 Nombre de pays qui célèbrent la Journée mondiale de l'hépatite par le biais de campagnes de sensibilisation ou d'événements thématiques importants Référence : 10 en 2015 (8) Cible : 20	12 pays et territoires (7) La Journée mondiale contre l'hépatite est bien établie sur le calendrier des célébrations importantes de santé publique dans la Région.

Axe stratégique d'intervention 2 : encourager un accès équitable aux soins préventifs		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>2.1 Maintenir et étendre les programmes de vaccination contre le VHB afin d'accroître la couverture pour tous les enfants ainsi que pour les membres de populations clés et de groupes vulnérables</p>	<p>2.1.1 Nombre de pays qui maintiennent une couverture contre le VHB élevée (95 % ou plus) dans le cadre des calendriers de vaccination systématique des enfants (âgés de moins d'un an)</p> <p>Référence : 15 en 2013 (10) Cible : 25</p>	<p>17 pays et territoires (10)</p> <p>En 2017, sur l'ensemble de la Région, la couverture vaccinale contre le VHB est passée de 90 % à 91 % et deux pays supplémentaires ont atteint le seuil de 95 % ou plus.</p>
	<p>2.1.2 Nombre de pays qui ont inclus dans leurs programmes de vaccination la vaccination des nouveau-nés contre le VHB au cours des premières 24 heures de vie</p> <p>Référence : 18 en 2013 (10) Cible : 25</p>	<p>21 pays et territoires (7)</p> <p>Outre les 21 pays et territoires qui offrent une dose vaccinale universelle à la naissance, 13 autres pays offrent une dose vaccinale à la naissance en se limitant aux nouveau-nés de mères séropositives à l'Ag HBs.</p>
<p>2.2 Encourager les pays à mener des évaluations de l'épidémiologie et de la charge de la maladie, et des technologies de la santé comme des analyses coût/efficacité, pour appuyer les décisions basées sur des données factuelles concernant l'introduction du vaccin contre l'hépatite A</p>	<p>2.2.1 Nombre de pays qui ont, pour appuyer l'introduction du vaccin contre le VHA, mené des évaluations de l'épidémiologie et de la charge de la maladie, et des technologies de la santé comme des analyses coût/efficacité</p> <p>Référence : 5 en 2013 (11 - 15) Cible : 10</p>	<p>9 pays (16)</p> <p>Dans plusieurs pays de la Région, des flambées sporadiques de transmission du VHA ont été décrites chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.</p>
<p>2.3 Renforcer la capacité du secteur de la santé de réaliser les activités nécessaires pour promouvoir la plus stricte application des normes, protocoles et recommandations afin de prévenir les infections des hépatites virales dans les milieux de soins de santé</p>	<p>2.3.1 Nombre de pays qui ont des mesures de prévention de l'hépatite B chez les agents de santé</p> <p>Référence : 13 en 2015 (8) Cible : 26</p>	<p>32 pays et territoires (7)</p> <p>Ces 32 pays et territoires ont mis en place des stratégies spécifiques pour prévenir la transmission du VHB chez les agents de santé.</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
2.4 Renforcer la capacité du secteur de la santé d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des stratégies pour prévenir les hépatites virales chez les personnes qui consomment des drogues et dans d'autres populations clés	2.4.1 Nombre de pays qui ont des stratégies de prévention et de contrôle des hépatites virales, notamment le vaccin contre l'hépatite B, visant des populations clés Référence : 8 en 2015 (8) Cible : 20	14 pays et territoires (7) L'augmentation à 14 du nombre de pays et territoires concernés est attribuée à l'élargissement des programmes de vaccination de rattrapage contre le VHB dans les populations clés.

Axe stratégique d'intervention 3 : encourager un accès équitable aux soins cliniques

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.1 Adapter et mettre en œuvre des normes pour le dépistage, le diagnostic, les soins et le traitement des hépatites virales	3.1.1 Nombre de pays qui ont élaboré des lignes directrices pour le dépistage, le diagnostic, les soins et le traitement de l'hépatite B, conformément aux dernières recommandations de l'OMS Référence : 16 en 2012 (9) Cible : 25	18 pays et territoires (7) En matière de traitement recommandé, le changement majeur survenu en 2015 est le traitement limité aux antiviraux oraux présentant un profil de résistance élevé. Il y a aujourd'hui 18 pays et territoires qui ont des directives nationales cohérentes avec ces nouveaux schémas thérapeutiques.
	3.1.2 Nombre de pays qui ont élaboré des lignes directrices pour le dépistage, le diagnostic, les soins et le traitement de l'hépatite C, conformément aux dernières recommandations de l'OMS Référence : 6 en 2015 (8) Cible : 15	12 pays et territoires (7) De nouvelles recommandations ont été publiées en avril 2018. Aujourd'hui, 12 pays et territoires disposent de directives cohérentes avec les recommandations précédentes de l'OMS.
	3.1.3 Nombre de pays qui ont commencé à offrir le diagnostic et le traitement de l'hépatite B financés par des fonds publics Référence : 11 en 2015 (8) Cible : 20	22 pays et territoires (7) Ces 22 pays et territoires offrent le traitement (bien que dans de nombreux pays l'accès à celui-ci soit limité)

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>3.1.4 Nombre de pays qui ont commencé à offrir le diagnostic et le traitement de l'hépatite C financés par des fonds publics</p> <p>Référence : 6 en 2015 (8) Cible : 10</p>	<p>15 pays et territoires (7)</p> <p>Ces 15 pays et territoires offrent une forme ou une autre de traitement contre l'hépatite financé par les fonds publics. Le nombre de patients concernés reste cependant limité dans la plupart des pays, où l'accès au traitement est souvent le fait d'une décision juridique.</p>
	<p>3.1.5 Nombre de pays qui incluent dans leurs listes et/ou formulaires nationaux de médicaments essentiels un ou plusieurs médicaments recommandés dans les lignes directrices 2015 de l'OMS sur le traitement de l'hépatite B</p> <p>Référence : 10 en 2015 (8) Cible : 20</p>	<p>22 pays et territoires (7)</p> <p>L'édition la plus récente des directives de l'OMS sur le traitement contre l'hépatite B a été publiée en 2015.</p>
	<p>3.1.6 Nombre de pays qui incluent à leurs listes et/ou formulaires nationaux de médicaments essentiels un ou plusieurs médicaments recommandés dans les lignes directrices 2014 de l'OMS sur le traitement de l'hépatite C</p> <p>Référence : 8 en 2015 (8) Cible : 15</p>	<p>10 pays (7)</p> <p>Ces 10 pays utilisent l'un des antiviraux à action directe (AAD) référencés dans les directives thérapeutiques concernant l'hépatite C.¹</p>

¹ Ces trois dernières années, les traitements antiviraux à action directe recommandés ont beaucoup évolués. L'OMS recommande maintenant les schémas thérapeutiques pangénotypiques, dont trois sont actuellement offerts. La nature dynamique du traitement et son prix élevé ont cependant l'un et l'autre pénalisé l'accès au traitement et le recours à celui-ci.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.2 Adapter et mettre en œuvre des normes pour le traitement des hépatites virales (B et C) chez les patients co-infectés par le VIH.	3.2.1 Nombre de pays qui ont mis à jour leurs critères de traitement antirétroviral, y compris la recommandation de commencer la thérapie antirétrovirale (TAR), indépendamment du taux de CD4 chez les patients atteints du VIH présentant une hépatopathie chronique grave liée au VHB Référence : 24 en 2014 (17) Cible : 30	30 pays et territoires (18) Ce nombre inclut 22 pays et territoires qui recommandent un traitement contre le VIH chez toutes les personnes infectées et 8 pays dans lesquels le traitement contre le VIH est indiqué chez les patients qui présentent une infection à VIH et une maladie hépatique grave liée au VHB.

Axe stratégique d'intervention 4 : renforcer l'information stratégique

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.1 Accroître et renforcer la capacité des pays d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies pour la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination des hépatites virales	4.1.1 Nombre de pays qui signalent des cas d'hépatite B aiguë et chronique Référence : 8 en 2015 (8) Cible : 16	22 pays (7) Au cours de l'année 2016, des réunions infrarégionales pour appuyer l'information et la surveillance stratégiques de l'hépatite ont été tenues en Amérique du Sud et en Amérique centrale.
	4.1.2 Nombre de pays qui signalent des cas d'hépatite C Référence : 13 en 2015 (8) Cible : 26	18 pays (7) Voir ci-dessus commentaire du point 4.1.1 Ces 18 pays notifient au moins quelques cas d'hépatite C aiguë ou chronique.
	4.1.3 Nombre de pays qui mènent des enquêtes sur la prévalence de l'hépatite virale B ou C au sein de la population générale et/ou de populations clés Référence : 11 en 2015 (8) Cible : 18	14 pays Ces 14 pays indiquent conduire au moins une enquête de prévalence concernant les hépatites virales B et C.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.2 Accroître la capacité des pays d'analyser, de publier et de diffuser des données nationales sur les hépatites virales et sur l'impact de la riposte, ventilées par âge, sexe et diversité culturelle	4.2.1 Nombre de pays qui ont produit un rapport national sur les hépatites virales Référence : 8 en 2015 (8) Cible : 15	13 pays (7) Ces 13 pays ont publié des rapports nationaux de référence sur les hépatites virales dans le cadre de l'initiative de collecte de données sur l'hépatite lancée par l'OPS au niveau des pays.

Axe stratégique d'intervention 5 : renforcer la capacité de laboratoire pour appuyer le diagnostic, la surveillance et l'innocuité de l'approvisionnement sanguin

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
5.1 Mettre en œuvre des technologies novatrices pour les diagnostics de laboratoire et le suivi des réponses au traitement	5.1.1 Nombre de pays qui mettent en œuvre des technologies normalisées et efficaces pour le suivi des patients porteurs du VHB Référence : 10 en 2015 (8) Cible : 20	19 pays et territoires (7) Ces 19 pays font un suivi du VHB conformément aux tests de laboratoire recommandés par l'OMS.
	5.1.2 Nombre de pays qui mettent en œuvre des technologies normalisées et efficaces pour confirmer l'infection par le VHC, y compris la sérologie, le génotypage et le suivi des patients porteurs du VHC Référence : 8 en 2015 (8) Cible : 15	19 pays et territoires (7) Ces 19 pays font un suivi du VHC conformément aux tests de laboratoire recommandés par l'OMS.
5.2 Mettre en œuvre des normes pour améliorer l'innocuité des dons de sang et des produits sanguins	5.2.1 Nombre de pays qui procèdent au dépistage du VHB et du VHC dans l'ensemble des unités de transfusion sanguine Référence : 39 en 2014 (19) Cible : 41	41 pays et territoires La couverture du dépistage sur les dons de sang reste très élevée au niveau régional. Des différences au niveau des processus de notification dans certains pays et territoires expliquent l'absence d'augmentation, depuis 2015, du nombre de pays qui procèdent à un dépistage sur 100 % des unités de transfusion.

7. Outre les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan d'action, l'OPS s'est engagée dans une initiative qui met l'accent sur la prévention intégrée de la transmission mère-enfant du VIH, de l'hépatite B, de la syphilis et de la maladie de Chagas au sein de la plate-forme sanitaire commune à la mère et à l'enfant. La mise en œuvre de ce cadre intégré, *Élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas (EMTCT-Plus) (4)*, est prévue dans au moins deux États Membres au cours de l'année 2018. Les objectifs de l'initiative EMTCT-Plus sont alignés sur, et viennent compléter, les objectifs régionaux du *Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales* et de la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021*.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

8. Compte tenu des progrès développés ci-dessus, les interventions nécessaires pour améliorer la situation incluent :

- a) la nécessité d'une augmentation absolue des allocations nationales de financement pour les hépatites B et C dans la plupart des pays et territoires, du fait de la pénurie actuelle de fonds internationaux pour appuyer les ripostes nationales aux hépatites ;
- b) afin de renforcer les capacités des pays en matière de développement et d'utilisation des informations stratégiques et des analyses coût-efficacité lors de la prise de décisions, l'appui aux États Membres pour la planification nationale et l'étude des « argumentaires d'investissement » concernant les hépatites B et C, c'est-à-dire la modélisation de la charge de la maladie à partir des données épidémiologiques empiriques et la projection des répercussions et des coûts potentiels associés aux interventions faites au niveau de la population, l'objectif étant d'atteindre les cibles d'élimination mondiale prévues ;
- c) le travail avec les États Membres pour garantir que la prestation de services concernant les hépatites est exempte de toute stigmatisation ou discrimination, et que les prestations adoptent une approche qui respecte les droits de l'homme, l'équité, l'ethnicité et le genre ;
- d) le renforcement de la capacité des États Membres à produire et notifier des informations stratégiques sur l'hépatite virale ventilées selon le genre, l'âge, le statut de population clé et l'ethnicité, pour aider à l'élaboration continue de données factuelles appuyant la planification stratégique pour la prévention, les soins et la lutte en matière d'hépatite virale ;
- e) l'élargissement accru des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VHB tout en adoptant, au-delà des efforts actuels, la nouvelle plate-forme EMTCT-Plus qui inclut l'infection à VIH, la syphilis et la maladie de Chagas ;
- f) la promotion de l'élargissement – urgent – de l'accès au diagnostic, aux soins et au traitement des hépatites B et C, conformément aux pratiques recommandées par l'OMS au sein des systèmes de santé nationaux et des systèmes nationaux d'assurance-maladie, y compris pour les populations clés et les peuples autochtones ;

- g) un engagement plus fort envers les communautés touchées et les groupes représentant les communautés touchées pour accélérer le recours aux tests et au traitement, ainsi que la demande d'autres services relatifs à l'hépatite ;
- h) l'appui continu des États Membres afin qu'ils aient accès, pour les hépatites B et C, à des tests diagnostiques et des médicaments qui soient à la fois de qualité et abordables, et qu'ils intègrent les traitements antiviraux recommandés pour les hépatites B et C aux directives thérapeutiques nationales des hépatites.
- i) L'OPS ayant reconnu la nature dynamique des traitements antiviraux à action directe ciblant le VHC depuis que le Conseil directeur a approuvé le plan d'action 2016, le Bureau appuiera les États Membres en conséquence pour les aider à intégrer des AAD pangénotypiques nouveaux et abordables aux listes nationales de médicaments essentiels et aux programmes d'assurance-maladie, et à acquérir ces agents par le Fonds stratégique.

Mesure à prendre par le Conseil Directeur

- 9. Le Conseil directeur est invité à prendre note du présent rapport et à formuler les recommandations qu'il jugera appropriées.

Références

- 1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales. [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 (document CD54/13, Rev. 1 et résolution CD54.R7) [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-13-f.pdf>
- 2. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 [Internet]. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250577/WHO-HIV-2016.06-fre.pdf?sequence=1>
- 3. Organisation panaméricaine de la Santé. Hepatitis B and C in the Spotlight: a public health response in the Americas [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2016 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31449/9789275119297-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- 4. Organisation panaméricaine de la Santé. EMTCT-Plus – Framework for Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2017 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34306/PAHOCHA17009-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. Organisation mondiale de la Santé. Global hepatitis report [Internet]. Genève (Suisse) : OMS ; 2017 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>
6. Organisation mondiale de la Santé. Global report on access to hepatitis C treatment: focus on overcoming barriers [Internet]. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250625/1/WHO-HIV-2016.20-eng.pdf?ua=1>
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Hepatitis B and C in the Spotlight: a public health response in the Americas – Key Messages [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2017 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34257/hepatitis-spotlight2017_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport des pays concernant l'hépatite virale B et C Washington, DC : OPS ; 2017. Non publié.
9. Organisation mondiale de la Santé. Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85397/1/9789241564632_eng.pdf?ua=1
10. Organisation panaméricaine de la Santé. L'immunisation aux Amériques : Résumé 2014 [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2014 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/IM-Brochure-2014-f.pdf>
11. Quezada A, Baron-Papillon F, Coudeville L, Maggi L. Universal vaccination of children against hepatitis A in Chile: a cost-effectiveness study. *Rev Panam Salud Pública* 2008;23(5):303-12.
12. Ellis A, Rüttimann RW, Jacobs RJ, Meyerhoff AS, Innis BL. Cost-effectiveness of childhood hepatitis A vaccination in Argentina: a second dose is warranted. *Rev Panam Salud Pública* 2007;21(6):345-56.
13. Sartori AM, de Soárez PC, Novaes HM, Amaku M, de Azevedo RS, Moreira RC, Pereira LM, Ximenes RA, Martelli CM. Cost-effectiveness analysis of universal childhood hepatitis A vaccination in Brazil: regional analyses according to the endemic context. *Vaccine* 2012;30(52):7489-97.

14. Colombie, Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Hepatitis A [Internet]. Bogotá ; 2012. Disponible en espagnol sur : <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Hepatitis%20A%20-%20Una%20enfermedad%20ligada%20a%20la%20pobreza%20y%20el%20subdesarrollo.pdf>
15. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), Fiore A, Wasley A, Bell B. Prevention of Hepatitis A Through Active or Passive Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2006 May 19;55(RR07):1-23.
16. Organisation mondiale de la Santé. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system: 2018 global summary [Internet]. Genève : OMS ; 2018 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
17. Organisation panaméricaine de la Santé. Antiretroviral Treatment in the Spotlight: A Public Health Analysis in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2013 [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23710&Itemid=270&lang=en
18. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Global AIDS Monitoring 2017 - Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Genève : ONUSIDA ; 2017.
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014. (document CD53/6 et résolution CD53.R6) [consulté le 25 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-6-f.pdf>

F. PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. L'objectif de ce document est de rendre compte aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès réalisés dans la mise en œuvre du *Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose*, approuvé en octobre 2015 (document CD54/11 et résolution CD54.R10) (1,2). L'objectif de ce plan d'action est d'accélérer la diminution d'incidence et de mortalité de la tuberculose, ce qui conduirait à la fin de l'épidémie dans la Région des Amériques. Sa mise en œuvre rendra possible, d'ici à 2019, d'atteindre les objectifs prévus dans le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Le plan d'action relève du cadre de la *Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), appelée par la suite *Stratégie pour mettre fin à la tuberculose*, qui a été adoptée en mai 2014 par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé (3).

2. En novembre 2017, la Première conférence ministérielle mondiale de l'OMS, ayant pour thème *Mettre fin à la tuberculose à l'ère du développement durable : une réponse multisectorielle*, a été organisée par l'OMS et la Fédération de Russie. La conférence s'est conclue sur la *Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose* (4), dans laquelle les pays affirment leur engagement pour mettre fin à l'épidémie de tuberculose d'ici à 2030. La Déclaration fait appel à l'OMS pour appuyer le renforcement de la riposte par un engagement mondial et des engagements nationaux accrus, afin d'atteindre les cibles convenues de la *Stratégie pour mettre fin à la tuberculose* et des objectifs de développement durable. La Région des Amériques est la région de l'OMS la plus proche d'atteindre cet objectif d'élimination et, dans la perspective de cette finalité, l'OPS s'est engagée à fournir tout l'appui nécessaire à ses États Membres. La conférence de Moscou sera suivie en 2018 par la première réunion de haut niveau sur l'élimination de la tuberculose dans le cadre de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui engagera davantage le plus haut niveau politique dans la volonté de parvenir à éliminer la tuberculose.

Analyse des progrès accomplis

3. Depuis 2015, les pays de la Région ont élaboré et/ou actualisé leurs plans stratégiques nationaux sur la tuberculose à partir de la Stratégie globale et du Plan d'action régional. Des progrès ont été réalisés sur les trois indicateurs de résultats intermédiaires et sur les indicateurs des trois axes stratégiques d'intervention soulignés dans le plan d'action. Les principales sources d'information pour cette évaluation à mi-parcours sont le *Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017* de l'OMS (5), les rapports de suivi et de consultations d'évaluation des programmes nationaux sur la tuberculose, ainsi que les rapports des consultations et des ateliers régionaux et infrarégionaux (6).

<i>Indicateurs de résultats intermédiaires</i>		
Indicateur	Référence et cible	Situation
1. Nombre cumulé de malades souffrant de TB confirmée bactériologiquement traités avec succès dans le cadre de programmes qui ont adopté la stratégie recommandée par l’OMS depuis 1995	Référence : 1,45 million de patients en 2013 Cible : 2,50 millions de patients en 2019	En 2015 (cohorte accessible la plus récente), 2,05 millions de patients tuberculeux ont été traités avec succès dans les pays.
2. Nombre annuel de patients souffrant de tuberculose avec TB-MR confirmée ou présumée, sur la base des définitions de l’OMS (2013), y compris les cas résistants à la rifampicine (TB-RR), placés sous traitement TB-MR dans la Région	Référence : 2960 patients en 2013 Cible : 5490 patients en 2019	En 2016 (données disponibles les plus récentes), 3509 patients souffrant de TB-MR/RR confirmée ou présumée ont reçu un traitement.
3. Pourcentage de nouveaux patients atteints de tuberculose diagnostiquée par rapport au nombre total de cas incidents de tuberculose	Référence : 79 % en 2013 Cible : 90 % en 2019	En 2016 (données disponibles les plus récentes), 81 % des cas incidents de tuberculose estimés ont été diagnostiqués.

4. Pour le premier axe stratégique d’intervention, une coopération technique a été offerte aux programmes nationaux sur la tuberculose (PNT) sous la forme de missions et d’événements de renforcement des capacités dans les pays. La capacité de diagnostic précoce et de détection des cas a été accrue par une allocation régionale du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, destinée à soutenir les laboratoires dédiés à la tuberculose dans 20 pays (7). Les traitements de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante ont été renforcés par un appui technique offert par le Comité « Feu vert » régional, et la gestion des médicaments de la tuberculose s’améliore grâce à un travail conjoint avec le Fonds stratégique de l’OPS. De la même manière, les collaborations concernant la tuberculose et l’infection à VIH ont été renforcées, parmi lesquelles l’actualisation des directives cliniques régionales. Les autres comorbidités de la tuberculose (TB/diabète et TB/tabagisme) ont également été mieux étudiées.

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : prévention et prise en charge intégrée de la tuberculose, centrée sur les personnes atteintes par la maladie</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
1. Renforcer la prévention et la prise en charge intégrées de la tuberculose, centrée sur les personnes atteintes par la maladie et conformément aux normes internationales de prise en charge de la tuberculose	1.1 Nombre de pays qui diagnostiquent et traitent la tuberculose conformément aux normes internationales de prise en charge de la tuberculose. Référence : 20 en 2013 Cible : 35 en 2019	<p>En 2017, 25 pays ont actualisé leurs directives nationales sur la tuberculose pour inclure les recommandations de l'OMS sur le diagnostic et le traitement de cette maladie.</p> <p>Les progrès réalisés pour cet indicateur sont ralentis par les actualisations fréquentes des recommandations sur la tuberculose, en ce qui concerne particulièrement les nouveaux diagnostics et médicaments. De même, les processus d'examen et d'approbation au niveau des pays peuvent retarder l'actualisation des directives nationales.</p> <p>L'OPS appuie les PNT dans le cadre de ces processus.</p>
	1.2 Nombre de pays qui administrent le traitement préventif systématique aux contacts de moins de 5 ans dans les cas de tuberculose active Référence : 5 en 2013 Cible : 20 en 2019	<p>En 2017, 15 pays offrent un traitement préventif d'isoniazide aux contacts de moins de 5 ans dans les cas de tuberculose active, comme le recommande l'OPS/OMS.</p> <p>L'activité reflétée par cet indicateur est cruciale pour prévenir la tuberculose dans un groupe extrêmement vulnérable et est essentielle, de concert avec la recherche de cas de TB, pour obtenir l'élimination de la TB. Des efforts sont réalisés pour augmenter la notification et le suivi.</p>
	1.3 Nombre de pays qui administrent le traitement préventif systématique aux personnes co-infectées par la TB/VIH conformément aux directives nationales Référence : 5 en 2013 Cible : 10 en 2019	<p>En 2017, sept pays notifient avoir instauré un traitement préventif par isoniazide (TPI) chez des personnes infectées par le VIH. Il existe des données factuelles anecdotiques indiquant que cette pratique est courante dans les services prenant en charge l'infection à VIH, mais les données disponibles sont rares.</p> <p>Certains pays ont développé des manières innovantes pour garantir la notification et la transmission de cette information.</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>1.4 Nombre de pays qui diagnostiquent plus de 85 % des cas de TB-MR estimés parmi les cas de tuberculose notifiés</p> <p>Référence : 6 en 2013 Cible : 16 en 2019</p>	<p>En 2017, à la suite de l'actuelle classification OMS des tuberculoses pharmacorésistantes (8) et de l'introduction dans les pays du test de diagnostic moléculaire rapide Xpert® MTB/RIF, seul un pays diagnostique plus de 85 % des cas de TB-MR estimés, incluant ceux résistant à la rifampicine, parmi les cas de tuberculose notifiés.</p> <p>Des modifications ont été apportées à la définition des TB-MR de l'OMS, qui incluent aujourd'hui les TB-RR, et ces modifications ont annulé les critères utilisés pour établir les valeurs 2013 de référence et de cible. Par conséquent, cet indicateur doit être ajusté.</p> <p>L'OPS favorise la mise en œuvre du test Xpert MTB/RIF. Elle appuie également l'amélioration de la surveillance systématique de la tuberculose pharmacorésistante, qui améliorera à son tour la qualité des données disponibles et rendra possible des estimations plus réalistes.</p> <p>Remarque : cet indicateur devrait être actualisé pour cadrer avec l'actuelle classification OMS des tuberculoses pharmacorésistantes, et ainsi reformulé : « Nombre de pays qui diagnostiquent plus de 85 % des cas de TB-MR/RR estimés parmi les cas de tuberculose notifiés ». Pour être plus réalistes, la référence et la cible pourraient alors être respectivement modifiées à 1 et 10 pays.</p>
	<p>1.5 Nombre de pays qui entament le traitement dans 100 % des cas de TB-MR notifiés</p> <p>Référence : 6 en 2013 Cible : 12 en 2019</p>	<p>En 2017, 14 pays instaurent un traitement pour tous les cas notifiés de TB-MR. La cible 2019 est ainsi déjà dépassée. Les experts de la TB-MR ont offert un appui technique très soutenu par le dispositif régional du Comité « Feu vert ».</p>
	<p>1.6 Nombre de pays où 100 % des cas de co-infection TB/VIH reçoivent un traitement antirétroviral</p> <p>Référence : 6 en 2013 Cible : 15 en 2019</p>	<p>En 2017, neuf pays offrent un traitement antirétroviral à tous les patients présentant une co-infection TB/VIH. L'OPS offre un appui aux pays pour satisfaire cet indicateur essentiel, et les programmes dédiés au VIH renforcent l'accès aux antirétroviraux, ce qui est bénéfique aux patients co-infectés.</p>

5. L'engagement politique a été conforté par une coordination avec le Caucus parlementaire régional contre la tuberculose (9), qui comprenait des représentants de 20 pays des Amériques. La commémoration annuelle de la Journée mondiale de lutte contre la tuberculose a reçu un appui. Le travail sur les populations vulnérables (enfants et groupes autochtones) et la participation des organisations de la société civile ont été favorisés, tandis que du soutien a permis de renforcer l'analyse des informations sur la tuberculose, et que des dispositions ont été prises pour favoriser l'inclusion des patients tuberculeux dans les programmes de protection sociale.

<i>Axe stratégique d'intervention 2 : engagement politique, protection sociale et couverture universelle du diagnostic et du traitement de la tuberculose</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
2. Formuler et mettre en œuvre des plans nationaux de contrôle de la tuberculose conformément à la stratégie mondiale, qui renforcent l'engagement politique et la prise en charge intégrée du contrôle de la tuberculose dans le cadre de la <i>Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle</i> , et la protection sociale	2.1 Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans actualisés conformément à la stratégie mondiale Référence : 0 en 2013 Cible : 30 en 2019	En 2017, 21 pays mettent en œuvre des plans stratégiques nationaux sur la tuberculose, conformément à la Stratégie Mettre fin à la tuberculose.
	2.2 Nombre de pays qui ont financé leurs plans stratégiques actualisés conformément à la stratégie mondiale Référence : 0 en 2013 Cible : 30 en 2019	En 2016, 15 pays ont indiqué avoir financé leurs plans stratégiques nationaux actualisés concernant la tuberculose. Le financement des activités dédiées à la tuberculose était national pour 67 %, international pour 15 % et non financé pour 18 % ; l'année précédente, la partie non financée était de 21 %.
	2.3 Nombre de pays qui disposent de réseaux communautaires consacrés au contrôle de la tuberculose Référence : 3 en 2013 Cible : 10 en 2019	En 2017, 13 pays ont établi des réseaux communautaires consacrés aux activités de prévention et de contrôle de la tuberculose de manière coordonnée avec les responsables et les établissements de santé. En se fondant sur les expériences de ces pays, l'OPS promeut la création d'un réseau communautaire régional qui favorisera la constitution et l'élargissement de réseaux nationaux.
	2.4 Nombre de pays qui ont établi des règlements sur l'enregistrement, l'importation et la fabrication de produits médicaux Référence : 28 en 2013 Cible : 30 en 2019	En 2017, 31 pays ont établi des règlements sur des aspects relatifs à l'enregistrement, l'importation et la fabrication de produits médicaux, y compris ceux visant la tuberculose (médicaments, tests diagnostiques et fournitures). La cible 2019 est ainsi déjà dépassée (10, 11).

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>2.5 Nombre de pays qui incluent les personnes touchées par la tuberculose à leurs programmes de protection sociale</p> <p>Référence : 5 en 2013 Cible : 15 en 2019</p>	<p>En 2017, 10 pays ont des programmes de protection sociale qui intègrent les patients atteints de tuberculose. Dans certains cas, leurs familles bénéficient également de cette protection.</p> <p>Un enseignement tiré de la mise en œuvre de ces programmes de protection sociale concerne leur pérennité. Quand de tels programmes ne sont mis en place que pour une courte période de temps, il peut exister des effets négatifs, comme une perte d'adhésion au traitement.</p>

6. Pour le troisième axe stratégique d'intervention, c'est l'introduction de nouvelles technologies diagnostiques (GeneXpert® et Line Probe Assay) et de nouveaux médicaments (bedaquiline et delamanid) qui a été encouragée. Les capacités nationales ont été développées par de la formation (SORT-IT) sur la mise en œuvre de travaux de recherche opérationnelle. L'initiative de contrôle de la tuberculose dans les grandes villes a été élargie à 13 centres urbains. Une pharmacovigilance active de la TB-MR a été développée sur cinq sites pilotes, et sept pays à faible charge de tuberculose ont été suivis dans le cadre de l'initiative d'élimination de cette maladie.

<i>Axe stratégique d'intervention 3 : recherche opérationnelle et exécution d'initiatives et d'instruments novateurs pour la prévention et le contrôle de la tuberculose</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>3. Mettre en œuvre des initiatives et des instruments novateurs pour le contrôle de la tuberculose, assortis d'une mesure et d'une évaluation de la</p>	<p>3.1 Nombre de pays qui disposent de réseaux nationaux de recherche sur la tuberculose déjà constitués et fonctionnels, et qui sont dotés de programmes nationaux de contrôle de la tuberculose</p> <p>Référence : 1 en 2013 Cible : 10 en 2019</p>	<p>En 2017, trois pays ont établi des réseaux nationaux de recherche sur la tuberculose qui sont fonctionnels et collaborent avec le PNT, et d'autres pays sont dans le processus d'élaboration de tels réseaux.</p>
	<p>3.2 Nombre de pays qui disposent de plans de recherche opérationnelle sur la tuberculose</p> <p>Référence : 1 en 2013 Cible : 10 en 2019</p>	<p>En 2017, six pays ont élaboré des plans de recherche opérationnelle sur la tuberculose, qui portaient sur des thèmes spécifiques. D'autres pays établissent leurs priorités de recherche comme première étape d'élaboration de leur plan.</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
contribution de ceux-ci au diagnostic et aux résultats obtenus par le traitement au moyen de recherches opérationnelles dans chacun des États Membres	3.3 Nombre de pays qui utilisent les nouveaux instruments pour le contrôle de la tuberculose Référence : 11 en 2013 Cible : 20 en 2019	En 2017, 16 pays utilisent les nouveaux instruments pour la prévention et le contrôle de la tuberculose, y compris de nouveaux tests diagnostiques (GeneXpert® et Line Probe Assay). Des initiatives innovantes pour le contrôle de la tuberculose sont en cours de mise en œuvre dans les grandes villes et ont contribué à une augmentation de la détection des cas.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

7. Envisager de renouveler les engagements et les appels à l'action de la *Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose*, ce qui inclut le renforcement des interventions interprogrammatiques et intersectorielles, la participation de la société civile à la prévention et à la lutte contre la tuberculose, une intervention coordonnée avec le caucus parlementaire régional de la tuberculose pour accroître l'engagement politique et le financement national par les gouvernements, des travaux de recherche opérationnelle pour éclairer la politique, ainsi qu'un suivi des décisions émises lors de la réunion de haut niveau pour mettre fin à la tuberculose tenue à l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2018.

8. Renforcer dans les pays la détection des cas de tuberculose pour combler l'écart actuel de 50 000 cas non diagnostiqués dans la Région qui pérennisent la transmission de la maladie, en élaborant des stratégies comme des campagnes d'information et de communication sur les symptômes de la maladie destinées aux populations vulnérables, en assurant une meilleure promotion des services dédiés à la tuberculose, et en renforçant la formation sur la tuberculose des agents de santé, entre autres.

9. Développer et/ou renforcer des services en matière de tuberculose qui soient ajustés aux populations vulnérables, comme les enfants, les prisonniers, les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les toxicomanes, les sans-abris et les personnes défavorisées habitant dans les zones urbaines, en prenant en compte les aspects sociaux et culturels.

10. Promouvoir le diagnostic précoce de la tuberculose sensible et de la tuberculose pharmacorésistante en utilisant des tests moléculaires de diagnostic rapide comme GeneXpert® – au premier niveau de soins pour le diagnostic initial, car ce niveau peut aussi servir de plate-forme diagnostique pour de multiples maladies – et Line Probe Assay.

11. Poursuivre le renforcement des réseaux de laboratoires dédiés à la tuberculose en assurant un transport efficace des échantillons, un contrôle de la qualité et une interconnectivité pour une transmission en temps réel des résultats.

12. Favoriser la transition vers une démarche centrée sur le patient tuberculeux pour améliorer le traitement des populations touchées d'une manière intégrée. Il y a une nécessité urgente d'interventions ayant pour objectif de faciliter l'adhésion au traitement, comme l'introduction et la diffusion de schémas thérapeutiques plus courts pour la TB-MR, l'utilisation de combinaisons à doses fixes et des présentations pédiatriques dispersibles les plus récentes et l'innovation en matière de supervision du traitement, ainsi que des actions pour réduire la stigmatisation dont souffre encore les personnes atteintes de TB.

13. Étudier la survenue croissante des comorbidités de la tuberculose, particulièrement celles relatives au diabète et à la santé mentale (accoutumances), et élaborer des approches interprogrammatiques innovantes pour y répondre.

14. Promouvoir l'inclusion des patients tuberculeux et de leur famille dans les schémas existants de protection sociale des pays pour répondre à leurs besoins et, comme le montrent les données factuelles, faciliter l'adhésion au traitement et le résultat obtenu.

15. Améliorer la diffusion des informations sur la tuberculose au sein du système d'informations sanitaires des pays, et approfondir l'analyse des données en vue de la prise de décisions.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

16. Le Conseil directeur est invité à prendre note du présent rapport et à formuler les commentaires qu'il jugera appropriés.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 (document CD54/11, Rev. 1) [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-11-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2015 (résolution CD54.R10) [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-R10-f.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 [Internet]. Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé; du 19 au 24 mai 2014 ; Genève. Genève : OMS ; 2014 (résolution WHA67.1) [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf

4. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de Moscou pour mettre fin à la tuberculose [Internet]. Première conférence ministérielle mondiale de l’OMS – Mettre fin à la tuberculose à l’ère du développement durable : une réponse multisectorielle ; les 16 et 17 novembre 2017 ; Moscou. Moscou : OMS ; 2017 [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur :
http://www.who.int/tb/features_archive/French_MoscowDeclaratiotoEndTB.pdf
5. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017 [Internet]. Genève : OMS ; [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur :
http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Tuberculosis: meeting reports [Internet]. Washington, DC ; 2018. Disponible en anglais sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=4465&Itemid=40776&lang=en
7. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Grants: Strengthening of the TB laboratory Network in the Americas [consulté le 9 février 2018]. Disponible en anglais sur :
<https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/applicant/grant/?k=128fee49-5c69-4230-9600-76bd78772be9&grant=QRA-T-ORAS>
8. Organisation mondiale de la Santé. Définitions et cadre de notification pour la tuberculose - Révision 2013 (actualisé en décembre 2014) [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 9 février 2018]. Disponible sur :
<http://www.who.int/tb/publications/definitions/fr/>
9. Regional Platform – Latin America and Caribbean. The Regional Parliamentary Front of the Americas against Tuberculosis was launched in Brazil [Internet]. 25 avril 2016. Disponible en anglais sur :
<https://plataformalac.org/en/2016/04/brazil-launched-the-regional-parliamentary-front-of-the-americas-against-tuberculosis/>
10. Organisation panaméricaine de la Santé. System for Evaluation of the National Regulatory Authorities for Medicines [Internet]. Washington, DC ; 2018. Disponible en anglais sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1615%3A2009-sistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-%20technologies&Itemid=1179&lang=en
11. Agence de santé publique des Caraïbes. What we do: The Caribbean Regulatory System (CRS) [Internet]. Disponible en anglais sur :
<http://carpha.org/What-We-Do/Laboratory-Services-and-Networks/CRS>

G. PLAN D'ACTION POUR LA PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES 2016-2021 : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. L'objectif de ce document est de rendre compte aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès réalisés dans la mise en œuvre du *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2020 (1)*. Ce plan est en adéquation avec la vision, les objectifs et les axes stratégiques des stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) de l'OMS pour la période 2016–2020 (2, 3), ainsi que ceux de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 (4)*. Il respecte également le cadre des objectifs de développement durable (ODD). Sa mise en œuvre contribuera à l'objectif d'élimination du sida en tant que problème de santé publique en vertu de l'ODD 3 (5). L'objectif de ce plan d'action est d'accélérer les progrès conduisant, d'ici à 2030, à l'élimination des épidémies de sida et d'IST en tant que problèmes de santé publique dans la Région des Amériques, en réduisant l'incidence des nouvelles infections au VIH, de la mortalité liée au sida et des complications relatives aux IST. Le plan intègre également les objectifs de la stratégie et du plan d'action régionaux précédents pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (6).

Analyse des progrès accomplis

2. Ce rapport résume les progrès à mi-parcours de la Région, soit sur la période 2016-2017, vers la réalisation des objectifs du plan. Il souligne également les défis qui devront être surmontés au cours des trois années à venir pour atteindre les objectifs établis dans le plan. Le tableau ci-dessous inclut les références, les cibles et les progrès au niveau des indicateurs d'impact, pris dans leur globalité, et au niveau des indicateurs relatifs aux objectifs du plan pour chaque axe stratégique.

3. Sauf indication contraire, les principales sources consultées pour colliger les données de ce rapport ont été le système de collecte de données de *Global AIDS monitoring (GAM)* d'ONUSIDA/OMS/UNICEF (7,8) et le rapport OPS/ONUSIDA 2017 *HIV Prevention in the Spotlight (9)* ; ces sources ont été complétées par des études documentaires de stratégies, de politiques et de plans nationaux.

Objectif	Indicateur d'impact	Situation
Accélérer les progrès vers l'élimination des épidémies de sida et d'IST en tant que problèmes de santé publique d'ici 2030 dans la Région des Amériques	<p>1. Nombre estimatif de nouvelles infections au VIH ^{a, b}</p> <p>Référence : 120 000 (2014) ^c</p> <p>Cible : 40 000 (2020)</p>	120 000 (2016) (7). Aucun changement n'a été observé quant au nombre estimatif de nouvelles infections. Élargir les stratégies combinées de prévention de l'infection à VIH et choisir des stratégies innovantes constituent les priorités de la Région.
	<p>2. Nombre estimatif de décès associés au sida ^{a, b}</p> <p>Référence : 50 000 (2014) ^c</p> <p>Cible : 19 000 (2020)</p>	49 000 (2016) (7). Le nombre estimatif de décès associés au sida a diminué de 2 %. Le caractère tardif du diagnostic continue à limiter l'effet du traitement sur la mortalité associée à l'infection à VIH.
	<p>3. Taux (%) de transmission mère-enfant (TME) du VIH ^{b, d}</p> <p>Référence : 12 % (2014) ^c</p> <p>Cible : 2 % ou moins (2020)</p>	9 % (2016). On estime que le taux de TME a décliné de 32 % en Amérique latine, mais il reste stable dans les Caraïbes. Pour réduire ce taux, il est nécessaire de déployer des efforts plus importants pour atteindre les adolescentes et les femmes issues des populations clés, ainsi que celles qui vivent dans des conditions de vulnérabilité.
	<p>4. Incidence de la syphilis congénitale (cas/1000 naissances vivantes) ^{d, e, f}</p> <p>Référence : 1,4 % (2014) ^g</p> <p>Cible : 0,5 ou moins (2020)</p>	1,6 (2016). Les principaux facteurs empêchant de progresser sont l'utilisation insuffisante des tests diagnostiques sur les lieux de soins, les pénuries de benzathine pénicilline G, l'accès tardif aux soins anténatals et la faible couverture par un traitement adéquat des femmes enceintes et de leurs partenaires.
	<p>5. Nombre estimatif de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus ^{e, h}</p> <p>Référence : 83 200 (2012)</p> <p>Cible : 79 000 (2020)</p>	L'OMS/projet Globocan du Centre international de recherche sur le cancer n'ont pas mis à disposition d'estimations actualisées. La mise en œuvre du nouveau <i>Plan d'action pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus 2018-2030</i> contribuera au suivi de cet indicateur en améliorant la collecte, l'analyse et la modélisation des données.

Axe stratégique d'intervention 1 : renforcement des fonctions de direction, de gouvernance, de planification stratégique et d'information

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
1.1 Élaborer et mettre à jour des stratégies et/ou plans nationaux sur l'infection à VIH et les IST visant à mettre fin aux épidémies de sida et d'IST en tant que problème de santé publique et en conformité avec leurs contreparties mondiales et régionales	1.1.1 Nombre de pays disposant d'une stratégie nationale contre l'infection à VIH et les IST qui reprend les cibles régionales de prévention et les cibles 90-90-90 ^{e, i} Référence : 20 (2015) Cible : 30 (2020)	33 (2016). Les cibles de prévention régionale et les cibles 90-90-90 ont été intégrées aux stratégies et plans nationaux contre l'infection à VIH dans 33 pays.
	1.1.2 Nombre de pays et territoires validés pour avoir effectivement éliminé la transmission mère-enfant de l'infection à VIH et de la syphilis ^{e, i} Référence : 1 (2015) Cible : 20 (2020)	7 (2017). Un pays a été validé en 2015 et 6 en 2017 (tous caribéens) ; 6 autres pays ont postulé en 2016, sans obtenir la validation ; 3 pays n'ont pas atteint les cibles de validation et 3 autres seront réévalués en 2018.
	1.1.3 Nombre de pays qui ont élaboré des stratégies nationales sur les IST en conformité avec la stratégie mondiale du secteur de la santé contre les IST ^{e, i} Référence : 9 (2015) Cible : 20 (2020)	11 (2016). Onze pays ont élaboré des stratégies ou des plans nationaux contre les IST en conformité avec la stratégie mondiale du secteur de la santé contre les IST de l'OMS.

Axe stratégique d'intervention 2 : renforcement du cadre normatif pour la promotion de la santé et la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement de l'infection à VIH et des IST

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
2.1 Examiner et mettre à jour les lignes directrices et les règles visant la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic ainsi que la prise en charge et le traitement complets des IST, de l'infection à VIH et des co-infections	2.1.1 Nombre de pays et territoires qui ont mis à jour leurs lignes directrices sur la prise en charge et le traitement de l'infection à VIH conformément aux nouvelles lignes directrices établies par l'OMS ^{d, e} Référence : 5 (2015) Cible : 25 (2020)	22 (2017). Jusqu'ici, 22 pays ont mis à jour leurs lignes directrices nationales, y compris la recommandation « Traitement pour tous » de l'OMS, et 6 pays supplémentaires sont actuellement en train de réviser leurs politiques.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>2.1.2 Nombre de pays et territoires qui ont mis à jour leurs lignes directrices nationales sur la prise en charge des IST conformément aux nouvelles lignes directrices établies par l'OMS^{e, i}</p> <p>Référence : 0 (2015) Cible : 17 (2020)</p>	<p>16 (2016). À la suite de la publication en 2015 des nouvelles lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des IST, 16 pays ont indiqué que leurs lignes directrices nationales sont maintenant en conformité avec ces normes mondiales actualisées.</p>
<p>2.2 Mettre en œuvre et élargir la couverture des interventions clés pour la promotion de la santé et la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement du VIH</p>	<p>2.2.1 Nombre de pays recensant selon les estimations au moins 90 % des personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un diagnostic^{b, d}</p> <p>Référence : 0 (2014) Cible : 10 (2020)</p>	<p>0 (2016) (8). Aucun pays n'a concrétisé l'objectif pour l'instant, bien que 3 pays indiquent avoir posé des diagnostics chez plus de 85 % des personnes qui, selon les estimations, vivent avec le VIH (81 % pour l'Amérique latine dans son ensemble ; 64 % pour les Caraïbes).</p>
	<p>2.2.2 Nombre de pays ayant une couverture d'au moins 80 % en TAR chez les personnes qui, selon les estimations, vivent avec le VIH^{b, d}</p> <p>Référence : 0 (2014) Cible : 10 (2020)</p>	<p>0 (2016) (8). Aucun pays n'a pour l'instant atteint la cible de 80 %, bien que 3 pays aient atteint une couverture comprise entre 60 à 70% (58 % pour l'Amérique latine ; 52 % pour les Caraïbes). Pris dans leur ensemble, les pays d'Amérique latine et les Caraïbes ont constaté une augmentation importante de cette couverture, passée de 48 % en 2015 à 56 % en 2016.</p>
<p>2.3 Mettre en œuvre et accroître la couverture par des interventions clés pour la prévention, le diagnostic et le traitement des IST, dont l'élimination de la TME de la syphilis</p>	<p>2.3.1 Nombre de pays et territoires ayant au moins 95 % de couverture du traitement de la syphilis parmi les femmes enceintes^{e, i}</p> <p>Référence : 14 (2014) Cible : 30 (2020)</p>	<p>19 (2016). Les principaux défis à surmonter sont l'utilisation insuffisante des tests diagnostiques sur les lieux de soins et la non-adoption d'un traitement immédiat, les pénuries de benzathine pénicilline G et l'accès tardif aux soins anténatals.</p>
<p>2.4 Mettre en œuvre des stratégies pour la prévention et le contrôle de la pharmacorésistance du VIH et des IST</p>	<p>2.4.1 Nombre de pays qui effectuent un suivi de la pharmacorésistance du gonocoque conformément aux recommandations de l'OPS/OMS^{e, i}</p> <p>Référence : 8 (2015)^j Cible : 23 (2020)</p>	<p>12 (2016). Le nombre de pays notifiant des données sur la pharmacorésistance du gonocoque par le réseau ReLAVRA a augmenté, mais la surveillance fondée sur une méthode normalisée nécessite encore d'être élargie.</p>

Axe stratégique d'intervention 3 : accès élargi et équitable à des services complets et de qualité en matière d'infection à VIH et d'IST		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.1 Accroître l'accès équitable aux interventions de prévention de l'association infection à VIH/IST au sein des populations clés, et la couverture de ces interventions	3.1.1 Valeur médiane régionale de la part (%) des homosexuels et d'autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes qui ont reçu un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat ^{b, d, k} Référence : 47% (2014) Cible : 90% (2020)	48% (2016) (9). Les pays ont adopté des démarches plus ciblées, incluant des activités en poste avancé à partir de la communauté, pour augmenter l'accès des HSH aux tests de dépistage du VIH. La plupart de ces programmes dépendent encore beaucoup d'un financement par des donateurs.
	3.1.2 Valeur médiane régionale de la part (%) des travailleuses du sexe qui ont reçu un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et en connaissent le résultat ^{b, d, k} Référence : 65% (2014) Cible : 90% (2020)	65% (2016) (9). Même chose que ci-dessus
	3.1.3 Valeur médiane régionale de la part (%) des homosexuels et d'autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes qui ont utilisé un préservatif durant le dernier épisode de rapport anal avec un partenaire de sexe masculin ^{b, d, k} Référence : 64% (2014) Cible : 90% (2020)	63% (2016) (9). Aucune amélioration n'a été constatée pour cet indicateur. L'OMS recommande non seulement d'améliorer les démarches classiques de prévention, mais aussi d'adopter de nouvelles interventions biomédicales (p. ex, prophylaxie préexposition [PrEP] et prophylaxie post-exposition [PEP] non professionnelle).
	3.1.4 Nombre de pays qui rapportent des données concernant l'accès aux tests de dépistage du VIH ou aux services de prévention parmi les femmes transgenres ^{b, d} Référence : 1 (2015) Cible : 10 (2020)	15 (2016) (8). Le nombre de pays colligeant des informations sur les femmes transgenres a beaucoup augmenté et dépasse déjà la cible prévue pour 2020.
3.2 Accroître la qualité de la prise en charge et du traitement du VIH	3.2.1 Nombre de pays qui ont atteint un taux de maintien de 90 % du TAR à 12 mois ^{b, d} Référence : 5 (2014) Cible : 18 (2020)	5 (2016) (8). Bien que seuls 5 pays aient atteint la cible de 90 %, 7 autres pays ont un taux de maintien à 12 mois supérieur à 80 %.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
	<p>3.2.2 Nombre de pays qui ont atteint un taux de 90 % de suppression virale (charge virale < 1000 copies/ml) chez les personnes sous TAR^{b, d}</p> <p>Référence : 1 (2015) Cible : 10 (2020)</p>	<p>2 (2016) (7). Bien que seuls 2 pays aient atteint la cible de 90 % (Brésil et Chili), 5 autres pays ont un taux de suppression virale supérieur à 80 %.</p>
<p>3.3 Promouvoir et renforcer une participation effective de la société civile à la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention, au diagnostic, à la prise en charge et au traitement de l'infection à VIH et des IST</p>	<p>3.3.1 Nombre de pays dans lesquels un soutien par les pairs est offert aux personnes soignées et traitées pour une infection à VIH^{b, d, l}</p> <p>Référence : 21 (2015) Cible : 33 (2020)</p>	<p>28 (2016). Un plus grand nombre de pays offrent un soutien par les pairs aux personnes traitées pour une infection à VIH, mais cette activité dépend encore beaucoup d'un financement extérieur ou d'un service de volontariat. Aucune information n'est mise à disposition pour ce qui est de la couverture.</p>

Axe stratégique d'intervention 4 : accroissement et amélioration du financement de la riposte à l'infection à VIH et aux IST au moyen d'un emploi équitable et efficace des ressources aux fins de durabilité

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
<p>4.1 Assurer un accès universel aux services de prévention, de diagnostic, de prise en charge et de traitement de l'infection à VIH et des IST qui sont financés par les pays</p>	<p>4.1.1 Nombre de pays à dépendance nulle ou faible par rapport aux financements extérieurs pour assurer la riposte au VIH (de 0 % à 5 % des financements totaux)^{e, m}</p> <p>Référence : 11 (2014) Cible : 17 (2020)</p>	<p>Les données sur la dépendance globale de la riposte au VIH vis-à-vis de financements extérieurs ne sont pas encore mises à disposition. En 2017, seuls 6 pays ont indiqué ne dépendre d'aucun financement extérieur pour la prévention de l'infection à VIH (9).</p>

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.2 Améliorer l'efficience dans l'approvisionnement en médicaments contre l'infection à VIH et les IST et d'autres fournitures stratégiques	<p>4.2.1 Nombre de pays qui utilisent le Fonds stratégique de l'OPS ou d'autres mécanismes régionaux pour améliorer l'accès aux TAR et aux autres fournitures en rapport avec l'infection à VIH, les IST et les infections opportunistes ^{e, i}</p> <p>Référence : 15 (2015) Cible : 20 (2020)</p>	19 (2016). En 2016, 13 pays ont acquis des antirétroviraux par le Fonds stratégique de l'OPS. L'Organisation des États de la Caraïbe orientale achète les TAR par un mécanisme d'achat groupé.

^a Source : ONUSIDA, estimations Spectrum (données approuvées et validées par les pays).

^b Le référence et la cible concernent l'Amérique latine et les Caraïbes.

^c La référence et la cible ont été actualisées en 2017 afin de rendre compte des nouvelles estimations d'ONUSIDA pour 2014.

^d Source : ONUSIDA/OMS/UNICEF, Global AIDS monitoring (GAM)

^e Le référence et la cible concernent la Région des Amériques.

^f Source : rapports de l'EMTCT provenant de pays postulant pour la validation (autre source, outre le GAM).

^g La référence a été actualisée en 2017 pour rendre compte des informations mises à jour quant au nombre de cas de syphilis congénitale publiés ou communiqués à l'OPS par les pays. Les retards étaient dus à la notification tardive des cas et au travail réalisé pour améliorer les systèmes d'information.

^h Source : estimations du projet Globocan de l'OMS/CIRC ou estimations de pays

ⁱ Source : revue documentaire de l'OPS

^j La référence a été actualisée pour rendre compte de la revue documentaire des résultats mis à disposition par le réseau ReLAVRA

^k Ces proportions de référence correspondent aux valeurs médianes d'une série de résultats colligés dans des enquêtes comportementales.

^l L'indicateur original (*Nombre de pays qui comptent des agents communautaires qui participent aux activités de soutien des patients sous TAR*) a été supprimé du GAM. L'indicateur, la référence et la cible actuels ont été mis à jour pour rendre compte du système actuel de collecte de données.

^m Source : ONUSIDA, AIDSinfo. Disponible sur : <http://aidsinfo.unaids.org>

Mesures à prendre pour améliorer la situation

4. Les pays devront accélérer leurs ripostes nationales respectives orientées vers l'élimination, d'ici à 2030, des épidémies de sida et d'IST en tant que problèmes de santé publique, et étendre l'accès équitable aux services prenant en charge les infections à VIH et les IST, ainsi qu'à la couverture qu'ils assurent, à l'intérieur du cadre de travail élargi de la santé universelle et des processus actuellement en cours de réforme du système de santé (10).

5. Le renforcement des programmes de prévention des infections à VIH et des IST en se fondant sur une approche combinée centrée sur la personne et sur la communauté est crucial pour accroître l'effet obtenu sur l'incidence des infections à VIH. Toutes les interventions à impact élevé recommandées par l'OMS y compris, à la suite d'une exposition sexuelle, la prophylaxie préexposition et la prophylaxie post-exposition non professionnelle, doivent être offertes, en ciblant particulièrement les populations clés et celles en situation de vulnérabilité (11-13). Il faut, de plus, adopter de nouvelles technologies de communication pour promouvoir l'accès aux informations et aux services de prévention auprès des adolescents et des jeunes. Enfin, la contribution de la société civile doit être reconnue et le financement doit être accru pour garantir la pérennité des services qu'elle délivre.

6. Des approches efficaces, innovantes, fondées sur des données factuelles et visant à améliorer les services de dépistage des cas d'infection à VIH doivent être intégrées et élargies, parmi lesquelles le dépistage des populations clés réalisé dans la communauté, les « tests à des fins de triage » réalisés par des prestataires non professionnels ayant reçu une formation, l'autodépistage de l'infection à VIH et les services bénévoles de notification du partenaire (14,15). Il est urgent de prendre des mesures pour vaincre les obstacles aux tests de dépistage des infections à VIH, parmi lesquels les algorithmes diagnostiques complexes et inefficaces, les normes et réglementations nationales qui limitent la délégation de tâches concernant les tests de dépistage rapides, les exigences en matière de consentement éclairé signé du patient, le conseil prétest obligatoire (en vue d'une information prétest écourtée) et le consentement parental pour les adolescents.

7. Les pays doivent adopter intégralement ETME Plus, la nouvelle plateforme pour éliminer la transmission mère-enfant qui intègre, au niveau des soins de santé primaires, les interventions visant à éliminer les infections périnatales à VIH et à VHB, la syphilis congénitale et la maladie de Chagas congénitale aux programmes de santé génésique et sexuelle et de santé de la mère et de l'enfant. Il est nécessaire de poursuivre les efforts destinés à encourager les femmes et leurs partenaires à demander précocement des soins anténatals, incluant un dépistage précoce, des interventions immédiates et un suivi. Les services sur les lieux de soins et les interventions dans la communauté sont des stratégies essentielles pour accroître le taux de dépistage, particulièrement chez les adolescentes et les femmes en situation de vulnérabilité (16).

8. Les pays doivent accélérer l'adoption et la pleine mise en œuvre de la recommandation « traiter tout le monde » de l'OMS et instaurer rapidement le traitement antirétroviral (17, 18), procéder sans retard à une révision des politiques actuelles, utiliser les antirétroviraux de manière rationnelle et commencer à utiliser de nouveaux agents plus puissants (p. ex., le dolutégravir), garantir des soins de qualité et faire des évaluations pour optimiser l'adhésion au traitement, son maintien, ainsi que la prévention et le contrôle de la pharmacorésistance du VIH (19). Conformément au modèle de réseau de prestation de soins de santé intégrés, les services de soins et de traitement de l'infection à VIH doivent être décentralisés et intégrés à tous les niveaux du système de santé tout en favorisant une capacité de résolution performante au premier niveau de soins (20).

9. En outre, il est urgent d'améliorer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement et de garantir la mise à disposition des médicaments essentiels, incluant les antirétroviraux, la pénicilline et autres antibiotiques, et les produits de laboratoire. Le Fonds stratégique de l'OPS s'efforcera d'accélérer l'inclusion à sa liste des nouveaux antirétroviraux recommandés par l'OMS et des combinaisons à doses fixes, et élargira son rôle en appuyant un approvisionnement plus efficace des produits stratégiques de laboratoire (21).

10. Il est par ailleurs crucial de produire une plus grande quantité d'informations stratégiques pour garantir la pérennité de la riposte. Les domaines prioritaires incluent le maintien et l'élargissement de la surveillance de la pharmacorésistance du VIH et de la susceptibilité du gonocoque aux antimicrobiens en favorisant une méthode normalisée de notification des données (22), l'amélioration de la surveillance de la syphilis congénitale et

l'alignement des définitions de cas sur les normes internationales, le renforcement de la capacité des États Membres à produire des informations stratégiques ventilées selon le genre, l'âge, les populations clés et l'ethnicité, et enfin le développement de leurs capacités à analyser les investissements actuels et les résultats intermédiaires en termes de riposte aux infections à VIH et aux IST.

11. Il reste également impératif de dépasser les obstacles structurels, particulièrement la stigmatisation et la discrimination que peuvent rencontrer dans les établissements de soins de santé les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Des efforts plus importants devraient être déployés pour garantir que des services centrés sur les personnes sont offerts par des agents de santé sensibilisés à cette question, en ce qui concerne notamment l'adoption de normes et de politiques de soutien, la mise en place de mécanismes transparents de surveillance de la discrimination dans les établissements de soins de santé avec une participation constructive de la société civile, et la mise à disposition de dispositifs de rectification (23).

12. Dans le contexte de réduction des financements extérieurs et de transition vers les ressources nationales, il est crucial d'améliorer la pérennité de la riposte à l'infection à VIH. Les États Membres doivent envisager de respecter les recommandations entérinées au Troisième forum de l'Amérique latine et des Caraïbes sur le VIH/sida, tenu en novembre 2017 à Port-au-Prince (Haïti), qui a établi des interventions spécifiques visant la pérennité de la riposte à l'infection à VIH, avec l'objectif d'éliminer le sida d'ici à 2030, selon les principes des droits de l'homme et de la santé universelle (24).

Mesure à prendre par le Conseil directeur

13. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de formuler les commentaires qu'il jugera appropriés.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'OPS, 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (document CD55/14 et résolution CD55.R5) [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur :
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35732&Itemid=270&lang=fr (document)
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36378&Itemid=270&lang=fr (résolution)

2. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH, 2016-2021 [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève. Genève : OMS ; 2016 (document A69/31) [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/fr/>
3. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève. Genève : OMS ; 2016 (document A69/33) [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>
4. Organisation mondiale de la Santé. Chaque femme, chaque enfant. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) [Internet]. Genève : OMS ; 2015 [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/
5. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. New York : ONU, 2015 (résolution A/RES/70/1) [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : http://unctad.org/meetings/fr/SessionalDocuments/ares70d1_fr.pdf
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2010 (résolution CD50.R12) [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R12-f.pdf>
7. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Données 2017 ONUSIDA [Internet]. Genève : ONUSIDA ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
8. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. AIDSinfo [Internet]. Genève : ONUSIDA [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://aidsinfo.unaids.org>
9. Organisation panaméricaine de la Santé et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. HIV Prevention in the Spotlight: an analysis from the perspective of the health sector in Latin America and the Caribbean 2017 [Internet]. Washington, DC : OPS, ONUSIDA ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.paho.org/hiv-prevention-spotlight-2017/>

10. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (résolution CD53.R14) [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-f.pdf>
11. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH – Populations clés : mise à jour 2016 [Internet]. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246217/9789290312222-fre.pdf?sequence=1>
12. Organisation mondiale de la Santé. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1
13. Organisation mondiale de la Santé. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>
14. Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines for HIV testing services. 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015 [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1
15. Organisation mondiale de la Santé. Lignes directrices sur l'autodépistage du VIH et la notification aux partenaires. 2016 Supplément aux lignes directrices unifiées sur les services de dépistage du VIH [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272938/9789242549867-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Organisation panaméricaine de la Santé. EMTCT-Plus : Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, hepatitis B, and Chagas [Internet]. 2017. Washington, DC: OPS ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34306/PAHOCHA17009-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Organisation mondiale de la Santé. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Deuxième édition [Internet]. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>

18. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy [Internet]. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>
19. Organisation mondiale de la Santé. Guidelines on the public health response to pretreatment HIV drug resistance. Supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Deuxième édition [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hivdr-guidelines-2017/en/>
20. Organisation panaméricaine de la Santé. Integrated health service delivery networks: concepts, policy options, and a road map for implementation in the Americas [Internet]. Washington, DC : OPS ; 2011 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf
21. Organisation mondiale de la Santé. Transition to new antiretroviral drugs in HIV programmes: clinical and programmatic considerations. Technical update [Internet]. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/transition-to-new-arv-technical-update/en/>
22. Organisation mondiale de la Santé. Global action plan on HIV drug resistance 2017–2021 [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/hivdr-action-plan-2017-2021/en/>
23. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Faire face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé et ailleurs [Internet]. Genève : ONUSIDA ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_fr.pdf
24. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Appel à l'action : Troisième forum de l'Amérique latine et des Caraïbes, Mettre un terme au VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes, Vers des objectifs régionaux accélérés et durables [Internet]. Port-au-Prince : ONUSIDA ; 2017 [consulté le 7 février 2018]. Disponible sur : <http://onusidalac.org/1/images/Third-LAC-Call-For-Action-23Nov17-FRENCH.pdf>

H. PLAN D'ACTION POUR L'ÉLIMINATION DU PALUDISME 2016-2020 : ÉVALUATION À MI-PARCOURS

Antécédents

1. Le *Plan d'action pour l'élimination du paludisme* (document CD55/13) et la résolution correspondante CD55.R7 adoptée par le 55^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en septembre 2016 fournissent un cadre de coopération technique avec les pays et d'autres parties prenantes vers la réalisation des objectifs antipaludiques de la Région pour l'année 2020 (1,2). Le plan est en parfaite adéquation avec la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* de l'Organisation mondiale de la Santé (3), *Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030* (4) et les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies (5).

2. Outre la mission concernant le paludisme, le plan contribue également à l'exécution d'autres missions importantes du Conseil directeur de l'OPS, parmi lesquelles la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (2014) (6), *l'Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté* (2009) (7), la *Politique sur la recherche pour la santé* (2009) (8) et la *Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle* (2008) (9).

Analyse des progrès accomplis

3. La référence première pour la préparation des principales mises à jour est la liste des objectifs sur lesquels la Région s'est engagée pour la période 2016-2020, soit :

- a) une réduction supplémentaire de 40 % ou plus de la morbidité due au paludisme (sur la base des chiffres officiels de 2015) ;
- b) une réduction supplémentaire de 40 % ou plus du nombre de décès dus au paludisme (sur la base des chiffres officiels de 2015) ;
- c) la mise en œuvre d'efforts d'élimination du paludisme dans 18 des 21 pays endémiques et l'obtention du statut de pays exempt de paludisme dans au moins quatre pays ;
- d) la mise en œuvre d'approches novatrices pour aborder les défis dans les pays où le progrès a été limité ;
- e) la prévention d'une réintroduction du paludisme dans les pays qui ont été déclarés exempts de paludisme.

4. En 2016, quatre pays et territoires de la Région (Belize, Bolivie, Guatemala et Guyane française) ont notifié, comparativement à l'année 2015, une réduction de plus de 10 % du nombre de cas liés à *Plasmodium falciparum* (Pf) et *P. vivax* (Pv). Cependant, la Région a présenté une augmentation globale de 26 % du nombre de cas, principalement sous l'influence de l'épidémie continue de paludisme au Venezuela, qui a enregistré ces dernières années le nombre le plus élevé de cas de paludisme de son histoire. Le Pérou a subi une augmentation de 12 % des infections à Pf, tandis que des augmentations globales d'environ 50 % du nombre de cas ont également été notifiées en Colombie, en Équateur et au Nicaragua. Des augmentations du nombre des cas inférieures à 50 % ont été notées en au Guyana, en Haïti, au Honduras, au Mexique, au Panama et en République dominicaine, ce qui confirme la fragilité des réalisations de la Région entre les années 2000 et 2015. De la même manière, les décès dus au paludisme dans la Région se sont accrus de 43 %, passant de 159 en 2015 à 228 en 2016 (10).

5. Sept pays de la Région (Belize, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Mexique, Paraguay et Suriname) ont été intégrés par l'OMS au groupe des 21 pays qui, dans le monde, ont le potentiel d'éliminer la transmission locale du paludisme d'ici à 2020 (11). Des progrès considérables ont été réalisés dans les pays d'Amérique centrale et au Suriname en termes de réorientation des programmes respectifs de ces pays pour passer du contrôle de la maladie à son élimination. Le Paraguay a reçu la certification officielle de l'élimination du paludisme de la part de l'OMS en juin 2018 et le processus pour l'Argentine progresse également, l'objectif étant de recevoir la certification d'ici à la fin 2018.

6. Avec les conseils du Groupe consultatif technique sur le paludisme (GCT paludisme) et de manière coordonnée avec ses partenaires, l'OPS a favorisé des innovations et des stratégies opérationnelles pour accélérer les progrès dans les zones où les défis sont les plus importants. Ces efforts incluent l'initiative *Diagnosis-Treatment-Investigation and Response (DTI-R)* (12) et les démarches ciblant les populations difficiles à atteindre. Un total de 27 pays et territoires de la Région sont toujours exempts de paludisme. Quinze d'entre eux sont considérés comme étant encore sensibles et vulnérables à cette maladie, parmi lesquels 10 ont récemment intensifié les efforts pour prévenir sa réapparition.

Axe stratégique d'intervention 1 : accès universel à des interventions de prévention du paludisme, à un contrôle intégré des vecteurs et au diagnostic et au diagnostic et traitement du paludisme de bonne qualité

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
1.1 Renforcer la capacité des pays d'accéder et de se conformer aux interventions de prévention du paludisme et de gestion des cas, notamment par des efforts de gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement, de l'information, de	1.1.1 Nombre d'États Membres et de territoires qui réalisent des efforts de prévention du paludisme et de gestion des cas Référence : 33 Cible : 51	Vingt des 21 pays à paludisme endémique de la Région se sont maintenant officiellement engagés dans l'élimination du paludisme et mettent en œuvre les efforts nécessaires correspondants, bien que persistent des défis opérationnels et techniques. Sur les 15 pays à

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
l'éducation et de la communication		paludisme non endémique qui restent sensibles et vulnérables à la maladie, 10 ont opéré une actualisation de leur risque et poursuivent le processus de renforcement de leurs capacités.
1.2 Renforcer la capacité des pays de régler des problèmes spécifiques de gestion des vecteurs, notamment la surveillance de la résistance aux insecticides	1.2.1 Nombre de pays (ceux où le paludisme est endémique et ceux où il est non endémique) qui mettent en œuvre la gestion intégrée des vecteurs selon les lignes directrices de l'OPS/OMS (y compris la surveillance de la résistance aux insecticides et les études sur le comportement des vecteurs) Référence : 15 Cible : 18	Seize pays ont indiqué distribuer gratuitement des moustiquaires à imprégnation durable ; 15 pays ont indiqué effectuer des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent pour lutter contre le paludisme. Cependant, des difficultés persistent en matière de qualité et de couverture des interventions, qu'il faudra régler.
1.3 Renforcer la capacité des institutions, des réseaux et des pays de réaliser et de gérer des diagnostics et des traitements appropriés et adéquats du paludisme dans divers contextes de programmes	1.3.1 Nombre de pays à paludisme endémique communiquant des données sur l'efficacité des médicaments antipaludéens et la surveillance de la résistance aux médicaments à l'OPS, selon les directives OPS/OMS Référence : 14 Cible : 17	Quinze pays à paludisme endémique notifient à l'OPS, selon les directives OPS/OMS, leurs données de surveillance concernant l'efficacité des antipaludéens et/ou la résistance à ces médicaments.
	1.3.2 Nombre de pays mettant en œuvre les directives OPS/OMS pour un diagnostic et un traitement de qualité du paludisme Référence : 23 Cible : 51	Vingt-cinq pays suivent actuellement les directives OPS/OMS pour un diagnostic et un traitement de qualité du paludisme ; 21 laboratoires de référence répartis sur 20 pays participent au Programme externe d'assurance de la qualité (EQAP) pour le diagnostic du paludisme ; et deux autres pays caribéens à paludisme non endémique (Jamaïque et Martinique) ont manifesté un intérêt à participer au programme EQAP à partir de 2018.

<i>Axe stratégique d'intervention 2 : surveillance renforcée du paludisme tendant à des processus décisionnels et des réponses basés sur des données probantes</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
2.1 Continuer à améliorer les systèmes de surveillance avec une détection précoce des cas et des flambées, et prôner la collecte de données sur le paludisme (par cas, y compris les renseignements sur l'âge, le sexe, l'ethnicité et autres variables qui facilitent l'analyse pertinente des disparités et des inégalités entre les populations)	2.1.1 Nombre de pays déclarant chaque année à l'OPS/OMS des données de surveillance du paludisme, par niveau infranational, sexe, âge et autres variables liées à l'équité ¹ Référence : 27 Cible : 51	Trente-cinq pays et territoires notifient annuellement à l'OPS/OMS leurs données de surveillance du paludisme, par niveau infranational, sexe, âge, et autres variables liées à l'équité.
2.2 Renforcer et améliorer la prise de décision basée sur une visualisation des données par un échange d'information épidémiologique à tous les niveaux : régional, entre pays frontaliers et dans les pays eux-mêmes	2.2.1 Nombre de pays à paludisme endémique ² qui ont recours à un processus décisionnel basé sur la visualisation des données (avec l'outil de l'OPS sur la vérification des données relatives au paludisme) et le partage des données épidémiologiques Référence : 0 Cible : 21	Douze pays de la Région ont utilisé l'outil de l'OPS sur la vérification des données relatives au paludisme, partagé les informations épidémiologiques, et renforcé leur processus de décisions éclairées par les données.

<i>Axe stratégique d'intervention 3 : renforcement des systèmes de santé, de la planification stratégique, de la surveillance et évaluation et de la recherche opérationnelle des capacités au niveau des pays</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.1 Améliorer le recrutement, la formation et la fidélisation du personnel de santé formé à la lutte antipaludique dans les systèmes de santé des pays et au sein de l'OPS/OMS pour faciliter la coopération technique pertinente à	3.1.1 Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans pour la formation du personnel de santé à la lutte contre le paludisme Référence : 21 Cible : 33	Vingt et un pays à paludisme endémique et 10 pays à paludisme non endémique ont récemment participé à diverses missions de terrain de lutte contre le paludisme, à des activités de renforcement des capacités et à des ateliers.

¹ Lieu de résidence, race/ethnicité/culture/langue, profession, religion, éducation, statut socioéconomique, capital social, et autres facteurs possibles tels l'état de santé ou le handicap.

² Étant donné les efforts actuels d'élimination du paludisme, le nombre de pays à paludisme endémique dans la Région sera probablement inférieur à 21 d'ici à 2020.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
divers niveaux de travail (régional, entre pays et au sein des pays) et programmatiques (particulièrement en matière d'élimination du paludisme)		
3.2 Renforcer l'élaboration de la politique sur le paludisme et la planification stratégique en collaboration avec les pays et les parties prenantes	3.2.1 Nombre de pays avec des plans stratégiques nationaux (axés sur/incluant le paludisme) qui sont alignés sur les stratégies recommandées par l'OMS et les composantes du Plan d'action de l'OPS contre le paludisme Référence : 31 Cible : 51	Dix-sept des 21 pays à paludisme endémique ont actualisé leurs plans respectifs nationaux visant à éliminer le paludisme, tandis que 10 pays à paludisme non endémique ont manifesté leur intérêt et que certains ont demandé l'appui de l'OPS pour élaborer un plan/une directive de riposte aux flambées de paludisme. ³
3.3 Renforcer la capacité des programmes nationaux en matière de gestion et de logistique en collaboration avec les partenaires et parties prenantes	3.3.1 Nombre de pays à paludisme endémique qui ne connaissent pas de ruptures de stock de matériel clé antipaludique (y compris les médicaments antipaludéens) au niveau national dans une année donnée Référence : 19 Cible : 21	Dix-neuf des 21 pays à paludisme endémique n'ont pas subi de rupture de stock concernant les fournitures antipaludiques clés en 2017.
3.4 Élaborer des stratégies financières pour soutenir les efforts de prévention et d'élimination du paludisme à différents niveaux, en collaboration et en synergie avec les partenaires et parties prenantes	3.4.1 Nombre de pays avec un financement national soutenu pour les efforts déployés contre le paludisme Référence : 20 Cible : 51	Vingt des 21 pays à paludisme endémique ont maintenu un financement national des efforts déployés vis-à-vis du paludisme, bien que persistent des lacunes de financement.

³ La liste des 26 pays qui ont respecté l'indicateur en 2018 n'est pas nécessairement la même que la liste des 31 pays de référence notés en 2015. Les notifications de situations/progrès concernant cet indicateur sont maintenant aussi guidées par le Cadre pour l'élimination du paludisme publié par l'OMS en 2017.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.5 Renforcer la recherche opérationnelle en matière d'élaboration et gestion de programmes	3.5.1 Nombre de pays effectuant une recherche opérationnelle sur le paludisme, y compris des thèmes de GIV Référence : 13 Cible : 21	Treize pays à paludisme endémique continuent à effectuer des recherches opérationnelles sur le paludisme, y compris sur des thèmes de gestion intégrée des vecteurs (GIV).

Axe stratégique d'intervention 4 : sensibilisation, communications, partenariats et collaborations stratégiques

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.1 Appuyer le développement et le renforcement des capacités par le biais des réseaux, partenariats et collaborations existants en matière de lutte antipaludique dans la Région	4.1.1 Nombre de pays participant à des réseaux et à des collaborations de niveau régional Référence : 19 Cible : 42	Vingt des 21 pays à paludisme endémique participent à divers réseaux et initiatives collaboratives, tandis que 10 pays à paludisme non endémique ont récemment affirmé l'importance de maintenir un réseau entre ceux qui restent sensibles et vulnérables au paludisme, particulièrement en termes de prévention et de prise en charge des flambées.
4.2 Optimiser les possibilités de coordination, synergie et partage d'informations avec d'autres initiatives (p.ex. intégration des efforts antipaludiques avec la santé de la mère et de l'enfant au sein des programmes de santé communautaires et locaux, interventions en matière de communication et mobilisation sociale, de promotion de la santé et d'éducation, programmes sur les maladies négligées et santé au travail) et politiques existantes de l'OPS/OMS	4.2.1 Nombre de pays engagés dans des actions interprogrammatiques et/ou synergiques préconisées dans le cadre d'initiatives et politiques de l'OPS/OMS Référence : 18 Cible : 26	Dix-neuf des 20 pays à paludisme endémique sont actuellement engagés dans des actions interprogrammatiques et/ou synergiques préconisées dans le cadre d'initiatives et politiques de l'OPS/OMS.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.3 Renforcer et soutenir les efforts visant à identifier et reproduire les meilleures pratiques, y compris les modèles d'élimination de la maladie et d'intégration réussie des questions transversales	4.3.1 Nombre de pays ayant identifié les meilleures pratiques dans leurs activités de lutte antipaludique Référence :13 Cible : 15	À ce jour, 27 meilleures pratiques de lutte antipaludique ont été identifiées, documentées et partagées par 14 pays de la Région.

Axe stratégique d'intervention 5 : des efforts ciblés et des approches adaptées pour faciliter l'élimination du paludisme et prévenir la réintroduction dans les zones exemptes de paludisme

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
5.1 Remédier aux lacunes graves dans les populations cibles clés ⁴ en ce qui concerne la réalisation des objectifs d'élimination du paludisme	5.1.1 Nombre de pays mettant en œuvre des stratégies pour lutter contre le paludisme au sein des populations en situation de vulnérabilité Référence : 10 Cible :18	Dix-sept des 21 pays à paludisme endémique ont actualisé leurs plans nationaux d'élimination du paludisme et intégré des stratégies spécifiques pour les populations en situation de vulnérabilité.
5.2 Comblent les lacunes importantes dans les connaissances et le domaine technique, notamment pour ce qui est de <i>P. vivax</i> et de la préparation de scénarios de phase finale	5.2.1 Nombre de pays qui mettent en œuvre les recommandations 2015 de l'OMS sur <i>P. vivax</i> (13) Référence : 0 Cible : 16	L'ensemble des 19 pays endémiques où existe une transmission de <i>P. vivax</i> mettent en œuvre actuellement des recommandations clés pour son élimination, bien que des défis opérationnels et techniques persistent.
5.3 Mettre en œuvre le processus de réorientation du programme de lutte antipaludique en vue de l'élimination du paludisme et de la certification (comme pourraient le demander les États Membres)	5.3.1 Nombre de pays soutenus en termes de réorientation du programme antipaludique en vue de l'élimination du paludisme Référence :10 Cible : 18	Vingt et un pays à paludisme endémique ont reçu un appui technique direct pour la réorientation de leur programme antipaludique.

⁴ Par exemple femmes enceintes, enfants, personnes vivant avec une infection à VIH/sida, voyageurs, populations mobiles, mineurs, bûcherons, ouvriers de plantations de bananes et de cannes à sucre, groupes autochtones, populations vivant dans des zones de conflits armés ou sociaux et personnes vivant dans des zones frontalières ou des zones d'intérêt épidémiologique commun.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
5.4 Renforcer les capacités clés dans les pays qui ont éliminé la transmission locale du paludisme	5.4.1 Nombre de pays non endémiques soutenus en termes de maintien de capacités clés pour la lutte antipaludique Référence : 9 Cible : 17	Dix des 15 pays caribéens à paludisme non endémique ⁵ qui sont toujours sensibles et vulnérables vis-à-vis d'une possible réintroduction du paludisme ont participé à un atelier sur le paludisme en novembre 2017.

Défis et enseignements tirés

7. Tandis que la Région a été sensibilisée en profondeur au concept, aux perspectives et à l'importance d'éliminer le paludisme, des défis opérationnels et techniques surgissent constamment, qui reflètent des problèmes politiques et administratifs sous-jacents et fluctuants dans les pays d'endémie. Alors que les pays de la Région ont officiellement exprimé leur engagement quant à l'élimination du paludisme, les ressources et l'appui locaux sont encore insuffisants dans de nombreuses zones où la transmission du paludisme reste omniprésente.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

8. Pour améliorer la situation actuelle, les pays sont encouragés à soutenir mais aussi accroître leurs engagement en ressources nationales en faveur de l'élimination du paludisme, à porter leur engagement au plus haut niveau politique et à mettre en œuvre leurs plans nationaux respectifs d'élimination du paludisme, en intégrant des stratégies qui concrétisent le Cadre OMS pour l'élimination du paludisme (14) et le concept de surveillance en tant qu'intervention. L'accès précoce au diagnostic, au traitement et aux enquêtes de cas doit être essentiel à un programme d'élimination du paludisme auquel participent d'autres acteurs et la communauté. De la même manière, les partenaires et les parties prenantes sont appelés à s'engager aux côtés de l'OPS pour renforcer les efforts de sensibilisation, y compris les appels et les missions de plaidoyer à un haut niveau, afin de garantir le caractère prioritaire du paludisme sur les ordres du jour politiques et les programmes de développement des pays touchés, de manière à ce que les programmes dédiés à cette maladie reçoivent un appui approprié dans le cadre de leur travail visant à son élimination. Ces dispositions clés, et d'autres, soulignées dans la résolution CD55.R7 (2) sont réitérées dans cet appel pour des interventions correspondantes par les États Membres, les partenaires et les parties prenantes pertinentes.

⁵ Le Cadre OMS pour l'élimination du paludisme publié en 2017 a précisé que l'évaluation du risque de réintroduction du paludisme devrait tenir compte de facteurs relatifs à la réceptivité ou à la capacité de l'écosystème de permettre la transmission du paludisme, et à la susceptibilité ou à la probabilité que des parasites du paludisme soient importés dans un pays ou dans certaines zones. En envisageant ces facteurs de risque et bien que la plupart des pays puissent avoir des cas importés, il a été déterminé que seuls 15 pays à paludisme non endémique de la Région présentent un risque réel de réintroduction du paludisme.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

9. Le Conseil directeur est invité à prendre note du présent rapport et à formuler les recommandations qu'il jugera appropriées.

Références :

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'OMS, 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (document CD55/13) [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-13-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'OMS, 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2016 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (résolution CD55.R7) [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R7-f.pdf>
3. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 [Internet]. Genève : OMS ; 2015 [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176720/9789242564990_fre.pdf;jsessionid=9F5495449F768A47C9C2586A407EE275?sequence=1
4. Roll Back Malaria. Action et investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 [Internet]. Genève : OMS ; 2015 [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : https://www.rollbackmalaria.org/files/files/aim/RBM_AIM_Report_A4_FRENCH_FINAL.pdf
5. Organisation des Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 [Internet]. Assemblée générale, Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; du 11 au 18 septembre 2015 ; New York. New York : NU ; 2015 (résolution A/RES/70/1) [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&referer=/english/&Lang=F
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OMS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2014 (document CD53/5, Rev. 2) [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-f.pdf>

7. Organisation panaméricaine de la Santé. Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté [Internet]. 49^e Conseil directeur de l’OMS, 61^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/9) [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-09-f.pdf>
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique sur la recherche pour la santé [Internet]. 49^e Conseil directeur de l’OMS, 61^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2009 (document CD49/10) [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-10-f.pdf>
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle [Internet]. 48^e Conseil directeur de l’OMS, 60^e session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2008 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2008 (document CD48/13) [consulté en janvier 2018]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd48-13-f.pdf?ua=1>
10. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur le paludisme dans le monde 2017 [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 22 janvier 2018]. Points essentiels par chapitre disponibles en français et document complet disponible en anglais sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259492/1/9789241565523-eng.pdf>
11. Organisation mondiale de la Santé. Getting to zero: WHO holds global forum to accelerate malaria elimination progress [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/malaria/news/2017/global-forum-elimination/en/>
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Diagnosis-Treatment-Investigation and Response (DTI-R). Washington DC : OPS, 2017.
13. Organisation mondiale de la Santé. Control and elimination of Plasmodium vivax malaria: A technical brief [Internet]. Genève : OMS ; 2015 [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible en anglais sur : <http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241509244/en/>
14. Organisation mondiale de la Santé. Cadre pour l’élimination du paludisme [Internet]. Genève : OMS ; 2017 [consulté le 22 janvier 2018]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258988/9789242511987-fre.pdf?sequence=1>

I. PLAN D'ACTION POUR LA RÉDUCTION DES RISQUES LIÉS AUX CATASTROPHES 2016-2021 : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. Le présent document vise à rendre compte aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) des progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* (document CD55/17, Rev. 1, et résolution CD55.R10 [2016]) (1, 2).

Analyse des progrès accomplis

2. Ce rapport s'appuie sur l'information obtenue dans le cadre de réunions régionales et infrarégionales de coordonnateurs de la gestion des catastrophes des ministères de la Santé tenues au cours de 2016 et 2017, ainsi que sur les résultats d'un questionnaire élaboré pour la surveillance du plan, auquel 32 pays et territoires ont répondu.¹

<i>Axe stratégique d'intervention 1 : connaissance du risque de catastrophes dans le secteur de la santé</i>		
Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
1.1 Analyser le risque de catastrophes dans le secteur de la santé	1.1.1 Nombre de pays qui ont évalué le risque de catastrophes dans le secteur de la santé Référence : 0 Cible : 35	Sept pays ont évalué le risque de catastrophe dans le secteur de la santé (Bolivie, Brésil, Canada, Colombie, Cuba, États-Unis d'Amérique et Pérou). Dans 16 pays et territoires, l'analyse de risque est en cours (Argentine, Bermudes, Chili, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Guatemala, Jamaïque, Îles Caïmans, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Venezuela).

¹ Au 6 juillet 2018, les pays et territoires qui avaient répondu au questionnaire sur la mise en œuvre du *Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021* étaient les suivants : Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Îles Caïmans, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Trinité-et-Tobago et Venezuela.

Axe stratégique d'intervention 2 : gouvernance en matière de gestion du risque de catastrophes dans le secteur de la santé

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
2.1 Renforcer la structure organisationnelle des bureaux de gestion du risque de catastrophe au sein des ministères de la Santé	2.1.1 Nombre de pays qui disposent de personnel à plein temps affecté à la réduction du risque de catastrophe Référence : 15 Cible : 30	Antigua-et-Barbuda et Haïti se sont joints aux 15 pays qui disposent de personnel à temps plein et d'un budget affectés à la réduction du risque de catastrophe sanitaire.
2.2 Renforcer le leadership des pays dans la gestion du risque de catastrophes sanitaires, en promouvant le travail sectoriel et intersectoriel	2.2.1 Nombre de pays qui ont établi un mécanisme sectoriel pour la coordination, la mise en œuvre et le suivi de la gestion du risque de catastrophes sanitaires Référence : 9 Cible : 15	Trente et un pays ont un programme de lutte contre les catastrophes: dans 19 pays, la gestion du risque en situation d'urgence et de catastrophe est établie officiellement dans la structure du ministère de la Santé; 6 pays ont une unité ou bureau établi, bien qu'ils ne disposent pas des ressources nécessaires pour les faire fonctionner; 6 autres pays disposent d'une unité ou bureau chargé d'autres questions et auquel cette responsabilité a été confiée.

Axe stratégique d'intervention 3 : hôpitaux sûrs et intelligents

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.1 Améliorer la sécurité des réseaux intégrés de services de santé en appliquant des critères pour la sécurité des hôpitaux en matière de planification, conception, mise sur pied et opération des services en question	3.1.1 Nombre de pays qui incorporent des critères de sécurité des hôpitaux, dans la planification, la conception, la mise sur pied et l'opération des services de santé Référence : 28 Cible : 35	Dix-neuf pays ont une politique nationale sur les hôpitaux sûrs. Vingt-neuf pays appliquent l'indice de sécurité hospitalière pour évaluer la sécurité des composantes structurelles, non structurelles et fonctionnelles des hôpitaux. La grande majorité des hôpitaux situés dans les pays touchés en 2017 par les ouragans Harvey, Irma et María ainsi que par des tremblements de terre, comme à la Dominique, aux Îles Vierges britanniques et au Mexique, ont continué de fonctionner. En 2017 également, le phénomène connu sous le nom d'El Niño, au large des côtes du Pérou, a affecté moins d'un pour cent des établissements de santé, occasionnant des dommages et des interruptions de service.

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
3.2 Améliorer la sécurité des réseaux intégrés de services de santé en élaborant et en appliquant des critères pour faire face au changement climatique, en ce qui a trait à l'adaptation et l'atténuation, dans la planification, la conception, la mise sur pied et l'opération des services en question	3.2.1 Nombre de pays qui incorporent des critères d'atténuation des effets des catastrophes et d'adaptation au changement climatique dans la planification, la conception, la mise sur pied et l'opération des services de santé Référence : 2 Cible : 15	Sept pays des Caraïbes réalisent des activités en matière d'atténuation des risques de catastrophes et de mesures d'adaptation au changement climatique dans les établissements de santé. Treize pays et deux territoires ont établi des équipes nationales d'évaluation de l'indice de sécurité hospitalière et de la liste de vérification « verte ».

Axe stratégique d'intervention 4 : capacité du secteur de la santé pour la préparation, la réponse et le rétablissement en cas d'urgence et de catastrophe

Objectif	Indicateur, référence et cible	Situation
4.1 Renforcer la capacité du secteur de la santé pour la réponse et le rétablissement rapide en cas d'urgence et de catastrophe	4.1.1 Nombre de pays qui ont des procédures et plans éprouvés pour la réponse et le rétablissement en cas d'urgences et de catastrophe Référence : 6 Cible : 35	Vingt-huit pays disposent d'un plan national de riposte en cas d'urgence de santé. 17 de ces plans ont été mis à jour au cours des deux dernières années. Vingt et un pays disposent d'un centre d'opérations d'urgence relevant du ministère de la Santé pour la coordination de la réponse aux urgences et aux catastrophes. Huit pays ont un plan multisectoriel de rétablissement à la suite d'urgences et de catastrophes.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

3. Il est nécessaire d'élaborer et de diffuser des outils que le secteur de la santé pourra utiliser pour l'évaluation du risque de catastrophes, l'élaboration de plans de riposte multirisques, l'évaluation de l'état de préparation en cas d'urgence et de catastrophe, ainsi que l'élaboration de plans de rétablissement à la suite de catastrophes. De plus, il est nécessaire

de valider et de mettre en œuvre des initiatives pour la gestion des risques de catastrophes relativement aux populations autochtones et aux personnes handicapées. Finalement, les ministères de la Santé doivent continuer à renforcer la dotation en personnel et le financement de leurs programmes d'urgences de santé.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

4. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de formuler les observations qu'il jugera appropriées.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2016; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (document CD55/17) [consulté le 5 février 2018]. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-17-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 [Internet]. 55^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2016; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2016 (résolution CD55.R10) [consulté le 20 mars 2018]. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31437/CD55-R10-f.pdf>

J. EXAMEN DE LA COMMISSION PRÉLEVÉE SUR LES ACHATS DE FOURNITURES DE SANTÉ PUBLIQUE EFFECTUÉS POUR LE COMPTE DES ÉTATS MEMBRES : RAPPORT D'AVANCEMENT

Antécédents

1. Les activités d'achat de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) ont été soutenues au fil des ans par trois mécanismes d'approvisionnement : le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins (Fonds renouvelable), le Fonds régional renouvelable pour les fournitures stratégiques de santé publique (Fonds stratégique) et le mécanisme d'achats remboursables effectués au nom des États Membres. Le Fonds renouvelable a été créé en 1977, en vertu de la résolution CD25.R27 du Conseil directeur, afin de faciliter la mise à disposition en temps opportun de vaccins de qualité aux prix les plus bas. Le Fonds stratégique a été créé en 1999 à la suite de demandes d'assistance émanant des États Membres pour l'achat de fournitures stratégiques de santé publique axées sur la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies négligées. Depuis 2013, le Fonds stratégique intègre des médicaments pour prévenir et traiter les maladies non transmissibles. Le mécanisme d'achats remboursables au nom des États Membres a été établi par le Conseil directeur de l'OPS en 1951 pour soutenir l'achat de produits de santé impossibles, ou difficiles, à obtenir dans les États Membres.¹ Pour l'exercice biennal 2016-2017, le coût total des biens achetés dans le cadre des trois mécanismes d'achat s'élevait à environ US\$ 1,363 milliard.²

2. En 2013, le 52^e Conseil directeur a adopté la résolution CD52.R12, *Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres (I)*. Cette résolution a décidé d'une augmentation de la commission prélevée sur les achats de toutes les fournitures de santé publique à 4,25 % à compter du 1^{er} janvier 2014. La résolution demandait également à la Directrice d'examiner les commissions facturées et de présenter, à la fin de chaque exercice biennal, un rapport sur les recettes et dépenses liées à l'utilisation de 1,25 % du montant total de la commission pour couvrir les frais administratifs, de fonctionnement et de personnel. Les revenus générés par les 3,0 % restants de la commission sont destinés à la capitalisation du fonds respectif utilisé pour le compte des États Membres.

3. Un premier rapport a été présenté à la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine (document CSP29/INF/7) en septembre 2017.

Mise à jour sur les progrès réalisés

4. L'exercice biennal 2016-2017 a été le premier exercice biennal couvert par la résolution CD52.R12 durant lequel un processus systématique d'imputation des coûts des

¹ Résolution CD5.R29.

² Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

activités associées aux trois mécanismes de passation de marchés a été engagé et maintenu. Les recettes cumulées générées par ces trois mécanismes d'achat durant la période biennale 2014-2015 se sont élevées à un total de \$14,7 millions.

5. Un premier plan de travail et un budget pour 2016-2017 ont été préparés et approuvés par la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP). Le plan de travail soutenait le personnel affecté à la gestion des trois mécanismes d'achat et le cadre opérationnel correspondant. Environ \$8,3 millions ont été déboursés au cours de l'exercice biennal 2016-2017, comme indiqué ci-dessous. La plupart de ces ressources (environ \$7,3 millions ou 88 %) ont été allouées pour couvrir les dépenses de dotation correspondant aux activités d'achat, de finances, de contrôle et gestion de la qualité, ainsi que les aspects juridiques et le bureau du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Le solde s'élevait à environ \$6,4 millions.

Recettes durant 2014-2015	\$14 725 216
Dépenses durant 2016-2017	\$8 346 264
Personnel ³ \$7 322 340	
Opérations \$1 023 924	
Solde	\$6 378 952

6. En collaboration avec les bureaux de pays de l'OPS et les États Membres, le personnel financé par ces recettes a traité plus de 3900 commandes représentant plus de \$1,363 milliard en coûts de marchandises, de fret et d'assurance correspondant aux vaccins, seringues et équipements de la chaîne du froid pour les programmes nationaux de vaccination ainsi qu'aux médicaments essentiels contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et pour la prévention et le traitement des maladies non transmissibles.

7. Afin de renforcer la valeur de ces trois mécanismes d'approvisionnement pour les États Membres, le personnel du BSP s'est attelé à trois domaines d'activité, à savoir *a*) l'accroissement de l'efficacité des opérations, *b*) le développement de l'intelligence commerciale et *c*) le renforcement des connaissances et de la sensibilisation.

8. Au cours de l'exercice biennal 2018-2019, la commission estimée financera entièrement le personnel et les opérations et permettra une intensification des opérations en tenant compte des recommandations issues de l'évaluation du Fonds renouvelable, du plan d'activité du Fonds stratégique et d'autres initiatives visant à l'amélioration constante des services aux États Membres.

Mesures nécessaires pour améliorer la situation

9. Le BSP continuera de surveiller la situation pour s'assurer que les activités d'achat et le personnel nécessaire pour gérer le Fonds renouvelable et le Fonds stratégique, ainsi que le mécanisme d'achats remboursables pour le compte des États Membres, sont couverts par

³ Pour les postes pourvus pendant l'exercice biennal, les dépenses effectives sont prises en compte.

les recettes générées par la commission sur les achats de fournitures de santé publique pour le compte des États Membres.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

10. Le Conseil directeur est invité à prendre note du présent rapport d'activité et à faire part de tout commentaire qu'il juge pertinent.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Examen de la commission prélevée sur les achats de fournitures de santé publique effectués pour le compte des États Membres [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2013 (document CD52/15) [consulté le 15 mai 2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-15-f.pdf>

K. SITUATION DES CENTRES PANAMÉRICAINS

Introduction

1. Ce document a été élaboré en réponse au mandat des Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) consistant à procéder à des évaluations et des examens périodiques des Centres panaméricains et à faire rapport sur les questions institutionnelles ou les progrès techniques d'importance stratégique pour l'Organisation.

Antécédents

2. Les Centres panaméricains sont une modalité importante de la coopération technique de l'OPS depuis près de 60 ans. Durant cette période, l'OPS a créé ou géré 13 centres,¹ en a supprimé neuf² et a transféré l'administration de l'un d'entre eux à ses propres Organes directeurs.³ Ce document présente des informations stratégiques mises à jour sur le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME), le Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (CLAP/WR) et le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA).

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

3. Le BIREME est un centre spécialisé de l'OPS fondé en 1967 pour gérer la coopération que l'Organisation offre aux États Membres dans le domaine de l'information scientifique et technique, et pour l'échange de connaissances et de données probantes contribuant à l'amélioration continue des systèmes de santé, de l'éducation et de la recherche.

4. Dans le cadre de la structure organisationnelle du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), le BIREME est rattaché au Département des Données probantes et du renseignement pour l'action en santé et dispose d'un plan de travail biennal spécifique 2018-2019 approuvé par la Directrice du BSP.

Cadre institutionnel du BIREME

5. Le cadre institutionnel du BIREME a été établi par l'Accord d'entretien et de développement du Centre (« Accord d'entretien »), signé entre l'OPS et les ministères de la Santé et de l'Éducation du Brésil, le ministère de la Santé de l'État de São Paulo et l'Université fédérale de São Paulo (UNIFESP) en 2004.

¹ BIREME, CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLAP/WR, CLATES, ECO, INCAP, INPPAZ, PANAFTOSA, PASCAP et le Programme régional de bioéthique au Chili.

² CAREC, CEPANZO, CEPIS, CFNI, CLATES, ECO, INPPAZ, PASCAP et le Programme régional de bioéthique au Chili.

³ INCAP.

6. En 2009, reconnaissant que le cadre institutionnel du BIREME n'était plus approprié aux besoins de gouvernance, de gestion et de financement présents et futurs, le 49^e Conseil directeur de l'OPS a adopté la résolution CD49.R5 approuvant un nouveau statut pour le BIREME et demandant à la Directrice du BSP d'entreprendre des négociations avec le gouvernement du Brésil pour approuver un nouveau document de base concernant l'entretien du BIREME ainsi que ses privilèges et ses immunités dans ce pays.

7. L'Accord d'entretien de 2004 est arrivé à expiration le 1^{er} mars 2015.

Situation actuelle des cadres institutionnels

Accord sur les installations et le fonctionnement

8. Des efforts sont en cours pour la pleine application du nouveau cadre institutionnel du BIREME, alors que le Représentant de l'OPS/OMS au Brésil et le Directeur du BIREME poursuivent les négociations entamées avec le gouvernement du Brésil concernant l'Accord du siège. Entre-temps, un accord quinquennal spécifique de coopération (*Termo de Cooperação para o desenvolvimento e aprimoramento da BIREME*) a été signé le 2 février 2017 avec le ministère de la Santé du Brésil. Ce nouvel accord reconnaît le statut juridique du BIREME en tant que Centre panaméricain faisant partie intégrante de l'OPS, conformément aux accords fondamentaux signés entre l'Organisation et le gouvernement du Brésil. Il stipule également les contributions financières dont le gouvernement du Brésil devra s'acquitter pour l'entretien du BIREME.

Progrès récents au BIREME

9. La troisième session du Comité scientifique a eu lieu entre le 6 et 7 décembre 2017, et elle a réuni des spécialistes reconnus dans les domaines de la gestion de l'information et des connaissances et domaines connexes, provenant du Brésil, de la Colombie, du Costa Rica, de Cuba, de la Jamaïque et du Mexique. Les principales recommandations étaient les suivantes : *a*) soutenir et promouvoir les politiques et les pratiques scientifiques ouvertes (accès ouvert, données ouvertes, méthodes de mesures habituelles et alternatives), *b*) évaluer les politiques publiques pour la mise en œuvre des objectifs de développement durable 6 et 7 du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et *c*) promouvoir l'échange d'informations entre les pays sur les projets et expériences réussis.

10. Dans le contexte du 50^e anniversaire du BIREME, des axes d'intervention ont été définies pour renforcer sa coopération technique aux niveaux local, national et régional.

Objectifs à court terme pour le BIREME

11. Les objectifs comprennent :

- a) la poursuite des négociations avec le gouvernement du Brésil pour finaliser l'accord sur le siège, qui contribuera à l'efficacité du BIREME en tant qu'institution et renforcera le centre sur les plans opérationnel et financier ;

- b) la mise en application des recommandations du Comité consultatif du BIREME, comme convenu lors de la sixième session du Comité le 2 février 2017 ; le Comité coopérera à la consolidation institutionnelle du BIREME en tant que centre de référence sur les données et l'information scientifiques pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ;
- c) la mise en application des recommandations du Comité scientifique du BIREME, comme convenu lors de la troisième session du Comité, dans le but de renforcer le programme de coopération technique du Centre, en tenant compte de ses produits et services dans le domaine de la communication scientifique et des réseaux ;
- d) la tenue du 10^e Congrès régional de l'information sur les sciences de la santé (CRICS10) en coordination avec le pays hôte du 23 au 25 octobre 2018 au Brésil ;
- e) l'élaboration et la mise en œuvre du plan de mobilisation des ressources financières du BIREME, conformément à la politique interne du BSP pour la viabilité financière du Centre.

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

12. Le Centre latino-américain de périnatalogie, santé de la femme et santé reproductive (CLAP/WR) a été créé en 1970 par un accord entre le gouvernement de la République d'Uruguay, l'Université de la République d'Uruguay et l'OPS. Le Centre a fusionné avec l'Unité de la santé de la femme en 2005, et il a en même temps commencé à fonctionner comme unité décentralisée relevant du Département de la Famille, du genre et du parcours de vie. L'objectif général du CLAP/WR est de promouvoir, renforcer et améliorer les capacités des pays de la Région des Amériques en matière de soins de santé à l'intention des femmes, des mères et des nouveau-nés.

Progrès récents au CLAP/WR

13. L'approche stratégique adoptée par le CLAP/WR s'est concentrée sur la coopération Sud-Sud, le partage des bonnes pratiques et une approche communautaire pour réduire la mortalité maternelle et néonatale. Le Centre *a*) a participé à des projets interministériels prioritaires dans des zones comme la région argentine du Chaco, *b*) a permis d'accroître l'accès aux soins de santé dans les services materno-néonataux des zones affectées par les conflits armés en Colombie, tout en améliorant leur qualité et *c*) a encouragé les maisons pour un accouchement en bonne santé (*Casas Maternas Saludables*) au Nicaragua pour réduire les inégalités dans l'accessibilité et la qualité des services – en particulier pour les femmes et les enfants des zones rurales, les populations autochtones et afro-descendantes et d'autres groupes.

14. Les capacités du réseau CLAP/WR en matière de suivi et de prise en charge des femmes ont été renforcées dans 60 centres sentinelles dans 16 pays, avec un accent particulier sur les complications ayant engagé le pronostic vital des mères et la contraception post-

obstétrique, ainsi que le projet pour les femmes ayant subi un avortement ou une fausse couche (projet *Mujeres en situación de aborto-MUSA*), y compris la contraception suivant la grossesse (après l'accouchement et après l'avortement), en accord avec les lois et réglementations nationales applicables. Près de 4000 professionnels ont été formés pour servir de formateurs et renforcer les capacités en matière d'urgences obstétricales, de surveillance et de réponse à la mortalité maternelle, de soins lors de l'accouchement, de vérification des décès néonataux, de contraception et d'utilisation du Système d'information périnatale (SIP) à travers des ateliers virtuels ou présentiels.

15. Grâce au projet interprogrammatique visant zéro décès maternels dus à une hémorragie, auquel la Directrice a apporté son soutien, 12 pays ont développé des capacités techniques pour gérer les urgences obstétricales (Bolivie, Brésil, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou, République dominicaine et Suriname). Six pays ont formé du personnel en soins obstétricaux (Brésil, Colombie, Mexique, République dominicaine, Trinité-et-Tobago et Uruguay) et cinq pays ont élaboré des plans nationaux pour promouvoir la santé maternelle et réduire la mortalité maternelle (Belize, Grenade, Jamaïque, République dominicaine et Trinité-et-Tobago).

16. Le nouveau Système d'information périnatale (SIP PLUS) permettra aux pays d'améliorer et de simplifier la mise en œuvre des différents types de systèmes de registres et de rapports cliniques électroniques. Le SIP est actuellement mis en œuvre à différents niveaux dans 22 pays, dont huit dans les Caraïbes anglophones.

17. Un nouvel accord fondamental sur la structure institutionnelle et stratégique actuelle du CLAP/WR a été signé par l'Organisation avec le gouvernement de l'Uruguay en octobre 2017.

Centre panaméricain sur la fièvre aphteuse (PANAFTOSA)

18. PANAFTOSA est un centre de l'OPS situé dans l'État brésilien de Rio de Janeiro. Il a été créé en 1951 conformément à un accord souscrit entre le gouvernement du Brésil et l'OPS. Son objectif initial était de mettre en œuvre le programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA selon son sigle espagnol). En 2005, la référence zoonotique, la recherche et les activités de coopération technique sur la sécurité alimentaire ont été transférées de l'ex-Institut panaméricain de l'OPS pour la protection alimentaire et les zoonoses (INPPAZ) à PANAFTOSA.

Progrès récents à PANAFTOSA

19. Le Centre a fait l'objet d'un examen administratif en septembre 2016 et d'une évaluation technique externe en septembre 2017. Les recommandations de l'évaluation technique ont été soumises à la direction du BSP et approuvées par la Directrice en décembre 2017. L'évaluation a conclu que bien que des domaines à renforcer aient été identifiés, PANAFTOSA devrait capitaliser sur ses stratégies de collaboration intersectorielle et interdisciplinaire selon l'approche « Une seule santé » pour optimiser la coopération technique et doter les Amériques d'un puissant champion en santé publique vétérinaire.

Les recommandations, présentées à la Directrice, seront mises en œuvre au cours de l'exercice biennal en cours (2018-2019) à travers une feuille de route qui a été élaborée.

20. Concernant l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens, PANAFTOSA a travaillé avec le Bureau de la représentation de l'OPS/OMS en Haïti pour former plus de 250 professionnels de santé dans les 10 départements du pays concernant la prise en charge clinique des personnes exposées aux morsures de chien. Près de 15 000 doses de vaccin antirabique humain données par le Brésil et le Paraguay sont disponibles dans plus de 140 centres médicaux. Des campagnes nationales de vaccination massive des chiens contre la rage ont été planifiées conjointement au Guatemala et en Haïti.

21. La 16^e réunion des directeurs des programmes sur la rage des Amériques (REDIPRA 16) s'est tenue du 29 au 30 novembre 2017 au Guatemala pour discuter des défis de l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens dans les Amériques. Les principales recommandations étaient les suivantes : *a*) renforcer la coopération technique de PANAFTOSA dans les pays prioritaires (Bolivie, Guatemala, Haïti et République dominicaine), *b*) promouvoir des stratégies de surveillance et de contrôle de la rage dans les zones frontalières et *c*) s'assurer que tous les pays participants à REDIPRA disposent des capacités de laboratoire de base pour le diagnostic de la rage d'ici à la fin de 2018.

22. En 2017, PANAFTOSA a continué de coordonner l'Initiative sud-américaine de contrôle et de surveillance de l'échinococcose kystique et de l'hydatidose, y compris la publication d'un protocole de prévention et de lutte locales contre l'hydatidose.

23. Concernant l'intoxication venimeuse due aux serpents et aux arthropodes, le Centre a intensifié sa collaboration avec l'Institut Butantan au Brésil et l'Institut Clodomiro Picado au Costa Rica pour mesurer l'impact sur la santé et déterminer les besoins de coopération technique tels que les informations épidémiologiques et la disponibilité des antivenins.

24. En réponse à l'épidémie de fièvre aphteuse en Colombie (juin 2017), PANAFTOSA a fourni une coopération technique au pays pour renforcer sa capacité d'intervention. Il a également tenu la sixième réunion extraordinaire de la Commission sud-américaine de lutte contre la fièvre aphteuse (COSALFA) en juillet 2017, en présence de représentants de 13 pays, pour discuter et recommander des mesures qui permettent de réduire les risques dans la Région. L'accord sur une banque régionale d'antigènes et de vaccins contre la fièvre aphteuse a été parachevé et soumis aux pays pour sa considération.

25. PANAFTOSA a renforcé sa coopération technique concernant l'analyse des risques en matière de sécurité sanitaire des aliments et la résistance aux antimicrobiens (RAM). Le Consortium pour l'analyse des risques en matière de sécurité sanitaire des aliments a été créé avec le soutien de diverses institutions et d'experts afin de préparer les pays à améliorer l'analyse des risques en matière de sécurité sanitaire des aliments. Le Centre a dirigé un groupe interinstitutions qui coordonne les actions sur la résistance aux antimicrobiens chez les animaux. En 2017, des activités de coopération technique en matière de sécurité sanitaire des aliments ont été menées en Argentine, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, au Guyana, au Paraguay, en République dominicaine et au Suriname.

Accords de coopération et mobilisation des ressources

26. La contribution annuelle du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Approvisionnement du Brésil (MAPA selon son sigle portugais) couvre entièrement les coûts d'entretien du Centre. De plus, PANAFTOSA a réussi à mobiliser des contributions volontaires pour l'éradication de la fièvre aphteuse en Amérique latine et ces contributions appuient la coopération technique du Centre pour la coordination régionale du PHEFA. Le Centre a également été en mesure de mobiliser des contributions volontaires pour la sécurité des aliments et les zoonoses, provenant d'agences gouvernementales du secteur de la santé animale, y compris de l'Agence d'assurance de la qualité agricole de l'Équateur (Agrocalidad) et du Service national du Paraguay pour la santé animale et la qualité (SENACSA selon son sigle espagnol). Enfin, par le biais de PANAFTOSA, l'OPS a renouvelé l'accord de coopération technique signé avec le Secrétariat de la veille sanitaire (SVS)/ministère de la Santé du Brésil ainsi que l'accord signé avec l'Agence nationale de veille sanitaire du Brésil (ANVISA selon son sigle portugais), qui appuient tous deux la surveillance en matière de maladies alimentaires et zoonotiques et la sécurité des aliments. Le PANAFTOSA collabore également avec l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA) pour soutenir les États Membres.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

27. Le Conseil directeur est prié de prendre note de ce rapport et de formuler les commentaires qu'il jugera appropriés.
