



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

54^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

Point 4.1 de l'ordre du jour

OD350
1^{er} octobre 2015
Original : anglais

**PROGRAMME ET BUDGET DE L'OPS
2016-2017**

PROGRAMME ET BUDGET 2016-2017 DE L'OPS

Note d'introduction à l'intention du Conseil directeur

1. La proposition de Programme et budget (PB) 2016-2017 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) est présentée au 54^e Conseil directeur pour examen et approbation. Cette présentation constitue le quatrième et dernier cycle de consultations avec les États Membres dans le processus d'élaboration du Programme et budget. Le premier cycle a eu lieu dans le cadre du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) en mars 2015 ; le deuxième cycle a réuni les autorités sanitaires nationales à l'échelle nationale afin de prioriser les domaines programmatiques, définir des orientations sur les points de focalisation de la coopération technique et identifier les principales interventions ; le troisième cycle correspondait à la présentation et la discussion du document lors de la 156^e session du Comité exécutif en juin 2015.

2. Le Programme et budget 2016-2017 constitue le deuxième des trois programmes biennaux de travail pour la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Les orientations stratégiques et les grandes priorités en matière de leadership de l'Organisation sont fixées dans le cadre du Plan stratégique et restent constantes pendant six ans. Le PB s'articule autour des cadres programmatiques et de résultats – catégories, domaines programmatiques et résultats intermédiaires – définis dans le Plan stratégique de l'OPS ainsi que dans le douzième Programme général de travail de l'OMS. Dans le cadre du processus d'élaboration du PB, les réseaux des catégories et des domaines programmatiques ont formulé des résultats immédiats et les indicateurs correspondants (assortis de niveaux de référence et de cibles) spécifiques à l'exercice biennal. En s'appuyant sur les résultats obtenus en 2014-2015, la mise en œuvre intégrale du Programme et budget 2016-2017 permettra à la Région de progresser vers la réalisation des résultats intermédiaires et des objectifs du Plan stratégique.

3. En intégrant les enseignements tirés de l'exercice biennal 2014-2015, le PB 2016-2017 a été élaboré en suivant une approche du bas vers le haut qui impliquait des consultations avec les autorités nationales afin d'identifier les besoins et les priorités des pays, en particulier dans les pays clés – la Bolivie, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname. À la suite de ces consultations, les réseaux des catégories et des domaines programmatiques ont revu et consolidé les données communiquées par les pays pour s'assurer de l'alignement avec les priorités et les engagements à l'échelle régionale et mondiale.

4. Sur la base des besoins et des priorités identifiés, les ressources nécessaires pour le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), comme présenté dans le PB 2016-2017, se montent à US\$ 612,8 millions¹ pour les programmes de base. Ce chiffre représente une augmentation de \$49,7 millions, soit 8,8 %, par rapport au PB 2014-2015. La part de

¹ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

l'allocation de l'OMS aux Amériques sur le budget proposé s'élève à \$178,1 millions et a déjà été approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015.

5. L'augmentation budgétaire est nécessaire pour répondre aux priorités et mandats nouveaux et élargis. Un budget intégralement financé permettrait au BSP de répondre efficacement aux engagements régionaux et mondiaux, y compris : l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (résolution CD53.R14 [2014]), la santé dans toutes les politiques (résolution CD53.R2 [2014]), le programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) visant à éviter la mortalité maternelle, des nouveau-nés et des enfants évitable, les objectifs liés à la santé qui seront inclus dans le programme de développement pour l'après-2015, les plans d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) en réponse à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies, la stratégie et plan d'action à l'échelle régionale pour lutter contre la violence faite aux femmes élaborés en collaboration avec les États Membres, le renforcement des capacités pour la préparation, la surveillance et l'intervention comme énoncé dans le Règlement sanitaire international (2005), le comblement des lacunes du système de santé révélées par la flambée de maladie à virus Ebola et la lutte contre les menaces émergentes telles que le chikungunya, ainsi que le maintien de l'élan en vue de l'élimination des maladies transmissibles prioritaires dans la Région.

6. À mesure que les demandes programmatiques s'accroissent, le coût des biens et services nécessaires pour mettre en œuvre les activités de coopération technique et maintenir les activités au siège et dans les bureaux de pays augmente également en raison de l'inflation. D'après les projections du Fonds monétaire international, le taux d'inflation annuel moyen mondial est de 3,4 % au cours de la période 2013-2017 ; ce taux projeté est deux fois supérieur en Amérique latine et dans les Caraïbes. Si le budget de \$563,1 millions approuvé en 2013 pour la période 2014-2015 était ajusté pour tenir compte de l'inflation, ce chiffre dépasserait les \$600 millions en 2016. En s'efforçant d'utiliser l'augmentation budgétaire proposée de façon à renforcer et élargir les programmes techniques, comme convenu avec les États Membres, l'Organisation continuera à prendre toutes les mesures d'efficacité nécessaires pour absorber les augmentations de coûts dues à l'inflation.

7. Le tableau 2 du document sur le Programme et budget présente les augmentations pour chacune des cinq catégories programmatiques et pour la plupart des domaines programmatiques identifiés comme hautement prioritaires au cours de l'exercice de planification du bas vers le haut. L'augmentation budgétaire globale de \$49,7 millions comprend des augmentations dans les catégories techniques 1 à 5, et une légère réduction pour les fonctions essentielles dans la catégorie 6.

8. Le PB 2016-2017 proposé est présenté comme un budget intégré, spécifiant les besoins globaux en ressources pour l'exercice biennal, quelles que soient les sources de financement. La présentation d'un budget intégré permet à l'OPS de s'aligner sur une réforme significative de la gestion mise en œuvre au sein de l'OMS à partir du Programme et budget 2014-2015. L'approche de budget intégré consolide encore la

gestion fondée sur les résultats de l'OPS en veillant à ce que les résultats convenus avec les États Membres déterminent les besoins en ressources, et à ce que la planification ne soit pas segmentée en fonction des sources de fonds.

9. Conformément à l'approche de budget intégré, les États Membres approuveront les besoins totaux en ressources pour l'exercice biennal. Cela constitue une amélioration par rapport à la pratique passée consistant à définir les crédits uniquement pour la partie du Budget ordinaire, qui représente environ la moitié du budget global. En outre, l'approche de budget intégré confère aux États Membres une pleine appropriation du Programme et budget, et le BSP est ainsi pleinement responsable envers les États Membres pour toutes les ressources utilisées pour mettre en œuvre le Programme et budget. Une approche de budget intégré permet également une affectation plus stratégique des ressources sur une base flexible, assurant ainsi un meilleur alignement entre les différents programmes du budget et les financements.

10. Les principes et orientations de la politique budgétaire (2012) de l'OPS ont été appliqués à l'élaboration d'un Programme et budget intégré. Ainsi, au moins 40 % du montant total des besoins en ressources s'appliquent au niveau des pays. Cela est aussi conforme à l'engagement pris par l'Organisation de suivre une politique axée sur les pays.

11. Afin de mettre en œuvre un budget intégré, des amendements au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS sont nécessaires. Ils seront soumis pour examen au Conseil directeur dans le cadre d'un autre point de l'ordre du jour.

12. Le budget proposé sera financé par les contributions des États Membres de l'OPS (\$192,7 millions, croissance zéro en contributions brutes), les recettes diverses budgétisées (\$25,0 millions), d'autres sources composées essentiellement de contributions volontaires (\$216,9 millions, augmentation de 8,6 %) et l'allocation de l'OMS à la Région des Amériques (\$178,1 millions, augmentation de 8 % déjà approuvée).

Mesures à prendre par le Conseil directeur

13. Le Conseil directeur est invité à examiner le Programme et budget 2016-2017 et à envisager l'adoption des projets de résolution.

**PROGRAMME ET BUDGET DE L'OPS
2016-2017**

Organisation panaméricaine de la Santé

**Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé
pour les Amériques**

Septembre 2015

TABLE DES MATIÈRES

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| PRÉSENTATION GÉNÉRALE | |
| Gestion fondée sur les résultats..... | 9 |
| Approche du bas vers le haut..... | 10 |
| Priorisation des résultats des pays..... | 11 |
| Besoins en ressources financières..... | 15 |
| Financement du Programme et budget..... | 19 |
| | |
| CATÉGORIE 1 - MALADIES TRANSMISSIBLES | |
| Présentation générale de la catégorie..... | 22 |
| 1.1 VIH/sida et IST..... | 23 |
| 1.2 Tuberculose..... | 24 |
| 1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle..... | 25 |
| 1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques..... | 26 |
| 1.5 Maladies évitables par la vaccination..... | 27 |
| Besoins en ressources par domaine programmatique..... | 29 |
| | |
| CATÉGORIE 2 - MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET FACTEURS DE RISQUES | |
| Présentation générale de la catégorie..... | 30 |
| 2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risques..... | 31 |
| 2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives..... | 33 |
| 2.3 Violence et traumatismes..... | 34 |
| 2.4 Handicaps et réadaptation..... | 34 |
| 2.5 Nutrition..... | 35 |
| Besoins en ressources par domaine programmatique..... | 36 |
| | |
| CATÉGORIE 3 - DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET PROMOTION DE LA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE | |
| Présentation générale de la catégorie..... | 38 |
| 3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé généraliste..... | 38 |
| 3.2 Vieillesse et santé..... | 39 |
| 3.3 Parité, équité, droits de l'homme et origine ethnique..... | 39 |
| 3.4 Déterminants sociaux de la santé..... | 40 |
| 3.5 Santé et environnement..... | 42 |
| Besoins en ressources par domaine programmatique..... | 43 |

TABLE DES MATIÈRES (suite)

| | <i>Page</i> |
|---|-------------|
| CATÉGORIE 4 - SYSTÈMES DE SANTÉ | |
| Présentation générale de la catégorie..... | 44 |
| 4.1 Gouvernance et financement de la santé, politiques, stratégies et plans nationaux de la santé | 45 |
| 4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes | 46 |
| 4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire..... | 47 |
| 4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes..... | 48 |
| 4.5 Ressources humaines pour la santé..... | 50 |
| Besoins en ressources par domaine programmatique | 51 |
| CATÉGORIE 5 - PRÉPARATION, SURVEILLANCE ET INTERVENTION | |
| Présentation générale de la catégorie..... | 52 |
| 5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI) | 53 |
| 5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies | 54 |
| 5.3 Gestion des risques et crises d'urgence | 55 |
| 5.4 Salubrité des aliments | 56 |
| 5.5 Épidémie et intervention face à la crise | 57 |
| Besoins en ressources par domaine programmatique | 58 |
| CATÉGORIE 6 - SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS ESSENTIELLES | |
| Présentation générale de la catégorie..... | 59 |
| 6.1 Leadership et gouvernance | 60 |
| 6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques | 61 |
| 6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports | 63 |
| 6.4 Gestion et administration | 63 |
| 6.5 Communications stratégiques | 65 |
| Besoins en ressources par domaine programmatique | 65 |
| SUIVI ET RAPPORTS, EVALUATION, RESPONSABILISATION ET TRANSPARENCE | 67 |

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1. Le Programme et budget (PB) 2016-2017 de l'OPS constitue le deuxième des trois programmes de travail biennaux requis pour appuyer la mise en œuvre du Plan stratégique (PS) 2014-2019 de l'OPS. Le Plan stratégique analyse de manière approfondie le contexte socio-économique de la Région, y compris les améliorations de la situation sanitaire dans les pays et les lacunes qui subsistent pour atteindre les cibles des résultats intermédiaires de la santé, ainsi que les questions de santé publique actuelles et émergentes. Afin de s'acquitter des mandats de l'Organisation et d'aider les États Membres à atteindre les cibles sur six ans définies dans le Plan stratégique, les activités de l'OPS sont structurées en 6 catégories programmatiques et 30 domaines programmatiques. Les 9 objectifs d'impact et les 30 résultats intermédiaires du Plan stratégique ne changent pas pendant la période de six ans du Plan.

2. Le Programme et budget (PB) 2016-2017 offre une occasion d'aligner davantage encore les allocations budgétaires et de ressources sur les priorités programmatiques au sein des catégories et domaines programmatiques. À cette fin, un processus itératif et consultatif a été suivi pour élaborer le Programme et budget 2016-2017, qui conjugue une approche du bas vers le haut guidée par les priorités de l'ensemble de la Région et les engagements approuvés par les États Membres dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS avec d'autres stratégies et plans régionaux approuvés par les Organes directeurs de l'OPS. Ce processus a consisté à formuler des résultats immédiats biennaux assortis d'indicateurs, de niveaux de référence et de cibles, à identifier des domaines programmatiques prioritaires au niveau national et infrarégional en consultation avec les autorités sanitaires et à estimer les ressources financières nécessaires dans l'ensemble du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour collaborer avec les États Membres afin d'atteindre les résultats immédiats définis pour l'exercice biennal. Les besoins en ressources obtenus au moyen de cette méthode d'établissement des coûts du bas vers le haut sont à la base de l'enveloppe budgétaire proposée.

3. Le total des ressources nécessaires pour les programmes de base a été estimé à \$612,8 millions.¹ Ce chiffre représente une augmentation de \$49,7 millions, soit 8,8 %, par rapport au Programme et budget 2014-2015 pour ces programmes. L'augmentation du budget proposée est nécessaire pour répondre aux mandats et priorités nouveaux et élargis, comme indiqué ci-après.

4. Le budget proposé permettra au BSP de répondre efficacement aux engagements régionaux et mondiaux en collaborant avec les États Membres afin de : *i*) protéger les acquis, *ii*) combler les lacunes qui subsistent et *iii*) relever les nouveaux défis de santé publique. La proposition de budget tient compte de la demande formulée par les États Membres de se concentrer sur les priorités et sur les domaines exigeant une attention supplémentaire, y compris : l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (résolution CD53.R14 [2014]), la santé dans toutes les politiques (résolution

¹ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

CD53.R2 [2014]), le programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) visant à mettre fin à la mortalité maternelle, des nouveau-nés et des enfants évitable, les objectifs liés à la santé qui seront inclus dans le programme de développement pour l'après-2015, les plans d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) en réponse à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies, la stratégie régionale et plan d'action pour lutter contre la violence faite aux femmes en cours d'élaboration en collaboration avec les États Membres, le renforcement des capacités pour la préparation, la surveillance et la réponse comme énoncé dans le Règlement sanitaire international (2005), le comblement des lacunes du système de santé révélées par la flambée de maladie à virus Ebola, la lutte contre les menaces émergentes telles que le chikungunya et la résistance aux antimicrobiens et le maintien de l'élan en vue de l'élimination des maladies transmissibles prioritaires dans la Région.

Gestion fondée sur les résultats

5. L'OPS continue de consolider son approche de gestion fondée sur les résultats pour la planification, la programmation, la budgétisation et le suivi de la performance. La chaîne de résultats approuvée pour la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 et des programmes et budgets connexes est illustrée à la figure 1.

6. Même si les objectifs d'impact et les résultats intermédiaires demeurent constants pendant la durée de six ans du Plan stratégique de l'OPS, les résultats immédiats sont définis dans chaque Programme et budget pour la mise en œuvre du Plan stratégique. Le BSP et les États Membres sont conjointement responsables de l'obtention des résultats immédiats, des résultats intermédiaires et des niveaux d'impact. Le BSP a élaboré le Système de suivi du Plan stratégique (*Strategic Plan Monitoring System [SPMS]*) pour faciliter l'évaluation des progrès en vue de la réalisation des résultats intermédiaires et immédiats à la fois par les États Membres et par le BSP.

7. Le Programme et budget 2016-2017 comprend 113 résultats immédiats au total, dont 8 nouveaux et 34 qui ont été actualisés par rapport à 2014-2015 ; la plupart (71) sont demeurés inchangés par rapport à 2014-2015. Les résultats immédiats nouveaux et actualisés se rapportent à des domaines nécessitant une attention constante au cours du nouvel exercice biennal et qui sont clés pour la réalisation des résultats intermédiaires du Plan stratégique alors que les résultats immédiats nouveaux et modifiés portent sur des interventions ou des domaines nouveaux qui nécessitent d'être mis davantage en avant. Il y a 137 indicateurs de résultats immédiats, assortis de niveaux de référence et de cibles pour mesurer la réalisation des résultats immédiats définis pour 2016-2017. Dans le cadre du processus d'élaboration du PB 2016-2017, la qualité des résultats immédiats et de leurs indicateurs a été améliorée conformément à l'approche de gestion fondée sur les résultats de l'Organisation. Par ailleurs, l'alignement des résultats immédiats et des indicateurs avec le Budget programme 2016-2017 de l'OMS a été amélioré. Cela permettra de documenter plus facilement la contribution de la Région aux résultats convenus à l'échelle mondiale.

8. Les intrants, les activités, et les produits et services sont spécifiques à chaque exercice biennal et seront définis au cours de la planification opérationnelle, une fois que le PB 2016-2017 sera approuvé.

Figure 1. Chaîne de résultats OPS/OMS, 2014-2019



Approche du bas vers le haut

9. S'appuyant sur l'expérience et les leçons tirées de l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et de son premier Programme et budget 2014-2015, l'élaboration du présent Programme et budget a approfondi l'approche du bas vers le haut pour la planification et la budgétisation. Des exercices de planification ont été menés dans l'ensemble de l'Organisation, au niveau national, infrarégional et régional, afin d'identifier les priorités et les besoins en ressources par résultat immédiat. Cela a été essentiel pour la définition de la portée, de l'orientation et du coût estimé de la coopération technique du BSP nécessaire par domaine programmatique pour 2016-2017. Les interventions à valeur ajoutée et clés de l'Organisation pour traiter des questions relevant de chaque domaine programmatique ont également été des considérations importantes.

10. Au niveau des pays, les représentations de l'OPS/OMS ont collaboré avec les autorités sanitaires nationales afin de planifier et de prioriser conjointement les activités à réaliser au cours du nouvel exercice biennal. L'identification des priorités a été guidée par les stratégies de coopération avec les pays (CCS), les stratégies et plans de santé nationaux, ainsi que la contribution du pays aux engagements énoncés dans le Plan

stratégique de l'OPS, les résolutions des Organes directeurs et les autres mandats de l'Organisation. De même, au niveau infrarégional, les priorités pour 2016-2017 ont été identifiées sur la base des stratégies de coopération infrarégionales (SCS), des programmes de santé infrarégionaux ou des plans infrarégionaux. Les priorités pour les entités du BSP au niveau régional ont été définies sur la base des fonctions et des responsabilités des différents départements et unités pour répondre aux engagements pris dans le Plan stratégique de l'OPS, dans les stratégies et les plans d'action régionaux, dans les résolutions des Organes directeurs et dans les autres mandats de l'Organisation. La collaboration interprogrammatique et interfonctionnelle pour traiter des priorités et des engagements pris aux trois niveaux de l'Organisation a été prise en compte dans le cadre des fonctions stratégiques, techniques et essentielles au niveau régional.

11. À la suite des exercices de planification et d'établissement des coûts réalisés aux trois niveaux fonctionnels, le Réseau des catégories et des domaines programmatiques (CPAN), composé d'équipes de gestion et techniques, a examiné et évalué les apports de toutes les entités du BSP pour assurer leur cohérence, leur alignement, leur faisabilité et leur pertinence pour s'acquitter des responsabilités du BSP en vue de réaliser les résultats immédiats définis dans le nouveau Programme et budget et leur contribution pour obtenir les résultats intermédiaires et les impacts définis dans le Plan stratégique 2014-2019. Le CPAN a aussi dirigé l'élaboration du contenu programmatique et des estimations de ressources pour le PB 2016-2017 par domaine programmatique et par catégorie, en tenant compte des priorités et des besoins en ressources identifiés aux trois niveaux de l'Organisation, et du Budget programme 2016-2017 de l'OMS (approuvé lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015). Le champ, les résultats intermédiaires, les résultats immédiats et les besoins en ressources par domaine programmatique et par catégorie sont présentés dans les sections avec le contenu détaillé des catégories ci-après.

12. Le système de suivi du Plan stratégique lancé par le BSP pour faciliter l'approche du bas vers le haut, a facilité l'identification des besoins en ressources par résultat immédiat. Le système de suivi a également facilité l'analyse et la consolidation du budget par domaine programmatique et par catégorie. Les informations tirées de cette étape du processus contribueront également à achever les plans opérationnels pour 2016-2017 une fois que le Programme et budget sera approuvé par le Conseil directeur.

13. L'approche du bas vers le haut pour l'élaboration du présent Programme et budget a débouché sur une proposition complète et réaliste reposant sur la consultation et la collaboration avec les États Membres et les équipes du BSP à travers les trois niveaux de l'Organisation. Cela devrait renforcer la responsabilité et l'engagement conjoints demandés par les États Membres, et par la Direction et le personnel à tous les niveaux du BSP, pour la mise en œuvre du Programme et budget 2016-2017.

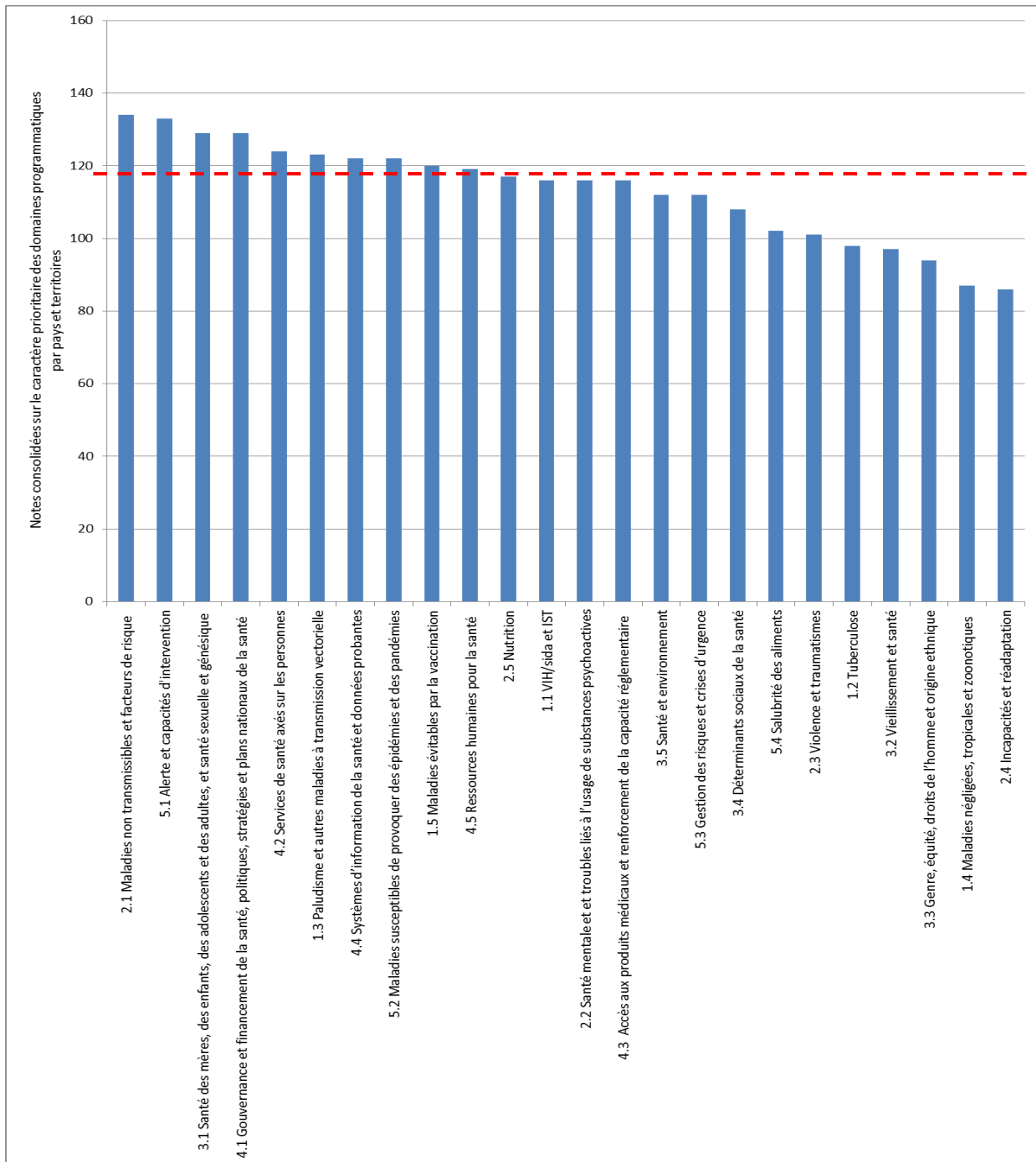
Priorisation des résultats des pays

14. Les figures 2, 3 et 4 présentent les résultats des exercices de priorisation qui ont fait partie des consultations avec 50 pays et territoires dans l'ensemble de la Région. Dans le cadre de cet exercice, les pays et territoires ont été invités à : i) noter les

domaines programmatiques devant se voir accorder une importance élevée, moyenne ou faible en 2016-2017, *ii*) indiquer comment la coopération technique de l'OPS/OMS devrait être orientée au cours de l'exercice biennal (c'est-à-dire protéger les acquis, remédier aux lacunes ou relever les nouveaux défis) et *iii*) faire part de leurs commentaires sur le type de coopération technique nécessaire pour traiter des questions dans le cadre de chaque domaine programmatique (à savoir, politique, stratégique ou technique).

15. La figure 2 présente les résultats cumulés de la notation des domaines programmatiques par pays et territoires. Les domaines programmatiques qui se sont vu attribuer les notes les plus élevées, dans l'ordre de classement, comprennent : 2.1 (maladies non transmissibles et facteurs de risque), 5.1 (RSI), 3.1 (Santé des mères, des enfants, des adolescents et des adultes), 4.1 (Gouvernance et financement de la santé, ce qui inclut l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle), 4.2 (Services de santé axés sur les personnes), 1.3 (Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle), 4.4 (Systèmes d'information de la santé et données probantes), 5.2 (Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies), 1.5 (Vaccination), 4.5 (Ressources humaines pour la santé). Les résultats de cet exercice montrent un grand alignement avec les résultats de l'exercice de priorisation du Plan stratégique 2014-2019 (effectué en 2013), en particulier en ce qui concerne les domaines programmatiques ayant reçu des notes élevée dans les catégories 1, 2, 3 et 5. Il convient de noter que pour 2016-2017, les pays et territoires demandent que l'accent soit davantage mis sur tous les domaines programmatiques de la catégorie 4 (Systèmes de santé), ce qui est conforme à la stratégie de l'OPS approuvée récemment en matière d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle, et avec l'élan constaté dans les États Membres pour atteindre les objectifs de cette stratégie.

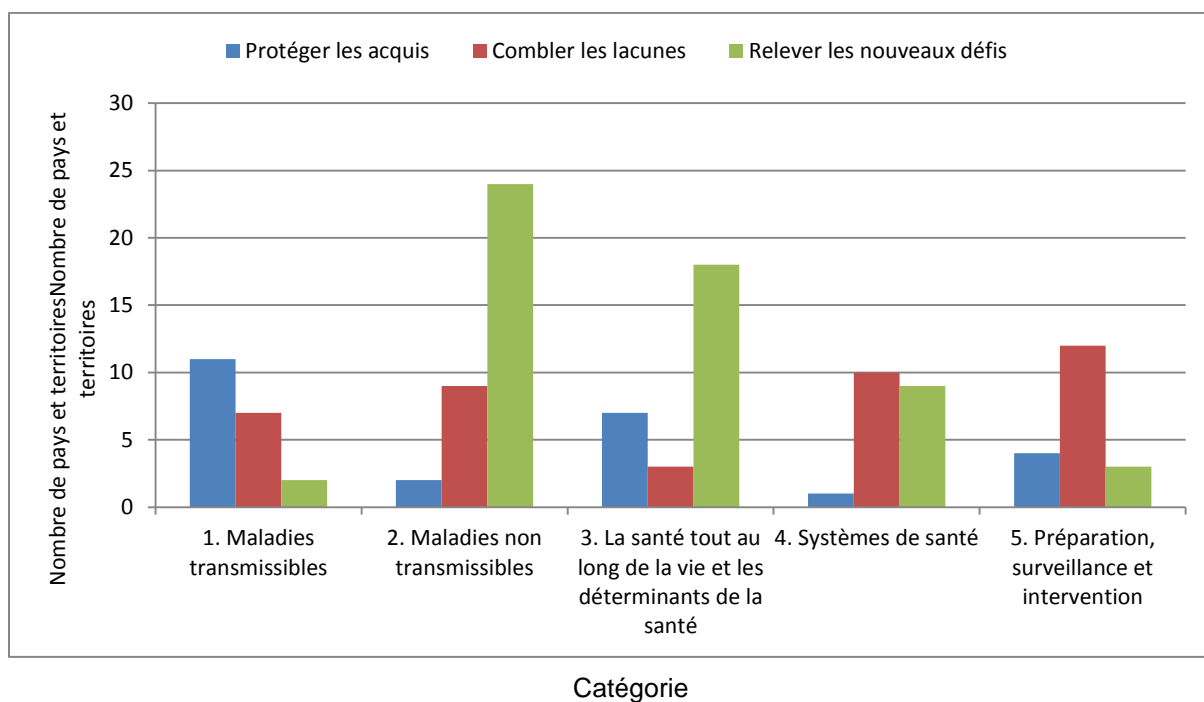
Figure 2. Notes accordées à l'importance des domaines programmatiques par pays et territoires pour 2016-2017



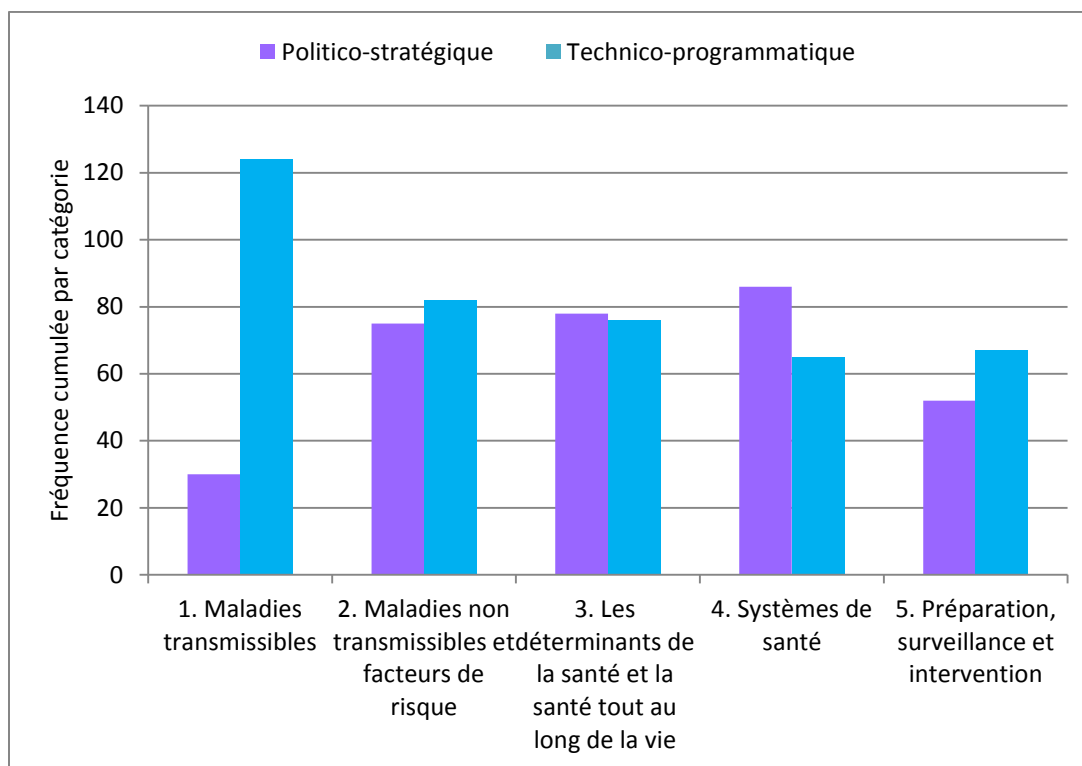
16. La figure 3 montre l'orientation de la coopération technique de l'OPS/OMS, par catégorie, pour 2016-2017. L'alignement étroit entre le champ d'application, les progrès réalisés dans les cinq catégories programmatiques dans la Région et le type de coopération attendue par les États Membres de l'OPS/OMS mérite d'être souligné. Par exemple, l'orientation requise pour les catégories 2 et 3 est fortement concentrée sur la

nécessité de relever les nouveaux défis, dans le droit fil des questions complexes et multidisciplinaires liées aux maladies non transmissibles et aux facteurs de risque, et sur les déterminants de la santé dans ces catégories. À l'inverse, la catégorie 1 est orientée vers la protection des acquis et la nécessité de combler les lacunes, ce qui est cohérent avec le travail en cours pour le contrôle, la prévention et l'élimination des maladies prioritaires dans la Région. Dans la catégorie 4, une approche combinée pour combler les lacunes et relever les nouveaux défis est compatible avec la réalisation de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. Dans la catégorie 5, l'accent est mis sur la nécessité de combler les lacunes en matière de préparation, de surveillance et d'intervention.

Figure 3. Orientation de la coopération technique, par catégorie, pour 2016-2017



17. La figure 4 illustre la nature de la coopération technique qui est indiquée par les États Membres comme nécessaire, par catégorie. Le degré d'importance politico-stratégique et technico-programmatique accordé à chaque catégorie est compatible avec les approches et les interventions nécessaires pour tenir compte de la nature des défis programmatiques dans chacune des catégories.

Figure 4. Type de coopération technique, par catégorie, pour 2016-2017

Besoins en ressources financières

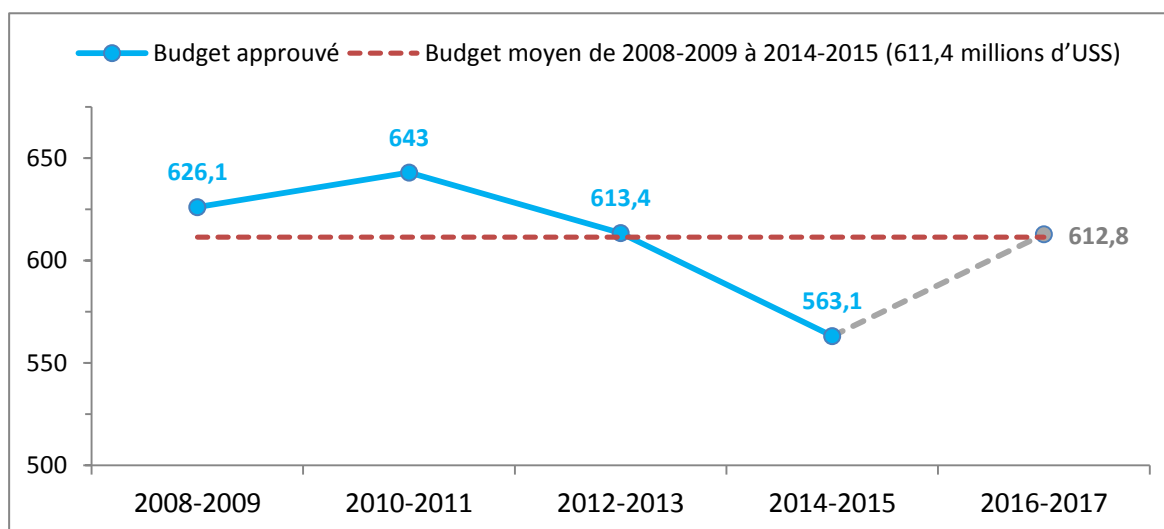
18. Les besoins en ressources financières de \$612,8 millions pour les programmes de base ont été estimés par les entités organisationnelles à tous les niveaux de l'Organisation selon un processus d'évaluation du bas vers le haut du coût des résultats immédiats biennaux. Ces montants comprennent les coûts estimés des activités des programmes, du personnel et des autres ressources humaines, ainsi que les dépenses générales d'exploitation et les frais administratifs. Les besoins en ressources pour les programmes spéciaux et pour répondre aux urgences, ainsi que les initiatives parrainées par les gouvernements, ont été projetés sur la base des données historiques. Le tableau 1 compare les besoins en ressources pour 2016-2017 avec ceux de l'exercice 2014-2015 pour les trois segments budgétaires.

19. La figure 5 présente les tendances budgétaires depuis 2008-2009 jusqu'à l'exercice 2014-2015 ainsi que les besoins en ressources proposés pour l'exercice 2016-2017. La ligne rouge sur la figure représente le budget moyen (\$611,4 millions) sur la base des quatre derniers exercices, de 2008-2009 à 2014-2015. La figure montre aussi une réduction du budget de \$50,3 millions (8,2 %) en 2014-2015, par rapport à 2012-2013.

**Tableau 1. Besoins en ressources par segment budgétaire
(en millions de dollars de États-Unis))**

| Segment budgétaire | Budget approuvé 2014-2015 | Budget proposé 2016-2017 | Augmentation (Réduction) |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Programmes de base | 563,1 | 612,8 | 49,7 |
| Programmes spéciaux et réponse aux urgences | 22,0 | 35,0 | 13,0 |
| Initiatives parrainées par les gouvernements | 300,0 | 990,0 | 690,0 |

**Figure 5. Tendances budgétaires pour les programmes de base
(en millions de dollars des États-Unis)**



20. Le tableau 2 présente les besoins en ressources par catégories et domaines programmatiques sur la base des estimations du bas vers le haut pour 2016-2017, ainsi que les augmentations ou réductions par rapport à l'exercice 2014-2015. L'augmentation du budget global de \$49,7 millions reflète les augmentations des catégories techniques 1 à 5 et une légère réduction dans la catégorie 6. Certaines augmentations reflètent des mandats et des engagements nouveaux ou élargis, comme ceux qui ont trait aux maladies non transmissibles (domaine programmatique 3.1) et à la résistance aux antimicrobiens (domaine programmatique 5.2). La légère réduction globale de la catégorie 6 résulte d'économies liées à une meilleure efficacité. Les réaffectations importantes de budget au sein de cette catégorie résultent d'un réalignement au sein de ses domaines programmatiques. Ce réalignement reflète mieux les coûts à la fois des fonctions essentielles institutionnelles et de la présence dans les pays, en particulier en matière de gestion et d'administration (domaine programmatique 6.4). Dans tous les cas, les chiffres pour 2016-2017 sont le fruit de l'exercice de planification et d'établissement des coûts du bas vers le haut et sont donc plus robustes que les chiffres de 2014-2015, davantage tirés d'estimations fondées sur des données historiques.

**Tableau 2. Budget par catégorie et domaine programmatique
(en dollars des États-Unis)²**

| Catégorie/Domaine programmatique | Budget approuvé 2014-2015 | Budget proposé 2016-2017 | Augmentation (Réduction) |
|--|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Maladies transmissibles | 86 812 000 | 102 389 000 | 15 577 000 |
| 1.1 VIH/sida et IST | 15 732 000 | 15 511 000 | (221 000) |
| 1.2 Tuberculose | 3 864 000 | 7 266 000 | 3 402 000 |
| 1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas) | 7 543 000 | 19 452 000 | 11 909 000 |
| 1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques | 11 480 000 | 13 428 000 | 1 948 000 |
| 1.5 Maladies à prévention vaccinale (y compris le maintien de l'éradication de la polio) | 48 193 000 | 46 732 000 | (1 461 000) |
| 2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque | 48 288 000 | 58 028 000 | 9 740 000 |
| 2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque | 20 963 000 | 29 944 000 | 8 981 000 |
| 2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives | 3 259 000 | 7 260 000 | 4 001 000 |
| 2.3 Violence et traumatismes | 7 585 000 | 6 183 000 | (1 402 000) |
| 2.4 Incapacités et réadaptation | 2 164 000 | 5 432 000 | 3 268 000 |
| 2.5 Nutrition | 14 317 000 | 9 209 000 | (5 108 000) |
| 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie | 80 783 000 | 81 242 000 | 459 000 |
| 3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique | 42 739 000 | 44 854 000 | 2 115 000 |
| 3.2 Vieillesse et santé | 1 681 000 | 2 671 000 | 990 000 |
| 3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique | 8 610 000 | 9 204 000 | 594 000 |
| 3.4 Déterminants sociaux de la santé | 11 555 000 | 12 034 000 | 479 000 |
| 3.5 Santé et environnement | 16 198 000 | 12 479 000 | (3 719 000) |
| 4. Systèmes de santé | 97 474 000 | 109 196 000 | 11 722 000 |
| 4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé | 11 947 000 | 17 401 000 | 5 454 000 |
| 4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes | 13 580 000 | 13 661 000 | 81 000 |
| 4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire | 22 901 000 | 24 725 000 | 1 824 000 |
| 4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes | 32 857 000 | 33 267 000 | 410 000 |
| 4.5 Ressources humaines pour la santé | 16 189 000 | 20 142 000 | 3 953 000 |
| 5. Préparation, surveillance et intervention | 46 385 000 | 59 811 000 | 13 426 000 |
| 5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI) | 9 854 000 | 9 887 000 | 33 000 |
| 5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies | 8 016 000 | 14 565 000 | 6 549 000 |
| 5.3 Gestion des risques et crises d'urgence | 18 980 000 | 30 337 000 | 11 357 000 |
| 5.4 Salubrité des aliments | 9 535 000 | 5 022 000 | (4 513 000) |

² Les chiffres détaillés du budget pour le scénario III (607 millions d'US\$) sont présentés à l'addendum I.

| Catégorie/Domaine programmatique | Budget approuvé 2014-2015 | Budget proposé 2016-2017 | Augmentation (Réduction) |
|--|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 6. Services institutionnels/fonctions essentielles | 203 358 000 | 202 134 000 | (1 224 000) |
| 6.1 Leadership et gouvernance | 58 467 000 | 46 500 000 | (11 967 000) |
| 6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques | 4 842 000 | 8 252 000 | 3 410 000 |
| 6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports | 49 544 000 | 24 034 000 | (25 510 000) |
| 6.4 Gestion et administration | 77 432 000 | 110 837 000 | 33 405 000 |
| 6.5 Communications stratégiques | 13 073 000 | 12 511 000 | (562 000) |
| Total partiel – Programme de base (Catégories 1-6) | 563 100 000 | 612 800 000 | 49 700 000 |
| Programmes spéciaux et urgences³ | | | |
| Maintien de l'éradication de la polio | -- | 1 200 000 | 1 200 000 |
| Programme pour l'éradication de la fièvre aphteuse | -- | 11 800 000 | 11 800 000 |
| Réponse à des flambées épidémiques et crises | 22 000 000 | 22 000 000 | 0 |
| Programme et budget - Total | 585 100 000 | 647 800 000 | 62 700 000 |
| Initiatives parrainées par les gouvernements ³ | 300 000 000 | 990 000 000 | 690 000 000 |

21. Le tableau 3 montre la proportion des besoins en ressources par programme technique par rapport au leadership et à la gouvernance, et aux services institutionnels/fonctions essentielles. Comme indiqué, 67 % (\$410,7 millions) du montant total des ressources sont nécessaires pour des programmes techniques au titre des catégories 1 à 5, 8 % (\$46,5 millions) pour le leadership et la gouvernance et 25 % (\$155,6 millions) pour les services institutionnels/fonctions essentielles qui soutiennent la mise en œuvre des programmes techniques.

Tableau 3. Proportion des besoins en ressources des programmes techniques, par rapport au leadership et à la gouvernance et aux services institutionnels/fonctions essentielles (en dollars des États-Unis)

| Catégorie/Domaine programmatique | Besoins en ressources | Pourcentage du total |
|--|-----------------------|----------------------|
| Programmes techniques (catégories 1-5) | 410,7 | 67 % |
| Leadership et gouvernance (domaine programmatique 6.1) | 46,5 | 8 % |
| Services institutionnels/Fonctions essentielles (domaines programmatiques 6.2 à 6.5) | 155,6 | 25 % |
| TOTAL | 612,8 | 100 % |

³ Ces composants sont exclus des programmes de base du Programme et budget en raison de la nature de leur financement.

Financement du Programme et budget

22. Le Programme et budget sera financé au moyen des contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS, des recettes diverses budgétisées, des autres sources de financement de l'OPS, y compris les contributions volontaires et des allocations de l'OMS à la Région des Amériques. La part proportionnelle de chacune des sources de financement est de 31 % pour les contributions fixées, 4 % pour les recettes diverses budgétisées, 36 % pour les autres sources de l'OPS et 29 % pour l'allocation de l'OMS aux Amériques. Le tableau 4 présente les niveaux de financement, par source de financement, pour le Programme et budget 2016-2017, par rapport à 2014-2015.

Tableau 4. Sources de financement du Programme et budget 2016-2017, par rapport à l'exercice 2014-2015 (en millions de dollars des États-Unis)

| Source de financement | 2014-2015 | 2016-2017 | Augmentation (Réduction) | Augmentation (Réduction) en pourcentage |
|---|--------------------|--------------------|--------------------------|---|
| Contributions fixées | 210 640 000 | 210 640 000 | 0 | 0 |
| Crédit provenant du Fonds de péréquation des impôts | (18 240 000) | (17 905 000) | 335 000 | (1,8) |
| Recettes diverses budgétisées | 6 000 000 | 25 000 000 | 19 000 000 | 316,7 |
| Autres sources | 199 800 000 | 216 973 000 | 17 173 000 | 8,6 |
| Allocation de l'OMS aux Amériques | 164 900 000 | 178 092 000 | 13 192 000 | 8,0 |
| TOTAL | 563 100 000 | 612 800 000 | 49 700 000 | 8,8 |

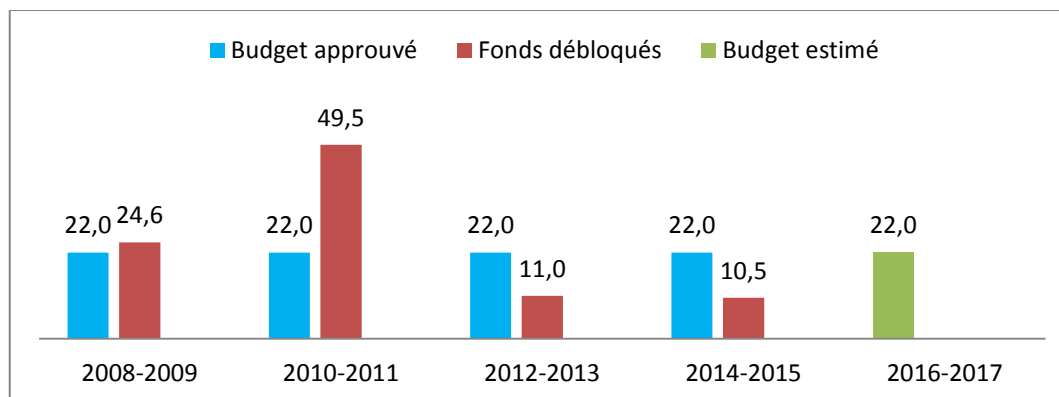
- a) **Contributions fixées des États Membres, des États participants et des Membres associés de l'OPS.** Le niveau proposé de financement des contributions fixées représente une croissance nominale zéro dans les contributions brutes des États Membres par rapport à la période 2014-2015. Cette proposition implique une plus grande dépendance sur d'autres sources de financement, y compris sur des contributions volontaires moins prévisibles.
- b) **Recettes diverses budgétisées** – le revenu tiré de l'investissement des liquidités excédentaires de l'Organisation. Le montant des recettes diverses budgétisées est de \$25,0 millions pour l'exercice biennal 2016-2017. Cette projection repose sur la rémunération des placements en 2014-2015 qui s'était traduite par des excédents budgétaires.
- c) **Autres sources de financement** – les autres sources de financement comprennent les contributions volontaires mobilisées par l'OPS, les revenus tirés des frais de soutien des programmes, et tout financement ponctuel utilisé pour mettre en

œuvre les programmes décrits dans le Programme et budget biennal. Les contributions volontaires sont habituellement affectées à des programmes ou projets spécifiques, mais le BSP s'efforcera de mobiliser et de constituer des fonds plus flexibles qui peuvent être utilisés pour financer des programmes qui n'attirent pas les contributions volontaires. Le budget 2014-2015 de l'OPS correspondant aux autres sources se montait à \$199,8 millions mais les projections pour 2016-2017 se montent à \$216,9 millions, soit une augmentation de \$17,2 millions, à savoir 8,6 %, par rapport à l'exercice 2014-2015.

- d) **Allocation du Programme et budget de l'Organisation mondiale de la Santé à la Région des Amériques.** Cette source de financement comprend les contributions fixées et volontaires, ainsi que des fonds spéciaux de l'Organisation mondiale de la Santé. Le montant de la composante OMS du Programme et budget 2016-2017 de l'OPS s'élève à \$178,1 millions pour les programmes de base, soit une augmentation de 8 % par rapport aux \$164,9 millions de l'exercice 2014-2015. Dans la présentation d'un budget intégré, l'OMS ne précise pas la portion de l'enveloppe budgétaire destinée à la Région des Amériques qui sera financée par les contributions fixées. L'allocation globale de l'OMS représente 29 % du Programme et budget de l'OPS pour les programmes de base.

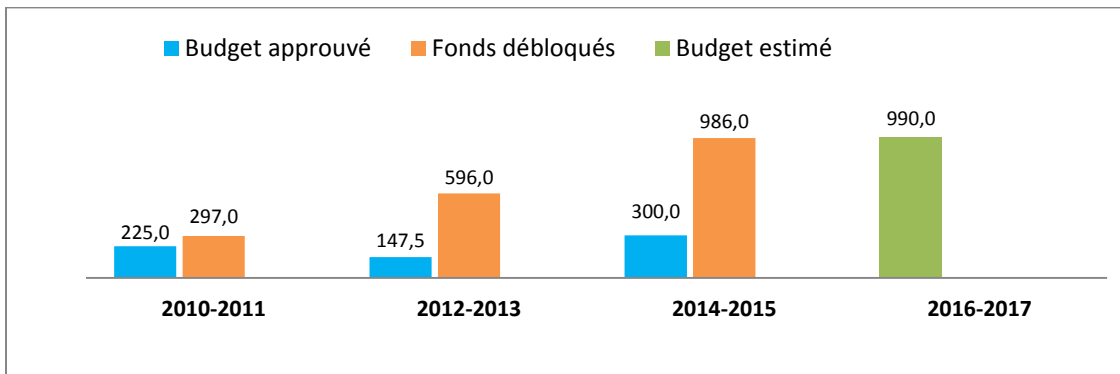
23. **La réponse aux situations d'urgence** comprend les besoins pour faire face aux flambées épidémiques et aux situations de crise résultant de catastrophes naturelles. Les besoins en ressources au titre de ce segment résultent d'événements et ne peuvent pas être raisonnablement estimés à l'avance. Néanmoins, l'Organisation a maintenu une estimation constante de \$22,0 millions par exercice biennal pour ce segment, et le même montant est proposé pour l'exercice 2016-2017. La figure 6 présente en détail le budget et les tendances de financement pour répondre aux situations d'urgence au cours des cinq derniers exercices biennaux.

Figure 6. Budget et tendances de financement pour répondre aux situations d'urgence (en millions de dollars des États-Unis)



24. **Les initiatives parrainées par le gouvernement** relèvent de programmes nationaux qui sont financés par des contributions volontaires nationales. Ce segment recouvre les besoins en ressources estimés pour les programmes de santé nationaux et les activités que les gouvernements des États Membres financent au sein de leurs frontières. Les contributions volontaires nationales figurent dans les états financiers du BSP, mais ne font pas partie du segment des programmes de base du Programme et budget. Plus d'une douzaine de gouvernements de la Région ont versé des contributions volontaires nationales au BSP en 2014-2015. Les chiffres budgétisés pour 2014-2015 de \$300 millions sont bien en-dessous de la somme de près d'\$1 milliard reçue durant l'exercice biennal, cela étant dû en grande partie au projet *Mais Médicos* au Brésil. Dans la mesure où ce programme devrait se poursuivre, les besoins en ressources dans le cadre de ce segment ont été estimés à \$990 millions pour l'exercice biennal 2016-2017.

Figure 7. Tendances des contributions nationales volontaires (en millions de dollars des États-Unis), par exercice biennal, de 2010-2011 à 2016-2017



CATÉGORIE 1 MALADIES TRANSMISSIBLES

Réduire le fardeau des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles et les hépatites virales, la tuberculose, le paludisme et autres maladies à transmission vectorielle, les maladies négligées, tropicales et zoonotiques et les maladies à prévention vaccinale.

Présentation générale de la catégorie

25. Les maladies transmissibles dans les pays en développement continuent d'être responsables en grande partie de la mauvaise santé des populations, mais ont également pour effet d'exacerber la pauvreté et les inégalités ; dans les pays développés, ces maladies font supporter un fardeau inutile aux économies et aux systèmes de santé ; pour la catégorie 1, le Programme et budget 2016-2017 s'appuiera sur le travail démarré pendant l'exercice précédent, qui vise à améliorer les aspects techniques des programmes, et s'attachera aussi à protéger les acquis de ces dernières années, à combler les lacunes existantes et à faire face aux nouveaux défis. Ces efforts collectifs visent à contrôler et éliminer les maladies de la pauvreté, à protéger les populations les plus à risque et vulnérables et à réduire les handicaps et prévenir les décès.

26. L'exercice 2016-2017 continuera à accorder la priorité à la lutte contre le paludisme, les autres maladies à transmission vectorielle et les maladies à prévention vaccinale dans les pays, ainsi qu'à la poursuite des activités alignées sur les engagements régionaux et mondiaux existants, tels que la stratégie de gestion intégrée actualisée pour la prévention et la lutte contre la dengue, le programme « Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : feuille de route pour la mise en œuvre » et le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* de l'OMS. Dans le droit fil des priorités nationales et régionales, le champ de cette catégorie sera élargi pour intégrer deux sujets techniques importants : les hépatites virales et la gestion intégrée des vecteurs pour traiter de la charge croissante de ces pathologies et d'autres maladies connexes. Un autre élément important au cours de cet exercice tient également à l'investissement continu dans les problèmes de santé tels que le VIH/sida, la tuberculose (TB), les maladies infectieuses négligées (par exemple, la lèpre, la rage) par le biais de l'adoption et/ou de l'adaptation de nouvelles stratégies (par exemple la Stratégie mondiale du secteur de la santé pour 2016-2021 portant sur le VIH/sida, la Stratégie mondiale et les cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 et la prochaine Stratégie mondiale 2016-2020 de l'OMS pour alléger encore le fardeau de la lèpre), et l'accent sera également mis sur le renforcement des capacités dans tous les domaines programmatiques dans les pays.

27. Enfin, les activités menées pendant l'exercice biennal 2016-2017 porteront sur les défis actuels identifiés au cours des évaluations organisationnelles, tels que les financements limités pour mettre en œuvre les plans d'action nationaux pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, les

revers dans la mise en œuvre et le suivi des stratégies nationales pour la prévention et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, un engagement de haut niveau insuffisant à poursuivre la lutte contre la rage et/ou son élimination de la part de certaines autorités nationales, la menace croissante de la résistance aux antimicrobiens et le maintien de taux de couverture vaccinale élevés (> 95 %) au niveau municipal et local.

1.1 VIH/sida et IST

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|-----------------------|
| 1.1 | Accès accru aux principales interventions pour la prévention et le traitement du VIH et des IST | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 1.1.1 | Les pays sont en mesure d'accroître la couverture des principales interventions contre le VIH grâce à une participation active au dialogue sur les politiques, à l'élaboration d'orientations et outils normatifs, à la diffusion d'informations stratégiques et à l'apport d'un soutien technique | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant une stratégie nationale de VIH/sida intégrant la prévention régionale et les cibles 90-90-90 | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 25 |
| 1.1.2 | Les pays sont en mesure d'intégrer les interventions et services de prévention, de surveillance, de diagnostic, de soins et de traitement pour les hépatites virales au sein du secteur de la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant une stratégie nationale ou un plan structuré relatif à la prévention, à la prise en charge et au traitement des hépatites virales | Référence (2015) 9 | Cible (2017) 12 |
| 1.1.3 | Adaptation et mise en œuvre des normes et standards les plus récents en matière de prévention et de traitement de l'infection à VIH pédiatrique et adulte, d'intégration du VIH et d'autres programmes de santé et de réduction des inégalités | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont adopté/adapté les lignes directrices de 2015 de l'OMS sur l'utilisation des thérapies antirétrovirales (ART) pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 15 |
| 1.1.4 | Les pays sont en mesure d'accroître la couverture des grandes infections sexuellement transmissibles (IST) au moyen d'une participation active au dialogue sur les politiques, de l'élaboration et l'actualisation d'orientations et outils normatifs, de la diffusion d'informations stratégiques et de l'apport d'un soutien technique | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays qui ont élaboré des stratégies nationales sur les IST conformément à la Stratégie mondiale du secteur de la santé pour les IST | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 5 |
| 1.1.5 | Mise en œuvre de plans d'action nationaux pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre un plan d'action national pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale | Référence (2015) 7 | Cible (2017) 22 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 1.1.A | Mettre en œuvre des stratégies liées au VIH alignées sur les quatre domaines prioritaires : <i>a)</i> renforcement et élargissement des programmes de prévention, de diagnostic, de traitement et de prise en charge, y compris ceux qui visent des co-infections et des comorbidités, <i>b)</i> élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, <i>c)</i> plaider en faveur de la mise en place de politiques et de priorités, ainsi que du renforcement des activités de sensibilisation des populations clés et traitant de la prévention, du diagnostic, de la prise en charge et du traitement et <i>d)</i> renforcement des systèmes d'information de la santé durables et de l'analyse et la diffusion de l'information. |
| 1.1.B | Donner des orientations aux pays pour l'élaboration et l'actualisation des plans stratégiques nationaux et des lignes directrices pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des IST. |
| 1.1.C | Renforcer la capacité des pays à élaborer des plans nationaux complets de prévention et de lutte contre les hépatites virales, y compris la surveillance et le suivi. |

1.2 Tuberculose

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------|-----------------------|
| 1.2 | Augmentation du nombre de malades atteints de tuberculose qui sont diagnostiqués et traités avec succès | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 1.2.1 | Mise en œuvre du plan régional et des cibles pour la prévention, la prise en charge et la lutte contre la tuberculose après 2015 conformément à la stratégie mondiale de l'OMS | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays qui ont fixé des cibles, dans leurs plans stratégiques nationaux, en termes de réduction de la mortalité et de l'incidence de la tuberculose conformément aux cibles définies dans le plan régional contre la tuberculose | Référence (2015) 3 | Cible (2017) 15 |
| 1.2.2 | Lignes directrices et outils techniques actualisés pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie mondiale et des cibles pour la prévention, la prise en charge et la lutte contre la tuberculose après 2015 conformément aux trois axes de la stratégie | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays qui ont adopté/adapté les outils techniques pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale contre la tuberculose | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 15 |
| 1.2.3 | Orientations et directives techniques actualisées pour renforcer la capacité des pays en matière de diagnostic précoce et de traitement des patients atteints de tuberculose multirésistante (MDR-TB) | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui appliquent les lignes directrices de l'OMS pour le diagnostic précoce et le traitement de la MDR-TB | Référence (2015) 25 | Cible (2017) 30 |
| 1.2.4 | Les pays sont en mesure d'intégrer la prise en charge de la co-infection tuberculose-VIH | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires intégrant la prise en charge de la co-infection tuberculose-VIH | Référence (2015) 3 | Cible (2017) 10 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 1.2.A | Continuer à renforcer le dépistage des cas de TB, le diagnostic précoce, la mise en œuvre de nouveaux outils de diagnostic rapide, un traitement adéquat, la lutte contre la tuberculose multirésistante, des activités de collaboration sur la TB/VIH, la participation communautaire et le plaidoyer pour que des ressources nationales supplémentaires soient engagées sur la tuberculose. |
| 1.2.B | Développer de nouvelles initiatives, telles que la lutte contre la tuberculose dans les grandes villes, l'élimination de la TB, et des stratégies spécifiques pour les populations à haut risque. |
| 1.2.C | Fournir des conseils et des outils pour l'adoption et la mise en œuvre de la nouvelle stratégie d'éradication de la TB. |

1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 1.3 | Capacité accrue des pays à élaborer et appliquer des plans, des programmes ou des stratégies pour la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination du paludisme et autres maladies à transmission vectorielle | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 1.3.1 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des plans stratégiques fondées sur des données probantes contre le paludisme, en mettant l'accent sur la couverture effective des interventions de lutte antivectorielle et les tests de diagnostic et le traitement, l'efficacité thérapeutique, et le suivi et la surveillance de la résistance aux insecticides par le biais du renforcement des capacités pour une plus grande réduction du paludisme | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays où le paludisme est endémique dans lesquels une évaluation des tendances du paludisme est réalisée à l'aide de systèmes de surveillance systématique | Référence (2015) 25 | Cible (2017) 25 |
| 1.3.2 | Mise à jour des recommandations, des orientations stratégiques et techniques sur la lutte antivectorielle, les tests de diagnostic, le traitement antipaludéen, la gestion intégrée des maladies fébriles, la surveillance et la détection épidémique et la réponse pour la réduction et l'élimination accélérées du paludisme | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires où le paludisme est endémique qui appliquent des stratégies visant à progresser vers l'élimination du paludisme sur la base des critères de l'OMS | Référence (2015) 18 | Cible (2017) 21 |
| 1.3.3 | Mise en œuvre de la nouvelle classification de la dengue de l'OPS/OMS pour améliorer le diagnostic et le traitement dans le cadre de la Stratégie actualisée de gestion intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue dans les Amériques (IMS-dengue) et de la Stratégie mondiale pour 2012-2020 de l'OMS | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires avec une IMS-dengue nationale ajustée dans le cadre de la stratégie actualisée IMS-dengue de 2015 de l'OPS/OMS, mettant l'accent sur la prise en charge des patients | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 16 |
| 1.3.4 | Mise en œuvre de la stratégie et du plan d'action pour la prévention et la lutte contre la maladie de Chagas, et la prise en charge des malades | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont mis en place des programmes de lutte intégrée contre la maladie de Chagas dans les unités territoriales endémiques où se produit la transmission | Référence (2015) 19 | Cible (2017) 21 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|--|---------------------------|-----------------------|
| 1.3.5 | Pays où la maladie est endémique en mesure de renforcer leur couverture et la qualité des soins pour les patients infectés par le <i>Trypanosoma cruzi</i> | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires où la maladie est endémique mettant en œuvre des plans d'action nationaux afin d'élargir la couverture et la qualité des soins pour les patients infectés par le <i>T. cruzi</i> | Référence (2015) 19 | Cible (2017) 21 |
| 1.3.6 | Mise en œuvre de la gestion intégrée des vecteurs (IVM) en mettant l'accent sur l'amélioration ou la contribution à la réalisation des cibles mondiales et régionales définies pour le contrôle, l'interruption et l'élimination des maladies à transmission vectorielle | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont mis en place un système pour opérer un suivi de la résistance aux insecticides utilisés dans la santé publique conformément aux lignes directrices de l'OPS/OMS | Référence (2015) 2 | Cible (2017) 8 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 1.3.A | Renforcer les efforts pour prévenir, contrôler et/ou éliminer le paludisme dans les zones où il est endémique et prévenir sa réintroduction dans les zones exemptes de paludisme. |
| 1.3.B | Renforcer les capacités nationales dans les domaines de la prévention, de la surveillance intégrale, des soins aux patients et de la détection précoce de la dengue, ainsi que pour la préparation et le contrôle des flambées de la maladie dans le cadre de la stratégie IMS-Dengue actualisée et de la Stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et la lutte contre la dengue, 2012-2020. |
| 1.3.C | Soutenir les efforts visant à éliminer la maladie de Chagas à transmission vectorielle et à améliorer l'identification, le diagnostic et le traitement des patients infectés. |
| 1.3.D | Renforcer l'entomologie dans la santé publique qui vise à générer des données probantes afin de mieux soutenir le contrôle, la prévention et l'élimination des maladies à transmission vectorielle prioritaires. |

1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|-----------------------|
| 1.4 | Capacité accrue des pays à élaborer et appliquer des plans, des programmes ou des stratégies pour la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination des maladies négligées, tropicales et zoonotiques | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 1.4.1 | Mise en œuvre et suivi de la feuille de route de l'OMS pour les maladies infectieuses négligées (MIN) au moyen du plan régional sur les MIN | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires d'endémie mettant en œuvre à l'échelle nationale ou infranationale un plan, un programme ou une stratégie pour réduire la charge des MIN prioritaires en fonction de leur situation épidémiologique, conformément à la feuille de route de l'OMS pour réduire le fardeau des maladies tropicales négligées (Agir plus vite pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : Feuille de route pour la mise en œuvre). | Référence (2015) 9 | Cible (2017) 14 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|---|---------------------------|-----------------------|
| 1.4.2 | Les pays d'endémie sont en mesure de mettre en place une surveillance intégrée de la leishmaniose dans les populations humaines | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires d'endémie qui ont intégré la surveillance de la leishmaniose humaine | Référence (2015) 9 | Cible (2017) 15 |
| 1.4.3 | Mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'OMS pour alléger encore le fardeau de la lèpre, 2016-2020 | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays à forte endémie de lèpre dans les Amériques en appliquant les lignes directrices de la Stratégie mondiale de l'OMS pour alléger encore le fardeau de la lèpre, 2016-2020 | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 10 |
| 1.4.4 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des plans d'action pour la prévention, la surveillance, le contrôle et l'élimination de la rage | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des plans d'action pour renforcer la prévention, la prophylaxie, la surveillance, le contrôle et l'élimination de la rage | Référence (2015) 33 | Cible (2017) 37 |
| 1.4.5 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des plans d'action visant à renforcer les programmes de prévention, de surveillance et de lutte contre les maladies zoonotiques | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des plans d'action pour renforcer les programmes de prévention, de surveillance et de lutte contre les zoonoses conformément aux normes internationales | Référence (2015) 15 | Cible (2017) 19 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 1.4.A | Élargir la prise en charge préventive, innovante et renforcée des maladies et l'accès aux médicaments essentiels pour les maladies négligées, tropicales et zoonotiques. |
| 1.4.B | Renforcer les capacités nationales de surveillance des maladies et le suivi en temps opportun des progrès vers la certification/vérification de l'élimination de certaines maladies négligées, tropicales et zoonotiques. |
| 1.4.C | Mettre en œuvre des stratégies solides pour la prévention, le contrôle et l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens. |
| 1.4.D | Mettre en place et/ou renforcer des mécanismes de coordination intersectorielle pour la gestion des risques de maladies zoonotiques. |

1.5 Maladies évitables par la vaccination

| Résultats intermédiaires (RIT) | |
|---------------------------------------|--|
| 1.5 | Augmentation de la couverture vaccinale pour les populations et communautés difficiles à atteindre et maintien du contrôle, de l'éradication et de l'élimination des maladies évitables par la vaccination |

| Résultats immédiats (RIM) | | | |
|----------------------------------|---|---------------------------|-----------------------|
| 1.5.1 | Mise en œuvre et suivi du Plan d'action pour la vaccination pour les Amériques, aligné sur le Plan d'action mondial pour les vaccins, afin d'atteindre les populations non vaccinées et sous-vaccinées | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant une couverture vaccinale du DTC3 < 95 % qui mettent en œuvre des stratégies dans le cadre de leurs plans nationaux de vaccination pour atteindre les populations non vaccinées et sous-vaccinées | Référence (2015) 23 | Cible (2017) 29 |
| 1.5.2 | Mise en œuvre du Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays qui ont atteint au moins quatre des six indicateurs de surveillance de la rougeole et de la rubéole | Référence (2015) 9 | Cible (2017) 16 |
| 1.5.3 | Les pays sont en mesure de générer des données probantes sur l'introduction de nouveaux vaccins | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires générant des données probantes à l'appui des décisions concernant l'introduction de nouveaux vaccins | Référence (2015) 14 | Cible (2017) 16 |
| 1.5.4 | Maintien des systèmes de surveillance régionale pour le suivi de la paralysie flasque aiguë (PFA) | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui respectent les trois indicateurs de surveillance de la PFA spécifiés | Référence (2015) 1 | Cible (2017) 10 |
| 1.5.5 | Mise en œuvre du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale (PEESP) | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays dans lesquels le vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 n'est plus utilisé pour la vaccination systématique | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 51 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 1.5.A | Fournir des conseils aux États Membres dans leurs efforts pour améliorer l'accès aux services de vaccination et atteindre une couverture >95 % dans toutes les municipalités, dans le contexte de la prestation des services de santé. |
| 1.5.B | Poursuivre les efforts pour maintenir la Région exempte de poliomyélite, de rougeole, de rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. |
| 1.5.C | Renforcer tous les niveaux de capacité de gestion et opérationnelle des programmes nationaux de vaccination des États Membres dans le cadre du plan d'action régional pour la vaccination. |
| 1.5.D | Renforcer la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination, la capacité des laboratoires et les systèmes d'information pour la vaccination en vue de promouvoir la prise de décisions fondée sur des données probantes à tous les niveaux. |
| 1.5.E | Assurer l'accès en temps opportun et ininterrompu à des vaccins et des fournitures associées de bonne qualité et à un coût abordable. |

Catégorie 1. Besoins en ressources par domaine programmatique

| Domaine programmatique | | Total (US\$) |
|---|---|--------------------|
| 1.1 | VIH/sida et IST | 15 511 000 |
| 1.2 | Tuberculose | 7 266 000 |
| 1.3 | Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle | 19 452 000 |
| 1.4 | Maladies négligées tropicales et zoonotiques | 13 428 000 |
| 1.5 | Maladies évitables par la vaccination | 46 732 000 |
| <i>Catégorie 1 - Total</i> | | 102 389 000 |
| <i>Maintien de l'éradication de la poliomyélite</i> | | 1 200 000 |

CATÉGORIE 2

MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET FACTEURS DE RISQUES

Réduire le fardeau des maladies non transmissibles, y compris les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète et les troubles mentaux, ainsi que le handicap, la violence et les traumatismes, en œuvrant sur la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et le suivi des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque.

Présentation générale de la catégorie

28. Les maladies non transmissibles (MNT) et leurs facteurs de risque, troubles de la santé mentale, traumatismes, violence et handicap, non seulement nuisent à la durabilité et à la couverture effective des systèmes de santé, mais menacent aussi le développement économique et social dans la Région et dans le monde entier. Les maladies non transmissibles sont actuellement à l'origine de 80,6 % de l'ensemble des décès dans la Région, et ce chiffre passe à 90,6 % si les décès dus à des traumatismes sont inclus. Parmi tous les décès liés aux MNT, 36 % se produisent prématurément (entre 30 et 70 ans) et touchent donc les groupes de population les plus productifs et leurs familles. La prévalence des troubles mentaux dans la Région se situe entre 18,7 % et 24,2 %, avec une absence de traitement d'environ 70 %. Les États Membres subissent les conséquences de cette épidémie silencieuse du fait de la perte de productivité, des pertes économiques occasionnées par les dépenses à la charge des patients et des jours de travail perdus, du fait de systèmes de santé non pérennes et inefficaces qui sont axés sur la maladie plutôt que sur la personne, du fait de l'augmentation des coûts pour les systèmes de santé et les économies qui mettent l'accent sur le traitement et la prise en charge plutôt que sur la prévention, du fait du manque d'accès aux traitements coûteux pour ceux qui n'ont pas les moyens et du fait des défis croissants que posent des pathologies telles que l'obésité.

29. La mortalité prématurée due à l'épidémie de maladies non transmissibles est évitable dans une très grande mesure étant donné que la plupart de ses causes sont les produits d'activités économiques et sociales humaines qui peuvent être modifiées, réduisant ainsi de façon rentable le fardeau des maladies et favorisant la santé et le bien-être. Quatre principaux facteurs de risque sont au cœur de cette épidémie : le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation et une activité physique insuffisante. Les conditions environnementales dans les écoles, sur le lieu de travail et dans les espaces publics, ainsi que l'urbanisation non planifiée, peuvent être modifiées afin de favoriser des habitudes de vie saines. Les États Membres de la Région ont manifesté leur désir de se concentrer de plus en plus sur ces questions et de participer à des efforts plus importants à l'échelle régionale, infrarégionale et nationale menés pour éradiquer cette épidémie dans une perspective multisectorielle. Les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, notamment la nutrition, ont été classés comme hautement prioritaires pour 2016-2017, lors des consultations menées par l'OPS avec les pays ; la santé mentale, la violence et les traumatismes se voient maintenant aussi accorder une haute priorité.

30. L'OPS, travaillant de pair avec d'autres organisations de divers secteurs, continuera de traiter du fardeau des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, ainsi que des autres pathologies qui figurent dans la catégorie 2. Celles-ci comprennent les quatre grandes maladies non transmissibles – à savoir, les maladies cardiovasculaires (notamment l'hypertension), le cancer, le diabète et les maladies pulmonaires chroniques –, les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles mentionnés précédemment, ainsi que l'obésité, les troubles de santé mentale, la violence et les traumatismes, le handicap et la réadaptation, et la nutrition. Le Programme et budget 2016-2017 de l'OPS continuera de mettre l'accent sur la nécessité de transformer les engagements politiques en actions techniques et stratégiques spécifiques que les États Membres peuvent mettre en œuvre au niveau national afin de voir se dessiner des tendances favorables dans la santé. Ces actions comprennent la mise en œuvre et l'opérationnalisation de plans nationaux, la création de mécanismes multisectoriels, le développement de capacités institutionnelles pour la mise en œuvre de politiques et de règlements pour la protection de la santé, le renforcement des capacités humaines, la mise en œuvre d'interventions rentables, l'offre de conseils sur la restructuration et l'intégration de services de santé qui mettent l'accent sur la prévention ainsi que sur le traitement et la prise en charge, et une focalisation sur l'intégration de la prévention et de la lutte contre ces maladies et leurs facteurs de risque dans les soins de santé primaires en suivant une approche tout au long de la vie. Toutes ces mesures seront soutenues en mettant en place ou en renforçant les systèmes de surveillance pouvant fournir les données probantes nécessaires pour assurer un suivi des progrès réalisés à l'échelle nationale et régionale. Les mesures mentionnées ci-dessus ainsi que d'autres approches spécifiques importantes sont appuyées par les divers mandats de l'OPS liés à cette catégorie.

2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risques

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------|-----------------------|
| 2.1 | Accès accru aux interventions visant à prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 2.1.1 | Les pays sont en mesure d'élaborer des politiques et des plans nationaux multisectoriels pour prévenir et lutter contre les maladies non transmissibles (MNT) et leurs facteurs de risque, conformément au plan d'action régional sur les maladies non transmissibles | | |
| | Indicateur RIM 2.1.1a : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des plans d'action nationaux multisectoriels de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque | Référence (2015) 20 | Cible (2017) 24 |
| | Indicateur RIM 2.1.1b : nombre de pays incluant les maladies non transmissibles dans le Cadre multisectoriel d'aide au développement des Nations Unies | Référence (2015) 7 | Cible (2017) 13 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|--|---------------------------|-----------------------|
| 2.1.2 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des interventions très rentables (« meilleurs achats ») afin de réduire les quatre facteurs de risque modifiables pour les maladies non transmissibles (tabagisme, alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool) | | |
| | Indicateur RIM 2.1.2a : nombre de pays ayant une politique nationale sur l'alcool qui comprend au moins une mesure axée sur la population conformément au Plan d'action régional/Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool | Référence (2015) 6 | Cible (2017) 12 |
| | Indicateur RIM 2.1.2b : nombre de pays mettant en œuvre des programmes « Rues ouvertes » pour promouvoir l'activité physique récréative | Référence (2015) 6 | Cible (2017) 11 |
| | Indicateur RIM 2.1.2c : nombre de pays appliquant des politiques favorisant la réduction des apports en sel dans la population | Référence (2015) 13 | Cible (2017) 20 |
| | Indicateur RIM 2.1.2d : nombre de pays respectant au moins cinq des indicateurs du Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents | Référence (2015) 2 | Cible (2017) 7 |
| | Indicateur RIM 2.1.2e : nombre de pays mettant en œuvre des politiques, des stratégies ou des législations conformes à la Convention-cadre pour la lutte antitabac | Référence (2015) 8 | Cible (2017) 12 |
| 2.1.3 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des stratégies pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des maladies respiratoires chroniques | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays qui ont des lignes directrices/protocoles/normes nationaux reconnus/approuvés par le gouvernement et fondés sur des données probantes pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des maladies respiratoires chroniques | Référence (2015) 23 | Cible (2017) 28 |
| 2.1.4 | Mise en œuvre d'un cadre de suivi pour rendre compte des progrès réalisés dans la concrétisation des engagements pris dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et dans le plan d'action mondial pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles de 2013 | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant des systèmes de surveillance et de suivi des maladies non transmissibles en place pour permettre la présentation de rapports réguliers sur les indicateurs liés aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque du Cadre de suivi mondial ainsi que sur les neuf cibles mondiales | Référence (2015) 8 | Cible (2017) 15 |
| 2.1.5 | Les pays sont en mesure d'améliorer leur surveillance de la maladie rénale chronique | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires disposant de dialyse de haute qualité et d'un registre de greffes pour les cas de maladie rénale chronique | Référence (2015) 10 | Cible (2017) 22 |

Interventions de coopération technique clés

| | |
|-------|--|
| 2.1.A | Renforcer les capacités nationales de mise en œuvre de politiques, programmes et services fondés sur des données probantes et rentables pour les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, pour la prévention primaire, le dépistage, la détection précoce, le diagnostic et le traitement. |
|-------|--|

| Interventions de coopération technique clés (suite) | |
|--|---|
| 2.1.B | Améliorer la capacité des pays en matière de surveillance et de suivi des maladies non transmissibles et des troubles de santé mentale et de leurs facteurs de risque à l'appui de la présentation de rapports sur les progrès réalisés sur le plan des engagements mondiaux et régionaux sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, la sécurité routière, les traumatismes et les troubles de santé mentale. |
| 2.1.C | Positionner les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque au sein des programmes et plans nationaux de développement multisectoriels, ainsi qu'au sein des Cadres d'aide au développement nationaux correspondants des Nations Unies. |

2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------|--------------------|
| 2.2 | Couverture de service accrue pour la santé mentale et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 2.2.1 | Les pays sont en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et plans nationaux conformes à la Stratégie régionale sur la santé mentale et au Plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020 | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont une politique ou un plan national pour la santé mentale conforme à la Stratégie régionale sur la santé mentale | Référence (2015) 26 | Cible (2017) 34 |
| 2.2.2 | Développement de services de santé mentale intégrés sur l'ensemble du cycle de promotion, de prévention, de traitement et de récupération au moyen de la sensibilisation, de meilleurs conseils, et d'outils | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont mis en place un programme visant à intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires à l'aide du Guide d'intervention du Plan d'action mondial sur la santé mentale | Référence (2015) 18 | Cible (2017) 25 |
| 2.2.3 | Les pays sont en mesure d'élargir et de renforcer les stratégies, les systèmes et les interventions pour les troubles liés à l'alcool et à l'utilisation d'autres substances psychoactives | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant des stratégies, des systèmes et des interventions élargis pour la prévention et le traitement des troubles dus à l'utilisation de substances et des pathologies associées | Référence (2015) 6 | Cible (2017) 12 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 2.2.A | Renforcer les capacités nationales pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de plans sur la santé mentale, l'alcool et l'utilisation de substances qui visent à intégrer les soins de santé mentale dans la santé générale, y compris la planification opérationnelle, le renforcement des capacités et l'attention portée à des programmes spéciaux tels que la prévention du suicide. |
| 2.2.B | Protéger et promouvoir les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux. |

2.3 Violence et traumatismes

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------|--------------------|
| 2.3 | Facteurs de risque réduits associés à la violence et aux traumatismes en mettant l'accent sur la sécurité routière, les traumatismes des enfants et la violence à l'encontre des enfants, des femmes et des jeunes | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 2.3.1 | Élaboration et mise en œuvre de programmes et de plans multisectoriels pour la prévention des traumatismes, en mettant l'accent sur la réalisation des cibles énoncées dans le cadre de la Décennie d'action pour la sécurité routière des Nations Unies (2011-2020) | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant des stratégies de sécurité routière financées | Référence (2015) 4 | Cible (2017) 10 |
| 2.3.2 | Les pays sont en mesure d'intégrer l'approche de la sécurité humaine dans les plans de santé existants dans le pays comme mécanisme pour prévenir la violence et les traumatismes conformément aux mandats mondiaux et régionaux | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays qui ont évalué le niveau de l'intégration de l'approche de la sécurité humaine dans au moins un programme de santé national existant, suivant le protocole de l'OPS | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 5 |
| 2.3.3 | Les pays sont en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole national pour la prestation de services de santé aux victimes d'un partenaire intime et de violence sexuelle conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2013 | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui créent ou ajustent les procédures opératoires normalisées/protocoles/lignes directrices nationaux sur la réponse du système santé aux victimes de violence conjugale et de violence sexuelle, conformément aux lignes directrices de l'OMS | Référence (2015) 4 | Cible (2017) 10 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 2.3.A | Renforcer la capacité des États Membres à développer la législation sur la sécurité routière et à améliorer sa mise en application, pour ce qui est des facteurs de risque et de prévention des traumatismes dus à des accidents de la circulation. |
| 2.3.B | Améliorer la qualité des données des États Membres sur les traumatismes dus à des accidents de la route afin que les informations sur la mortalité et la morbidité reflètent les caractéristiques des victimes. |
| 2.3.C | Renforcer la capacité des pays et territoires à mettre en œuvre des politiques et des programmes fondés sur des données probantes visant à prévenir et combattre la violence à l'égard des femmes, des enfants et des jeunes. |
| 2.3.D | Améliorer la qualité et l'utilisation des données sur la violence pour générer des politiques et des programmes fondés sur des données probantes. |

2.4 Handicaps et réadaptation

| Résultats intermédiaires (RIT) | |
|---------------------------------------|--|
| 2.4 | Accès accru aux services sociaux et de santé pour les personnes handicapées, y compris la prévention |

| Résultats immédiats (RIM) | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 2.4.1 | Mise en œuvre du Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap, 2014-2021, et de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement, conformément aux priorités nationales | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des programmes complets sur la santé et la réadaptation conformément au Plan d'action mondial relatif au handicap, 2014-2021, de l'OMS et de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le handicap et le développement | Référence (2015) 12 | Cible (2017) 18 |
| 2.4.2 | Les pays sont en mesure de renforcer la prévention et la prise en charge des maladies oculaires et auriculaires dans le cadre des systèmes de santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant mené à bien une évaluation des services nationaux de prise en charge des maladies oculaires conformément aux recommandations de l'OPS/OMS | Référence (2015) 3 | Cible (2017) 10 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 2.4.A | Renforcer les capacités au niveau national afin d'améliorer l'accès aux services de santé pour les personnes handicapées, y compris aux services de réadaptation/adaptation, investir dans des programmes pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées et recueillir des données sur les handicaps, et adopter des plans nationaux sur les handicaps. |
| 2.4.B | Renforcer la capacité des États Membres à élaborer des politiques, des plans et des programmes nationaux, fondés sur des données probantes, pour la santé oculaire, auriculaire et bucco-dentaire, et à accroître la couverture des services dans le cadre plus large des systèmes de santé. |

2.5 Nutrition

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|-----------------------|
| 2.5 | Facteurs de risque nutritionnels réduits | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 2.5.1 | Les pays sont en mesure d'élaborer, de mettre en œuvre et d'assurer un suivi des plans d'action fondés sur le plan de mise en œuvre intégrale de la nutrition des mères, des nouveau-nés et des jeunes enfants, prenant en considération le double fardeau de la malnutrition | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont adopté des plans d'action nationaux conformes au plan de mise en œuvre intégrale de la nutrition des mères, des nouveau-nés et des jeunes enfants | Référence (2015) 2 | Cible (2017) 3 |
| 2.5.2 | Normes et standards sur la promotion des objectifs alimentaires pour la population et interventions rentables pour répondre au double fardeau de la malnutrition, y compris des mesures et une législation favorable à des actions efficaces pour la nutrition élaborées pour des situations stables et des situations d'urgence | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des actions prioritaires pour protéger, promouvoir et appuyer les pratiques d'allaitement optimal | Référence (2015) 4 | Cible (2017) 12 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 2.5.A | Renforcer la base de données probantes pour des interventions de nutrition efficaces et l'élaboration et l'évaluation des politiques, règlements et programmes, fournir le leadership nécessaire, des connaissances pratiques et la capacité requise pour intensifier les actions et promouvoir des approches multisectorielles faisant intervenir les acteurs clés tels que les ministères de l'Éducation, de l'Agriculture et de l'Environnement. |
| 2.5.B | Renforcer la mise en œuvre effective du Plan d'action de l'OPS pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents, en mettant l'accent sur quatre lignes d'action, à savoir les soins de santé primaires et la promotion de l'allaitement maternel et d'une alimentation saine, l'amélioration des aliments à l'école et des cadres d'activité physique, les politiques budgétaires et la réglementation de la commercialisation et de l'étiquetage des aliments et d'autres actions multisectorielles. |

Catégorie 2. Besoins en ressources par domaine programmatique

| Domaine programmatique | | Total (US\$) |
|-----------------------------------|--|---------------------|
| 2.1 | Maladies non transmissibles et facteurs de risques | 29 944 000 |
| 2.2 | Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives | 7 260 000 |
| 2.3 | Violence et traumatismes | 6 183 000 |
| 2.4 | Handicaps et réadaptation | 5 432 000 |
| 2.5 | Nutrition | 9 209 000 |
| <i>Catégorie 2 - Total</i> | | 58 028 000 |

CATÉGORIE 3

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET PROMOTION DE LA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

Promouvoir la bonne santé aux étapes clés de la vie, en tenant compte de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et mettre en œuvre des approches fondées sur le genre, les origines ethniques, l'équité et les droits de l'homme.

Présentation générale de la catégorie

31. Bien que des progrès considérables aient été réalisés sur le plan de l'amélioration de la santé et de la réduction des inégalités dans la Région, des défis importants subsistent. Au cours de l'exercice biennal 2016-2017, la catégorie 3 mettra l'accent sur l'intensification des efforts visant à promouvoir la santé tout au long de la vie, en s'attachant à promouvoir la santé de la préconception jusqu'à la vieillesse. L'approche tout au long de la vie s'attache à examiner comment plusieurs déterminants interagissent et affectent la santé tout au long de la vie et à travers les générations. Le travail au cours de cet exercice biennal se concentrera sur le renforcement de cette approche dans le cadre de la santé dans toutes les politiques, de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle, et des thèmes transversaux.

32. Une vision tout au long de la vie est compatible avec bon nombre des objectifs de développement durable (ODD) du Programme de développement pour l'après-2015 — assurer des vies saines et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges, parvenir à l'égalité entre les hommes et les femmes, réduire les inégalités et promouvoir le développement durable. Pour atteindre ces objectifs, il est essentiel de promouvoir la santé tout au long de la vie dans le cadre des déterminants sociaux de la santé. En outre, se concentrer sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité de la santé au moyen d'actions politiques et communautaires a toujours été un élément central pour l'OPS et les activités de la Région. Par conséquent, traiter des questions d'équité, de caractère universel et d'inclusion sociale dans toutes les catégories programmatiques du Plan stratégique constitue un axe prioritaire pour l'exercice biennal 2016-2017 et au-delà.

33. Au cours de la période 2016-2017, afin de protéger les acquis de ces dernières années, de combler les lacunes existantes et de relever efficacement les nouveaux défis, l'OPS œuvrera en faveur d'une perspective plus intégrée en suivant une approche tout au long de la vie, continuera de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé, forgera de nouvelles alliances stratégiques et renforcera celles qui existent déjà, afin de contribuer à la réalisation des ODD, et continuera à renforcer les capacités institutionnelles et les compétences professionnelles dans tous les domaines programmatiques.

3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 3.1 | Accès accru aux interventions visant à améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 3.1.1 | Mise en œuvre du Plan d'action régional pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave, ainsi que de la Stratégie régionale et du Plan d'action pour la santé néonatale dans le cycle continu des soins des mères, des nouveau-nés et des jeunes enfants | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre un plan intégré sur la mortalité maternelle et périnatale conformément aux plans d'action régionaux sur la mortalité maternelle et la santé néonatale | Référence (2015) 19 | Cible (2017) 25 |
| 3.1.2 | Mise en œuvre de la Stratégie régionale et du Plan d'action pour la santé de l'enfant intégrée, en mettant l'accent sur les populations les plus vulnérables | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre une politique/stratégie ou un plan intégré à l'échelle nationale pour la santé néonatale et infantile conforme aux règlements et cadres juridiques | Référence (2015) 12 | Cible (2017) 15 |
| 3.1.3 | Mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé sexuelle et génésique, en se concentrant sur les besoins non couverts | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre les lignes directrices de l'OPS/OMS sur la planification familiale | Référence (2015) 22 | Cible (2017) 27 |
| 3.1.4 | Des recherches sont réalisées et des données probantes sont générées et synthétisées pour concevoir des interventions clés dans le domaine de la santé génésique, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et adulte, et d'autres pathologies et questions connexes | | |
| | Indicateur RIM : nombre d'études menées pour étayer la conception d'interventions nouvelles ou améliorées pour la santé génésique, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et adulte | Référence (2015) 10 | Cible (2017) 17 |
| 3.1.5 | Mise en œuvre du Plan d'action régional sur la santé des adolescents et des jeunes | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques ou des plans à l'échelle nationale liés à la santé globale de l'adolescent | Référence (2015) 12 | Cible (2017) 20 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 3.1.A | Des mandats mondiaux et régionaux afin de mettre en œuvre des plans sur la santé des femmes, maternelle, néonatale, infantile, adolescente et adulte seront les axes prioritaires au cours de l'exercice 2016-2017 et au-delà. Pour répondre à ces priorités, ce domaine programmatique mettra l'accent sur l'amélioration des informations stratégiques, en se focalisant sur les soins maternels et néonataux de qualité et universels, la mise en œuvre des lignes directrices et normes et le renforcement des capacités en ressources humaines. En outre, une priorité essentielle consistera à identifier les défis et les questions à inclure dans le programme régional, les politiques et la législation pour faciliter l'accès universel à la santé, et la mise en place et le renforcement d'alliances stratégiques afin de contribuer au programme des objectifs de développement durable. |

3.2 Vieillesse et santé

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|--------------------------------|--|------------------------|--------------------|
| 3.2 | Accès accru aux interventions en vue de permettre aux personnes âgées de continuer à mener une vie indépendante | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 3.2.1 | Mise en œuvre du Plan d'action régional sur la santé des personnes âgées, y compris les stratégies visant à promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé | | |
| | Indicateur RIM 3.2.1a : nombre de pays avec des plans, des politiques ou des stratégies de santé nationaux, qui incluent explicitement des actions pour répondre aux besoins des personnes âgées en matière de santé | Référence (2015) 11 | Cible (2017) 15 |
| | Indicateur RIM 3.2.1b : nombre de pays ayant au moins une municipalité mettant en œuvre le Programme de l'OMS pour un environnement favorable aux aînés | Référence (2015) 2 | Cible (2017) 8 |
| 3.2.2 | Les pays sont en mesure de fournir des services intégrés axés sur la personne dans tout le cycle des soins qui répondent aux besoins des femmes et des hommes âgés dans des environnements à revenus faibles, moyens et élevés | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires avec au moins un programme basé sur des données probantes d'auto-prise en charge pour les adultes âgés (60 ans et plus) vivant avec des pathologies chroniques multiples | Référence (2015) 2 | Cible (2017) 10 |
| 3.2.3 | Base de données probantes renforcée et mécanismes de suivi et d'évaluation mis en place pour traiter des grandes questions pertinentes pour la santé des personnes âgées | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui réalisent des activités de recherche nationales traitant des grandes questions pertinentes pour la santé des personnes âgées | Référence (2015) 11 | Cible (2017) 15 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|---|--|
| 3.2.A | Ce domaine programmatique mettra l'accent sur la mise en œuvre du Plan d'action régional sur la santé des personnes âgées, y compris le vieillissement actif et en bonne santé, en se concentrant spécifiquement sur les priorités suivantes : promouvoir l'intégration de la santé des personnes âgées dans les politiques publiques nationales, adapter les systèmes de santé afin de relever les défis associés au vieillissement, assurer des recyclages des ressources humaines travaillant dans les soins de santé primaires et la santé publique pour traiter des questions du vieillissement et renforcer les capacités d'information nécessaires afin de mettre en œuvre et d'évaluer des interventions dans le domaine de la santé et du vieillissement. |

3.3 Parité, équité, droits de l'homme et origine ethnique

| Résultats intermédiaires (RIT) | |
|--------------------------------|---|
| 3.3 | Capacité accrue des pays à intégrer le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique en matière de santé |

| Résultats immédiats (RIM) | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------|
| 3.3.1 | Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique intégrés dans les domaines programmatiques de l'OPS | | |
| | Indicateur RIM: proportion des domaines programmatiques de l'OPS qui intègrent le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique dans la planification opérationnelle | Référence (2015) 62 % | Cible (2017) 75 % |
| 3.3.2 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre et d'assurer un suivi des politiques/plans de la santé qui portent sur l'égalité hommes-femmes | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques ou des plans de santé qui portent sur l'égalité hommes-femmes | Référence (2015) 22 | Cible (2017) 30 |
| 3.3.3 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des politiques/plans et/ou des législations sur la santé qui portent sur les droits de l'homme | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires utilisant des normes des droits de l'homme pour formuler des politiques, des plans ou des législations | Référence (2015) 33 | Cible (2017) 35 |
| 3.3.4 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des politiques/plans sur la santé qui portent sur l'équité en matière de santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques/plans ou des législations sur la santé qui portent sur l'équité en matière de santé | Référence (2015) 12 | Cible (2017) 16 |
| 3.3.5 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des politiques/plans ou des législations sur la santé qui portent sur l'origine ethnique | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques/plans ou des législations sur la santé qui portent sur l'origine ethnique | Référence (2015) 18 | Cible (2017) 22 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 3.3.A | Ce domaine programmatique comprend les priorités suivantes : intégration du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'origine ethnique dans les activités, les politiques et les législations interprogrammatiques, renforcement des capacités sur le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique en ce qui concerne la santé, à l'aide de modalités existantes et nouvelles, le cas échéant, production et diffusion de données probantes, de méthodologies et d'autres documents techniques sur le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique dans le domaine de la santé. |

3.4 Déterminants sociaux de la santé

| Résultats intermédiaires (RIT) | |
|---------------------------------------|---|
| 3.4 | Leadership accru du secteur de la santé pour traiter des déterminants sociaux de la santé |

| Résultats immédiats (RIM) | | | |
|----------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 3.4.1 | Mise en œuvre de la Politique-cadre de la Santé pour tous de l’OMS pour l’Action dans les pays, y compris l’action intersectorielle et la participation sociale pour traiter des déterminants sociaux de la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre la Politique-cadre de la Santé pour tous pour l’action dans les pays | Référence (2015) 12 | Cible (2017) 18 |
| 3.4.2 | Les pays sont en mesure de générer des profils d’équité pour traiter des déterminants sociaux de la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires produisant des profils d’équité qui portent sur au moins deux des déterminants sociaux de la santé | Référence (2015) 9 | Cible (2017) 15 |
| 3.4.3 | Les pays sont en mesure de mettre à l’échelle les expériences locales à l’aide de stratégies de promotion de la santé pour réduire les inégalités dans la santé et renforcer la participation communautaire des réseaux de promotion de la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des stratégies de promotion de la santé pour réduire les inégalités dans la santé et renforcer la participation communautaire des réseaux de promotion de la santé | Référence (2015) 20 | Cible (2017) 22 |
| 3.4.4 | Les pays sont en mesure de traiter du programme de développement pour l’après-2015, en répondant aux déterminants sociaux de la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires intégrant la santé dans le programme de développement pour l’après-2015 dans leurs processus de planification nationale | Référence (2015) 10 | Cible (2017) 16 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 3.4.A | Les priorités pour ce domaine programmatique consisteront à mettre en œuvre les cinq piliers de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé adoptée par les États Membres à Rio de Janeiro, au Brésil, en 2011. Cette activité nécessitera de renforcer la gouvernance au moyen de partenariats avec les différents secteurs de la société afin de s’attaquer aux inégalités frappantes observées dans la Région des Amériques avec des actions concrètes et des politiques publiques basées sur le consensus, y compris la mise en œuvre du Plan d’action régional sur la santé dans toutes les politiques adopté par le 53 ^e Conseil directeur de l’OPS en 2014. Ce Plan d’action régional comprend 12 indicateurs de processus qui sont alignés sur la Déclaration politique de Rio ; à cette fin, parmi les actions prioritaires, il sera nécessaire de générer et documenter des données probantes sur la Santé dans toutes les politiques (HiAP) à des fins de plaidoyer de haut niveau en vue de renforcer encore la collaboration entre les différents secteurs, de renforcer les capacités sur la Santé dans toutes les politiques en utilisant le manuel rédigé par l’OMS à cet effet, qui sera déployé par trois des centres collaborateurs de l’OPS et de travailler avec le Réseau des municipalités en bonne santé et les Réseaux des écoles en bonne santé pour promouvoir le Plan d’action régional pour l’HiAP et opérer un suivi des progrès réalisés par les pays sur le plan de la mise en œuvre des politiques HiAP. De même, des activités renforcées de coopération technique seront réalisées afin de développer les capacités institutionnelles nationales pour le suivi des inégalités en matière de santé et de générer des profils actualisés d’équité dans la santé dans les pays. |

3.5 Santé et environnement

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 3.5 | Réduction des menaces environnementales et professionnelles en matière de santé | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 3.5.1 | Les pays sont en mesure d'évaluer les risques sanitaires et d'élaborer et mettre en œuvre des politiques, des stratégies et des règlements pour la prévention, l'atténuation et la gestion de l'impact sanitaire des risques environnementaux | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant des systèmes nationaux de suivi en place pour l'évaluation, le contrôle et le suivi des risques sanitaires résultant de contraintes liées à l'eau et l'assainissement | Référence (2015) 15 | Cible (2017) 24 |
| 3.5.2 | Les pays sont en mesure d'élaborer et d'appliquer des normes, des standards et des lignes directrices pour les risques environnementaux pour la santé et les avantages associés à la qualité de l'air et à la sécurité chimique | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant des normes nationales sur la qualité de l'air fondées sur les lignes directrices de l'OMS et des services de santé publique dans le domaine de la sécurité chimique | Référence (2015) 9 | Cible (2017) 12 |
| 3.5.3 | Les pays sont en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des législations, des plans et des programmes à l'échelle nationale sur la santé des travailleurs | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant une matrice d'exposition professionnelle cancérigène (CAREX) et des systèmes nationaux d'information sur les accidents du travail et les maladies professionnelles | Référence (2015) 8 | Cible (2017) 11 |
| 3.5.4 | Mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action sur le changement climatique de l'OPS/OMS | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre la stratégie, le plan d'action et les plans d'adaptation sur le changement climatique de l'OPS/OMS | Référence (2015) 18 | Cible (2017) 28 |
| 3.5.5 | Les pays sont en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des plans ou des programmes à l'échelle nationale pour réduire l'utilisation des combustibles solides pour cuisiner | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays mettant en œuvre des programmes à grande échelle pour remplacer les poêles de cuisson inefficaces par des modèles plus propres conformes aux lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'air à l'intérieur | Référence (2015) 2 | Cible (2017) 4 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 3.5.A | Tenant compte du nombre important de preuves scientifiques et d'engagements, accords et mandats mondiaux et régionaux sur les questions relatives à la santé environnementale/professionnelle, les priorités dans ce domaine sont les suivantes : a) accroître les capacités institutionnelles et les compétences professionnelles en santé environnementale et professionnelle, en particulier sur l'adaptation et l'atténuation aux changements climatiques, la pollution ambiante et de l'air intérieur, et sur la sécurité des substances chimiques et b) opérer un suivi de la mise en œuvre du plan d'action pour la santé des travailleurs, du plan d'action sur le changement climatique et des inégalités liées à la santé environnementale et professionnelle. |

Catégorie 3. Besoins en ressources par domaine programmatique

| Domaine programmatique | | Total (US\$) |
|-----------------------------------|---|-------------------|
| 3.1 | Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes, et santé sexuelle et santé génésique | 44 854 000 |
| 3.2 | Vieillesse et santé | 2 671 000 |
| 3.3 | Parité, équité, droits de l'homme et origine ethnique | 9 204 000 |
| 3.4 | Déterminants sociaux de la santé | 12 034 000 |
| 3.5 | Santé et environnement | 12 479 000 |
| <i>Catégorie 3 - Total</i> | | 81 242 000 |

CATÉGORIE 4 SYSTÈMES DE SANTÉ

Renforcement des systèmes de santé sur la base des soins primaires, accent mis sur la gouvernance et le financement de la santé en vue d'une réalisation progressive de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle, organisation de la prestation de services intégrés axés sur les personnes, promotion de l'accès à des technologies de la santé et de leur utilisation rationnelle, renforcement des systèmes d'information et de recherche de la santé et de l'intégration des données probantes dans les politiques de santé et les soins de santé, facilitation du transfert des connaissances et des technologies et développement des ressources humaines pour la santé.

Présentation générale de la catégorie

34. Des millions de personnes dans les Amériques n'ont pas accès à des services de santé complets qui leur permettraient de vivre en bonne santé et d'éviter les maladies. Actuellement, environ 30 % des personnes dans les Amériques ne sont pas en mesure d'avoir accès aux soins de santé pour des raisons financières et 21 % en raison d'obstacles géographiques. Les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité, les femmes, les enfants, les personnes âgées, les membres de la communauté LGBT, les migrants, les minorités ethniques et les personnes vivant dans la pauvreté sont les plus touchées par ce manque d'accès. Malgré les progrès réalisés à cet égard, la Région ne parviendra pas à atteindre la cible de l'OMD pour la réduction de la mortalité maternelle, et il existe des différences significatives sur le plan de la réduction de la mortalité infantile entre les pays. La réduction des inégalités dans la santé est rendue plus complexe du fait de l'émergence de nouveaux profils épidémiologiques et démographiques. La survenue simultanée de maladies transmissibles et non transmissibles (MNT), la violence (y compris la violence faite aux femmes), l'augmentation de l'espérance de vie et l'urbanisation exigent des réponses différentes et innovantes de la part des systèmes et des services de santé. Les maladies non transmissibles, principalement les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques, ainsi que leurs facteurs de risque communs (le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool), sont responsables de plus de 80 % des décès dans les Amériques. En 2012, la Région comptait plus de 100 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, un chiffre qui devrait doubler d'ici à 2020. On estime qu'entre 1999 et 2009, plus de 5,5 millions de personnes sont mortes de causes externes. La récente flambée de chikungunya dans la Région, la menace posée par la flambée d'Ebola en Afrique et les catastrophes naturelles ont mis en exergue la nécessité de renforcer les systèmes de santé afin de consolider la résilience.

35. Relever ces défis constitue le principal objectif de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* adoptée par les États Membres (document CD53/5, Rév. 2) lors du 53^e Conseil directeur de l'OPS en octobre 2014. Cette stratégie définit les conditions qui permettront aux pays de focaliser leurs politiques et de les évaluer, et de mesurer leurs progrès sur le plan de l'accès universel à la santé et de la

couverture sanitaire universelle. Elle reconnaît que chaque pays a la capacité d'établir son propre plan d'action, compte tenu de son propre contexte et des défis futurs sur le plan de la santé.

36. La mise en œuvre de cette stratégie constitue le domaine prioritaire de base des activités pour cette catégorie au cours de l'exercice 2016-2017.

37. Le Programme et budget 2016-2017 de l'OPS comprend les domaines prioritaires suivants : plaidoyers et alliances stratégiques pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, élaboration et mise en œuvre de plans d'action nationaux (feuilles de route) pour la promotion de l'accès et de la couverture universels, intégration des programmes prioritaires dans les systèmes et services de santé et caractère durable (en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles, le VIH, la tuberculose et la vaccination), élargissement de l'accès aux services pour les personnes dans des conditions de vulnérabilité, suivi et évaluation, préparation et réponse des systèmes de santé, renforcement des capacités, données probantes, coopération triangulaire et échanges d'expériences et communication. Le Programme et budget 2016-2017 répond aux priorités exprimées par les États Membres, parmi lesquelles les systèmes de santé sont jugés hautement prioritaire.

38. L'allocation à la catégorie de systèmes de santé au sein du Programme et budget 2016-2017 a augmenté de 10 % par rapport au budget approuvé pour 2014-2015. Cette augmentation correspond à la priorité accordée par les pays à l'évolution progressive vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et à la demande accrue de soutien technique aux États Membres, en particulier pour l'élaboration de plans, de politiques et de stratégies à l'échelle nationale alignés sur les lignes d'action stratégiques de la stratégie régionale d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle.

4.1 Gouvernance et financement de la santé, politiques, stratégies et plans nationaux de la santé

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 4.1 | Capacité nationale accrue pour parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle. | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 4.1.1 | Les pays sont en mesure d'élaborer des politiques, des stratégies et/ou des plans nationaux complets sur la santé, y compris l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont un plan ou une stratégie au niveau national sur le secteur de la santé avec des objectifs/cibles révisés définis au cours des cinq dernières années | Référence (2015) 14 | Cible (2017) 19 |
| 4.1.2 | Les pays sont en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies financières pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont des stratégies financières pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle | Référence (2015) 15 | Cible (2017) 21 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|--|--------------------------|-----------------------|
| 4.1.3 | Les pays sont en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des cadres législatifs et réglementaires pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont des cadres législatifs ou réglementaires pour appuyer l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle | Référence (2015) 7 | Cible (2017) 12 |
| 4.1.4 | Les pays sont en mesure d'opérer un suivi et une évaluation des indicateurs des systèmes et des services de santé liés à l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont analysé et ont fait rapport sur les progrès réalisés sur le plan de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle à l'aide du cadre de suivi et d'évaluation | Référence (2015) 4 | Cible (2017) 15 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 4.1.A | Au cours de la période 2016-2017, ce domaine programmatique soutiendra les pays dans leurs efforts visant à renforcer leurs systèmes de santé en mettant l'accent sur l'intendance et la gouvernance. Ce soutien visera la révision ou l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans nationaux sur la santé, y compris la composante de financement, d'une manière compatible avec la réalisation progressive de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, facilitera le dialogue social, l'action intersectorielle et le plaidoyer avec les ministères des Finances et d'autres institutions financières, le secteur privé et la société dans son ensemble, renforcera les fonctions de santé publique et appuiera le suivi et l'évaluation des progrès réalisés sur le plan de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Le BSP contribuera également à renforcer les cadres législatifs et réglementaires nécessaires pour soutenir les réformes qui sont en accord avec les efforts des pays pour avancer vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. |
| 4.1.B | Le BSP soutiendra le développement d'outils, de capacités et de données probantes, ainsi que le partage d'expériences pour traiter des questions de mise en œuvre identifiées par les pays dans des domaines clés du renforcement du système de santé, tels que la définition, l'établissement des coûts et la mise en œuvre de services complets devant être étendus progressivement, l'intégration des options de politiques pour réduire la segmentation et la fragmentation, l'augmentation des financements publics et des efficacités, et l'amélioration de la protection financière en matière de santé. |

4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 4.2 | Accès accru à des services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 4.2.1 | Options de politiques, outils et conseils techniques fournis aux pays afin d'améliorer la prestation de services intégrés axés sur les personnes et équitables et de renforcer les approches de santé publique | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des stratégies de réseau de prestation de services intégrés | Référence (2015) 14 | Cible (2017) 27 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|--|---------------------------|-----------------------|
| 4.2.2 | Les pays sont en mesure d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients conformément aux lignes directrices de l'OPS/OMS | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des stratégies et/ou des plans nationaux pour la qualité des soins et la sécurité des patients | Référence (2015) 12 | Cible (2017) 16 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 4.2.A | Au cours de l'exercice biennal 2016-2017, ce domaine programmatique se concentrera sur l'amélioration de l'accès aux services intégrés, axés sur les personnes, en particulier répondant aux besoins non satisfaits et destinés aux groupes dans des conditions de vulnérabilité. Cela se fera en apportant un soutien pour la mise en œuvre de l'Initiative des réseaux de prestation de services de santé intégrés (IHSDN), le Programme régional pour les hôpitaux dans les IHSDN et la politique et la stratégie régionales pour assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients, qui a été approuvé par le 27 ^e Conférence sanitaire panaméricaine en 2012, ce qui, en dernière analyse, contribuera à renforcer les systèmes basés sur les soins de santé primaires. L'accent sera mis sur les interventions qui visent à accroître la capacité de résolution au premier niveau de soins, l'intégration des programmes prioritaires (maladies non transmissibles, VIH, tuberculose) dans la prestation des soins de santé et le développement de programmes et d'interventions qui permettent aux personnes de mieux comprendre leurs droits et responsabilités en matière de santé et leur permettent de prendre une part active à leurs soins de santé. |
| 4.2.B | Le BSP soutiendra le développement d'outils, de capacités et de données probantes, ainsi que l'échange d'expériences, dans la mise en œuvre des questions critiques liées aux changements ou à la réorientation de la prestation des soins de santé, comme le modèle de soins, la gestion de la prestation des services et les mécanismes de paiement. |
| 4.2.C | Le BSP se concentrera particulièrement au cours de cet exercice biennal sur le développement des capacités pour la préparation et la réponse des systèmes de santé aux épidémies et aux catastrophes naturelles, contribuant ainsi à renforcer la résilience. |

4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|----------------------|
| 4.3 | Amélioration de l'accès à des médicaments, produits médicaux et technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité et à leur utilisation rationnelle | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 4.3.1 | Les pays sont en mesure de développer/actualiser, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques nationales pour un meilleur accès aux médicaments et aux autres technologies de la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires avec des politiques nationales sur l'accès, la qualité et l'utilisation de médicaments et d'autres technologies de la santé actualisées au cours des cinq dernières années | Référence (2015) 5 | Cible (2017) 8 |
| 4.3.2 | Mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires présentant des rapports sur les indicateurs d'accès et d'innovation au moyen de l'Observatoire de la plate-forme régionale de l'OPS sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé (PRAIS) | Référence (2015) 7 | Cible (2017) 9 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|---|---------------------------|-----------------------|
| 4.3.3 | Les pays sont en mesure d'évaluer leur capacité nationale de réglementation des médicaments et d'autres technologies de la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui ont effectué une évaluation de leurs fonctions réglementaires pour au moins trois des éléments suivants : médicaments, dispositifs médicaux, sécurité des radiations, sécurité transfusionnelle et greffe d'organes | Référence (2015) 11 | Cible (2017) 17 |
| 4.3.4 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre des processus et des mécanismes pour l'évaluation, l'intégration et la gestion des technologies de la santé, et pour l'utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant des mécanismes pour l'évaluation, l'intégration sur la base de données probantes, la sélection et la gestion des technologies de la santé, et l'utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé | Référence (2015) 7 | Cible (2017) 12 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 4.3.A | La priorité pour ce domaine programmatique consistera à favoriser l'accès à des médicaments et autres technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité et leur utilisation rationnelle par le biais de services de santé intégrés fondés sur les soins de santé primaires (SSP). Un soutien sera fourni pour renforcer la gouvernance et l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques nationales sur l'accès, la qualité et l'utilisation des médicaments et des autres technologies de la santé. Une coopération sera également apportée pour renforcer les capacités réglementaires des pays. Des activités de coopération supplémentaires permettront aux pays d'avoir accès à des technologies de la santé de qualité et abordables au moyen de mécanismes de passation de marchés régionaux, et de la Stratégie mondiale et du Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle de l'OMS. Enfin, ce domaine programmatique soutiendra le développement de processus et de mécanismes pour l'évaluation, l'intégration, la gestion et l'utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé. |

4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 4.4 | Tous les pays ont des systèmes d'information de la santé et des systèmes de recherche en matière de santé qui fonctionnent | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 4.4.1 | Suivi complet des situations, des tendances, des inégalités et des déterminants sanitaires mondiaux, régionaux et nationaux, à l'aide des normes mondiales, y compris la collecte et l'analyse de données pour combler les lacunes dans les données, et les évaluations de la performance des systèmes | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays qui produisent une évaluation complète de la situation et des tendances en matière la santé en 2016-2017 | Référence (2015) 14 | Cible (2017) 35 |
| 4.4.2 | Mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action régional sur la cybersanté | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre une stratégie de cybersanté | Référence (2015) 9 | Cible (2017) 21 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|---|----------------------------|------------------------|
| 4.4.3 | Mise en œuvre de la stratégie régionale de gestion des connaissances | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre la stratégie régionale de gestion des connaissances | Référence (2015) 6 | Cible (2017) 15 |
| 4.4.4 | Les pays sont en mesure de traiter des questions éthiques prioritaires liées à la santé publique et à la recherche pour la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant des mécanismes de responsabilisation pour examiner les activités de recherche ou intégrer l'éthique dans la santé publique | Référence (2015) 23 | Cible (2017) 28 |
| 4.4.5 | Mise en œuvre de la Politique régionale sur la recherche pour la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre la Politique régionale sur la recherche pour la santé | Référence (2015) 12 | Cible (2017) 18 |
| 4.4.6 | Les pays sont en mesure de renforcer leur capacité de générer et d'appliquer des données probantes scientifiques | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires intégrant les données probantes scientifiques dans les pratiques, les programmes ou les politiques à l'aide de méthodes normalisées | Référence (2015) 9 | Cible (2017) 12 |
| 4.4.7 | Les systèmes d'information de la santé de l'OPS seront améliorés pour faciliter l'analyse des informations fournies par les États Membres et le BSP facilitera le suivi des objectifs régionaux et nationaux, conformément aux engagements et aux mandats de l'Organisation | | |
| | Indicateur RIM : plateformes en place pour faciliter le suivi et les rapports sur les indicateurs d'impact du plan stratégique et les cibles de la santé des objectifs de développement durable (ODD) | Référence (2015) Non | Cible (2017) Oui |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 4.4.A | <p>Les informations sur la santé constituent un intrant clé qui étaye tous les aspects de l'action sanitaire, tels que la recherche, la planification, les opérations, la surveillance, le suivi et l'évaluation, et qui constitue un élément essentiel pour la hiérarchisation des priorités et la prise de décisions. Cela étant, des disparités subsistent entre les pays sur le plan de la couverture, de la fiabilité, de la rapidité et de la qualité des informations fournies par leurs systèmes d'information sur la santé. Les pays diffèrent également en termes de capacité à comprendre les causes des problèmes, les meilleures options disponibles pour y remédier et les stratégies de mise en œuvre d'interventions efficaces et efficientes.</p> <p>En outre, les normes et compétences analytiques pour la production et l'utilisation de la recherche pour la santé varient selon les populations. Améliorer les conditions de vie d'une population et réduire les inégalités dans les résultats de la santé de cette population exige de renforcer la capacité d'analyse des situations de santé, d'améliorer la production de données probantes et leur partage, et la traduction/application des résultats dans la pratique de la santé publique. Les résultats de la pratique de la santé publique devront faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation au moyen de certains indicateurs d'impact du Plan stratégique 2014-2019.</p> |
| 4.4.B | De plus en plus, les gouvernements reconnaissent que l'intégration de la cybersanté constitue une priorité pour le développement des systèmes de santé, et l'expérience montre que cela nécessite une action stratégique et intégrée au niveau national. Des données probantes scientifiques et d'autres formes de savoirs, tels que les informations sur la santé et leur intégration dans les processus décisionnels (par exemple les soins de santé fondés sur des données probantes, l'élaboration de politiques fondées sur des |

| Interventions de coopération technique clés (suite) | |
|--|---|
| 4.4.B (suite) | données probantes) à tous les niveaux du système de santé constituent des intrants essentiels. Le BSP continuera à formuler des lignes directrices et des outils, à renforcer les capacités, à produire des produits d'information multilingues et multi-formats, à offrir au personnel du BSP et aux professionnels de la santé nationaux un accès durable à des connaissances scientifiques et techniques actualisées, à autonomiser les patients grâce à des informations fiables, à gérer et soutenir les réseaux de connaissances et à traduire les données probantes dans les politiques et les pratiques. L'information sur la santé est considérée comme un droit fondamental. Un rôle plus actif dans la production et la diffusion des données probantes permettra de mieux guider les actions visant à améliorer la situation en matière de santé. |

4.5 Ressources humaines pour la santé

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|-----------------------|
| 4.5 | Disponibilité adéquate d'un personnel de santé compétent, culturellement approprié, bien réglementé et réparti et traité équitablement | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 4.5.1 | Les pays sont en mesure de développer et de mettre en œuvre des politiques et/ou des plans pour les ressources humaines de la santé (RHS) afin de parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant un plan d'action ou une stratégie alignés sur les politiques d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle | Référence (2015) 11 | Cible (2017) 18 |
| 4.5.2 | Pays qui mettent au point un système d'information sur les RHS avec une répartition du personnel de la santé, en particulier au niveau des soins de santé primaires | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui mettent au point un système d'information des RHS | Référence (2015) 6 | Cible (2017) 9 |
| 4.5.3 | Conseils techniques fournis aux établissements de santé universitaires et programmes pour la transformation de l'enseignement médical alignés sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle | | |
| | Indicateur RIM : nombre d'établissements universitaires ayant une mission sociale définie et des programmes réorientés vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle | Référence (2015) 5 | Cible (2017) 7 |
| 4.5.4 | Pays et territoires en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies novatrices afin d'améliorer le personnel dans les domaines de la santé publique, de la gestion et de la santé clinique | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires qui disposent de programmes de formation continue pour le personnel au moyen d'une plateforme du Campus virtuel pour la santé publique ou d'un réseau équivalent d'apprentissage en ligne | Référence (2015) 13 | Cible (2017) 19 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 4.5.A | Ce domaine programmatique concentrera ses activités sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de plans pour les ressources humaines pour la santé, afin de progresser sur le plan de l'accès universel et la couverture sanitaire universelle et de traiter des besoins de santé actuels et futurs de la population. |

| Interventions de coopération technique clés (suite) | |
|--|---|
| 4.5.A (suite) | Des conseils techniques seront fournis aux pays pour améliorer et renforcer le système d'information du personnel de santé. Une autre priorité clé consiste à travailler avec les établissements de santé universitaires pour appuyer la réorientation des programmes d'enseignement scientifique de la santé vers les soins de santé primaires. Enfin, les pays bénéficieront d'un appui pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies innovantes pour améliorer le personnel dans les domaines de la santé publique, de la gestion et de la santé clinique. |

Catégorie 4. Besoins en ressources par domaine programmatique

| Domaine programmatique | | Total (US\$) |
|-------------------------------|---|---------------------|
| 4.1 | Gouvernance et financement de la santé, politiques, stratégies et plans nationaux de la santé | 17 401 000 |
| 4.2 | Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes | 13 661 000 |
| 4.3 | Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire | 24 725 000 |
| 4.4 | Systèmes d'information de la santé et données probantes | 33 267 000 |
| 4.5 | Ressources humaines pour la santé | 20 142 000 |
| | Catégorie 4 - Total | 109 196 000 |

CATÉGORIE 5

PRÉPARATION, SURVEILLANCE ET INTERVENTION

Réduction de la mortalité, de la morbidité et des perturbations sociales résultant d'épidémies, de catastrophes, de conflits et d'urgences environnementales et liées à l'alimentation en mettant l'accent sur les activités de réduction des risques, de préparation, d'intervention et de relèvement qui renforcent la résilience et font appel à une approche multisectorielle pour contribuer à la sécurité sanitaire.

Présentation générale de la catégorie

39. En accomplissant son objectif premier consistant à prévenir les décès, les maladies et les handicaps résultant de situations d'urgence, cette catégorie se concentre sur le renforcement des capacités des pays pour la prévention, la réduction des risques, la préparation, la surveillance, la réponse et une récupération rapide face à tous les types de risques pour la santé humaine qui pourraient résulter de situations d'urgence ou de catastrophes. Les activités de cette catégorie ont principalement revêtu une importance technique/programmatique et politique/stratégique, et au cours de l'exercice biennal 2016-2017, le BSP continuera à travailler avec les États Membres et les autres parties prenantes pour préserver et, lorsque cela sera possible, améliorer les acquis sur le plan de la préparation, de la surveillance et des interventions, tout en comblant les lacunes identifiées et en relevant les nouveaux défis.

40. La priorité continuera d'être accordée au renforcement des capacités couvertes par les impératifs du Règlement sanitaire international (RSI, 2005). Les efforts redoubleront également pour accroître la prise de conscience politique concernant la pertinence de la prévention des infections et des programmes de contrôle, un domaine de la fonction essentielle 2 de la santé publique reconnue par le RSI, ainsi que la prévention de l'exposition à des contaminants dans la chaîne alimentaire, et la sécurité des nouvelles technologies. Une importance accrue sera également accordée à la résistance aux antimicrobiens par le biais de la mise en œuvre du plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens dans la Région des Amériques.

41. L'accent continuera à être mis sur l'élargissement et l'intégration d'une approche de gestion multirisque globale, efficace et efficiente face aux risques liés à des situations d'urgence, en s'appuyant sur les fonctions essentielles de santé publique, et qui englobe le BSP, les États Membres de l'OPS et la communauté internationale de la santé. Le BSP continuera également de renforcer sa capacité interne pour aider efficacement les pays dans la gestion des menaces aiguës de santé publique et rendra compte des progrès réalisés. Le Bureau améliorera encore ses mécanismes coordonnés d'alerte et d'intervention, y compris la capacité d'intervention, la gestion des événements de santé publique et le renforcement de la capacité opérationnelle à tout moment.

42. La coopération technique de l'OPS pour l'élaboration de politiques nationales globales et l'institutionnalisation des fonctions essentielles de santé publique, afin de contenir les risques de santé publique à leur source et de gérer les risques sanitaires liés à

des situations d'urgence, intégrera les éléments essentiels pour la consolidation de la résilience et la protection des populations, en tenant compte des principes de l'approche de la sécurité humaine et en mettant l'accent en particulier sur les populations les plus vulnérables. On s'attachera à tirer parti des partenariats existants et nouveaux pour la santé et des réseaux de gestion des catastrophes à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé, à favoriser la collaboration entre les pays et à s'appuyer sur les capacités et les expériences propres à chaque pays.

5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------|-----------------------|
| 5.1 | Tous les pays ont les capacités de base minimales requises par le Règlement sanitaire international (2005) pour l'alerte et l'intervention face à tous les risques | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 5.1.1 | Les pays sont en mesure de développer les capacités de base requises aux termes du Règlement sanitaire international (RSI, 2005) | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays bénéficiant d'une coopération technique directe leur permettant de mettre en place et de maintenir les capacités de base du RSI au cours de l'exercice biennal | Référence (2015) 13 | Cible (2017) 35 |
| 5.1.2 | Capacité de l'OPS à fournir des conseils de politiques fondés sur des données probantes et en temps opportun, une évaluation des risques, la gestion de l'information, et des communications pour toutes les urgences aiguës de santé publique pouvant avoir une portée internationale | | |
| | Indicateur RIM : Pourcentage d'urgences de santé publique pouvant avoir une portée internationale pour lesquelles des informations sont mises à disposition des points focaux nationaux du Règlement sanitaire international (RSI) dans la Région dans les 48 heures qui suivent l'achèvement de l'évaluation des risques | Référence (2015) 80 | Cible (2017) 80 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 5.1.A | En s'acquittant des mandats définis par le RSI et les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé, les activités viseront à appuyer les efforts des pays pour respecter leurs engagements de mettre en place et de maintenir les fonctions essentielles de santé publique – appelées capacités de base dans le RSI – et à opérer un suivi de l'état d'avancement de la mise en œuvre du RSI dans la Région. |
| 5.1.B | Le BSP continuera à développer sa capacité de coordination régionale des alertes et interventions et à fournir en temps opportun des évaluations des risques fondées sur des données probantes, une gestion des informations et des communications pour tous les événements aigus de santé publique. L'échange d'expériences entre les États Membres sera facilité, en vue d'accroître la rapidité et la transparence du partage d'informations liées à des événements de santé publique pouvant avoir une portée internationale et de renforcer les canaux de communication entre les points focaux nationaux (PFN) afin de renforcer les contacts internationaux. Le BSP soutiendra également le développement régional du Réseau mondial d'alerte et d'intervention (GOARN). |

5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|--------------------------------|--|--|-----------------------|
| 5.2 | Augmentation de la capacité de récupération des pays et de la préparation de façon adéquate pour mettre en place une intervention rapide, prévisible et efficace face aux grandes épidémies et pandémies | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 5.2.1 | Les pays sont en mesure d'améliorer les capacités de surveillance, de préparation et d'intervention face aux menaces d'épidémie et de pandémie, en mettant un accent particulier sur la mise en œuvre du Cadre de préparation à une pandémie de grippe | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant un système de surveillance pour la grippe sur la base des normes internationales | Référence (2015) 18 | Cible (2017) 20 |
| 5.2.2 | Les pays sont en mesure de disposer d'une capacité permanente pour la détection et la confirmation précoces de nouveaux pathogènes infectieux susceptibles de provoquer des épidémies | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant accès aux réseaux de laboratoires de santé publique établis qui ont de nouveaux protocoles normalisés pour la détection rapide de nouveaux pathogènes infectieux susceptibles de provoquer des épidémies | Référence (2015) sans objet (nouvel indicateur) | Cible (2017) 14 |
| 5.2.3 | Les pays sont en mesure de mettre en œuvre le plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens, en mettant l'accent en particulier sur la surveillance | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant un système de surveillance national apportant des données sur les tendances mondiales et le fardeau de la résistance aux antimicrobiens | Référence (2015) 0 | Cible (2017) 5 |
| 5.2.4 | Les pays sont en mesure d'avoir la capacité pour les analyses de risque des maladies zoonotiques émergentes | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays ayant des mécanismes d'analyse de risques pour les maladies émergentes et zoonotiques | Référence (2015) 15 | Cible (2017) 21 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|---|---|
| 5.2.A | Ce domaine programmatique se concentrera au cours de l'exercice biennal sur l'amélioration du partage des connaissances et des informations disponibles sur les maladies infectieuses émergentes et réémergentes, le renforcement de la surveillance et des interventions face aux épidémies et le travail au moyen de réseaux pour contribuer aux mécanismes et processus mondiaux, conformément aux dispositions du RSI. |
| 5.2.B | Le BSP aidera les pays à élaborer et maintenir les composantes pertinentes de leurs plans nationaux de préparation multirisques conçus pour répondre aux épidémies majeures, y compris la surveillance épidémiologique, le renforcement des laboratoires et le travail en réseau, les orientation pour la prise en charge des cas et le contrôle des infections et la coordination intersectorielle pour répondre aux besoins des populations marginalisées et des personnes en situation de vulnérabilité. |
| 5.2.C | Dans le cadre de ses efforts visant à faire face aux maladies épidémiques et pandémiques, l'OPS se centrera sur l'amélioration de la base de données probantes pour étayer les décisions nationales et internationales, contribuant ainsi à l'évaluation des risques en temps opportun, au suivi et aux enquêtes sur le terrain, et soutenant les pays tout au long du cycle de prévention, de préparation, d'intervention et de récupération pendant une épidémie afin de renforcer la résilience des pays. Des efforts seront |

| Interventions de coopération technique clés (suite) | |
|--|--|
| 5.2.C (suite) | également consacrés à la gestion des mécanismes régionaux pour faire face à la dimension internationale des maladies épidémiques, en mettant l'accent en particulier sur le Cadre de préparation à la grippe pandémique. |
| 5.2.D | L'OPS mettra en œuvre le plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens dans la Région des Amériques, complétant ainsi les travaux réalisés dans le cadre des programmes spécifiques à des maladies, comme le VIH, la tuberculose et le paludisme dans la catégorie 1, qui est également intégré dans d'autres départements. L'élaboration et la mise en œuvre du plan d'action mondial dans les Amériques est supervisé par le domaine programmatique 5.2, qui est expressément chargé de la surveillance régionale pour la résistance aux antimicrobiens et qui apporte un soutien aux pays pour l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans d'action nationaux. |
| 5.2.E | En étroite collaboration avec les services de santé des pays, l'OPS travaillera sur la prévention des maladies épidémiques et pandémiques causée par les animaux et les produits issus d'animaux, comme moyen d'établir des stratégies efficaces pour opérer un suivi du niveau des cas de zoonoses et de permettre une intervention plus efficace. Ce travail consistera à mettre en œuvre des procédures et des actions qui favorisent les relations entre santé publique et services vétérinaires en identifiant les meilleures pratiques et en encourageant leur utilisation dans toute la Région. L'OPS renforcera les liens entre les réseaux existants, les Centres collaborateurs de l'OMS et les pays à haut risque afin de prévoir, détecter, prévenir et intervenir lors d'épidémies de maladies zoonotiques émergentes, en mettant l'accent en particulier sur la grippe zoonotique, la leptospirose, la peste, l'hantavirus et l'encéphalite. |

5.3 Gestion des risques et crises d'urgence

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|---|-----------------------|
| 5.3 | Les pays ont un programme de gestion des risques en situation d'urgence sanitaire couvrant tous les risques pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes, qui met l'accent sur les populations vulnérables | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 5.3.1 | Capacités nationales renforcées pour des urgences couvrant tous les risques et la gestion des risques pour la santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays cibles dans lesquels les normes de performance minimales sont atteintes pour les situations d'urgence et la gestion des risques de catastrophe pour la santé | Référence (2015) Données non mesurées actuellement | Cible (2017) 3 |
| 5.3.2 | Capacité permanente pour répondre aux catastrophes naturelles et aux conflits et diriger les réseaux et systèmes pour une action humanitaire efficace | | |
| | Indicateur RIM : nombre de représentations de l'OPS/OMS qui respectent pleinement la liste de contrôle de la préparation de l'OMS | Référence (2015) 13 | Cible (2017) 19 |
| 5.3.3 | Mécanismes de coordination de la santé dans les pays établis conformément à la résolution de l'OPS sur la Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant un mécanisme de coordination des urgences sanitaires qui répond aux exigences minimales pour une performance satisfaisante | Référence (2015) 11 | Cible (2017) 15 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|---|---------------------------|-----------------------|
| 5.3.4 | Mise en œuvre des programmes d'hôpitaux sûrs conformément aux priorités et aux besoins nationaux spécifiques | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant un programme d'hôpitaux sûrs pour assurer la continuité des services de santé pour les populations en ayant besoin | Référence (2015) 25 | Cible (2017) 29 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 5.3.A | L'accent sera mis sur le renforcement des rôles de leadership au niveau national pour la préparation, le suivi et l'intervention au sein des ministères de la Santé, la promotion de l'adoption de points de référence pour la préparation aux catastrophes, l'appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans nationaux de préparation et d'intervention couvrant des risques multiples et la direction, la gestion, le suivi et les rapports sur la mise en œuvre des interventions visant à sauver des vies par le groupe sectoriel de la santé/les partenaires du secteur de la santé, comme décrit dans les plans d'intervention stratégique dans les pays faisant face à des urgences complexes et longues. |
| 5.3.B | Le BSP encouragera et soutiendra la mise en œuvre des mesures de réduction des risques en cas de catastrophe, y compris l'initiative sur les hôpitaux sûrs, afin de réduire les conséquences sanitaires des situations d'urgence, des catastrophes et des crises et d'atténuer leur impact social et économique, en particulier sur les populations en situation de grande vulnérabilité. |
| 5.3.C | Le BSP encouragera la coordination, le suivi et la mise en œuvre du Plan d'action pour la Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé grâce à l'intégration des actions des domaines programmatiques et des réseaux du BSP. Entre autres initiatives, il soutiendra l'actualisation et la mise en place de procédures de coordination fondées sur les systèmes et les partenariats actuels (infrarégionaux, régionaux et mondiaux) pour l'aide humanitaire sanitaire, afin de contribuer à la prévention de la mortalité, de la morbidité et des handicaps causées par les catastrophes et les situations d'urgence. Une autre priorité essentielle consistera à soutenir la mise en place des mécanismes et des procédures pour l'envoi, la réception et la coordination des équipes médicales nationales et étrangères. |
| 5.3.D | Le Bureau renforcera sa capacité à suivre et coordonner les interventions d'urgence, en mettant l'accent en particulier sur le renforcement du Centre de l'OPS pour les opérations d'urgence (COU) et la nécessité d'assurer son fonctionnement continu et optimal. Des efforts concertés seront également axés sur le renforcement de la capacité d'intervention de l'OPS, y compris ses mécanismes pour une capacité d'intervention spécifique, tels que l'équipe d'intervention sanitaire régionale, afin de permettre la mise en œuvre des fonctions essentielles de l'OMS en cas d'urgences humanitaires. |

5.4 Salubrité des aliments

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------|-----------------------|
| 5.4 | Tous les pays ont la capacité d'atténuer les risques pour la salubrité des aliments et de faire face aux épidémies | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 5.4.1 | Pays et territoires en mesure de contrôler le risque et de réduire le fardeau des maladies d'origine alimentaire | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant un cadre réglementaire qui permet la mise en œuvre efficace des objectifs de contrôle alimentaire conformément aux normes, lignes directrices et recommandations internationales | Référence (2015) 16 | Cible (2017) 27 |

| Résultats immédiats (RIM) (suite) | | | |
|--|--|---------------------------|-----------------------|
| 5.4.2 | Mécanismes de collaboration multisectorielle en place pour réduire les risques de santé publique d'origine alimentaire, y compris ceux liés à l'interface humain-animal | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires ayant un mécanisme de collaboration multisectorielle pour la réduction des risques de santé publique d'origine alimentaire qui tient compte des déterminants sociaux | Référence (2015) 10 | Cible (2017) 18 |
| 5.4.3 | Mise en œuvre du Programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA) | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires mettant en œuvre des programmes de prévention, de contrôle et d'élimination de la fièvre aphteuse conformément au calendrier et aux résultats attendus définis dans le Plan d'action PHEFA, 2011-2020 | Référence (2015) 48 | Cible (2017) 51 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 5.4.A | L'OPS permettra aux pays de mettre en place des systèmes efficaces pour la salubrité des aliments afin de prévenir et de réduire les maladies d'origine alimentaire et de promouvoir la sécurité des consommateurs. L'OPS s'efforcera de renforcer les systèmes nationaux intégrés pour la salubrité des aliments, axés sur les risques, les avis scientifiques sur la salubrité des aliments et la mise en œuvre des normes et lignes directrices dans ce domaine, et la promotion de la collaboration multisectorielle pour réduire les risques d'origine alimentaire, y compris ceux découlant de l'interface homme-animal. Une attention particulière sera accordée aux aspects de la résistance aux antimicrobiens ayant trait à la salubrité des aliments. |
| 5.4.B | L'OPS soutiendra les activités de l'OMS en promouvant des normes et recommandations internationales dans le cadre de la Commission FAO/OMS du Codex Alimentarius, en soutenant le Réseau international des autorités de la salubrité des aliments, en organisant des réunions d'experts internationaux pour réaliser des évaluations des risques alimentaires prioritaires, en facilitant la collecte systématique, l'analyse et l'interprétation des données régionales pour guider l'analyse des risques et étayer les décisions stratégiques, en fournissant un soutien technique aux pays et en assurant la liaison avec la collaboration tripartite entre les secteurs de l'agriculture, de la santé animale et de la santé humaine avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture/l'Organisation mondiale de la santé animale/l'Organisation mondiale de la santé. |
| 5.4.C | L'OPS soutiendra la phase finale du Programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (dont le sigle espagnol est PHEFA), en fournissant une coopération technique aux pays ou zones exemptes de fièvre aphteuse au moyen de la vaccination, afin qu'ils puissent obtenir le statut exempt de fièvre aphteuse sans vaccination, et aux pays n'ayant aucune désignation officielle pour la fièvre aphteuse afin qu'ils puissent obtenir le statut de pays exempt de fièvre aphteuse. En outre, une coopération technique sera fournie pour le renforcement des stratégies et mécanismes de prévention de la fièvre aphteuse, ainsi que pour la préparation et l'intervention face aux situations d'urgence. |

5.5 Épidémie et intervention face à la crise

| Résultats intermédiaires (RIT) | |
|---------------------------------------|--|
| 5.5 | Tous les pays répondent de façon adéquate aux menaces et aux situations d'urgence ayant des conséquences en termes de santé publique |

| Résultats immédiats (RIM) | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------|
| 5.5.1 | Mise en œuvre du Cadre d'intervention d'urgence de l'OMS en cas d'urgence aiguë/imprévue ayant des conséquences de santé publique | | |
| | Indicateur RIM : pourcentage des situations d'urgence de niveau 2 et de niveau 3 résultant de tout type de risque ayant des conséquences de santé publique, y compris toutes menaces épidémiques émergentes, pour lesquelles le Cadre d'intervention d'urgence a été pleinement mis en œuvre | Référence (2015) 100 | Cible (2017) 100 |
| 5.5.2 | Élaboration, mise en œuvre et rapport sur les stratégies du secteur de la santé dans tous les pays ciblés connaissant des situations d'urgence prolongées | | |
| | Indicateur RIM : pourcentage des pays en situation d'urgence prolongée dans lesquels le BSP répond aux normes de performance | Référence (2015) 70 | Cible (2017) 100 |
| 5.5.3 | Dans les pays en phase de récupération à la suite d'urgences et de catastrophes majeures, les activités de récupération dans le domaine de la santé sont mises en œuvre comme défini dans les plans de récupération et dans les appels | | |
| | Indicateur RIM : Pourcentage de situations d'urgence aiguës ou prolongées au cours desquelles le pays en phase de récupération met en œuvre des activités de récupération rapides minimum pour le secteur de la santé | Référence (2015) sans objet | Cible (2017) 70 |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 5.5.A | Au cours de l'exercice biennal, le BSP aidera les pays à mettre en place des équipes d'intervention efficace et efficientes ainsi que des outils adaptés pour la coordination de l'aide humanitaire internationale dans le secteur de la santé. En outre, le Bureau renforcera sa propre capacité d'intervention, sur la base de la politique de réponse institutionnelle aux situations d'urgence et aux catastrophes, et s'acquittera pleinement de toutes ses fonctions en tant qu'agence chef de file du groupe sectoriel de la santé. |
| 5.5.B | Conformément à ses obligations techniques, humanitaires et opérationnelles, le BSP dirigera les partenaires dans les pays confrontés à des situations d'urgence complexes prolongées pour l'élaboration de plans d'intervention coordonnés et fondés sur des données probantes dans le secteur de santé, qui sont énoncés dans le volet santé des plans d'intervention stratégiques intersectoriels au niveau des pays. Dans de tels contextes, le BSP s'attachera à fournir des activités comblant les lacunes et sauvant des vies, en tant que « prestataire de dernier recours ». |

Catégorie 5. Besoins en ressources par domaine programmatique

| Domaine programmatique | | Total (US\$) |
|---|---|---------------------|
| 5.1 | Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI) | 9 887 000 |
| 5.2 | Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies | 14 565 000 |
| 5.3 | Gestion des risques et crises d'urgence | 30 337 000 |
| 5.4 | Salubrité des aliments | 5 022 000 |
| Catégorie 5 - Total | | 59 811 000 |
| Programme sur l'éradication de la fièvre aphteuse | | 11 800 000 |
| Flambée, crise et réponse | | 22 000 000 |

CATÉGORIE 6

SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS ESSENTIELLES

Promouvoir et mettre en œuvre le leadership organisationnel et les services institutionnels qui sont nécessaires pour maintenir l'intégrité et le fonctionnement efficace de l'Organisation, lui permettant de s'acquitter efficacement de ses mandats.

Présentation générale de la catégorie

43. Cette catégorie comprend les services qui renforcent le leadership et la gouvernance de l'OPS, ainsi que les fonctions essentielles qui assurent une prestation de services et une coopération technique efficaces, transparentes et responsables. Dans le cadre de sa fonction de leadership, l'OPS continuera à jouer un rôle primordial en réunissant les différents acteurs qui contribuent à améliorer la santé de tous les habitants de la Région, y compris les agences des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales, des partenaires publics et/ou privés et la société civile. En outre, l'Organisation continuera de renforcer sa présence dans les pays afin de fournir un soutien plus efficace aux autorités sanitaires nationales dans leurs efforts pour élaborer des stratégies et des plans de développement de la santé.

44. Les fonctions essentielles incluent le leadership et la gouvernance, la gestion des risques, la planification stratégique et opérationnelle, le suivi et les rapports sur la performance, la mobilisation et la coordination des ressources, les services de supervision interne et d'évaluation, les services informatiques, la gestion financière, les services généraux et installations, la gestion des ressources humaines, les services de passation de marchés et les communications stratégiques. Les principales initiatives dont la mise en œuvre est prévue pour 2016-2017 comprennent une migration complète vers le nouveau système de gestion du BSP (PMIS) et une stratégie informatique complémentaire qui améliorera l'efficacité des opérations et permettra un large accès à des informations programmatiques et financières en temps opportun, une « stratégie pour les employés » qui actualisera et améliorera la gestion des ressources humaines, ainsi qu'une stratégie de mobilisation des ressources, renforcée par des communication internes et externes efficaces, conçue pour attirer des financements adéquats et appropriés pour les programmes de l'OPS, tel qu'approuvé par les États Membres dans le Plan stratégique 2014-2019 et les programmes et budgets connexes. L'Organisation renforcera encore la reddition de comptes, l'évaluation et la gestion des risques, et continuera de consolider son approche et ses pratiques de gestion fondée sur les résultats.

45. La santé est une question primordiale d'intérêt public et une préoccupation politique dans les Amériques. Le paysage institutionnel de plus en plus complexe, l'émergence de nouveaux acteurs qui influent sur la prise de décisions en matière de santé, les changements dans les nouveaux médias et les médias sociaux, les inégalités marquées de la Région en matière d'accès à la santé et une demande croissante de la part des bailleurs de fonds, des gouvernements et du public pour obtenir des informations sur l'impact des activités de l'OPS, tout cela exigera de l'Organisation qu'elle se positionne stratégiquement dans l'environnement extérieur.

6.1 Leadership et gouvernance

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|
| 6.1 | Une plus grande cohérence sur le plan de la santé régionale, avec l'OPS/OMS qui joue un rôle clé pour permettre au grand nombre d'acteurs différents de contribuer efficacement à la santé de tous les habitants des Amériques | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 6.1.1 | Leadership et gestion efficaces de l'OPS/OMS par rapport aux priorités de leadership de l'OPS | | |
| | Indicateur RIM : nombre de pays et territoires dans lesquels au moins 30 % des implications de leur stratégie de coopération avec les pays (CCS) sont traitées dans le contexte des neuf priorités de leadership de l'OPS | Référence (2015) 10 | Cible (2017) 32 |
| 6.1.2 | Participation efficace avec d'autres agences des Nations Unies et des acteurs non étatiques pour l'élaboration d'un programme commun de la santé qui réponde aux priorités des États Membres | | |
| | Indicateur RIM 6.1.2a : nombre de pays et territoires ayant un Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) reflétant au moins 30 % des neuf priorités de leadership de l'OPS | Référence (2015) 10 | Cible (2017) 20 |
| | Indicateur RIM 6.1.2b : nombre de pays et territoires ayant des mécanismes pour i) la participation d'acteurs non étatiques dans l'élaboration des politiques, des stratégies et des plans nationaux de la santé ou ii) la mise en œuvre des initiatives/programmes pour traiter des priorités nationales de la santé | 27 | 35 |
| 6.1.3 | Renforcement de la gouvernance de l'OPS avec une supervision efficace des réunions des Organes directeurs | | |
| | Indicateur RIM : proportion des points de l'ordre du jour des Organes directeurs de l'OPS alignés sur le Plan stratégique de l'OPS, 2014-2019 | Référence (2015) 90 % | Cible (2017) 95 % |
| 6.1.4 | Réforme de l'OMS intégrée aux activités de l'Organisation, le cas échéant | | |
| | Indicateur RIM : pourcentage de résultats immédiats des réformes pertinents pour l'OPS mis en œuvre (terminé ou en bonne voie) | Référence (2015) 85 % | Cible (2017) 100 % |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 6.1.A | Le BSP va collaborer avec les États Membres pour qu'ils s'acquittent de leur rôle de gouvernance à l'égard de l'OPS, ainsi que pour ce qui est de leur participation au processus de réforme de l'OMS. |
| 6.1.B | L'OPS renforcera et mettra en place des partenariats stratégiques avec les parties prenantes concernées pour s'assurer que la santé figure en bonne place dans les programmes politiques et de développement régionaux et nationaux. |
| 6.1.C | L'Organisation renforcera sa présence dans les pays afin de répondre efficacement aux besoins en matière de santé des pays. |

| Interventions de coopération technique clés (suite) | |
|--|--|
| 6.1.D | Le BSP améliorera et développera également le concept de la diplomatie mondiale de la santé. A cet effet, l'OPS, ainsi que les représentations de l'OPS/OMS, devront renforcer leur rôle au niveau régional et l'élargir au-delà du secteur de la santé afin de mettre l'accent plus pleinement sur un dialogue concernant les droits de l'homme dans un cadre solide afin de comprendre et de négocier les questions de santé mondiales. Il sera également nécessaire d'identifier les instruments et mécanismes pour faire participer d'autres parties prenantes et promouvoir une approche intersectorielle pour répondre aux inégalités dans la santé et traiter des déterminants sociaux de la santé. |
| 6.1.E | Renforcer le rôle de rassemblement et de plaidoyer de l'OPS, ainsi que son rôle pour forger des partenariats, mobiliser des ressources, partager et coordonner les connaissances et analyser et suivre les progrès réalisés. |

6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------|
| 6.2 | L'OPS travaille d'une manière responsable et transparente et ses cadres de gestion et d'évaluation des risques fonctionnent de manière adéquate | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 6.2.1 | Reddition de comptes assurée grâce à une gestion des risques institutionnels renforcée à tous les niveaux de l'Organisation | | |
| | Indicateur RIM : proportion des risques institutionnels pour lesquels des plans de réponse sont approuvés et mis en œuvre | Référence (2015) s/o | Cible (2017) 85 % |
| 6.2.2 | Politique d'évaluation de l'OPS/OMS mise en œuvre dans l'ensemble de l'Organisation | | |
| | Indicateur RIM : pourcentage d'enseignements tirés des évaluations approuvées par la Directrice traité au cours de l'exercice biennal | Référence (2015) 60 | Cible (2017) 60 |
| 6.2.3 | Meilleure déontologie, respect sur le lieu de travail et procédure équitable dans l'ensemble de l'Organisation | | |
| | Indicateur RIM : niveau de satisfaction du personnel quant au climat éthique et aux procédures de recours interne de l'Organisation | Référence (2015) s/o | Cible (2017) 75 % |
| 6.2.4 | Fonction d'audit renforcée | | |
| | Indicateur RIM : proportion des recommandations de l'audit interne acceptées par la Directrice aboutissant au cours de l'exercice biennal | Référence (2015) 85 % | Cible (2017) 85 % |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 6.2.A | L'OPS va renforcer les mécanismes existants et introduire de nouvelles mesures visant à s'assurer que l'Organisation continue d'être responsable, transparente et en mesure de gérer efficacement les risques. |
| 6.2.B | Une approche coordonnée et l'appropriation de la fonction d'évaluation seront encouragées à tous les niveaux de l'Organisation. Une évaluation objective sera facilitée, conformément au projet de politique d'évaluation de l'OPS et sera étayée par des outils tels que des lignes directrices claires. |

| Interventions de coopération technique clés (suite) | |
|--|--|
| 6.2.C | L'OPS a considérablement renforcé sa fonction d'audit interne au cours des dernières années, et l'Organisation continuera de mener des audits des opérations au siège et des bureaux dans les pays, en tenant compte des facteurs de risque spécifiques. |
| 6.2.D | Le Bureau de l'éthique continuera de mettre l'accent sur le renforcement des normes de comportement éthique du personnel et effectuera une évaluation des risques afin d'identifier les vulnérabilités qui pourraient nuire à l'image et à la réputation de l'Organisation. |
| 6.2.E | Le programme de gestion des risques d'entreprise (GRE) au sein de l'OPS continuera de consacrer des efforts à la mise en place institutionnelle d'un cadre de gestion globale des risques au sein duquel la haute direction, les directeurs de départements et de centres, les représentants des bureaux dans les pays et le personnel peuvent coopérer en vue d'identifier les risques et de réduire au minimum leurs effets afin de respecter les engagements de l'Organisation. Le programme de gestion des risques priorise : a) la gouvernance par le biais de l'identification et du suivi des risques au sommet au niveau de la haute direction, b) la gestion des risques opérationnels au moyen d'un registre des risques, c) la sensibilisation et le renforcement des capacités institutionnelles et d) l'intégration de la GRE dans les politiques et les processus. |

6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|--|-------------------------|
| 6.3 | Financement et affectation des ressources alignés sur les priorités et les besoins en matière de santé des États Membres dans un cadre de gestion fondée sur les résultats | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 6.3.1 | Consolidation du cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS, en mettant l'accent sur le système de responsabilisation pour l'évaluation de la performance institutionnelle | | |
| | Indicateur RIM : pourcentage de résultats immédiats obtenus | Référence (2015) 90 ⁴ | Cible Au moins 90 |
| 6.3.2 | Stratégie de mobilisation des ressources OPS mise en œuvre | | |
| | Indicateur RIM : nombre de domaines programmatiques techniques pour lesquels au moins 50 % des besoins de financement sont couverts par des contributions volontaires (à l'exclusion des contributions volontaires nationales) | Référence (2015) 7 | Cible (2017) 12 |
| 6.3.3 | Alignement de l'allocation des ressources et du financement de l'OPS sur les priorités convenues facilité grâce à une meilleure mobilisation, coordination et gestion des ressources | | |
| | Indicateur RIM : pourcentage des domaines programmatiques techniques ayant des budgets capitalisés de 75 % ou plus | Référence (2015) 58 | Cible (2017) 80 |

⁴ Sur la base du taux de réalisation historique des Résultats escomptés (le niveau le plus équivalent) au cours du cycle de planification précédent.

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 6.3.A | Mettre en place des mécanismes, des processus et des procédures visant à consolider davantage une approche de gestion fondée sur les résultats au sein de l'Organisation. |
| 6.3.B | Rationaliser les processus et les procédures de gestion des programmes en s'appuyant sur la mise en œuvre du PMIS pour une plus grande harmonisation des priorités et des résultats approuvés par les États Membres avec la mobilisation, la coordination, l'allocation et la mise en œuvre des ressources, et le suivi et l'évaluation des performances. |
| 6.3.C | Mise en œuvre de nouvelles approches pour les relations extérieures, la mobilisation des ressources et les partenariats pour améliorer la visibilité de la santé et des résultats intermédiaires en matière de santé dans le programme de développement. Mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des ressources institutionnelle, en coordination avec l'OMS, qui mettra l'accent sur la diversification des sources de contributions volontaires de l'OPS tout en formulant une approche plus coordonnée et stratégique de mobilisation des ressources. Développer et renforcer la capacité du personnel du BSP à collaborer avec des partenaires au sein et en dehors du secteur de la santé pour traiter des déterminants sociaux de la santé. |

6.4 Gestion et administration

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|
| 6.4 | Gestion et administration efficaces aux trois niveaux de l'Organisation | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 6.4.1 | Pratiques financières solides gérées au moyen d'un cadre de contrôle adéquat, d'une comptabilité précise, du suivi des dépenses et de l'enregistrement en temps opportun des revenus | | |
| | Indicateur RIM : opinion d'audit sans réserve | Référence (2015) Oui | Cible (2017) Oui |
| 6.4.2 | Gestion efficace et efficiente des ressources humaines (RH) et coordination en place | | |
| | Indicateur RIM : proportion des accords de niveau de service convenus avec les RH réalisés | Référence (2015) 95 % | Cible (2017) 100 % |
| 6.4.3 | Efficacité et efficience des services d'infrastructure informatique, des services de réseau et de communication, des systèmes et applications institutionnels et liés à la santé et des services de soutien à l'utilisateur final | | |
| | Indicateur RIM : proportion des accords de niveaux de service convenus réalisés | Référence (2015) 80 % | Cible (2017) 90 % |
| 6.4.4 | Prestation de soutien opérationnel et logistique, passation de marchés, maintenance des infrastructures et gestion d'actifs, et d'un environnement sécurisé pour l'OPS/OMS | | |
| | Indicateur RIM : proportion des accords de niveaux de service convenus réalisés | Référence (2015) 95 % | Cible (2017) 100 % |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|--|
| 6.4.A | Le Bureau s'efforcera de mettre en œuvre le système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) qui simplifiera les processus administratifs et améliorera les indicateurs et les contrôles de la performance. En ce qui concerne la gestion des ressources financières, les processus financiers seront examinés et actualisés de même que les efficacités et les compétences du personnel relatives à l'intégration du nouveau système. De plus, cette fonction comprendra le contrôle des activités liées aux transactions financières et aux actifs financiers, aux investissements des ressources financières et aux activités de gestion générale et d'administration financière à tous les niveaux de l'Organisation. |
| 6.4.B | Conformément au Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS et pour que l'OPS soit « l'institution de prédilection pour les personnes les plus compétentes, dédiée à l'obtention des résultats en matière de santé à l'échelle mondiale et nationale auxquels les populations de la Région aspirent », une stratégie de ressources humaines, « Une stratégie axée sur les personnes pour la période 2015-2019 » a été élaborée. La mise en œuvre réussie de cette stratégie exigera la participation de la haute direction, de la direction, des superviseurs et du personnel en général. L'Organisation va s'efforcer d'être au premier plan des bonnes pratiques en ressources humaines, d'accroître la sensibilisation et la responsabilisation des responsables, des superviseurs et du personnel en général et d'assurer une application uniforme et équitable des politiques, des règles et des règlements des ressources humaines de l'OPS pour promouvoir un environnement de travail productif. Au cours de l'exercice biennal, on s'attachera essentiellement à : maintenir les objectifs de performance stratégiques avec les objectifs et cibles de performance correspondants, attirer les meilleures compétences, en réduisant la durée des processus de recrutement et en assurant l'intégrité et l'efficacité des processus de sélection et promouvoir des stratégies de motivation et de rétention qui encouragent une satisfaction professionnelle accrue, améliorent la performance du personnel, encouragent l'apprentissage continu et le partage des connaissances, favorisent l'équilibre vie professionnelle/personnelle et le bien-être du personnel, favorisent la responsabilisation et l'innovation et accroissent la flexibilité organisationnelle et la mobilité du personnel. |
| 6.4.C | La passation de marchés est un élément clé de la mission de l'Organisation : elle appuie la coopération technique par le biais de l'acquisition de biens et de services pour le compte des États Membres, leur permettant ainsi d'avoir accès à des médicaments, vaccins et autres fournitures de santé publique à des prix abordables. L'accent sera mis au cours de l'exercice biennal 2016-2017 sur le renforcement des connaissances et la sensibilisation à tous les niveaux de l'Organisation (interne et externe) pour assurer une utilisation optimale des outils et la plus grande efficacité et efficience possibles des actions et des processus, comme mesuré par la mise en œuvre d'un modèle d'intelligence institutionnelle. Dans le but d'améliorer sans cesse les capacités de passation de marchés, l'Organisation s'appuiera de plus en plus sur des partenariats et des alliances stratégiques avec des agences du système des Nations Unies et d'autres parties prenantes essentielles à tous les niveaux de la chaîne de passation de marchés, et elle assurera la conformité des politiques et processus afin de préserver l'intégrité des processus de passation de marchés. En outre, le développement d'une démarche d'intelligence en matière de marchés sera mis en exergue, afin de mieux comprendre la dynamique du marché et d'anticiper les défis et les opportunités. |
| 6.4.D | L'OPS assurera un environnement de travail sain et sûr à son personnel par le biais de la prestation efficace et efficiente d'un soutien logistique et opérationnel, de la maintenance des infrastructures et de la gestion des actifs, y compris en appliquant les Normes minimales de sécurité opérationnelles des Nations Unies (MOSS) et les Normes minimales de sécurité opérationnelles applicables au domicile (MORSS). |
| 6.4.E | Au cours de l'exercice biennal, l'OPS continuera de travailler sur la réalisation des objectifs de la stratégie de technologie de l'information (TI) de l'OPS par le biais de la structure de gouvernance de TI. Celle-ci assurera un processus décisionnel en matière de TI qui évalue et sélectionne les meilleurs investissements en technologies de l'information dans l'ensemble de l'OPS, supervise leur mise en œuvre et en tire des avantages mesurables. Elle mettra l'accent sur l'externalisation des services informatiques qui permettent d'améliorer la qualité des services, en accordant une plus grande importance à la sécurité de l'information, en poursuivant la consolidation des services d'infrastructure, en élargissant et en améliorant le soutien à l'utilisateur final, en assurant la continuité du service pour les applications institutionnelles et en créant une stratégie de gestion des données pour améliorer la gestion des informations institutionnelles de |

| Interventions de coopération technique clés (suite) | |
|--|---|
| 6.4.E (suite) | l'Organisation. Toutes ces activités seront réalisées de pair avec le nouveau système de gestion du BSP, le PMIS. |

6.5 Communications stratégiques

| Résultats intermédiaires (RIT) | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------|
| 6.5 | Meilleure compréhension par le public et les parties prenantes du travail de l'OPS/OMS | | |
| Résultats immédiats (RIM) | | | |
| 6.5.1 | Informations sur la santé exactes et accessibles en temps opportun par le biais de plateformes de communication efficaces et innovantes, et des réseaux pour des communications efficaces et les pratiques connexes | | |
| | Indicateur RIM : proportion du public et d'autres parties prenantes qui considèrent que la rapidité et l'accessibilité avec lesquelles les informations de santé publique de l'OPS/OMS sont communiquées sont « bonnes » ou « excellentes » | Référence (2015) 15 % | Cible (2017) 80 % |
| 6.5.2 | Meilleures capacités de communication du personnel de l'OPS/OMS, conduisant à une meilleure compréhension de l'action et de l'impact de l'Organisation, y compris lors de flambées épidémiques, d'urgences de santé publique et de crises humanitaires | | |
| | Indicateur RIM : proportion du personnel de l'OPS/OMS ayant terminé les modules de formation identifiés dans la stratégie de communication et les plans de mise en œuvre de l'OPS | Référence (2015) 15 % | Cible (2017) 80 % |

| Interventions de coopération technique clés | |
|--|---|
| 6.5.A | Mettre en œuvre la stratégie de communication de l'OPS, redéfinie en 2014, afin d'exprimer quelles sont les spécificités de l'Organisation, d'expliquer qui nous sommes, ce que nous faisons et pourquoi c'est important, et de partager clairement et rapidement des informations scientifiques et techniques actualisées sur la santé, en utilisant les bons circuits et les plates-formes de communication appropriés. |
| 6.5.B | Pour assurer sa position stratégique et augmenter sa visibilité, l'OPS continuera de fournir au public des informations précises et en temps opportun, notamment au cours des flambées épidémiques, des urgences de santé publique et des crises humanitaires, et améliorera continuellement la capacité de son personnel à communiquer en interne et en externe. |

Catégorie 6. Besoins en ressources par domaine programmatique

| Domaine programmatique | | Total (US\$) |
|-------------------------------|--|---------------------|
| 6.1 | Leadership et gouvernance | 46 500 000 |
| 6.2 | Transparence, responsabilisation et gestion des risques | 8 252 000 |
| 6.3 | Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports | 24 034 000 |
| 6.4 | Gestion et administration | 110 837 000 |
| 6.5 | Communications stratégiques | 12 511 000 |
| | Catégorie 6 - Total | 202 134 000 |

SUIVI ET RAPPORTS, EVALUATION, RESPONSABILISATION ET TRANSPARENCE

46. Le suivi et l'évaluation des performances sont essentiels pour la bonne gestion du Programme et budget et pour étayer la révision des politiques et stratégies et des interventions. Par conséquent, l'évaluation du Programme et budget 2016-2017 est le moyen qui permettra d'opérer le suivi et l'évaluation du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS lui-même. Le suivi de la mise en œuvre du Programme et budget 2016-2017 se déroulera en deux étapes : *a*) un examen à mi-parcours à la fin de la première période de 12 mois et *b*) une évaluation complète à la fin de l'exercice biennal (Évaluation de la performance du Programme et budget), qui fera l'objet d'un rapport aux États Membres.

47. L'examen à mi-parcours constitue un moyen d'effectuer un suivi et une évaluation des progrès accomplis sur le plan de la réalisation des résultats, en particulier les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des résultats immédiats. À cette fin, cet examen facilite l'adoption des mesures correctives et la reprogrammation et la réaffectation des ressources au cours de la mise en œuvre. Ce processus permet au BSP d'identifier et d'analyser les obstacles et les risques rencontrés, ainsi que les mesures nécessaires pour assurer l'obtention des résultats. L'évaluation de la performance du Programme et budget en fin d'exercice biennal constitue une évaluation complète de la performance de l'Organisation à la fin de la période de deux ans. Elle comprendra une évaluation de la réalisation des résultats immédiats ainsi qu'une évaluation des progrès réalisés sur le plan de la réalisation des résultats intermédiaires définis.

48. Démontrer comment le travail du BSP contribue à l'obtention des résultats et des impacts sur la santé, ou les influence, est important pour les États Membres, et cela a été mis en exergue dans la réforme de l'OMS. Cela permet non seulement d'évaluer l'efficacité des activités du Bureau, mais cela permet aussi aux États Membres de mieux communiquer la contribution de l'Organisation à la réalisation d'une santé meilleure pour les peuples des Amériques.

49. Le BSP continuera à renforcer la reddition de comptes et la transparence et à faciliter sa responsabilité conjointe avec les États Membres pour suivre et évaluer la réalisation des résultats. À cette fin, le BSP a développé le Système de suivi du Plan stratégique (SPMS), qui contient tous les éléments programmatiques du Plan stratégique et du Programme et budget de l'OPS (à savoir, résultats intermédiaires, résultats immédiats, et leurs indicateurs respectifs). Le SPMS sera pleinement opérationnel au début de la période du Programme et budget 2016-2017 et sera utilisé à la fois par les États Membres et par le BSP pour réaliser conjointement un suivi et faire rapport sur sa mise en œuvre.

- - -