

## Nouveaux contextes et nouveaux enjeux pour la coopération sanitaire des DFA avec la Région des Caraïbes



Page 2 | [La coopération caribéenne en santé - Phase III](#) |

Page 4 | [La coopération sous-régionale de l'Organisation Panaméricaine de la Santé : stratégie pour les Caraïbes](#) |

Page 8 | [L'agence caribéenne de santé publique : la CARPHA](#) |

Page 10 | [Le règlement sanitaire international](#) |

Page 12 | [La coopération sous-régionale de l'InVS : stratégie pour les Caraïbes](#) |

### | Editorial |

**Pr Jacques Drucker, Conseiller aux Affaires sociales, Ambassade de France à Washington**

**Dr Philippe Quénel, Coordonnateur scientifique de la Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Antilles Guyane**

La France souscrit aux priorités stratégiques de la communauté internationale en matière de santé : mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI), atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en Santé, lutte contre les maladies non transmissibles... A cet effet, la France qui compte parmi les premiers contributeurs aux grands fonds internationaux de santé (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme - Alliance mondiale pour la vaccination et l'immunisation - UNITAID...) est engagée auprès des organisations internationales en charge de la santé et de l'aide au développement dans des actions de coopération, notamment dans la Région des Caraïbes. La France dispose en effet d'une situation géographique, politique et économique privilégiée dans cette région du monde du fait de la présence de ses Départements français d'Amérique (DFA). A ce titre elle est le seul pays européen membre à part entière de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS/PAHO).

En France, des évolutions récentes sont venues bouleverser l'organisation des institutions en charge de la santé dans les DFA. Plusieurs réformes sont ainsi intervenues (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) qui ont conforté la région comme échelon privilégié pour le pilotage opérationnel des politiques de santé. Cette orientation a été confortée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST),

avec la création, en avril 2010, des Agences régionales de santé (ARS). Les défis à relever par les ARS sont de : 1) mieux répondre aux besoins de la population et améliorer la santé de celle-ci ; 2) assurer une plus grande performance du système et une meilleure qualité des soins et 3) veiller à ce que l'ensemble des parties prenantes soient représentées et impliquées dans la gouvernance des ARS. Leurs deux grandes missions sont le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de services en santé.

Dans les pays du CARICOM, le Secrétariat général de cette organisation a été mandaté en 2002 pour faire l'analyse critique des Institutions régionales de santé et déterminer comment celles-ci pourraient à l'avenir mieux servir les besoins en santé de la Région des Caraïbes. Une évaluation des rôles et fonctions des cinq institutions\* existantes dans les Caraïbes a ainsi été menée. Parmi les différentes options étudiées pour faire en sorte que les besoins en santé de la Région soient mieux couverts, la création d'une seule agence de santé publique pour la Caraïbe, la Caribbean Public Health Agency (CARPHA), a été considérée comme la meilleure. En 2007, les ministres de la santé du CARICOM ont retenu cette option et, avec le concours de l'OPS, un plan d'action pour l'établissement de la CARPHA a été établi. Ce plan prévoit une montée en charge opérationnelle sur une période de cinq ans (2010 - 2014).

\* CAREC : Caribbean Epidemiology Centre, CFNI : Caribbean Food and Nutrition Institute, CEHI : Caribbean Environmental Health Institute, CRDTL : Caribbean Regional Drug Testing Laboratory, CHRC : Caribbean Health research Council)

Enfin, au plan international, le nouveau Règlement sanitaire international (RSI) a été adopté en 2005. Son objet et sa portée consistent à « *prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux* ». Pour ce faire, chaque pays doit se doter à l'horizon 2012, de capacités opérationnelles pour la surveillance épidémiologique et pour l'investigation et l'évaluation en urgence des menaces sanitaires. Cette initiative ambitieuse constitue un véritable défi pour la très grande majorité des pays de la Région des Caraïbes, et nécessite par la même, une collaboration permanente et soutenue entre les différents territoires.

Si la France, et donc les DFA, en contribuant au sein de l'OPS à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé pour y faire face, partagent pleinement les préoccupations et les défis de la Région des Caraïbes, ces nouveaux contextes doivent constituer une opportunité pour renforcer, voire rénover les modalités d'articulation entre les politiques publiques de santé des DFA et des pays du CARICOM. Ces articulations devraient porter d'une part, sur la cohérence Régionale des plans et des programmes de santé publique et d'autre part, sur les modalités opérationnelles d'évaluation et de réponse en santé publique face aux urgences ou aux crises sanitaires de portée Régionale.

Concernant les plans de santé publique, les pays du CARICOM disposent de la phase III du projet de coopération caribéenne en santé (CCH-III). Fondé sur le concept de « *coopération fonctionnelle* », ce projet qui vise à résoudre les problèmes cruciaux de santé, promeut l'action collective et collaborative à l'échelle régionale, plutôt que nationale et donne les directions et les objectifs pour la période 2009-2015. En général peu connu des acteurs dans les DFA, ce BVS offre l'occasion de le présenter à l'heure de l'élaboration des nouveaux Projets régionaux de santé (PRS). Ceux-ci doivent constituer, pour les cinq ans à venir, à la fois l'outil et le cadre stratégique de la politique régionale portée par les ARS dans tout leur champ de compétence (organisation de l'offre de soins et médico-sociale, les pratiques soignantes et d'accompagnement médico-social, les modes de recours aux soins des personnes, le développement de la prévention et de la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaire). Dans une véritable stratégie Régionale, le concept de coopération fonctionnelle devrait donc irriguer largement les PRS des trois DFA.

Dans le domaine de la mise en œuvre des programmes de santé, de la surveillance et de l'évaluation des risques sanitaires, ainsi que de la réponse de santé publique, la création des trois ARS et de la CARPHA devrait conduire à optimiser les articulations entre les politiques sanitaires des DFA et des pays du CARICOM. Dans cette optique, des ouvertures sont faites, notamment aux ARS, pour participer activement à la gouvernance de la CARPHA, et à l'InVS/Cire pour participer au conseil scientifique de celle-ci. Il s'agit là de véritables opportunités à saisir pour faire vivre pleinement le concept de coopération fonctionnelle. Certes, la création de cette nouvelle agence, officiellement actée en juin 2010, est encore fragile, et celle-ci ne sera vraiment opérationnelle qu'à l'horizon 2014, mais ce délai doit permettre à la France d'accompagner véritablement ce projet, notamment via les DFA. Cela nécessitera aux ARS de mobiliser des moyens et des ressources spécifiques. Plus globalement, ces nouvelles initiatives doivent être l'occasion de repenser les modalités de l'aide française dans la Région des Caraïbes, par un redéploiement des moyens vers une coopération « plus structurelle et moins sectorielle », c'est-à-dire moins basée sur des programmes spécifiques mais reposant davantage sur une coopération plus globale et institutionnelle (surveillance, prévention des désastres, communication sociale...).

Prenant en compte d'une part, le plan stratégique de l'OPS, le CCH-III et d'autre part, les engagements de la France en matière de santé mondiale, trois axes de coopération nous semblent prioritaires : 1) la surveillance épidémiologique (appui à la mise en œuvre du RSI) et à la réponse aux urgences de santé publique ; 2) le soutien à l'atteinte des OMD (lutte contre le VIH et les autres pandémies chroniques ; santé de la mère et de l'enfant) ; 3) le renforcement des systèmes de santé (formation des ressources humaines et développement de dispositifs d'assurance médicale...). La France dispose dans ses DFA de fortes capacités de recherche, de soins et de santé publique (Centres hospitaliers universitaires, Instituts Pasteur, ARS, Cellule de l'InVS en région - Cire AG, ...) susceptibles de soutenir les programmes de surveillance épidémiologique, de prévention et de soins dans la Région des Caraïbes et de la Guyane. Elle devrait capitaliser sur cette expertise et la renforcer au service de sa coopération avec l'OPS, avec les pays du CARICOM via la CARPHA, ainsi qu'avec les pays où elle est déjà fortement engagée dans des actions de coopération bilatérale, telles que la reconstruction d'Haïti et l'appui technique aux politiques de santé en faveur des populations transfrontalières de la Guyane, du Suriname et du Brésil.

## | La coopération caribéenne en santé - Phase III (CCH-III) | "Investir dans la santé pour un développement durable"

[http://www.caricom.org/jsp/community\\_organs/carpha/cch3\\_summary.pdf](http://www.caricom.org/jsp/community_organs/carpha/cch3_summary.pdf)

### 1/ CONTEXTE

Le projet de Coopération caribéenne en santé (CCH) a été développé dans le cadre général de la coopération fonctionnelle. Il a été adopté en 1984 par les ministres de la santé du CARICOM afin d'optimiser l'utilisation des ressources, promouvoir la coopération technique entre les membres, et développer et sécuriser les financements pour le déploiement des projets prioritaires dans le champ de la santé. Le concept de coopération fonctionnelle promeut l'action collective et collaborative à l'échelle régionale afin de résoudre les problèmes cruciaux de santé, plutôt qu'une action menée individuellement par chaque pays. Ce projet a été approuvé par les chefs de gouvernement de la CARICOM en 1986, lors du lancement de la phase I du CCH. Nous en sommes maintenant à la Phase III.

### 2/ LA COOPERATION CARIBENNE EN SANTE - PHASE III

Ci-dessous est présenté un résumé de la stratégie de la Coopération régionale caribéenne en santé, communément désignée par CCH-III. Cette stratégie régionale donne les directions et les objectifs pour la période 2009-2015.

- une planification axée sur les résultats, l'offre et l'évaluation ;
- des ressources stables pour la santé et la protection sociale des peuples de la sous-région.

### 3/ UNE NOUVELLE APPROCHE

La CCH-III a été bâtie sur les deux précédentes stratégies régionales de santé (CCH et CCH-II). Le CCH-III a réorienté l'approche de la santé publique dans la région en se reposant sur :

- un développement centré sur l'être humain ;
- une implication et la participation individuelle ;
- une approche coordonnée de la santé publique au niveau régional ;
- une planification axée sur les résultats, l'offre et l'évaluation ;
- des ressources stables pour la santé et la protection sociale des peuples de la sous-région.

### 4/ UN IMPACT MAXIMUM

Il existe toute une série d'activités associées à chacun des objectifs du CCH-III, afin de s'assurer que ceux-ci seront bien atteints dans les délais fixés (2009 à 2015). Pour permettre un impact maximum, le CCH-III précise la nature de ces activités :

- transversales – afin de bien refléter la vie dans les Caraïbes ;
- inter-programmatiques – afin de faciliter l'élaboration de politiques communes et leur aboutissement ;
- Inter et transsectorielles – en travaillant au sein, entre et parmi les différents secteurs (public, privé et le secteur tertiaire) ;
- centrées sur les personnes – en plaçant le « client » au centre des activités (ou du travail) ;
- axées sur les déterminants de la santé – en partant de la cause originelle ;
- propices à faire des choix sanitaires plus faciles.

Ces actions favoriseront une nouvelle ère de coopération en matière de santé à travers la région, en impliquant la société civile et les professionnels, y compris des acteurs non traditionnels. Elles rassembleront des compétences et expertises qui aideront le CCH-III dans la réalisation de ses objectifs.

**Améliorer et soutenir la santé du peuple Caraïben**  
**« ajouter des années à la vie et de la vie aux années »**

La nature transversale du travail et l'accent mis sur les déterminants sociaux assureront que le CCH-III et ses institutions, aient un impact positif sur de nombreux programmes, incluant le changement climatique et le développement économique et social.

### 5/ UNE GOUVERNANCE SOLIDE

La structure de gouvernance du CCH-III est exposée ci-dessous. Le Comité du développement humain et social du CARICOM (COHSOD) assume la responsabilité du succès du CCH-III. Il doit informer les chefs du gouvernement du CARICOM des stratégies mises en place. Ce comité est responsable de la santé et des nombreux déterminants sociaux de la santé, ce qui devrait promouvoir la cohérence en matière de leadership, d'orientation et de démarche pour la réalisation des objectifs du CCH-III.

#### 5.1/ Secrétariat du CCH

Le secrétariat de la Coopération caribéenne en santé est composé de représentants du secrétariat de la CARICOM et du bureau pour la coordination des programmes caribéens de l'OPS. Il est en charge de la coordination de la mise en œuvre du programme, du rapport annuel, de l'élaboration du cadre pour le suivi et l'évaluation, de la mobilisation des ressources, et de la stratégie de communication.

### 5.2/ Comité de pilotage du CCH

Le comité de pilotage de la Coopération caribéenne en santé est composé du Comité exécutif des Directeurs généraux de la santé, des points focaux régionaux incluant des représentants de la CARPHA, des institutions régionales parallèles et du secrétariat du CCH-III.

Ses responsabilités consistent à faciliter l'implémentation du programme au niveau national, la coopération technique à l'intérieur et entre les pays, incluant les démarches intersectorielles, la mobilisation des ressources, le suivi et l'évaluation des priorités.

#### Les objectifs du CCH-III

1. **La création d'un environnement caribéen sain**, propice à la promotion de la santé de sa propre population et des visiteurs.
2. **L'amélioration de la santé et de la qualité de vie** des peuples des Caraïbes tout au long de leur vie : « *ajouter des années à la vie, ajouter de la vie aux années* ».
3. **Des services de santé réactifs** s'adaptant aux besoins effectifs de la population caribéenne.
4. **Des ressources humaines** renforcées pour soutenir le développement des infrastructures en matière de santé.
5. **Des décisions** basées sur des connaissances pour soutenir le développement des politiques régionales.

#### Les champs prioritaires du CCH-III

CCH-III reste en accord avec les stratégies précédentes en ciblant les priorités, à savoir :

- les maladies transmissibles ;
- les maladies non transmissibles ;
- le renforcement du système de santé ;
- la santé environnementale ;
- l'alimentation et la nutrition ;
- la santé mentale ;
- la santé de la famille et de l'enfant ;
- le développement des ressources humaines.

### 6/ MANAGEMENT ET COORDINATION

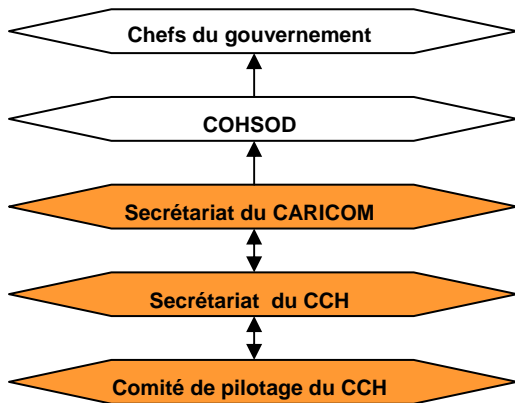
La coordination et le contrôle de la mise en œuvre de la phase III du CCH sont structurés à travers deux niveaux : le niveau régional et le niveau national.

**Au niveau régional** : les institutions régionales, y compris l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), travailleront en collaboration les unes avec les autres pour mettre en œuvre des actions spécifiques relatives aux objectifs du CCH III. Elles contrôleront l'état d'avancement des secteurs définis comme prioritaires et en informeront le comité de pilotage du CCH-III. Parallèlement, elles travailleront en collaboration avec les pays et renforceront leur capacité à élaborer des plans, des politiques et des projets afin de mettre en œuvre les objectifs du CCH-III au niveau national.

**Au niveau national**, les pays auront à identifier leurs besoins ; à partager les informations ; à mobiliser les ressources nécessaires ; à communiquer sur les objectifs du CCH-III et les bénéfices attendus avec les parties prenantes, y compris le grand public. Ils travailleront avec leurs Directeurs généraux de la santé (relais locaux en charge de la coordination du CCH) pour mettre en œuvre les objectifs du CCH. Ils coordonneront les points focaux régionaux afin d'obtenir les appuis nécessaires.

| Figure 1 |

Structuration de la gouvernance du CCH III



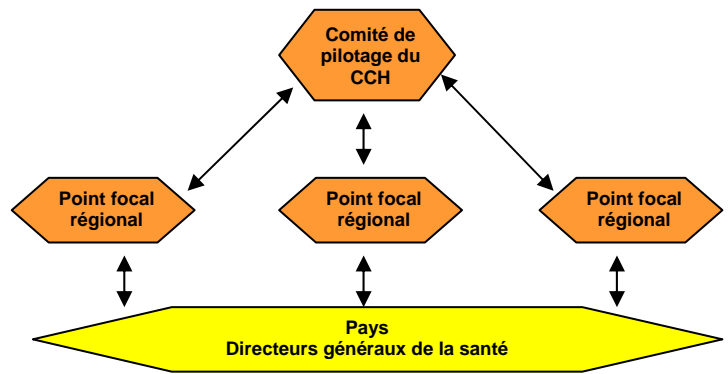
## 7/ LE SUCCES DU CCH III

L'objectif primordial « *d'ajouter des années à la vie et de la vie aux années* » donnera une valeur supplémentaire à la vie sociale et économique de la Région. Cela nécessitera un engagement ferme, un leadership et une coopération renforcée entre les acteurs tant au plan local et que régional. Cela passera par :

- une appropriation des objectifs par les acteurs traditionnels et non traditionnels dans le champ de la santé ;
- un leadership fort au niveau de chaque pays et au niveau de la CARICOM ;
- un partage des connaissances entre les acteurs locaux et régionaux – incluant une base de données régionale ;
- un suivi efficace des programmes et des progrès accomplis au niveau national et régional ;
- une coopération technique pour la mise en œuvre par les institutions locales ;
- une amélioration des capacités du niveau national pour utiliser les priorités et les objectifs régionaux afin de guider la planification nationale et fournir des données fiables ;
- un soutien aux mécanismes régionaux et nationaux de coordination.

| Figure 2 |

Structuration fonctionnelle du CCH-III



## 8/ LE CCH-III ET LA CARPHA

La coopération en santé du CARICOM – phase III, qu'il s'agisse de son approche, de ses priorités, de ses objectifs ou de ses actions auront tous un impact significatif sur le travail de la CARPHA. Cette dernière constituera un instrument clé pour l'aboutissement du CCH-III. La CARPHA contribuera ainsi à ce que le CCH-III atteigne tous ses objectifs. Elle aura la responsabilité spécifique de poursuivre et de renforcer les prises de décisions basées sur les connaissances et de favoriser le développement des ressources humaines.

La CARPHA fera partie intégrale de la structure opérationnelle du CCH-III et en constituera un point focal de référence. Elle sera aussi impliquée dans sa gouvernance par sa représentation au sein du comité de pilotage CCH-III. Le conseil du CARICOM en matière de développement humain et social (COHSOD) a la responsabilité complète en ce qui concerne les objectifs CCH-III mais également en ce qui concerne le programme travail de la CARPHA. En tant que forum ministériel, il est dévolu à assurer un fort leadership et une véritable coopération.

## | La coopération sous-régionale de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS/OMS) : stratégie pour les Caraïbes |

B. Theodore Gandi\*, Coordinatrice du Bureau pour la coordination des programmes caribéens (\* actuelle PWR Trinidad and Tobago)

### 1/ CONTEXTE

De manière générale, la coopération technique sous régionale de l'OPS/OMS vise à satisfaire les besoins d'un groupe de pays dans la poursuite de leurs objectifs sous-régionaux de développement sanitaire, dans le cadre du mandat collectif de l'Organisation. Ce niveau programmatique a été créé et officiellement mis en place au cours de l'exercice biennal 2006-2007, comme stipulé dans le programme régional des politiques financières de l'OPS, approuvé par le 45<sup>ème</sup> Conseil directeur. Le programme technique de coopération sous-régionale sert de support aux plans d'action de santé des différents processus d'intégration sous-régionale dans les Amériques.

L'objectif de la stratégie de coopération sous-régionale dans les Caraïbes (SCS) est de définir l'action sous-régionale de l'OPS et les programmes attenants, et de guider l'orientation stratégique de la coopération dans le moyen terme 2010-2015.

L'élaboration de cette stratégie permet à l'OPS de :

- redéfinir sa présence sous-régionale et les programmes ad hoc,

à la lumière de la politique budgétaire du programme régional ;

- mieux répondre aux cadres et initiatives sous-régionaux : Déclaration de Nassau, Coopération des Caraïbes en matière de santé (CCH), Déclaration de Port-of-Spain sur les maladies non transmissibles, CARPHA etc. ;
- relever de nouveaux défis : le règlement sanitaire international (RSI), les pandémies, le changement climatique ;
- fournir une occasion de dialogue ouvert entre l'OPS/OMS et les partenaires clés, concernant les plans stratégiques et les questions de santé publique ;
- permettre un ajustement avec le programme de santé sous-régional, la réalisation de documents mondiaux, régionaux et sous-régionaux et l'harmonisation avec d'autres partenaires ;
- accroître l'utilisation efficace et efficiente de ressources limitées, car ni l'OPS, ni l'OMS ne peuvent traiter de toutes les questions de santé ;

- minimiser les risques de chevauchement, de duplication et de lacunes dans les initiatives de l'OPS et de ses partenaires ;
- guider le développement des plans de travail biennaux de l'OPS/OMS sous régionaux pendant toute cette période ;
- guider la mobilisation des ressources.

## 2/ LA PRESENCE DE L'OPS/OMS DANS LES CARAÏBES

Le soutien de l'OPS dans les Caraïbes est centré sur les pays via des représentations par pays, mais se fait également à l'échelle sous-régionale.

### 2.1/ La coopération par pays

Les représentations de l'OPS se font dans les pays suivants :

- Trinidad et Tobago
- Suriname
- Haïti
- Belize
- Guyana
- Bahamas, y compris les Iles Turks and Caicos
- Jamaïque, y compris les îles Bermudes et Caïman
- Barbade et l'Est Caraïben.

Chaque pays a sa propre dotation budgétaire basée sur la politique budgétaire régionale de l'OPS.

### 2.2/ La coopération sous-régionale

Au niveau sous-régional<sup>1</sup>, le programme sous régional caribéen apporte un appui aux entités suivantes :

- le bureau de la coordination du programme des Caraïbes (OCPC)<sup>2</sup> ;
- le bureau des pays de l'Est caribéen (OECC) ;
- le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) ;
- le Centre pour l'alimentation et la nutrition dans les Caraïbes (CFNI).

A noter que le programme du bureau caribéen sur le VIH /SIDA (PHCO) soutient les Caraïbes, mais le budget n'est pas affecté au budget sous-régional.

Dans la continuité de son soutien sous régional, l'Organisation a identifié la nécessité d'une coopération technique accrue dans les processus d'intégration sous-régionale dans les Caraïbes via un développement rapide d'un marché économique unique des Caraïbes et l'engagement clair des pays à réduire leur vulnérabilité en travaillant tous ensemble.

L'appui aux pays et aux sous-régions est également fourni directement par le Bureau régional (OPS) et l'Organisation Mondiale de la Santé. L'OPS a également des centres dans lesquels les ressources scientifiques et techniques pour aborder un ou plusieurs des domaines suscités sont concentrés afin d'être en mesure de répondre aux besoins de tous les pays des Caraïbes.

## 3/ DEFINITION DU PROGRAMME STRATEGIQUE DE COOPERATION TECHNIQUE DE L'OPS

### 3.1/ Méthodologie

Le programme du CARICOM, relatif à la coopération en matière de santé dans les Caraïbes (CCH-III), approuvé par les ministres de la santé de la Caraïbe et les chefs de gouvernement en 2009, constitue le cadre du programme de santé pour les Caraïbes. Le CCH-III a été utilisé comme base pour l'identification des priorités de la coopération de l'OPS dans les Caraïbes. Ces priorités ont été alignées sur le plan stratégique de l'OPS ; l'équipe en charge choisie par le direc-

teur de l'OPS ayant été dirigée par le coordonnateur du programme des Caraïbes.

Suite d'une part, à un examen de la situation et aux analyses menées à travers divers documents de planification dans les Caraïbes et à l'étranger et, d'autre part, à une remontée des travaux menés dans les Caraïbes, l'équipe chargée de mission a préparé un projet de plan définissant :

- les priorités de la coopération de l'OPS en fonction de critères choisis ;
- pour lesquelles l'OPS pourrait être le chef de file dans leur mise en œuvre ;
- et comment l'OPS pourrait mettre à disposition sa coopération technique.

### 3.2/ Les priorités pour la coopération technique

#### 3.2.1/ Les critères utilisés pour déterminer les priorités

Les critères retenus ont été les suivants :

- les interventions identifiées comme prioritaires pour l'action conjointe dans le cadre du CCH-II et du plan stratégique de l'OPS/OMS ;
- les interventions ayant un impact positif dans le traitement des problèmes de santé associés au processus d'intégration ;
- les interventions où l'absence de soutien de l'OPS/OMS constituerait un obstacle à l'intégration sous-régionale ;
- les interventions mieux coordonnées à l'échelle sous-régionale, grâce à des économies d'échelle ;
- les interventions pertinentes pour les Caraïbes, figurant au programme de travail global et stratégique de l'OPS, et contribuant aux objectifs du CCH-III.

#### 3.2.2/ Les mécanismes de coopération

1. Assurer un leadership dans les domaines essentiels à la santé et s'engager dans des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
2. Elaborer un programme de recherche et encourager la production, la traduction et la diffusion des connaissances utiles ;
3. Fixer des normes, promouvoir et suivre leur mise en œuvre ;
4. Formuler des options éthiques et scientifiquement fondées ;
5. Fournir un soutien technique, catalyser le changement et construire un développement durable ;
6. Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances évolutives ;
7. Promouvoir la coopération Sud-Sud et la coopération technique entre pays ;
8. Soutenir les ressources et mobiliser les efforts.

## 4/ CONSEQUENCES DE LA STRATEGIE DE COOPERATION SOUS-REGIONALE

Les principales conclusions et implications de la coopération stratégique de l'OPS sous-régionale sont ainsi les suivantes :

1. Les priorités identifiées dans l'exercice de planification stratégique valident le travail entrepris dans les entités sous-régionales depuis 2006, en mettant l'accent sur le renforcement des fonctions de base en ce qui concerne les deux centres de l'OPS et de l'OCPC, notamment pour les implications en santé publique du CSME<sup>3</sup>.

1. Dans le cadre de sa politique de coopération sous-régionale, Cuba et la République dominicaine sont rattachés à l'Amérique Centrale.

2. L'OCPC assure également la représentation de l'OPS pour les départements français. Celle pour les Iles hollandaises est assurée par le bureau OPS du Venezuela.

3. CSME = CARICOM SINGLE MARKET and ECONOMY, "marché commun des pays du CARICOM"

2. Les principales modalités pour la coopération au niveau sous-régional sont, par ordre de priorité, les suivantes :
  - assurer un leadership crucial pour la santé et établir des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
  - fixer des normes, promouvoir et suivre leur mise en œuvre ;
  - surveiller la situation sanitaire ;
  - promouvoir la coopération Sud-Sud.
3. Il a été retenu que pour la mise en œuvre du programme stratégique de l'OPS, il sera nécessaire de :
  - revoir les capacités techniques de l'OPS au niveau sous-régional ;
  - mobiliser des ressources pour accélérer la mise en œuvre des interventions prioritaires.
4. Avec la création en cours de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), l'OPS devra établir des mécanismes pour revoir sa coopération fondée sur la mise en œuvre de l'agence.

## 5/ PRIORITES STRATEGIQUES DE L'OPS POUR LA COOPERATION CARIBEENNE EN LIEN AVEC LE PROGRAMME CCH-III

### Création d'un environnement caribéen sain favorable à l'amélioration de la santé de ses habitants et de ses visiteurs

Soutenir la mise en œuvre de la prévention primaire, des interventions qui réduisent les risques en santé environnementale, améliorent la sécurité, et favorisent la santé publique y compris dans les situations spécifiques et auprès des groupes vulnérables : enfants, adultes, handicapés.

- Développement d'indicateurs de base et d'un cadre pour le réseau des écoles promouvant la santé dans la sous-région ; renforcement de ce réseau ;
- Développement de guidelines adaptés aux différents contextes de la Caraïbe qui ont un impact sur la santé de la population à savoir les écoles, les lieux de travail, le domicile et les installations récréatives.

Accroître le leadership dans le secteur de la santé pour promouvoir un environnement plus sain et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs, afin de s'attaquer aux causes profondes des menaces environnementales pour la santé. Répondre aux problèmes de santé environnementale émergents et réémergents causés par le développement, les nouvelles technologies, les changements environnementaux mondiaux, ainsi que par les modifications de la consommation et des modes de production.

Soutenir les institutions régionales du CARICOM dans le secteur de la santé, les établissements d'enseignement supérieur et la société civile pour :

- Élaborer un plan stratégique régional de santé environnementale (en utilisant une approche d'évaluation des risques) ;
- Soutenir le développement de guidelines régionaux, de stratégies et d'outils pour promouvoir la santé environnementale.

Soutenir le développement et le renforcement des plans et des programmes de préparation aux urgences au niveau de la sous région. Ceci comprend la réduction des conséquences et la prévention des risques liés aux maladies transmissibles à la santé mentale, à l'organisation des services de santé et à la sécurité alimentaire.

Renforcer les capacités du niveau sous régional afin d'atteindre les objectifs minimum requis par le règlement sanitaire international. Organiser et renforcer les systèmes d'alerte et de réponse utilisés en cas d'épidémies ou d'autres urgences de santé publique de por-

tée internationale. Aider les pays à détecter, à contenir et à répondre efficacement aux maladies susceptibles de provoquer des épidémies ou des pandémies .

Former des partenariats et des alliances, renforcer le leadership et développer des mécanismes de coordination et de mise en réseau avec toutes les parties prenantes au niveau régional et mondial pour promouvoir, défendre, stimuler des actions intersectorielles et accroître les investissements dans la nutrition et la sécurité alimentaire.

- Soutenir le développement de politiques intersectorielles en l'agriculture, commerce et marketing afin de s'assurer que les aliments sains sont disponibles à des prix abordables. Cela inclut la sécurité sanitaire des aliments.
- Etablir des critères de qualité nutritionnelle régionaux pour les aliments locaux ou importés dans le cadre d'une politique commerciale qui devrait inclure des normes d'étiquetage.

### Amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes vivant dans les Caraïbes

Optimiser l'accès équitable à tous des vaccins de qualité, y compris les technologies et vaccins nouveaux ou sous utilisés. Renforcer les services et intégrer les vaccinations aux services de santé familiale et aux interventions destinées aux enfants.

Soutenir la sous-région pour maintenir et améliorer les niveaux élevés des taux d'immunisation contre les maladies évitables par la vaccination. Evaluer la faisabilité de l'introduction de nouveaux vaccins dans la sous région en mettant l'accent sur le VPH pour prévenir le cancer du col de l'utérus.

Promouvoir des politiques éthiques et documentées, des stratégies, des programmes et des guidelines pour la réduction de la mauvaise alimentation et l'inactivité physique. Promouvoir les rapports sexuels protégés :

Soutenir la sous-région dans la mise en œuvre de la déclaration de Port of Spain sur le thème "Unité pour enrayer l'épidémie de maladies non transmissibles"

Développement de normes nutritionnelles régionales et de guidelines au sujet des aliments vendus dans les milieux scolaires et autres lieux.

Etablir des politiques globales, des plans et des stratégies qui favorisent l'accès universel à un continuum de soins tout au long de la vie ; intégrer les prestations de soins ; renforcer la coordination avec la société civile, le secteur privé, ainsi que les partenariats avec les agences des Nations unies, les agences inter-américaines et les ONG.

- Soutenir le développement d'un plan régional intégré dans les Caraïbes pour la santé des adolescents et des personnes âgées ;
- Soutenir le développement de modèles de soins et les échanges d'expériences dans la sous-région qui font la promotion de soins intégrés pour les personnes âgées et les handicapés physiques et mentaux ;
- Soutenir le développement d'un plan sous-régional pour relever les défis de réduction de la violence et de blessures ;
- Soutenir la mise en œuvre du cadre stratégique régional des Caraïbes pour le VIH / sida ;
- Soutenir le développement d'une politique de santé mentale pour la sous région.

## Des services de santé qui répondent efficacement aux besoins de la population des Caraïbes

Soutenir le développement et la mise en œuvre des politiques favorisant l'approche de soins de santé primaire pour les prestations de soins.

Soutenir le renforcement des systèmes sanitaires et sociaux pour la prévention et la prise en charge intégrée des maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et du comportement, la violence, les accidents de la route et les handicaps.

- Soutenir l'élaboration / la révision des protocoles et des normes de soins en santé mentale, pour les maladies non transmissibles et autres maladies prioritaires du CCH 3 ;
- Examiner et évaluer la faisabilité de mécanismes pour des services partagés dans les Caraïbes.

Promouvoir un accès équitable à des services de santé, avec un accent particulier sur les groupes vulnérables de la population.

- Soutenir le développement d'un cadre pour la gestion de la qualité et l'accréditation dans la Caraïbe, comprenant des chartes du patient ;
- Soutenir le développement d'un réseau de centres nationaux d'excellence en laboratoire et santé publique ;
- Soutenir l'application du Plan des Caraïbes contre le VIH / SIDA pour les services de santé.

Soutenir le développement et le suivi des politiques globales sous régionales sur l'accès, la qualité et l'utilisation rationnelle des fournitures essentielles à la santé publique, y compris les médicaments, les vaccins, les dispositifs médicaux, les produits sanguins et les technologies de santé.

- Appuyer la conception et la mise en œuvre d'une politique pharmaceutique caribéenne et des mécanismes pour améliorer l'accès, la qualité et l'usage rationnel des médicaments dans la Région ;
- Renforcer et harmoniser la législation pharmaceutique, y compris la pharmacovigilance.

## Développer les ressources humaines pour soutenir le développement des infrastructures

Appuyer l'élaboration de plans, de politiques et de législation concernant les ressources humaines au niveau sous régional pour améliorer la performance des systèmes de santé fondés sur les soins primaires et la réalisation des Objectifs du développement du millénaire.

- Soutenir le développement d'un plan stratégique régional pour les personnels de santé ;
- Soutenir le développement de l'infrastructure pour permettre la libre circulation du personnel de santé qualifié dans la région du CARICOM ;
- Développer une base de données régionale pour l'enregistrement des professionnels de santé ;
- Modèles et cadres de politiques et de protocoles transectoriels pour la planification des personnels de santé ;
- Elaborer un mécanisme de coordination entre les écoles de santé publique caribéennes afin de renforcer la recherche et la formation en santé publique ;
- Améliorer la coordination des écoles de médecine, soins infirmiers, pharmacie et autres professions paramédicales dans les Caraïbes afin de renforcer la formation des professionnels de santé pour répondre aux besoins de santé et de développement de la région du CARICOM ;

- Développer des mécanismes pour la coordination des services de santé et des institutions universitaires des Caraïbes afin de collaborer dans la planification et la gestion des programmes de formation en ressources humaines, y compris les programmes d'études ;
- Mettre en place des diplômes et compétences reconnus sur toute la région pour la prévention primaire et secondaire et la qualité des soins de santé, avec un accent particulier sur les domaines prioritaires du CCH3 ;
- Développer des initiatives et des stratégies pour soutenir l'expansion des programmes d'internat qui mettent l'accent sur les soins primaires, la prévention et la gestion des maladies chroniques ;
- Développer un plan de ressources humaines pour les programmes de santé mentale : il devrait inclure l'élaboration des programmes au niveau de la communauté, la formation continue des professionnels de santé mentale et l'intégration des soins en santé mentale dans les systèmes de santé primaire, ainsi que l'utilisation des substances toxiques ;

## Prise de décision documentée

Collaborer avec des partenaires, soutenir la collecte, la compilation et l'analyse des données économiques et sociales pertinentes sur une base ventilée (par sexe, origine ethnique et conditions de santé telles que maladies ou handicaps).

- Favoriser la diffusion des évaluations, des normes et des directives basées sur des preuves, pour ce qui concerne les risques prioritaires de santé environnementale, c'est-à-dire qualité de l'air, substances chimiques, eau de boisson, traitement des eaux usées.

Renforcer la capacité d'assurer la surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles, des facteurs de risque, des maladies alimentaires d'origine zoonotiques et non zoonotiques, Ceci doit faire partie d'une surveillance globale et d'un système d'information sanitaire, de la surveillance des facteurs de risque grâce à la diffusion et la validation d'outils, de modèles et de procédures d'exploitation et de transmission.

- Soutenir le développement d'un système d'information sanitaire caribéen appuyé par un réseau d'information régional ;
- Soutenir la création de données de référence pour les priorités du CCH3 et soutenir la capacité des pays à rassembler et analyser les données, puis à préparer l'analyse de situation ;
- Revoir les lignes directrices pour la surveillance de certaines maladies transmissibles, maladies à transmission vectorielle, nutrition et risques environnementaux.

Au niveau sous-régional, renforcer les capacités d'analyse, de diffusion et d'utilisation des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des affections chroniques non transmissibles, troubles mentaux et du comportement, violence, blessures et handicaps dus aux accidents de la route, santé sexuelle et reproductive, VIH et tuberculose.

## 6/ ACCOMPAGNEMENT DU PROJET CARPHA

Les chefs de gouvernement du CARICOM ont convenu d'établir une nouvelle agence de santé publique qui consiste à absorber les fonctions des trois institutions régionales de la santé existantes ainsi que les deux centres administrés par l'OPS à savoir le CAREC et la CFNI.

## Etape 1 : la CARPHA, son rôle, ses fonctions et sa gouvernance

Au cours de cette période l'OPS fourni un appui technique direct à l'équipe de gestion du projet de pilotage / Comité consultatif, afin d'aider à mettre au point des définitions.

Pendant cette phase, les deux centres de l'OPS ont renforcé leurs capacités dans leurs fonctions essentielles afin d'être en meilleure position dans le transfert et la qualité optimaux de la nouvelle agence. L'OPS continuera à soutenir les deux centres jusqu'au transfert juridique des centres à la CARPHA.

Pendant cette phase la coopération technique de l'OPS a été dirigée par l'OCPC avec l'appui du bureau régional.

## Etape 2 : phase de transition

Au cours de cette phase :

- l'OPS présentera le changement imminent de statut des centres de l'OPS/OMS à la commission exécutive et au conseil directeur ;
- l'OPS/OMS appuiera l'équipe de direction dans l'affinement de l'exercice des coûts pour que la CARPHA utilise les exemples des laboratoires opérationnels dans les Caraïbes, le Suriname, la Guyane et Barbade ;

- appuiera la CARPHA pour définir des mécanismes pour remédier aux disparités et réduire les asymétries entre les pays ;
- aidera à définir le rôle de la coopération sud-sud de la CARPHA ;
- facilitera le transfert des connaissances de l'OPS au recrutement à la recherche du directeur exécutif de la CARPHA et de l'équipe de direction ;
- se repositionnera par rapport aux rôles, aux fonctions et aux niveaux de mise en œuvre de la CARPHA ;
- négociera avec le CARICOM / CARPHA pour déterminer les nouvelles dimensions de coopération technique (financier, technique, ressource humaine) ;
- continuera à maintenir le niveau actuel des services fournis par les centres jusqu'au transfert juridique définitif à la CARPHA ;
- mettra en place les instruments administratifs et juridiques et les mécanismes de transfert de la CARPHA ;
- déterminera comment soutenir les services de soutien actuellement fourni par le CFNI qui ne seront pas intégrés dans la CARPHA.

## Etape 3 : mise en place juridique de la CARPHA

Au cours de cette phase de l'OPS apportera un soutien pour renforcer les capacités dans le nouveau programme.



| L'Agence caribéenne de santé publique |  
Advancing Public Health in the Caribbean. Healthier, happier horizons for all

J. X. Walcott, Project manager, CARPHA, ([walcotti@cpc.paho.org](mailto:walcotti@cpc.paho.org))

Cet article présente les grandes lignes de l'Agence caribéenne de santé publique (CARPHA) : ses origines, ses objectifs, ses attendus et son rôle capital au sein de la stratégie sanitaire de la Communauté régionale caribéenne (CARICOM) : la Coopération caribéenne en santé (CCH-III).

## 1/ LES SUCCES DE SANTE PUBLIQUE DU CARICOM

Les succès de santé publique dans les pays du CARICOM sont liés à l'existence d'accords régionaux et des nombreux efforts visant à renforcer le bien être de l'ensemble des pays qui ont été pilotés au niveau régional. La relative stabilité politique de tous les pays du CARICOM a également contribué aux succès obtenus. Au cours des deux dernières décennies, des améliorations ont été obtenues pour des indicateurs de santé importants comme ceux de la santé maternelle et infantile, la vaccination ou l'accès aux soins, avec des bénéfices sanitaires très significatifs.

A titre d'exemples :

- la région caribéenne a été la première sous région des Amériques à avoir éliminé la poliomyélite ainsi que la rougeole ;
- le partenariat caribéen contre le VIH/SIDA (PANCAP) a été reconnu, en 2005, par UNAIDS, comme un programme répondant aux normes de bonnes pratiques internationales ;
- la gestion des aspects sanitaires lors de la coupe du monde de cricket en 2007 a été reconnu comme un succès.

Ces succès de santé publique ont été obtenus grâce à des engagements politiques du CARICOM, illustrés par deux repères clefs :

- la déclaration de 2007 de Port of Spain dans laquelle les chefs de gouvernement du CARICOM reconnaissent et identifient les maladies chroniques non transmissibles comme une priorité régionale de santé publique ;

- la déclaration de Nassau en 2001 : « *La santé de la région est la richesse de la région* » qui identifiait le Partenariat Caribéen contre le VIH/SIDA (PANCAP) et la Coopération sanitaire caribéenne (CCH) comme les deux piliers de la santé et du développement dans la région.

## 2/ LES RAISONS D'ÊTRE DE LA CARPHA

La CARPHA est une réponse collective de santé publique aux besoins en santé et développement de la communauté caribéenne. Elle offre l'opportunité de combler les hiatus existants dans la réponse aux principaux challenges de santé publique, et de renforcer les capacités en santé publique des états membres.

Le concept de la CARPHA est issu de la philosophie et des principes de la coopération fonctionnelle et de l'intégration régionale. De ce point de vue, la mise en place d'un marché économique unique caribéen (Caribbean Single Market and Economy ou CSME) est l'objectif ultime de cette intégration. Les challenges de santé publique de la communauté caribéenne nécessitent une approche régionale avec une nécessaire rationalisation du fonctionnement actuel des institutions sanitaires et le renforcement des synergies afin de rendre les services plus efficaces et plus efficaces. Il a ainsi été établi que la solution optimale était l'intégration de toutes ces institutions dans une seule et unique agence de santé publique comportant un mandat plus large et plus complet. Cette agence devra être la mieux placée pour prendre en charge les nouveaux risques et les risques émergents en santé publique, et ce de manière plus efficace et plus réactive.

La région caribéenne, tout comme les pays développés, doit avoir en tête le risque de survenue de maladies émergentes et de leurs conséquences sur le tourisme et la survie économique de beaucoup

des îles de la région. Il faut aussi garder en tête également que le tourisme peut être également la porte d'entrée de maladies transmissibles dans le monde développé. Pour ces raisons, il y a un besoin urgent pour la région caribéenne de renforcer ses systèmes de réponse aux épidémies ainsi que ses réponses sanitaires aux urgences et aux désastres comme l'a récemment illustré la survenue du tremblement de terre en Haïti. Enfin, il est également nécessaire de mettre en œuvre le nouveau règlement sanitaire international (RSI).

### 3/ LA CARPHA ET LE CCH-III

Le cadre stratégique du programme de Coopération caribéenne en santé Phase III (CCH-III) met l'accent sur la nécessité d'investir sur la santé des populations de la région, d'atteindre le niveau le plus élevé possible dans le développement socio-économique, de réduire les inégalités de santé, et de mobiliser les parties prenantes, tant traditionnelles que non traditionnelles pour faire face aux challenges de santé et construire des systèmes de santé durables.

Parmi les cinq objectifs du CCH-III figurent « *Faire de la prise de décision basée sur des preuves un des piliers des politiques de développement dans la région* » ainsi que la mise en place de la CARPHA qui doit faciliter l'atteinte de cet objectif.

### 4/ LA CARPHA ET LE CARICOM

En 2002, dans la ligne des priorités du CCH-III, les 15 chefs de gouvernement du CARICOM ont mandaté le Secrétariat général du CARICOM pour faire l'analyse critique des Institutions régionales de santé et déterminer comment celles-ci pourraient mieux servir les besoins en santé de la région caribéenne. Cette analyse, entreprise par Universalis (une firme canadienne) et des consultants dont le Pr. Christopher Bartlett du Royaume Uni et le Dr. Ronald St. John du Canada, a permis d'évaluer les rôles et les fonctions des 5 institutions existantes dans la Caraïbe<sup>1</sup>, et d'explorer les différentes options pour faire en sorte que les besoins en santé de la Région soit mieux couverts.

Parmi les options considérées, la création d'une seule agence de santé publique pour la Caraïbe a été considérée comme la meilleure. En 2007, les ministres de la santé du CARICOM ont retenu cette option et, avec le concours de la PAHO, un Comité de pilotage et un groupe de consultants ont été mis en place afin de développer et de mettre en œuvre un plan pour l'établissement de la CARPHA. Ce plan prévoit que cette agence devrait être progressivement opérationnelle sur une période allant de 2010 à 2014. Pour ce faire, les chefs de gouvernement du CARICOM ont approuvé, en mars 2010, ce plan d'installation de la CARPHA.

### 5/ VISION ET MISSIONS DE LA CARPHA

La vision :

« *Une Caraïbe dans laquelle la santé de la population est promue et protégée des maladies, des accidents et des infirmités, promouvant ainsi la révolution du bien-être énoncée dans la Déclaration de Port of Spain* ».

Les missions :

- donner une direction stratégique pour l'analyse, la définition et les réponses prioritaires de santé publique du CARICOM, afin de prévenir les maladies, promouvoir la santé et répondre aux urgences de santé publique ;
- favoriser la solidarité en santé et en faire l'un des piliers de la coopération fonctionnelle dans la communauté caribéenne.

## 6/ GOUVERNANCE DU CARPHA

La CARPHA deviendra une entité légale en décembre 2010. La structure de gouvernance comportera le Conseil des ministres de la santé du CARICOM qui sera tenu informé par le Conseil de développement social et humain (COHSOD). Un Conseil d'administration et un Comité de conseillers techniques seront placés sous la responsabilité du COHSOD. Une équipe de direction, conduite par un directeur exécutif, fonctionnera sous la surveillance du Conseil d'administration.

Les fondations de cette structure de gouvernance seront constituées de 6 unités fonctionnelles :

1. Préparation et réponse aux urgences de santé publique
2. Fonctions laboratoire, surveillance et analyse de santé
3. Information/éducation et communication
4. Recherche, politique de développement et évaluation
5. Ressources humaines, développement et formation
6. Planification stratégique et mobilisation des ressources

## 7/ OBJECTIFS DE LA CARPHA

Les grands objectifs de la CARPHA sont de :

1. offrir aux pays des services de référence ainsi que le renforcement des activités de laboratoire ;
2. assurer la surveillance aussi bien des maladies transmissibles que non transmissibles ;
3. assurer le leadership pour la définition d'interventions efficaces en santé publique dans la Caraïbe ;
4. Produire une information en santé publique précise, fiable, réactive et pertinente aux différentes audiences caribéennes et internationales ;
5. produire une information basée sur des preuves pour permettre les décisions et les politiques de santé publique dans la Caraïbe ;
6. renforcer les capacités nationales pour offrir des services de santé publique en adéquation avec les priorités de santé publique de la Caraïbe ;
7. coordonner des réponses efficaces aux crises de santé publique dans la Caraïbe ;
8. mobiliser les ressources pour les problèmes prioritaires de santé publique dans la Caraïbe ;
9. mobiliser les ressources pour les problèmes prioritaires de santé publique.

## 8/ BENEFICES ATTENDUS DE LA CARPHA

En offrant des services de santé publique régionaux, la CARPHA sera en mesure d'avoir un impact sur le développement socio-économique des états de la Caraïbe :

- à l'échelle mondiale, les impacts économiques des épidémies se chiffrent en milliards de US\$. Dans les Caraïbes, depuis 2000, les problèmes de santé publique associés aux activités du secteur hôtelier de 13 pays ont résulté, en pertes et procès, à près de 250 millions de US\$ pour le secteur du tourisme ;
- les maladies chroniques imposent un lourd fardeau sur les individus et les familles, les sociétés et les gouvernements en termes de qualité de vie, de perte de productivité et de ressources sanitaires. Ainsi, le coût du diabète pour les gouvernements des Bahamas, de Barbade, de Guyana, de la Jamaïque et de Trinidad et Tobago, a été estimé à 1 billion de US\$ par an ;

<sup>1</sup> CAREC : Caribbean Epidemiology Centre, CFNI : Caribbean Food and Nutrition Institute, CEHI : Caribbean Environmental Health Institute, CRDTL : Caribbean Regional Drug Testing Laboratory, CHRC : Caribbean Health research Council

En contribuant à l'amélioration de la santé de la population et des individus, la CARPHA devraient générer des gains significatifs sur le plan macro-économique et social, via :

- l'augmentation de la productivité par une meilleure santé des travailleurs ;
- l'amélioration des incitations aux économies par l'allongement de la longévité ;
- une destination plus attractive pour les investissements étrangers par un environnement régional plus sain ;
- de meilleurs résultats scolaires et universitaires grâce des enfants en bonne santé ;
- une amélioration de la qualité de la vie par un meilleur usage utilité des biens et des services.

Les économies d'échelle attendues d'une approche régionale poussent à adopter des standards cohérents pour la santé publique, pour les protocoles de surveillance des maladies, les études épidémiologiques et les analyses, ainsi que pour la formation. Ceci permettra de conduire des interventions efficaces et mieux ciblées, basées sur de réelles données partagées.

De plus, la CARPHA devrait faciliter la mise en commun de connaissances et d'expertise qui sont généralement trop coûteuses pour être acquises ou mobilisées par une seule nation.

Enfin, la CARPHA devrait améliorer la réponse de santé publique tout particulièrement dans le cas des désastres naturels à l'échelle d'un pays, comme ce fut le cas en Haïti avec la survenue du tremblement de terre en janvier 2010, ou comme avec la pandémie grippe A(H1N1) qui affecta la région fin 2009. La CARPHA devrait offrir une coordination des ressources plus efficace, une meilleure surveillance, de meilleures analyses de situation et une meilleure recherche afin de documenter les réponses aux urgences. Elle devrait également faciliter une réponse caribéenne coordonnée avec le reste du monde, permettre la construction d'alliances stratégiques avec les partenaires régionaux et internationaux et offrir les bases pour la mise en place et le suivi d'accords globaux qui pourront avoir un impact sur la santé.

## 9/ RESSOURCES NECESSAIRES POUR LA CARPHA

Les coûts immédiats nécessaires à la mise en place la CARPHA ont été estimés à 3,9 million US\$. Les coûts de fonctionnement ont été estimés, pour les 5 ans à venir, à 26,9 millions US\$ par an.

Jusqu'à présent, la mise en place de la CARPHA :

- a bénéficié d'un soutien de l'OPS au projet, via une assistance technique et financière pour les activités de l'équipe projet CARPHA, ainsi qu'en hébergeant et en facilitant les activités du chef de projet. Le soutien financier a été estimé à 600 000 US\$ ;
- l'Agence de santé publique du Canada (PHAC) a attribué un financement de 400 000 \$ canadiens pour le fonctionnement de l'équipe projet et le recrutement de plusieurs consultants chargés de l'évaluation des coûts de la CARPHA et du plan de mise en place ;
- le Secrétariat du CARICOM a dépensé près de 360 000 US\$ pour des activités en rapport avec la mise en place de la CARPHA ;
- Le département de santé publique du Royaume Uni a offert une assistance technique à l'équipe projet de la CARPHA en l'aidant à développer un plan de mobilisation des ressources et une stratégie de marketing social.

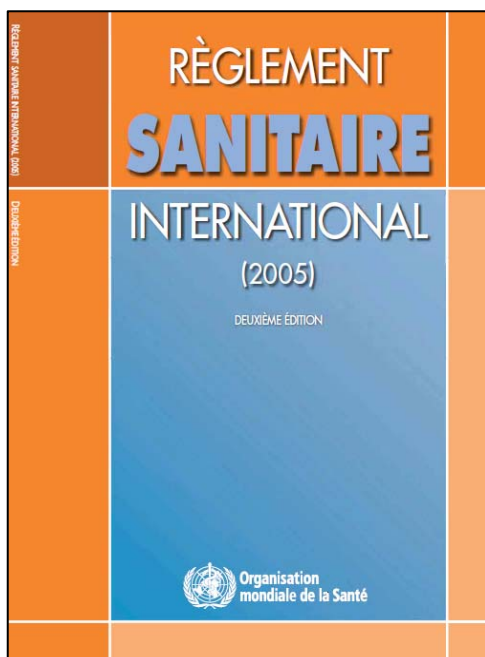
## 10/ SUPPORTS TECHNIQUES NECESSAIRES

Dans les mois à venir, l'équipe en charge de la mise en place de la CARPHA travaillera avec ses partenaires pour déterminer la nature des supports techniques qui seront nécessaires. A cet égard, des discussions seront menées avec la Cire AG (bureau régional de l'InVS) en terme de coopération technique, ainsi qu'avec les départements français d'Amérique pour leur représentation au sein du conseil d'administration.

Des engagements similaires pourront être pris avec d'autres agences de santé publique qui ont un intérêt dans cette région des Caraïbes.

## | Le Règlement sanitaire international |

Le texte présenté ci-dessous correspond à deux extraits tirés du document de l'OMS intitulé « Règlement sanitaire international (2005) », l'avant-propos et la révision du RSI. Le RSI est téléchargeable sur le site <http://www.who.int/ihr/9789241596664/fr/index.html>



### 1/ AVANT-PROPOS

L'objet et la portée du RSI (2005) consistent à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». Le RSI (2005) contient une série d'innovations, notamment a) une portée qui n'est pas limitée à une maladie ou à un mode de transmission donné mais qui couvre « une pathologie humaine ou une affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain » ; b) l'obligation pour les Etats Parties de développer des capacités essentielles minimales en santé publique ; c) l'obligation pour les Etats Par-

ties de notifier à l'OMS les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale conformément aux critères définis ; d) des dispositions autorisant l'OMS à prendre en considération les rapports officiels sur des événements de santé publique et à obtenir vérification de ceux-ci par les Etats Parties ; e) des procédures pour que le Directeur général détermine l'existence d'une « urgence de santé publique de portée internationale » et formule des recommandations temporaires correspondantes après avoir tenu compte de l'avis d'un Comité d'urgence ; f) la protection des droits de l'homme pour les voyageurs et autres personnes ; et g) la création de points focaux nationaux RSI et de points de contact RSI à l'OMS pour les communications urgentes entre les Etats Parties et l'OMS.

En décidant de ne pas limiter l'application du RSI (2005) à certaines maladies, l'idée était de préserver la pertinence et l'applicabilité du Règlement pour de nombreuses années en dépit de l'évolution continue des maladies et des facteurs qui conditionnent leur apparition et leur transmission. Les dispositions du RSI (2005) actualisent et modifient également de nombreuses fonctions techniques et autres fonctions réglementaires, y compris les certificats applicables aux voyages et aux transports internationaux et les prescriptions applicables aux ports, aéroports et postes-frontières internationaux.

Cette deuxième édition contient le texte du RSI (2005), le texte de la résolution WHA58.3 de l'Assemblée mondiale de la Santé, la version de la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef entrée en vigueur le 15 juillet 2007, ainsi que des appendices dans lesquels figurent une liste des Etats Parties et les réserves et autres communications des Etats Parties en rapport avec le RSI (2005).

## 2/ REVISION DU RSI

La Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le projet de Règlement sanitaire international révisé ;

Considérant les articles 2 k), 21 a) et 22 de la Constitution de l'OMS ;

Rappelant qu'il a été fait état de la nécessité de réviser et de mettre à jour le Règlement sanitaire international dans les résolutions WHA48.7 sur la révision et la mise à jour du Règlement sanitaire international, WHA54.14 sur la sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie, WHA55.16 sur la présence naturelle, la dissémination accidentelle ou l'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé : l'action de santé publique internationale, WHA56.28 sur la révision du Règlement sanitaire international, et WHA56.29 sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), afin de répondre à la nécessité d'assurer la santé publique mondiale ;

Se félicitant de la résolution 58/3 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'intensification du renforcement des capacités dans le secteur de la santé publique à travers le monde, qui souligne l'importance du Règlement sanitaire international et demande instamment d'accorder un rang de priorité élevé à sa révision ;

Affirmant l'importance que continue de revêtir le rôle de l'OMS en matière d'alerte en cas d'épidémie et d'action face à des événements de santé publique au niveau mondial, conformément à son mandat ;

Soulignant l'importance que continue de revêtir le Règlement sanitaire international comme instrument mondial fondamental pour la protection contre la propagation internationale des maladies ;

Se félicitant du succès des travaux du groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international ;

1. ADOPTE le Règlement sanitaire international révisé, désormais désigné sous le nom de « Règlement sanitaire international (2005) », joint à la présente résolution ;
2. INVITE les Etats Membres et le Directeur général à mettre pleinement en œuvre le Règlement sanitaire international (2005), conformément à l'objet et à la portée énoncés à l'article 2 et aux principes définis à l'article 3 ;
3. DECIDE aux fins du paragraphe 1 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) que les Etats Parties et le Directeur général soumettront leur premier rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé et qu'à cette occasion l'Assemblée de la Santé examinera le calendrier de présentation des rapports ultérieurs et le premier examen du fonctionnement du

Règlement conformément au paragraphe 2 de l'article 54 ;

4. DECIDE EN OUTRE qu'aux fins du paragraphe 1 de l'article 14 du Règlement sanitaire international (2005), les autres organisations intergouvernementales et les organismes internationaux compétents avec lesquels l'OMS est appelée à coopérer et à coordonner ses activités, selon le cas, sont notamment les suivants : Organisation des Nations Unies, Organisation internationale du Travail, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Agence internationale de l'Energie atomique, Organisation de l'Aviation civile internationale, Organisation maritime internationale, Comité international de la Croix-Rouge, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Association du Transport aérien international, Fédération internationale des Armateurs, et Office international des Epizooties ;
5. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - 1) à acquérir, renforcer et maintenir les capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et à mobiliser les ressources nécessaires à cette fin ;
  - 2) à collaborer activement entre eux et avec l'OMS conformément aux dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) de façon à en assurer la mise en œuvre effective ;
  - 3) à apporter un soutien aux pays en développement et aux pays à économie en transition qui en font la demande pour l'acquisition, le renforcement et le maintien des capacités de santé publique requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;
  - 4) à prendre toutes les mesures appropriées pour promouvoir le but puis la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), en attendant son entrée en vigueur, y compris l'acquisition des capacités de santé publique requises et la mise au point des dispositions juridiques et administratives qui s'imposent, et en particulier à entamer le processus visant à introduire l'utilisation de l'instrument de décision qui fait l'objet de l'annexe 2 ;
6. PRIE le Directeur général :
  - 1) de notifier rapidement l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), conformément au paragraphe 1 de l'article 65 dudit Règlement ;
  - 2) d'informer d'autres organisations intergouvernementales ou organismes internationaux compétents de l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) et, le cas échéant, de coopérer avec eux à la mise à jour de leurs normes, et de coordonner avec ceux-ci les activités de l'OMS au titre du Règlement sanitaire international (2005), afin d'assurer l'application de mesures adéquates pour la protection de la santé publique et le renforcement de l'action mondiale de santé publique face à la propagation internationale des maladies ;
  - 3) de transmettre à l'Organisation de l'Aviation civile internationale (OACI) les modifications recommandées à la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef<sup>1</sup> et, lorsque l'OACI aura achevé sa révision de la Déclaration générale d'aéronef, d'en informer l'Assemblée de la Santé et de remplacer l'annexe 9 du Règlement sanitaire international (2005) par la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef telle que révisée par l'OACI ;

- 4) d'acquérir et de renforcer les capacités de l'OMS à exécuter pleinement et de manière efficace les fonctions qui lui sont confiées au titre du Règlement sanitaire international (2005), en particulier au moyen des opérations sanitaires stratégiques qui apportent un soutien aux pays en vue du dépistage et de l'évaluation des urgences de santé publique et en vue de l'action pour y faire face ;
- 5) de collaborer avec les Etats Parties au Règlement sanitaire international (2005) s'il y a lieu, notamment en fournissant ou en facilitant la coopération technique et l'appui logistique ;
- 6) de collaborer avec les Etats Parties dans la mesure du possible à la mobilisation de ressources financières afin d'apporter un soutien aux pays en développement en vue de l'acquisition, du renforcement et du maintien des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 7) d'élaborer, en consultation avec les Etats Membres, des principes directeurs pour l'application de mesures sanitaires aux postes-frontières terrestres, conformément à l'article 29 du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 8) de créer le Comité d'examen du Règlement sanitaire international (2005) conformément à l'article 50 du Règlement ;
- 9) de prendre immédiatement des mesures en vue de l'élaboration de lignes directrices concernant la mise en œuvre et l'évaluation de l'instrument de décision contenu dans le Règlement sanitaire international (2005), notamment l'élaboration d'une procédure pour l'examen de son fonctionnement, qui seront soumises à l'examen de l'Assemblée de la Santé conformément au paragraphe 3 de l'article 54 du Règlement ;
- 10) de prendre des mesures pour établir une liste d'experts du RSI et de solliciter des candidatures, conformément à l'article 47 du Règlement sanitaire international (2005).

#### Principales modifications entre le RSI 1969 et le RSI 2005

- L'obligation aux états de notifier à l'OMS non plus à partir d'une liste de maladies, mais « les événements susceptibles de constituer un urgence de santé publique internationale »,
- La possibilité par l'OMS de prendre en considération des rapports officieux (presse, ONG, etc.) sur les événements de santé publique et demander confirmation aux Etats.

## | La coopération sous régionale de l'Institut de veille sanitaire : stratégie pour les Caraïbes |

Philippe Quénel<sup>1</sup>, Marc Gastellu-Etchegorry<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Coordonnateur scientifique, Cire Antilles Guyane, <sup>2</sup>Responsable du département International et Tropical, InVS

### 1/ CONTEXTE GENERAL

#### La zone Caraïbe-Amazone : un « point chaud » de la planète\*

Dans le domaine des maladies émergentes infectieuses, la zone Caraïbe-Amazone peut-être considérée comme un « point chaud » de la planète. L'Amazonie tout d'abord est un – sinon le – réservoir mondial de la biodiversité ; il y circule des agents microbiens (virus, bactéries, protozoaires et champignons) d'une très grande variété, incluant des organismes hautement pathogènes, au sein d'équilibres souvent rompus par l'homme par une urbanisation et une déforestation croissantes. Une faune importante évoluant dans une végétation d'une densité et d'une variété exceptionnelles cohabite de façon plus ou moins proche avec une population soumise à des flux migratoires croissants. Quant à la Guyane, territoire français ancré en Amérique Latine entre le Brésil et le Suriname, elle offre l'un des quinze derniers grands massifs de forêt tropicale non encore fragmentés par les activités humaines.

La zone Caraïbe est une mosaïque d'îles. La plupart sont des états indépendants, d'autres rattachés plus ou moins étroitement à de grandes puissances occidentales : la France avec les Départements-régions Français d'Amérique (DFA), les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou les USA. L'influence espagnole et portugaise et les liens qui se sont tissés depuis plusieurs siècles avec ces deux pays européens restent très importants pour de nombreux états. La zone Caraïbe est aussi un haut lieu d'échanges touristiques et commerciaux ; plusieurs dizaines de millions d'Européens et de Nord-Américains y séjournant pour leurs vacances ou pour leur travail.

Les Etats de cette zone sont à des niveaux de développement fortement contrastés. C'est le cas tant pour l'Amazonie que pour la zone Caraïbe, avec la France et le Brésil affichant des PIB classés dans les dix plus élevés du monde et des voisins comme Haïti, le Guyana parmi les états les plus pauvres de la planète, entraînant d'inévitables déplacements – légaux ou non – de populations en quête de revenus de subsistance, de soins de santé et d'éducation. Par ailleurs, dans une perspective de réchauffement climatique et de pour-

suite de l'accroissement de la pression anthropique, la question qui se pose pour ces écosystèmes est celle de leur capacité de résistance à ces changements, leur capacité d'adaptation et d'anticipation. De nombreux agents pathogènes ou potentiellement pathogènes ne deviennent aptes à menacer l'homme ou les animaux que lorsque leur environnement naturel a subi des perturbations.

#### Des problèmes sanitaires réels et potentiels\*

Cette zone du monde représente l'une des principales portes d'entrée pour les maladies émergentes de la planète. Les émergences d'origine infectieuse ont été de plus en plus fréquemment rapportées entre 1940 et 2003, et de nombreux experts s'accordent à dire que ce n'est pas seulement un effet de loupe et de meilleure surveillance, mais bien une augmentation des événements épidémiques particulièrement marqués pour ceux dont l'origine est vectorielle ou zoonotique, notamment ceux issus de la faune sauvage. Même si ce sont toujours les nations les plus pauvres qui paient le plus lourd tribut aux maladies émergentes infectieuses (les épidémies de dengue sévère et les épidémies de manière générale sont beaucoup plus dévastatrices lorsque l'infrastructure sanitaire est défaillante par exemple), il n'en demeure pas moins que les pays riches et pauvres sont « condamnés » à une lutte solidaire contre les maladies infectieuses dont l'extension traverse les frontières administratives, disciplinaires et parfois même les barrières d'espèces. Il y a presque dix ans que le virus dit du « Nil occidental<sup>1</sup> » n'est plus cantonné en Ouganda mais est aussi présent en Europe, en Amérique du Nord mais surtout maintenant dans la zone Caraïbe où la circulation virale et les risques d'importation sont bien réels. Il y a plus longtemps encore que la dengue, notamment les formes hémorragiques d'origine asiatique, balaie régulièrement – et de plus en plus fréquemment – l'ensemble de la zone Caraïbe, l'Amazonie et le reste de l'Amérique Latine. La pandémie du Sida se déploie ici avec une virulence et un impact plus proches de ceux des pays africains

\* extraits du rapport de la mission interministérielle Antilles-Guyane 2007 – 2008, présidée par le Pr Antoine Flahault

<sup>1</sup> West Nile virus

qu'europeens et les souches multi résistantes de tuberculose font leur apparition. Les alertes à la grippe aviaire ont émaillé les derniers mois, et certaines pathologies exclusivement animales que commence à connaître l'Europe, comme la maladie de la fièvre catarrhale (*Blue Tongue*), sont d'origine intertropicale et sont endémiques dans certaines régions, notamment les DFA.

Les conséquences économiques, sociales et politiques des émergences épidémiques sont souvent difficiles à prévoir mais peuvent être d'une grande amplitude. Si l'histoire des maladies infectieuses et des épidémies passées permet parfois d'estimer, avec une précision acceptable, les impacts sanitaires attendus par une nouvelle émergence, en revanche, les impacts sur la perception du risque par la population, ou les conséquences économiques notamment celles liées aux restrictions douanières, commerciales, touristiques sont aujourd'hui largement imprévisibles. Leurs effets ne sont pas identiques selon les populations traversées par ces émergences. Le développement économique et sanitaire d'une société – s'il contribue à un meilleur pronostic de l'émergence d'un pathogène dans une population – n'est pas une garantie contre leur survenue, leur importation ou leur développement épidémique. Les épidémies de dengue surviennent avec la même ampleur – semble-t-il, car les données sont éparses dans de nombreux Etats de la région – notamment dans les pays voisins limitrophes des DFA. La Guyane connaît un nombre encore élevé de cas de paludisme. Pour la maladie de Chagas, la leishmaniose et la leptospirose, le nombre de cas est difficile à mesurer, et à contrôler en raison de la présence de réservoirs sauvages (paresseux pour la leishmaniose, *Didelphis* pour le Chagas) et/ou de la persistance du pathogène dans l'environnement (leptospires). L'absence d'outils diagnostiques et/ou thérapeutiques adaptés joue aussi un rôle important dans la persistance de certaines maladies tropicales négligées (maladie de Chagas et leishmaniose, notamment).

### Le règlement sanitaire international\*

Face à l'émergence de nouvelles menaces en santé publique, à la mondialisation des échanges et aux évolutions des systèmes de communication, un processus de révision du Règlement sanitaire international (RSI) a été engagé dès 1995. Le précédent RSI ne visait spécifiquement que trois maladies le choléra, la peste, et la fièvre jaune. Le nouveau RSI, adopté en mai 2005 par l'OMS, est entré en vigueur le 15 juin 2007. Ce Règlement est un instrument juridique contraignant pour les 194 Etats-membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'OMS et les Etats non membres mais qui en ont accepté les termes. Deux étapes principales ont été définies pour les pays : 1) évaluer leurs capacités en matière de surveillance et d'action jusqu'en juin 2009 et, 2) établir et mettre en œuvre des plans d'action garantissant que leurs capacités essentielles seront opérationnelles d'ici 2012. Une prolongation de deux ans peut être obtenue et, dans des circonstances exceptionnelles, un délai supplémentaire de deux ans au maximum. In fine, les Etats disposent de cinq ans pour répondre à la totalité des exigences énoncées dans le texte.

Le nouveau RSI couvre tout événement sanitaire pouvant avoir un impact sanitaire grave et inhabituel, et ayant un potentiel de diffusion internationale et de perturbation des échanges. Ainsi, à côté du champ essentiel des maladies infectieuses, peuvent être concernés les événements de nature inconnue, ou liés à des phénomènes environnementaux, à des dispositifs ou denrées dangereux ou toxiques, à des catastrophes ou accidents industriels ou à des attentats terroristes.

\* extraits du rapport de la mission interministérielle Antilles-Guyane 2007 – 2008, présidée par le Pr Antoine Flahault

Les DFA se situent dans la région américaine (AMRO) bureau de Washington - région OMS des Amériques ou OPS (Organisation pan américaine de la santé), l'une des cinq régions de l'OMS. Le Point focal national français est situé dans la région EURO, et le siège de l'OMS à Genève.

### Les réseaux régionaux de surveillance et d'alerte

Dans cette région de l'OMS, il existe un « bureau » de l'OPS animant un réseau infra régional de surveillance et d'alerte épidémiologiques, avec lequel travaille les territoires français. Il s'agit du CAREC (Caribbean epidemiology centre), situé à Trinidad et Tobago (<http://www.carec.org/>). Pour autant, la majorité des États Caraïbens ne disposant à ce jour que d'une faible capacité d'épidémiologie d'intervention et de gestion des crises sanitaires, la nécessité de renforcer les capacités des États de la sous Région des Caraïbes en matière de surveillance, d'alerte et de réponse aux urgences de santé publique est une priorité. C'est dans cette perspective notamment, qu'en 2002, les 15 chefs de gouvernement du CARICOM ont mandaté le Secrétariat général du CARICOM pour faire l'analyse critique des Institutions régionales de santé (HRIs). L'objectif était de déterminer comment celles-ci pourraient mieux servir les besoins en santé de la région caraïbienne et explorer les différentes options pour faire en sorte que les besoins en santé de la Région soient mieux couverts. Parmi les options considérées, la création d'une seule agence de santé publique pour les Caraïbes a été considérée comme la meilleure et en mars 2010, les chefs de gouvernement du CARICOM ont approuvé, le plan d'installation de la CARPHA (Caribbean Public Health Agency - <http://www.carpha.org/>).

## 2/ STRATEGIE INTERNATIONALE DE L'InVS

L'InVS participe, dans le cadre de ses missions, à l'action internationale de la France et notamment aux réseaux internationaux de santé publique dédiés à la surveillance et à l'alerte sanitaire.

La coopération internationale établie par l'institut poursuit plusieurs objectifs au sein desquels la sécurité sanitaire revêt une importance particulière ; elle se décline sous plusieurs formes.

Les échanges d'information, réalisés de manière systématique et à l'occasion des alertes, représentent la base de ces coopérations. Ils permettent d'anticiper et d'adapter les systèmes de surveillance et d'alerte ainsi que les mesures de contrôle. Les échanges d'expertise permettent, à travers le partage d'outils et de connaissance de tirer un profit réciproque des expériences des différents acteurs. Enfin, la mise en place de programmes communs a pour finalité d'améliorer la sécurité sanitaire de manière générale (amélioration des systèmes de surveillance par ex.) ou sur des pathologies spécifiques (surveillance de la dengue par ex.).

Dans l'objectif d'améliorer la sécurité sanitaire, les priorités géographiques de la coopération sont les zones avec lesquelles la France a de nombreux échanges et le plus souvent des échanges de voisinage. Dans cette même optique, les thèmes abordés portent avant tout sur les pathologies à risque épidémique et sur les systèmes de surveillance et d'alerte.

Dans cette optique, il est essentiel pour l'Institut de veille sanitaire et les Agences régionales de santé des DFA, en charge de la surveillance, de la veille, de l'alerte et de la réponse sanitaires, d'entretenir des liens et des échanges d'informations privilégiés avec leurs homologues des Etats membres de leur voisinage, ainsi qu'avec le bureau régional de l'OMS et ses structures techniques, notamment la CARPHA. Cette inscription dans un réseau Régional de proximité de veille, d'alerte et de réponse, est le gage d'une plus grande réactivité et d'une meilleure efficacité.

### 3/ STRATEGIE REGIONALE DE L'INVS DANS LES CARAIRES

C'est dans le double contexte de risque élevé d'émergence de pathologies infectieuses d'une part, et de restructuration du réseau Régional caribéen nécessaire pour répondre aux nouvelles exigences du RSI d'autre part, que la Cire AG - Cellule de l'InVS en région, s'est engagée depuis plusieurs années dans un processus actif de collaboration Régionale. Ce processus se décline selon trois niveaux : 1) au niveau de la Région Amérique (au sens OMS du terme), 2) au niveau de la sous-Région des Caraïbes (au sens OPS du terme) et 3) au niveau des pays « frontaliers » des DFA. Pour chacun de ces niveaux, la collaboration s'inscrit dans une démarche structurelle mais aussi opérationnelle.

Sur le plan structurel, il s'agit de participer activement et le plus régulièrement possible aux instances de gouvernance relatives à la veille sanitaire, qu'elles soient institutionnelles, scientifiques ou techniques.

Sur le plan opérationnel, la stratégie de collaboration cible deux axes prioritaires. Tout d'abord, celui des urgences et menaces sanitaires qui sont en rapport avec un événement d'origine infectieuse, environnementale ou une catastrophe naturelle. Cet axe de collaboration répond aussi, de fait, aux nouvelles exigences du RSI. Le deuxième axe prioritaire est celui des arboviroses, au premier rang desquelles figure la dengue qui a été identifiée comme la problématique émergente la plus importante et dont l'évolution est la plus rapide dans la Région des Caraïbes.

#### Au niveau de la Région Amérique

- *Instances de gouvernance*

La Cire participe, auprès des ARS à la représentation française au sein des instances de gouvernance de l'OPS, notamment, lors de la réunion annuelle du Comité des directeurs de l'OPS.

- *Urgences sanitaires et RSI*

La Cire participe régulièrement aux réunions organisées par l'OPS concernant le suivi de la mise en œuvre effective du RSI dans la Région (Ottawa 2007, Quito 2010).

Elle sera partie prenante auprès des ARS concernées, du ou des Points focaux régionaux délégués qui devraient être désignés par la France pour les DFA pour la Région Amérique.

- *Arboviroses*

Fort de son expérience suite à l'introduction en 2006, dans les DFA, de 9 cas de chikungunya au décours de l'épidémie survenue dans l'Océan Indien, la Cire a contribué à la réunion organisée à Lima, en juillet 2010, concernant la préparation et la réponse au risque d'introduction du virus chikungunya dans la Région des Amériques.

#### Au niveau de la sous Région des Caraïbes

- *Instances de gouvernance*

Depuis sa création, la Cire participe à la réunion annuelle des épidémiologistes de la région, organisée par le CAREC. Par ailleurs, la Cire participe au Steering Committee de la CARPHA et devrait représenter l'InVS au sein du Technical advisory committee.

- *Urgences sanitaires et RSI*

Concernant les urgences sanitaires, depuis 2006, l'OPS a progressivement mis en place et renforcé une équipe régionale d'intervention pour faire face aux urgences sanitaires (Regional health emergency Response Team - RRT). Au sein de cette équipe, plusieurs axes d'intervention ont été ciblés.

Ainsi, à la demande de l'OPS Washington ou via le GOARN auprès de l'InVS, la Cire participe à l'Outbreak rapid response team (O-RRT) en cas de survenue d'une épidémie liée à un phénomène d'origine infectieuse (voir encart n°1 sur la mission d'appui en Jamaïque et encart n°2 sur la mission d'appui en Haïti).

De même, à la demande de l'OPS Washington, de son bureau sous-régional basé à la Barbade ou du GOARN, auprès de l'InVS, la Cire peut-être amenée à rejoindre la RRT dédiée aux catastrophes naturelles.

Dans cette optique, la Cire participe aux workshops et aux sessions de formation qui sont mises en place par l'OPS pour maintenir l'opérationnalité de ces équipes (Panama 2008).

Concernant le RSI, la Cire participe, à la demande de l'OPS Washington auprès de l'InVS, aux missions d'appui visant à la mise en place effective du RSI dans la sous Région des Caraïbes (voir encart n°3 sur la mission d'appui au Suriname).

- *Arboviroses*

Depuis 2009, la Cire participe activement au programme piloté par le bureau de l'OPS, basé à Panama, concernant la stratégie de management intégré pour la prévention et le contrôle de la dengue (IMS-dengue) dans la sous-région des Caraïbes. A ce titre, elle a pris en charge, sous l'égide de l'OPS, l'organisation technique en Martinique du premier séminaire IMS-dengue qui a rassemblé, en juin 2009, tous les pays et territoires des Caraïbes (cf. BVS 2009 n°8).

#### Au niveau des pays voisins des DFA

- *Urgences sanitaires et RSI*

Depuis plusieurs années, la Cire s'est engagée dans un processus de coopération bilatérale avec ses homologues épidémiologistes des pays « frontaliers » : le Suriname et le Brésil pour la Guyane ; Sint-Maarten pour les Antilles françaises et plus récemment La Dominique et Sainte-Lucie.

Pour chacun de ces pays, il s'est agi ou il s'agit d'établir des protocoles d'accord visant :

- \* à une information bilatérale systématique en cas de menace de santé publique transfrontalière (hormis les urgences de santé publique de portée internationale - USPPI - qui relèvent directement du champ du RSI) :
  - cet échange d'information est opérationnel entre Sint-Maarten et la Guadeloupe et entre le Brésil et la Guyane (voir encarts n° 4 et 5).
- \* à un échange régulier d'informations (via des bulletins épidémiologiques) et/ou de données de surveillance épidémiologique des maladies infectieuses prioritaires de la région dont les arboviroses :
  - cet échange de données de surveillance est opérationnel entre Sint-Maarten et la Guadeloupe (voir encart n°4), entre le Brésil et la Guyane (voir encart n°5), et entre le Suriname et la Guyane (voir encart n°6).

- *Arboviroses*

Dans le domaine des arboviroses, l'objectif est de mettre en place des groupes de travail transfrontaliers permettant de partager les expériences respectives concernant prévention et le contrôle de la dengue, afin d'adapter ou, le cas échéant, bâtir une stratégie de management intégré qui soit cohérente et complémentaire des deux côtés de la frontière. Cet aspect de la collaboration, plus complexe à développer, notamment du fait de la multidisciplinarité à mobiliser, n'est pas encore opérationnel.

## Encart n° 1 : Mission de soutien en Jamaïque en cours de pandémie grippale A(H1N1)2009



Dr Jean Loup Chappert, Cire Antilles Guyane

En juillet 2009, dans le cadre de la survenue de la pandémie grippale, une mission de soutien auprès du Ministère de la Santé Jamaïcain est confiée à la Cire AG pour le compte du Caribbean Epidemiology Center – World Health Organisation (CAREC-WHO). Les objectifs de cette mission, d'une durée de trois semaines, étaient d'apporter un soutien technique à l'équipe en charge de la surveillance épidémiologique et de formuler des recommandations spécifiques au domaine de la surveillance du nouveau virus pandémique.

De nombreux échanges ont eu lieu avec les autorités sanitaires, les équipes de surveillance (aussi bien du niveau national que régional), les responsables des laboratoires et les personnes en charge du recueil des données sur les difficultés rencontrées, mais aussi sur les modalités du fonctionnement du système de surveillance dans ses différentes composantes. Sur le plan technique, ils ont permis d'engager le ministère de la santé dans un processus de simplification des circuits de transmission des données afin d'en améliorer sa réactivité, d'élaborer la nouvelle stratégie de surveillance vis-à-vis de l'existence de chaînes de transmission du virus pandémique survenue juillet 2009, de rationaliser l'utilisation des tests de confirmation biologique, et d'initier un processus de professionnalisation des agents chargés de la surveillance, notamment aux phases de traitement, d'analyse, d'interprétation et de mise en valeur des données.

Au-delà des termes de référence de la mission, celle-ci a été une opportunité d'échanges réciproques sur les expériences des uns et des autres, menées dans des contextes différents. Pour la Jamaïque, elle a été l'occasion de s'enrichir de l'expertise de la Cire AG dans le domaine de la surveillance, et pour la Cire AG, elle a été source d'interrogations, *a posteriori*, sur l'interprétation des données de la grippe pandémique dans les DFA. Plus qu'une mission de soutien unilatérale, cette mission a eu pour effet un enrichissement mutuel et a constitué un véritable outil de professionnalisation, autant pour les bénéficiaires que pour les experts missionnés. De plus, par le rapprochement et la confiance ainsi développés, ce type de mission constitue un élément essentiel de structuration et de pérennisation du réseau de partenaires caribéens de la veille sanitaire.

## Encart n° 2 : Mission de soutien en Haïti durant l'épidémie de choléra - décembre 2010



Jacques Rosine, Cire Antilles Guyane



Le 19 octobre 2010, une épidémie de choléra s'est déclarée en Haïti ; le foyer initial étant localisé dans la région de l'Artibonite. Au 25 novembre, près de 25000 patients avaient été hospitalisés et 1 400 décès avaient été recensés par le Ministère de la santé haïtien. Afin de faire face à cette épidémie, le GOARN (Global Outbreak Alert and Response Network – Organisation Mondiale de la Santé) lançait un appel à candidature afin que les pays membres de l'OMS mettent à disposition du personnel (épidémiologistes, ingénieurs, logisticiens...) pour renforcer les équipes de l'OPS présentes sur place.

C'est dans ce cadre que l'InVS/DIT a proposé la candidature d'un épidémiologiste de la Cire AG pour une mission de 3 semaines. Affecté dans le département de la Grande-Anse (partie sud-ouest d'Haïti), sa mission a consisté à appuyer le Directeur départemental de la santé dans le cadre de la réponse à l'épidémie de choléra. Plus précisément, il s'agissait d'identifier les foyers émergents de choléra, d'évaluer la situation sur le plan épidémiologique, de lancer éventuellement des alertes et de proposer des mesures de gestion ad hoc. Il s'agissait également de proposer des solutions pour harmoniser le recueil des données de surveillance afin de disposer d'une vision plus précise de la situation de l'épidémie dans le département de la Grande Anse. Enfin, le dernier objectif assigné à cette mission était de mettre en place, de coordonner et d'animer au plan départemental un « groupe santé » afin que l'ensemble des partenaires impliqués dans la réponse au choléra puissent disposer d'informations actualisées sur les actions menées par les différentes organisations.

En fait, ce dernier objectif a constitué l'essentiel de la mission car, début décembre, il n'existait pas de réelle coordination entre les acteurs sur le terrain. La priorité a donc été d'identifier l'ensemble des parties prenantes, les forces en présence et d'organiser l'interactivité à des fins de coordination.

Ces missions de collaboration régionales et internationales constituent de véritables terrains de formation et d'échanges de compétences en « conditions réelles ». Elles doivent être renforcées afin que les acteurs de la santé publique des différents pays puissent acquérir une expérience dans la gestion de crises majeures. Ces expériences, au-delà du partage technique des pratiques de santé publique (dont l'épidémiologie), permettent également de se familiariser à la géopolitique sanitaire, indispensable à maîtriser pour mettre en œuvre des actions de santé publique efficaces.

## Encart n° 3 : Mission d'appui au Suriname dans le cadre du RSI



Claude Flamand, Cire Antilles Guyane



Suite à l'adoption du nouveau Règlement Sanitaire International (RSI) en 2005, il était prévu que les différents états membres procèdent, avant fin 2009, à l'évaluation de leurs capacités à mettre en œuvre les recommandations de base du RSI dans le champ de la surveillance et de la réponse aux alertes sanitaires. L'Organisation Mondiale de la Santé s'était engagé par ailleurs, à accompagner les pays demandeurs dans la démarche d'évaluation en mobilisant des équipes d'évaluateurs extérieurs. C'est dans ce contexte que la Cire AG a été sollicitée pour participer à une mission d'évaluation organisée par l'OMS, à la demande des autorités Surinamaises. Cette mission a été réalisée du 20 au 24 avril 2009 au Surinam.

L'équipe d'évaluation était composée d'un coordonnateur de l'OPS Washington, d'un représentant du Bureau de Santé Publique du ministère de la santé (BOG) - point focal du RSI au Surinam, du responsable de la coordination avec les Départements Français d'Amérique au bureau sous-régional de Barbade de l'OPS, d'un épidémiologiste de l'antenne Guyane de la Cire AG, de 3 membres de l'OPS basés au Surinam, et d'un représentant du Disaster National Committee (NCCR).

Au cours de cette mission, les différents acteurs de santé ont pu être rencontrés (autorités sanitaires, établissements hospitaliers, laboratoires, Centres de santé, cliniciens, responsables du contrôle sanitaire aux frontières, ...) et une évaluation a été faite à partir des questionnaires internationaux élaborés par l'OMS. La méthode d'évaluation visait à identifier les atouts et les faiblesses des différents acteurs du dispositif selon trois axes principaux :

1. la législation et l'organisation administrative ;
2. les capacités de détection, d'évaluation et d'alerte ;
3. les capacités d'investigation, d'intervention et de communication.

Conformément aux recommandations du RSI, un plan d'action à mettre en œuvre avant fin 2012, a également été élaboré avec les différents acteurs rencontrés.

A l'issue de la mission, les résultats de l'évaluation ainsi que le plan d'action ont été présentés à la Direction générale de la santé du Surinam en présence des différents partenaires du dispositif. Depuis la mission d'évaluation, certaines avancées comme par exemple la création d'un laboratoire national de santé publique, ont été enregistrées. D'autres actions visant à améliorer le déploiement du RSI seront réalisées sous l'égide de la CARPHA.

Au-delà des apports techniques et pratiques vis-à-vis du déploiement du RSI, la participation à cette mission a représenté une réelle opportunité de rencontrer et/ou de mieux connaître l'organisation du dispositif de veille, d'alerte et de gestion du Surinam, pays frontalier de la Guyane. Les différents échanges qui ont eu lieu au cours de la mission ont permis un véritable enrichissement mutuel et un partage d'informations et de pratiques contribuant à la structuration et au renforcement de la collaboration déjà initiée avec le Suriname.

#### Encart n° 4 : Coopération transfrontalière entre la Guadeloupe et Sint-Maarten



Dr Sylvie Cassadou, Cire Antilles Guyane

La population de l'île de Saint-Martin (environ 68 000 habitants) est répartie de façon relativement équilibrée entre sa partie française et sa partie néerlandaise et circule librement entre ces deux parties. Dans ce contexte, la Cire AG et le Sector Public Health, Social Development & Labor de Sint-Maarten ont progressivement mis en place des pratiques d'échanges d'informations concernant la surveillance épidémiologique de la dengue d'une part, et les investigations menées autour de signaux sanitaires d'autre part.

Concernant la surveillance épidémiologique de la dengue, la coopération se traduit par :

- l'adoption de stratégies communes de surveillance. Aujourd'hui, partie néerlandaise et partie française ont adopté les mêmes indicateurs de surveillance et les mêmes phases épidémiologiques caractérisant le risque épidémique ;
- l'échange de données correspondant à ces indicateurs : nombres hebdomadaires de cas cliniquement évocateurs de dengue, cas biologiquement confirmés, cas hospitalisés et sérotypes circulants. Les correspondants de Sint-Maarten sont également destinataires des points épidémiologiques élaborés pour la partie française de l'île et des bulletins de veille sanitaire de la Cire AG ;
- la participation des correspondants de Sint-Maarten au Comité d'expert des maladies infectieuses et émergentes des Iles du Nord, animé par la Cire AG, et au comité de gestion des épidémies de dengue animé par la délégation territoriale de l'ARS de Guadeloupe.

Concernant les échanges d'informations autour de signaux sanitaires, les critères de signalement réciproque, sans préjuger ou remettre en cause les principes du RSI, concernant les signaux présentant les caractères suivants : importance de l'impact en santé publique, caractère inattendu ou inhabituel, capacité d'extension à l'ensemble de l'île mais aussi caractère prioritaire de la problématique de santé publique correspondant à ce signal. Ainsi, fin 2010, des investigations complémentaires entre les deux parties de l'île ont été conduites et leurs résultats échangés, sur un cas de rougeole d'une part et sur un cas de légionellose d'autre part.

#### Encart n° 5 : Coopération transfrontalière entre le Brésil et la Guyane



Luisiane Carvalho, Cire Antilles Guyane

La Guyane française partage près de 730 km de frontière avec le Brésil ; frontière constituée en grande partie par le fleuve Oyapock. Des mouvements de population et des flux de marchandises, légaux ou illicites, ont lieu quotidiennement de part et d'autre du fleuve ; échanges qui, potentiellement, facilitent la diffusion de foyers épidémiques et leur extension au-delà de leur zone d'origine.

En août 2009, la Commission mixte transfrontalière Brésil-Guyane se réunissait à Macapá et décidait de la création du sous-groupe de travail en santé (GTS) à la frontière Brésil/Guyane. La première réunion du GTS s'est tenue les 8 et 9 décembre 2009 à Oiapoque et a été l'occasion d'officialiser le démarrage d'une coopération transfrontalière dans le champ de la veille sanitaire. Au cours de cette réunion, il a été notamment acté :

- la transmission sans délai de toute alerte sanitaire de portée transfrontalière (en dehors des USPPI) entre la Cire AG, l'ARS de Guyane et le CIEVS (Centro de informações estratégicas de vigilância em saúde) ;
- l'échange régulier de bulletins épidémiologiques relatifs à la situation de la dengue, du paludisme et de la grippe en Guyane et au Brésil, en particulier dans les états frontaliers brésiliens : depuis fin décembre 2010, ce sont plus de 40 bulletins ou rapports qui ont ainsi été transmis de part et d'autre de la frontière ;
- l'adoption d'une stratégie commune de lutte contre la dengue et le paludisme sur la base de l'*Integrated Management Strategy for dengue Prevention and Control* préconisée par l'OPS, avec pour ce faire la création d'une commission de veille sanitaire.

La deuxième réunion du GTS doit être organisée par l'ARS de Guyane en 2011. Elle sera l'occasion d'une part, de réaliser le bilan des échanges existants et d'autre part, de poursuivre les avancées en termes de coopération dans le champ de la veille sanitaire sur la base de la feuille de route arrêtée en décembre 2009.

## Encart n° 6 : Coopération transfrontalière entre la Guyane et le Surinam



Vanessa Ardillon, Cire Antilles Guyane

La distance frontalière entre le Guyane et le Surinam est de 510 km dont presque la moitié est couverte par le fleuve Maroni. De nombreux échanges ont lieu quotidiennement entre les deux pays via le fleuve. L'accès aux soins se fait dans des centres de santé qui sont situés de part et d'autre de la frontière. Tout comme avec la frontière brésilienne, ces échanges sont propices à la diffusion de foyers épidémiques et leur extension au-delà de leur pays d'origine.

Le point de départ de la coopération transfrontalière entre le Surinam et la Guyane en ce qui concerne la surveillance épidémiologique a été une réunion qui s'est tenue en novembre 2006 à Paramaribo concernant la surveillance et le contrôle du paludisme. L'objectif opérationnel de cette réunion était d'identifier les thématiques où une collaboration effective pouvait être développée. Cette réunion, organisée sous l'égide du Global fund, comptait les représentants français et surinamais dans les domaines de la santé publique, de la prise en charge médicale, de la lutte anti-vectorielle, de l'épidémiologie, de l'entomologie et des systèmes d'information géographique.

Sur le plan de la veille sanitaire, des échanges d'information ont été instaurés et progressivement renforcés entre le Suriname et la Guyane tant pour ce qui concerne les données de surveillance épidémiologique que sur les échanges relatifs aux signaux sanitaires de portée transfrontalière. Ainsi, chaque semaine, les données relatives aux cas de paludisme diagnostiqués dans les Centres délocalisées de prévention et de soins de Guyane de la zone frontalière sont transmises à l'unité d'épidémiologie du Bureau de Santé Publique du Surinam (BOG) et au représentant du programme National du Paludisme. Les différents bulletins (BVS) ou points épidémiologiques (PEP) sont également transmis de façon régulière. De façon réciproque, chaque mois, la Cire reçoit du BOG les données relatives aux différentes pathologies diagnostiquées à l'*Academic Hospital* ainsi que les données issues du programme National du Paludisme. Ces données peuvent alors être prises en compte dans l'évaluation de la situation épidémiologique qui est faite par la Cire AG concernant la zone frontalière du Maroni.

Plus récemment, les 2<sup>èmes</sup> Journées Interrégionales de Veille Sanitaire qui se sont tenues en octobre 2010 à Cayenne, ont été l'occasion d'inviter nos principaux interlocuteurs, afin qu'ils prennent part à ce véritable espace de discussion, d'échanges scientifiques et de structuration du dispositif régional de veille sanitaire.



Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région Antilles Guyane  
Tél. : 05 96 39 43 54 — Fax : 05 96 39 44 14  
Mail : philippe.quenel@ars.sante.fr

Guadeloupe	Guyane	Martinique
<b>Cire Antilles Guyane</b> Tél. : 05 90 99 49 54 / 49 07 Fax : 05 90 99 49 24 Mail : sylvie.cassadou@ars.sante.fr Mail : jean-loup.chappert@ars.sante.fr	<b>Cire Antilles Guyane</b> Tél. : 05 94 25 60 74 / 60 72 Fax : 0594 25 53 36 Mail : vanessa.ardillon@ars.sante.fr Mail : luisiane.carvalho@ars.sante.fr Mail : claude.flamand@ars.sante.fr	<b>Cire Antilles Guyane</b> Tél. : 05 96 39 43 54 Fax : 05 96 39 44 14 Mail : alain.blateau@ars.sante.fr Mail : martine.ledrans@ars.sante.fr Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr
<b>ARS/CVGS</b> Tél. : 05 90 99 49 27 Fax : 05 90 99 49 24 Mail : elisabeth.estrade@ars.sante.fr	<b>ARS/CVGS</b> Tél. : 05 94 25 60 70 Fax : 05 94 25 53 36 Mail : francoise.eltges@ars.sante.fr	<b>ARS/CVGS</b> Tél. : 05 96 39 42 48 Fax : 0596 39 44 26 Mail : dominique.meffre@ars.sante.fr

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

**Directeur de la publication** : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

**Rédacteur en chef** : Dr Philippe Quénéel, Coordonnateur scientifique de la Cire AG

**Maquettiste** : Claudine Suivant, Cire AG

**Comité de rédaction** : Vanessa Ardillon, Marie Barrau, Alain Blateau, Véronique Bousser, Luisiane Carvalho, Dr Sylvie Cassadou, Dr Jean-Loup Chappert, Martina Escher, Claude Flamand, Martine Ledrans, Dr Philippe Quénéel, Jacques Rosine.

**Diffusion** : Cire Antilles Guyane - Centre d'Affaires AGORA—Pointe des Grives. B.P. 656. 97261 Fort-de-France

Tél. : 596 (0)596 39 43 54 - Fax : 596 (0)596 39 44 14

<http://www.invs.sante.fr> — <http://www.ars.sante.fr>