



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

29^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINÉ

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

Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017

Point 4.4 de l'ordre du jour provisoire

CSP29/6, Rev. 3*
25 septembre 2017
Original : espagnol

PROGRAMME D'ACTION SANITAIRE DURABLE POUR LES AMÉRIQUES 2018-2030 : UN APPEL À L'ACTION POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DANS LA RÉGION

* Cette version contient des modifications à l'objectif 5.8.

TABLE DES MATIÈRES

I. DÉCLARATION DES MINISTRES ET DES SECRÉTAIRES DE LA SANTÉ	3
II. AVANT-PROPOS DE LA DIRECTRICE DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN	4
III. LA VISION CONTINENTALE	6
Caractéristiques du nouveau Programme.....	6
Les principes et les valeurs	6
<i>Le droit de jouir du plus haut niveau de santé possible</i>	<i>6</i>
<i>La solidarité panaméricaine</i>	<i>7</i>
<i>L'équité en matière de santé</i>	<i>7</i>
<i>L'universalité</i>	<i>8</i>
<i>L'inclusion sociale</i>	<i>8</i>
La vision	8
IV. LE CONTEXTE ET L'ANALYSE DE LA SITUATION	10
Contexte et antécédents	10
<i>Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.....</i>	<i>10</i>
<i>Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017</i>	<i>10</i>
<i>Le Programme à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable</i>	<i>13</i>
Analyse de la situation	15
<i>Tendances socioéconomiques dans la Région</i>	<i>16</i>
<i>Les tendances démographiques.....</i>	<i>17</i>
<i>Tendances de la situation sanitaire et réponse du système de santé dans la Région.....</i>	<i>18</i>
<i>L'environnement et la santé</i>	<i>22</i>
<i>Les maladies transmissibles</i>	<i>23</i>
<i>Les facteurs de risque des maladies chroniques, de la santé mentale et des maladies non transmissibles.....</i>	<i>26</i>
<i>Les systèmes et services de santé</i>	<i>28</i>
V. LES OBJECTIFS ET LES CIBLES	33
VI. LA MISE EN ŒUVRE, LE SUIVI, L'ÉVALUATION ET LA PRÉSENTATION DE RAPPORTS	49
La mise en œuvre.....	49
Le suivi, l'évaluation et la présentation de rapports	52
Annexe A – Cibles et indicateurs de l'ODD3	54
Annexe B – Principales causes de décès dans la Région, au cours de la période 2010-2013, par sexe.....	60
Annexe C – Remerciements.....	61

I. DÉCLARATION DES MINISTRES ET DES SECRÉTAIRES DE LA SANTÉ

Nous, les Ministres et les Secrétaires de la Santé des pays de la Région des Amériques, approuvons à l'unanimité le présent Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030) comme l'instrument de politique stratégique fournissant l'orientation et la vision politiques relatives au développement sanitaire dans la Région pour les 13 prochaines années, et nous déclarons notre engagement envers :

- a) une vision continentale d'une Région des Amériques plus saine et équitable, en harmonie avec la vision mondiale et les principes établis dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, en tirant parti des progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017,
- b) la réaffirmation du droit à la santé, là où il est reconnu au niveau national, et le droit de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint, la solidarité panaméricaine, l'équité en matière de santé, l'universalité et l'inclusion sociale, comme les valeurs et les principes fondamentaux qui ont inspiré les pays que nous représentons pour améliorer les résultats sanitaires de manière à ce que nos peuples puissent réaliser pleinement leur potentiel,
- c) les travaux en cours pour parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, et le déploiement de systèmes de santé résilients ayant la capacité d'analyser et d'agir sur les déterminants de la santé, de façon intersectorielle,
- d) la promotion du Programme aux plus hauts niveaux de prise de décisions et la promotion d'actions conjointes avec des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux aux niveaux régionaux, infrarégionaux, nationaux et infranationaux, selon le cas, pour réaliser la vision continentale de ce Programme de façon collaborative et intégrée,
- e) la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du présent Programme, ainsi que la responsabilité de sa réalisation au moyen de mécanismes établis, en collaboration avec le Bureau sanitaire panaméricain.

II. AVANT-PROPOS DE LA DIRECTRICE DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN

1. Les pays des Amériques se sont réunis de manière inédite pour élaborer et lancer cet inspirant *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030*, et je les en félicite. La Région continue d'assumer son rôle de pionnier et de chef de file mondial en santé publique, dans ce cas en énonçant clairement comment elle relèvera les défis décrits dans les objectifs de développement durable pour 2030 (ODD) approuvés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015.

2. Le Bureau sanitaire panaméricain a soutenu avec enthousiasme les pays qui ont contribué à bâtir ce Programme, et j'assure fermement notre appui total pour le mener à bien. Ce Programme sera l'une des clés de l'élaboration des propres plans stratégiques de l'OPS, et nous soutiendrons activement sa mise en œuvre dans l'ensemble de la Région en collaboration avec tous les pays et partenaires.

3. L'évolution du secteur de la santé dans la Région a été remarquable ; au cours des dernières décennies seulement, nous avons connu des progrès considérables concernant les principaux indicateurs sanitaires que sont l'espérance de vie, la mortalité infantile et la couverture vaccinale. Nous avons récemment éliminé la rubéole et la rougeole, alors que de nombreux pays ont éliminé la transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et certaines des maladies tropicales négligées, telles que l'onchocercose (cécité des rivières) et la maladie de Chagas. La Région est également sur la bonne voie pour éliminer le paludisme. Bien que des progrès soient réalisés pour maîtriser des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, elles posent une menace majeure pour la santé, le bien-être et le développement de nos peuples.

4. J'estime que ce Programme nous aidera à mieux concentrer nos efforts tout au long de la troisième décennie du vingt-et-unième siècle, de manière à ce que nous constations un retour encore plus grand sur notre investissement dans le secteur de la santé. Dans les années à venir, nous devons concentrer nos efforts pour assurer l'équité en matière de santé, de sorte que tous puissent profiter de cette promotion majeure de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle.

5. Je suis convaincue que ce programme politique de haut niveau peut nous aider à ne pas perdre de vue notre principal objectif, parce que nous travaillons collectivement à la réalisation des objectifs décrits dans le présent document. D'ici 2030, les partis politiques peuvent changer, les conjonctures économiques peuvent être plus ou moins favorables à l'investissement dans le domaine de la santé, mais nous pourrions continuer de nous concentrer sur les cibles à long terme qui ont été établies.

6. Alors, joignez-vous à moi pour célébrer le travail, la vision et l'engagement des pays dont est issu ce programme d'action sanitaire durable. En même temps, nous devons reconnaître que la partie la plus ardue commence maintenant : travailler tous les jours sur les innombrables initiatives et actions qui nous amèneront finalement à la vision d'une santé et d'un bien-être équitables pour tous les peuples de la Région.

(Signature)

III. LA VISION CONTINENTALE

Caractéristiques du nouveau Programme

7. Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (ci-après désigné « le Programme » ou le PASDA2030) constitue le niveau le plus élevé de planification et de politique stratégiques dans les Amériques. Il s'agit d'un appel à l'action collective pour parvenir à des niveaux de santé et de bien-être plus élevés dans l'ensemble de la Région et dans les États Membres, dans le nouveau contexte continental et mondial. Le Programme est approuvé par la Conférence sanitaire panaméricaine, la plus haute instance de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), représentant tous les pays du continent américain.

8. Le PASDA2030 représente la réponse du secteur de la santé aux engagements pris par les États Membres de l'OPS envers le Programme de développement durable à l'horizon 2030, ainsi que le programme inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, en plus de tout défi futur ou émergeant en santé publique qui pourrait survenir dans la Région. Il sera mis en œuvre au moyen des plans stratégiques et des stratégies de l'OPS, ainsi que des plans sanitaires infrarégionaux et nationaux.

Les principes et les valeurs

9. Le PASDA2030 vise à promouvoir la santé et le bien-être de toutes les personnes, familles et communautés des Amériques. Reconnaissant que les pays de la Région ont différents besoins et adoptent diverses approches pour améliorer la santé, ce Programme respecte les valeurs et principes interdépendants suivants et y adhère.

Le droit de jouir du plus haut niveau de santé possible

10. La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) énonce que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». ¹ Pour que ce droit devienne réalité, les pays doivent travailler pour améliorer l'accès à des soins de santé de qualité appropriée qui soient disponibles en temps opportun et à un coût abordable, ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé, tels que des niveaux de vie adéquats et des aliments sains. Tous ces facteurs favorisent aussi l'exercice d'autres droits de l'homme, comprenant entre autres le droit à l'éducation, mais aussi à la non-discrimination, et l'accès à l'information et la participation sociale.

11. Le Programme est en harmonie avec l'engagement des États Membres et du Bureau sanitaire panaméricain (ci-après désigné le BSP ou le « Bureau ») d'intégrer les droits de l'homme dans les programmes et les politiques sanitaires, tant au niveau

¹ Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé :
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

national que régional, en tenant compte des déterminants de la santé sous-jacents faisant partie d'une approche globale de la santé et des droits de l'homme.

La solidarité panaméricaine

12. L'histoire et l'expérience de notre continent témoignent que la solidarité panaméricaine, considérée comme la promotion des responsabilités et des intérêts communs, ainsi que la facilitation des efforts collectifs pour atteindre les objectifs communs, est essentielle pour assurer la réalisation de progrès équitables par les États Membres dans la mise en œuvre du Programme dans la Région.

13. De solides partenariats bilatéraux et la coopération Sud-Sud entre les États Membres, ainsi que la coopération multilatérale et régionale, assortis de processus d'intégration dynamiques, constituent les mécanismes de base pour l'échange d'approches efficaces et d'expériences, en plus de biens et services, afin d'atteindre les objectifs communs et éliminer les iniquités en matière de santé.

14. La solidarité est également essentielle pour assurer la sécurité sanitaire pendant les crises, les urgences et les catastrophes qui surviennent dans la Région.

L'équité en matière de santé

15. Le Programme reflète la quête d'équité en matière de santé s'inscrivant dans un effort collectif visant à éliminer toutes les inégalités en matière de santé qui sont évitables, injustes et rectifiables au sein de populations ou de groupes dans les pays mêmes des Amériques et d'un pays à l'autre. Pour remédier aux inégalités en matière de santé, il est important de garder à l'esprit qu'elles sont ancrées dans des déterminants sociaux et environnementaux sur lesquels il faut aussi agir.

16. L'OMS a déclaré qu' « Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme fournit des stratégies et des solutions pour affronter et rectifier les inégalités, les pratiques discriminatoires et les rapports de force injustes, qui sont souvent au cœur de l'inégalité des résultats sanitaires. Une approche fondée sur les droits de l'homme vise à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soient conçus de façon à améliorer peu à peu la jouissance par tous du droit à la santé. Les interventions visant à atteindre cet objectif respectent des principes et des normes stricts répertoriés ci-dessous : non-discrimination [...], disponibilité [...], accessibilité [...], acceptabilité [...], qualité [...], responsabilisation [...], universalité [...] ».²

² OMS. Santé et droits de l'homme. Aide-mémoire N° 323. Décembre 2015. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

L'universalité

17. Les droits de l'homme, notamment le droit de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint, sont universels et inaliénables. Chaque personne, partout dans le monde, doit être en mesure de l'exercer et d'en jouir.

18. Conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030, le PASDA2030 adhère au principe de ne laisser personne ni aucun pays pour compte.

L'inclusion sociale

19. Le Programme fait la promotion de la participation sociale pour définir, mettre en œuvre et évaluer les résultats des politiques sanitaires. C'est pourquoi il encourage les décideurs et les prestataires de service à prendre les mesures nécessaires pour rendre les systèmes de santé plus sensibles aux personnes qu'ils desservent.

20. Dans l'exercice des droits de l'homme, notamment du droit de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint, toute personne doit être incluse, sans discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, le genre, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, le lieu de naissance ou d'autres statuts.³

21. Dans l'exercice du droit de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint, les individus, qui font partie de groupes ethniques, de communautés et de groupes qui sont différents sur le plan culturel doivent être inclus. Le Programme tient compte de l'approche interculturelle en tant qu'expression d'un processus social interactif de reconnaissance et de respect des différences au sein d'une ou de plusieurs cultures, qui est indispensable à la construction d'une société juste.⁴

La vision

22. D'ici 2030, la Région entière et les pays des Amériques visent à atteindre le meilleur état de santé pouvant être atteint, y compris l'équité et le bien-être de tous tout au long du parcours de vie, l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, des systèmes de santé résilients et des services de santé de qualité.

23. Cette vision est en parfait accord avec la vision mondiale énoncée dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030,⁵ qui définit un cadre global de

³ Conseil économique et social des Nations Unies : Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Commentaire général n° 20, La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels ; 2009. E/C.12/GC/20. Disponible sur : <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>

⁴ OPS. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, p. 11. Disponible en espagnol sur : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.

⁵ Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale, Résolution A/RES/70/1. Disponible sur : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F.

développement social, économique et environnemental, dans lequel la santé et ses déterminants sont essentiels : « Nous aspirons à un monde libéré de la pauvreté, de la faim, de la maladie et du besoin, où chacun puisse s'épanouir. Un monde libéré de la peur et de la violence. Un monde où tous sachent lire, écrire et compter. Un monde où tous jouissent d'un accès équitable à une éducation de qualité à tous les niveaux, aux soins de santé et à la protection sociale, où la santé physique et mentale et le bien-être social soient assurés. Un monde où les engagements que nous avons pris concernant le droit fondamental à l'eau potable et à l'assainissement soient tenus et où il y ait une meilleure hygiène. Un monde où il y ait des aliments en quantité suffisante pour tous et où chacun puisse se nourrir de manière saine et nutritive quels que soient ses moyens. Un monde où les établissements humains soient sûrs, résilients et durables et où chacun ait accès à des services énergétiques fiables, durables et modernes à un coût abordable ».

IV. LE CONTEXTE ET L'ANALYSE DE LA SITUATION

Contexte et antécédents

Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030

24. Le Programme représente la réponse du secteur de la santé aux engagements pris par les pays de l'OPS envers le Programme de développement durable à l'horizon 2030, ainsi qu'au travail inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ; il prend également compte des engagements pris par le Bureau en tant que bureau régional de l'OMS, d'autres engagements sanitaires mondiaux de la Région et des défis en santé publique futurs et émergents dans la Région.

25. Les États Membres de l'OPS ont décidé d'élaborer le PASDA2030 lors d'un événement spécial qui a eu lieu lors du 55^e Conseil directeur, le 28 septembre 2016. Les participants, dont plusieurs ministres de la Santé, ont déterminé que le nouveau Programme doit exprimer la vision partagée par les États Membres pour le développement de la santé dans la Région dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies. Il a de plus été décidé que le nouveau Programme doit s'appuyer sur les enseignements tirés du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, ainsi que d'initiatives individuelles des États Membres pour progresser dans la mise en œuvre nationale des objectifs de développement durable (ODD).

26. Un Groupe de travail des pays (GTP)⁶ a travaillé à l'élaboration du Programme en étroite collaboration avec le BSP lors de réunions virtuelles et face à face qui se sont déroulés d'octobre 2016 à septembre 2017. Des consultations ont eu lieu avec les États Membres durant les réunions des Organes directeurs de l'OPS de 2017 et de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. Ces consultations ont permis de tenir les États Membres informés des progrès réalisés et d'obtenir une rétroaction au fil de l'évolution du processus.

Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017

27. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017⁷ « avait été mis au point suite à une recommandation de l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies qui avait remarqué que la planification par les organisations internationales devait

⁶ Les membres du GTP comprenaient des représentants de haut niveau de 16 États Membres de toutes les sous-régions des Amériques : Amérique du Nord : États-Unis et Mexique ; Caraïbes : Antigua-et-Barbuda, Barbade ; Amérique centrale : Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua et Panama ; Amérique du Sud : Argentine, Brésil, Chili, Équateur, Paraguay, Pérou et Uruguay. L'Équateur a présidé le groupe et le Panama et la Barbade étaient les vice-présidents du groupe. Les représentants comptaient des ministres et des vice-ministres de la Santé, des médecins-chefs, des planificateurs, des épidémiologistes et des professionnels des relations sanitaires internationales.

⁷ OPS. Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=16304&Itemid=

s'inspirer d'une vision commune de leurs États Membres, formulée par le Secrétariat et par les organes directeurs de l'organisation ». ⁸ De plus, le Programme sanitaire traitait des mandats des OMD et du Onzième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé, approuvé en 2006. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a été lancé dans la ville de Panama en juin 2007.

28. Le Programme a été reconnu comme l'instrument stratégique de plus haut niveau pour la santé dans les Amériques. Il a fourni une orientation pour répondre aux besoins sanitaires de la population de la Région et a fait office d'engagement formel de travailler ensemble dans un esprit de solidarité pour le développement sanitaire dans la Région. Il a aussi servi de guide à la préparation de plans sanitaires nationaux, et des plans stratégiques de toutes les organisations intéressées à la coopération sanitaire avec les pays de la Région des Amériques, y compris le BSP (Plans stratégiques 2008-2013 et 2014-2019).

29. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a établi huit domaines d'intervention majeurs : *a)* renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé, *b)* aborder les déterminants de la santé, *c)* augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité, *d)* réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein, *e)* faire reculer les risques et la charge de morbidité, *f)* renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé, *g)* mettre à profit le savoir, la science et la technologie et *h)* renforcer la sécurité sanitaire.

30. L'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a été présentée à la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012. L'évaluation a reconnu les progrès considérables réalisés dans les huit domaines d'intervention et a attiré l'attention sur des préoccupations sanitaires précises pour lesquelles moins de progrès ont été observés et qui nécessitent un regain d'efforts : *a)* la mortalité maternelle, *b)* la dengue, *c)* la tuberculose, *d)* le VIH/sida, *e)* l'obésité, *f)* les dépenses publiques dans le domaine de la santé et *g)* les paiements directs. Au cours de la période examinée, le Programme a été employé à bon escient dans les pays de la Région, ayant inspiré la formulation de plans, politiques et stratégies sanitaires au niveau national. De la même façon, au niveau infrarégional, le Programme a été régulièrement utilisé, guidant l'élaboration de plans d'action, de programmes et de stratégies. Les organismes sanitaires et les partenaires de la Région ont toutefois fait un usage restreint du Programme. Le manque de cibles et d'indicateurs a créé des difficultés dans l'évaluation à mi-parcours du Programme, et dans le suivi et le rapport efficaces de sa mise en œuvre. Une recommandation a été faite pour établir des cibles pour 2017, fondées sur des « indicateurs de remplacement », définies lors de l'évaluation à mi-parcours du Programme.

31. L'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, effectuée en parallèle à l'élaboration du présent Programme, demandait de réaliser

⁸ Rapport final de la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine (Document CSP27/FR), qui a eu lieu du 1^{er} au 5 octobre 2007, disponibles sur : <http://www1.paho.org/french/gov/csp/csp27-fr-f.pdf>.

une enquête auprès de tous les États Membres, un examen de leurs plans sanitaires et une analyse des indicateurs de remplacement définis dans l'évaluation faite à mi-parcours. Les résultats préliminaires de cette évaluation finale ont permis de faire rapport sur les principaux domaines préoccupants qui ont été identifiés dans l'évaluation faite à mi-parcours.

32. Voici ce qu'indiquait l'évaluation finale quant aux domaines précis qui ont été identifiés :

- a) La mortalité maternelle : le taux de mortalité maternelle (TMM) estimé dans la Région⁹ présente des variations significatives entre les pays, avec une réduction passant de 67,0 en 2005 à 52,0 pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Au cours de cette même année, alors que la médiane était de 63 pour 100 000 pour la Région entière,¹⁰ dans les pays se situant au-dessous de la médiane, il était de 27 pour 100 000¹¹ et dans ceux se situant au-dessus de la médiane, de 94.¹²
- b) La dengue : les cas de dengue ont augmenté de façon importante, passant de 1 699 072 en 2011 à 8 207 797 cas cumulés en 2015 ;¹³ la dengue demeure donc une préoccupation majeure dans la Région.
- c) La tuberculose : il y a eu réduction de l'incidence, passant de 24 cas pour 100 000 habitants en 2007 à 23,5 pour 100 000 en 2009 et à 22,1 pour 100 000 en 2014.¹⁴
- d) Le VIH/sida : il y a eu une réduction du nombre de cas de transmission mère-enfant du VIH, passant de 3300 en 2011 à 2100 en 2015.¹⁵
- e) L'obésité : la tendance indique une augmentation de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans, passant de 6,9 % en 2005 à 7,2 % en 2012.¹⁶
- f) Les dépenses publiques nationales dans le domaine de la santé exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) : il y a eu une augmentation graduelle en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 3,1 % en 2006 à 3,7 % en 2011, et à 4 % en 2014 (moyenne simple).¹⁷

⁹ OMS, UNICEF, UNFPA. Le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies : Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/fr/>

¹⁰ Intervalle de confiance de 95 % (14 à 229).

¹¹ Intervalle de confiance de 95 % (7 à 54).

¹² Intervalle de confiance de 95 % (64 à 350).

¹³ *Health in the Americas* 2012 et 2017 (en anglais).

¹⁴ OPS. Indicateurs sanitaires de base, 2016.

¹⁵ OPS. Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans la Région des Amériques. Mise à jour 2016.

¹⁶ OPS. Mid-term Evaluation of the Health Agenda for the Americas, 2012 and PAHO Core Indicators 2016 (en anglais et en espagnol).

¹⁷ OPS. Mid-term Evaluation of the Health Agenda for the Americas, 2012 and PAHO Core Indicators 2017 (en anglais et en espagnol).

- g) Les paiements directs : exprimés en pourcentage des dépenses totales pour la santé, les paiements directs ont chuté de 52 % en 2006 à 33 % en 2014 en Amérique latine et dans les Caraïbes.¹⁸

33. Conformément à son mandat, le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a servi à l'OPS de principal instrument politique et stratégique pour l'élaboration et la mise en œuvre de deux plans stratégiques (2008-2013 et 2014-2019), ainsi que de stratégies et de plans d'action régionaux et de stratégies de coopération nationales.

Le Programme à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable

34. En septembre 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Résolution « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ».¹⁹ Le Programme à l'horizon 2030 comporte 17 objectifs de développement durable (ODD) et 169 cibles de développement précises.

35. Parmi les 17 objectifs de développement, l'objectif 3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » et ses 13 cibles concernent directement le PASDA2030. Il est toutefois important de remarquer l'existence de cibles supplémentaire liées à la santé dans d'autres ODD, symbole du dessein du Programme à l'horizon 2030 de favoriser une approche intersectorielle pour le développement, en travaillant vers des améliorations sociales, économiques et environnementales holistiques.

¹⁸ Idem que la note précédente.

¹⁹ Nations Unies. Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Soixante-dixième session de l'Assemblée générale, Résolution A/RES/70/1. Disponible sur : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F

Tableau 1. Cibles de l'ODD 3²⁰

Numéro	Cibles
3.1	D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.
3.2	D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.
3.3	D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.
3.4	D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être.
3.5	Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool.
3.6	D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route.
3.7	D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.
3.8	Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.
3.9	D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol.
3.a	Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.
3.b	Appuyer la recherche et le développement de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, aux médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de cet accord qui ménagent une flexibilité lorsqu'il s'agit de protéger la santé publique et, en particulier, d'assurer l'accès universel aux médicaments.
3.c	Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement.

²⁰ Préparées avec les informations de la Résolution A/RES/70/1 de l'Assemblée générale des Nations unies : « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 »

Numéro	Cibles
3.d	Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux.

36. Le paragraphe 26 du Programme à l'horizon 2030 souligne l'importante cruciale de la santé : « Pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l'espérance de vie, nous devons assurer la couverture maladie universelle et l'accès de tous à des soins de qualité. Personne ne doit être laissé pour compte. Nous nous engageons à accélérer les progrès accomplis à ce jour dans la réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle en mettant fin avant 2030 à ces décès évitables. Nous nous engageons à assurer un accès universel aux services de santé sexuelle et procréative, y compris en matière de planification familiale, d'information et d'éducation. Nous accélérerons les progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, l'hépatite, l'Ebola et les autres maladies transmissibles et épidémies, y compris en nous attaquant à l'augmentation de la résistance aux antimicrobiens et au problème des maladies non traitées dans les pays en développement. Nous sommes également résolus à assurer la prévention et le traitement des maladies non transmissibles, y compris les troubles du comportement et du développement et les troubles neurologiques, qui constituent un problème majeur pour le développement durable. »

Analyse de la situation

37. L'analyse qui suit établit le contexte du PASDA2030. Elle comprend un résumé des caractéristiques et des tendances socioéconomiques et démographiques, ainsi que le profil épidémiologique, les tendances de la situation sanitaire et la réponse du système de santé. Les sources des informations sur le rapport sur la situation et perspectives de l'économie mondiale 2017 publié par l'Organisation des Nations Unies,²¹ « *Regional Outlook on Health in the Americas* » tiré de l'édition de 2017 du document « *Health in the Americas 2017* »²² et le Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire sur le plan stratégique de l'OPS 2014-2019.²³

²¹ Organisation des Nations Unies. Situation et perspectives de l'économie mondiale 2017. Disponible sur : https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/2017wesp_es_fr.pdf et Organisation des Nations Unies. World Economic Situation and Prospects 2017. Update as of mid-2017. Disponible en anglais sur :

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/50/pdf/N1713050.pdf?OpenElement>

²² PAHO. Health in the Americas 2017: Economic and social context in the Americas 2010-2015 (publication imminente).

²³ OPS. Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire sur le plan stratégique de l'OPS 2014-2019. 55^e Conseil directeur, 68^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 26 au 30 septembre 2016 (document CD55/5). Disponible sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12276&Itemid=42078&lang=fr

Tendances socioéconomiques dans la Région

38. L'économie mondiale des dix dernières années a été caractérisée par des ralentissements et de légères reprises. Le ralentissement a débuté en septembre 2008, l'épicentre se situant dans les économies de certains pays qui connaissaient une croissance majeure. La Région des Amériques n'a pas échappé à cette tendance, présentant un ralentissement plus prononcé que la moyenne mondiale.

Perspectives économiques par sous-région

39. La performance des économies de la Région a suivi des schémas différents. Les perspectives économiques pour l'Amérique du Nord (États-Unis d'Amérique et Canada, soit les première et dixième plus grandes économies du monde) sont bonnes, principalement en raison de l'augmentation de la consommation privée, particulièrement de biens durables et de biens immobiliers, des faibles niveaux de chômage et d'une légère hausse des salaires aux États-Unis. Il est prévu que le Canada connaisse une expansion économique suite aux plans d'expansion fiscale de l'infrastructure de base, à de modestes augmentations du prix des produits de base et d'une légère amélioration de la compétitivité grâce à la dépréciation de la monnaie.

40. L'Amérique du Sud, après un déclin du PIB sur deux années consécutives (réductions de 1,9 % en 2015 et 2,6 % en 2016) a connu une lente reprise, et les projections sont évaluées à 0,6 % en 2017 et à 2,6 % en 2018. Certains pays ont montré un meilleur rendement en raison d'une augmentation des investissements, tandis que d'autres ont été ralentis par l'augmentation du chômage, la faible croissance de la productivité, une mauvaise diversification économique et une faible capacité institutionnelle.

41. On s'attend à ce que la croissance moyenne demeure modeste au Mexique et en Amérique centrale, avec un PIB augmentant légèrement au-dessus de 2,0 % en 2017 et en 2018, cela dans un climat d'incertitude, et à ce que la croissance du PIB de certains pays d'Amérique centrale augmente de plus de 4 % en 2017 et en 2018 grâce à un fort investissement public, une forte consommation privée et une industrie touristique florissante.

42. Dans les Caraïbes, la situation et les perspectives économiques varient énormément d'un pays à l'autre, selon les contraintes structurelles de leurs économies et leur vulnérabilité aux changements dans l'économie mondiale. Toutefois, malgré ces inconvénients, certains pays ont connu des niveaux de croissance du PIB de 3 %, voir supérieurs.

43. Le rapport²⁴ des Nations Unies appelle à une réorientation de la macroéconomie et d'autres politiques afin de mieux promouvoir l'investissement en capital physique et humain, et renforcer la capacité d'innovation dans l'ensemble de la Région. Les perspectives économiques comportent des risques importants. Les perspectives de croissance à moyen terme pour de nombreuses économies de l'Amérique latine et des Caraïbes sont assombries par les faiblesses structurelles persistantes, dont une forte dépendance vis-à-vis des produits de base et de la faible croissance de la productivité. Une période prolongée de faible croissance pourrait poser une menace pour les acquis sociaux réalisés au cours de la dernière décennie et compliquer le parcours de la Région vers la réalisation des objectifs de développement durable. Pour cette raison, le rapport recommande d'augmenter l'investissement public et d'améliorer la perception des impôts pour briser le cercle vicieux de faible investissement couplé à la faible croissance économique.

Les tendances démographiques

44. La Région des Amériques a été témoin de transitions importantes aux niveaux démographique et épidémiologique. En 2015, la population de la Région atteignait 992 millions d'habitants, soit une augmentation de 12 % depuis 2005. En général, entre 2010 et 2015, il y a eu une réduction de 1,48 % de la population âgée de moins de 15 ans et une augmentation de 14,06 % de la population âgée de plus de 79 ans.²⁵

45. L'espérance de vie à la naissance au niveau mondial a augmenté de 3 ans de 2000 à 2005 et de 2010 à 2015 (passant de 67,1 à 70,5 ans). Dans les Amériques, l'espérance de vie a également augmenté de 3,2 ans, passant de 73,7 ans en 2000 à 76,9 ans en 2015. La moyenne régionale de l'espérance de vie dissimule des inégalités entre les sous-régions et les pays, et au sein de ceux-ci. Par exemple, l'espérance de vie en 2015 en Amérique latine et dans les Caraïbes était de 74,5 ans, tandis qu'en Amérique du Nord elle était de 79,2 ans, et au niveau national, elle s'échelonnait de 63,5 en Haïti à 82,2 au Canada.²⁶

46. La moitié des pays de la Région présentent des taux de fécondité inférieurs à 2,1 enfants par femme, ce qui signifie qu'ils sont entrés dans la phase démographique dite de « population non renouvelée », ainsi que dans un processus de vieillissement progressif de la population. Bien que les taux de fécondité aient diminué, la fécondité des adolescentes (de 15 à 19 ans) a augmenté, avec un taux de fécondité régional estimé à

²⁴ Nations Unies. Situation et perspectives de l'économie mondiale 2017. Disponible sur : https://www.un.org/development/desa/dpad/wp-content/uploads/sites/45/2017wesp_es_fr.pdf et Organisation des Nations Unies. World Economic Situation and Prospects 2017. Update as of mid-2017. Disponible en anglais sur : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/50/pdf/N1713050.pdf?OpenElement>

²⁵ WHO. Global Health Observatory. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/

²⁶ CEPAL. Los impactos de las tendencias demográficas. En: CEPAL. *Panorama social de América Latina 2015*. Santiago de Chile: CEPAL; 2015. Disponible en espagnol sur : http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600175_es.pdf

49,5 pour 1000, allant de 8,2 à 96,1. Bien que la tendance actuelle soit stable, les mères adolescentes représentent 20 % des 15 millions de naissances dans la Région chaque année.²⁷

47. Il est intéressant de souligner que, sans exception, les pays d'Amérique latine se retrouvent dans une situation démographique avantageuse en termes de développement économique : ce qu'on appelle « l'atout démographique ». En général, les pays d'Amérique latine en sont à ce qu'on appelle la deuxième phase dudit atout démographique. Dans cette deuxième phase (la plus favorable), le rapport de dépendance d'un pays atteint son plus faible niveau, soit moins de deux personnes dépendantes (inactives) pour trois personnes actives, et il demeure constant à ce niveau. Cette phase a commencé au début du 21^e siècle et il est prévu qu'elle s'étende jusqu'à la fin de la décennie 2011-2020. La troisième phase se prolongera jusqu'aux premières années de la décennie 2041-2050.

48. En 2015, l'Amérique latine et les Caraïbes comptaient 26 % des enfants du monde (de 0 à 14 ans), 17 % de la population adolescente (de 15 à 24 ans) et 14,6 % de la population âgée de plus de 60 ans. La population âgée de plus de 80 ans représentait 3,8 % du total mondial en Amérique du Nord et 1,6 % en Amérique latine. Le taux de grossesse chez les adolescentes en Amérique latine et dans les Caraïbes était le deuxième le plus élevé au monde en 2010-2015 (66,5 naissances vivantes pour 1000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans).

49. En 2014, les pays ayant les proportions les plus élevées de personnes vivant en zones urbaines dans le monde se trouvaient en Amérique du Nord (82 % de la population vivait en zones urbaines), en Amérique latine et dans les Caraïbes (80 % de la population) et en Europe (73 % de la population). Par contre, l'Afrique et l'Asie demeuraient principalement rurales. Il convient de remarquer que la Région des Amériques comptait trois des six mégapoles mondiales (les villes de Mexico, New York et São Paulo).

Tendances de la situation sanitaire et réponse du système de santé dans la Région

Iniquités en matière de santé

50. Au cours de la dernière décennie, la croissance enregistrée par les pays de la Région des Amériques n'a pas profité de façon uniforme à ses divers groupes sociaux, entraînant une mauvaise qualité de vie des ménages et une faible disponibilité des services sociaux, notamment dans les secteurs de la santé et de l'éducation, pour des millions de personnes. Cette situation est reflétée dans des variations importantes des indicateurs de la santé, tant entre les pays de la Région qu'en leur sein.

51. Les variations indiquent de profondes disparités entre les pays et en leur sein, les résultats sanitaires nationaux reflétant des facteurs tels que la richesse, l'éducation,

²⁷ Pan American Health Organization/World Health Organization, Communicable Diseases and Health Information and Analysis. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2017. Washington, D.C., United States of America, 2017.

l'emplacement géographique, le genre, l'ethnicité et/ou l'âge. Par exemple en 2013, les pays des Amériques ayant les plus faibles niveaux de revenus présentaient un taux de mortalité infantile (TMI) 4,5 fois plus élevé que les pays ayant les niveaux de revenus les plus élevés, tandis que le risque de décès lié à la maternité était 5,5 fois plus élevés pour les femmes de pays ayant le nombre moyen le plus faible d'années de scolarisation que celles des pays ayant le nombre le plus élevé d'années de scolarisation. De la même façon, même à l'intérieur des pays, les unités infranationales ayant le quintile le plus pauvre de richesse des ménages présentaient les taux de mortalité les plus élevés des enfants de moins de 5 ans, tandis que les unités ayant les niveaux d'éducation les plus faibles présentaient un risque jusqu'à trois fois plus élevé de décès prématuré que celles ayant les niveaux d'éducation les plus élevés, indépendamment de l'âge ou du sexe. Lorsque l'on tient compte de la race ou de l'origine ethnique, l'espérance de vie des habitants autochtones a plutôt tendance à être de 7 à 8 fois moins élevée que dans les populations non autochtones.²⁸ Les femmes autochtones ont tendance à être moins susceptibles de recevoir des soins prénataux qui répondent aux normes de soins,²⁹ ont des taux de mortalité maternelle plus élevés et sont moins susceptibles d'être prises en charge lors de l'accouchement dans un établissement de santé par rapport aux femmes non autochtones.³⁰ Lorsqu'on désagrège ces groupes par âge et qu'on les compare aux groupes non autochtones et non noirs, la mortalité proportionnelle des enfants âgés de moins de 5 ans est plus forte : il y a davantage de décès dus aux traumatismes et à la violence parmi les jeunes noirs et les jeunes autochtones.³¹ Voici d'autres exemples d'inégalités au sein des pays et entre eux :³²

- a) Les pays ayant les plus grandes populations rurales se heurtent encore à une couverture inadéquate des soins prénataux par rapport aux quintiles les plus urbanisés, avec un écart absolu de 11,9 % en 2013 (c'est-à-dire, les pays du quintile regroupant la plus forte population rurale avaient une couverture adéquate de 78,4 % par rapport à 90,3 % pour les pays plus urbanisés).
- b) Les pays ayant les plus faibles niveaux de scolarisation en 2013 présentaient un écart absolu d'inégalité de 16,7 décès prématurés liés à des maladies non

²⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Panamá: Diagnóstico de la población indígena de Panamá con base en los Censos de Población y Vivienda 2010. Disponible en espagnol sur :

https://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=59&ID_PUBLICACION=657&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=13

²⁹ Dansereau E, McNellan CR, Gagnier MC, Desai SS, Haakenstad A, Johanns CK, Palmisano EB, Ríos-Zertuche D, Schaefer A, Zúñiga-Brenes P, Hernandez B, Iriarte E, Mokdad AH. Coverage and timing of antenatal care among poor women in 6 Mesoamerican countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016 Aug 19; 16:234. DOI: 10.1186/s12884-016-1018-5.

³⁰ Colombara DV, Hernández B, Schaefer A, Zyznieuski N, Bryant MF, Desai SS, Gagnier MC, Johanns CK, McNellan CR, Palmisano EB, Ríos-Zertuche D, Zúñiga-Brenes P, Iriarte E, Mokdad AH. Institutional Delivery and Satisfaction among Indigenous and Poor Women in Guatemala, Mexico, and Panama. *PLoS ONE*. 2016 Apr 27; 11(4): e0154388. doi: 10.1371/journal.pone.0154388

³¹ Ministerio da Saúde, Racismo e desigualdades na saúde, *Epidemiologia e Análise em Saúde*, 2014. Communication personnelle du Dr. Fatima Marinho.

³² Résultats d'une analyse menée par l'Unité d'information et d'analyse sanitaire de l'OPS, fondés sur des données de la Plateforme d'information et d'analyse sanitaire de l'OPS (PLISA).

- transmissibles pour 100 000 habitants par rapport aux pays ayant les niveaux de scolarité les plus élevés (c'est-à-dire, les pays du quintile ayant le plus faible taux de scolarité en 2013 avaient un taux de mortalité prématurée de 280 décès pour 100 000 habitants par rapport à 263,3 pour le quintile des pays affichant le niveau d'instruction le plus élevé).
- c) L'incidence de la dengue est beaucoup plus élevée dans les pays se situant dans les quintiles les plus faibles de PIB par habitant.
 - d) Les pays se situant dans le quintile le plus faible d'années de scolarisation moyennes présentent un taux d'homicide considérablement plus élevé que le reste des pays de la Région, ainsi que des taux d'homicide d'adolescents plus élevés que pour tous les autres quintiles confondus.

52. Pendant la période 2014-2015, la capacité institutionnelle de quantifier et d'analyser les inégalités sociales en matière de santé a été renforcée dans 19 pays par la production de profils d'équité en matière de santé traitant des dimensions sociales, économiques et environnementales du développement durable.

53. En harmonie avec l'engagement des pays envers les ODD, il est nécessaire d'établir des priorités nationales et des objectifs de développement pour les années à venir, en tenant compte des inégalités actuelles en matière de santé à la fois entre les pays des Amériques et en leur sein. Il est vital que ces priorités et objectifs reflètent les besoins des populations les plus vulnérables et qu'elles soient fondées sur les constatations actuelles. Pour produire des données qui reflètent les inégalités actuelles en matière de santé tant entre les pays qu'en leur sein, il est important que les pays incluent les données recueillies au niveau infranational dans leurs analyses des inégalités en matière de santé.

Causes principales de décès

54. Le taux de mortalité mondial rectifié selon l'âge a légèrement diminué, passant de 5,6 pour 1000 habitants en 2005 à 5,3 en 2013. Le profil de mortalité des Amériques est dominé par les maladies non transmissibles. En 2013, des quelques six millions de décès, 78 % étaient imputables à des maladies non transmissibles, 9 % à des maladies transmissibles, 10 % à des causes externes et 3 % à des causes mal définies.

- a) Le tableau suivant présente les dix principales causes de décès dans la Région des Amériques de 2010 à 2013 :

Tableau 2. Principales causes de décès dans la Région pour la période 2010-2013³³

Causes (CIM-10)	Décès	Taux de décès rectifié selon l'âge pour 100 000 habitants	% du total des décès
Cardiopathies ischémiques (I20 à I25)	2 792 698	76,4	14,1
Maladies vasculaires cérébrales (I60 à I69)	1 423 762	38,9	7,2
Diabète sucré (E110 à E14)	1 098 085	30,0	5,5
Démence et maladie d'Alzheimer (F01, F03, G30)	1 017 617	27,8	5,1
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40 à J47)	1 013 061	27,7	5,1
Néoplasme malin de la trachée, des bronches et des poumons (C33, C34)	958 356	26,2	4,8
Grippe et pneumonie (J10 à J18)	814 175	22,3	4,1
Maladies hypertensives (I10 à I15)	700 591	19,2	3,5
Cirrhose et autres maladies du foie (K70-K76)	544 217	14,9	2,7
Agression (homicide) (X85 à Y09)	543 815	14,9	2,7

Source : Système d'information de l'OPS sur la mortalité dans la Région des Amériques.

- b) Les maladies chroniques non transmissibles dominent le profil de mortalité chez les deux sexes, représentant huit des 10 premières causes chez les femmes et sept des 10 premières causes chez les hommes. Chez les hommes, les décès non liés aux maladies non transmissibles étaient dus à des causes externes telles que l'agression, l'homicide et les accidents de transport routier (voir l'annexe B).
- c) Selon la tranche d'âge, les principales causes de décès dans la Région s'établissent comme suit (les chiffres entre parenthèses désignent les taux pour 100 000 habitants) : dans le groupe âgé de 10 à 24 ans, l'homicide (20,4), les accidents de transport routier (13,4) et le suicide (5,3) ; dans le groupe d'âge des 25 à 64 ans, les cardiopathies ischémiques (35,9), le diabète sucré (19,1) et l'homicide (18,3) ; parmi les personnes de plus de 65 ans, les cardiopathies ischémiques (620,6), les maladies vasculaires cérébrales (327,5) et la démence et maladie d'Alzheimer (292,8).
- d) Tel que mentionné précédemment, entre la période de 2002 à 2005 et celle de 2010 à 2013, le taux de mortalité maternelle (TMM) a diminué au niveau régional (passant de 68,4 à 58,2 pour 100 000 naissances vivantes), quoi qu'avec des variations importantes dans la Région. Du nombre total de décès maternels, 66,4 % étaient liés à des causes obstétriques directes, telles que les hémorragies (généralement puerpérales), les infections, les troubles hypertensifs de la

³³ Ajustées selon l'âge et fondées sur les catégories de la liste normalisée de l'OMS en vue de comparer les principales causes de décès entre les pays ; dans : Becker R, Silvi J, Fat D, L'Hours A, Laurenti R: Méthode de détermination des principales causes de décès; Bull of the WHO 2006; 84: 297-304 (résumé en français ; article en anglais).

grossesse (habituellement l'éclampsie), l'arrêt de progression du travail et les complications suite à un avortement.

- e) Le taux de mortalité infantile dans la Région (enfant de moins d'un an) a chuté pour passer de 17,9 pour 1000 naissances vivantes à 13,6 pour 1000 naissances vivantes entre 2002-2005 et 2010-2013. Parmi le nombre total de décès, plus de 70 % se sont produits au cours de la période néonatale. La principale cause spécifique de mort néonatale dans les Amériques était la détresse respiratoire chez les nouveau-nés.

L'environnement et la santé

55. Au regard de la conception moderne de la relation qui existe entre l'environnement et la santé humaine,³⁴ les risques environnementaux évitables contribuent à environ le quart des décès au monde. On estime que dans les Amériques, les décès imputables à des risques environnementaux sont de l'ordre de 8 % à 23 % du nombre total de décès, la charge étant la plus lourde en Haïti, suivi de près par le Honduras, le Nicaragua et le Paraguay (20 %).³⁵ Il est frappant de constater que la majeure partie de ces décès (46 % en Haïti, suivi par 26 % au Guatemala et 18 % en Bolivie) soit imputable à des maladies chroniques non transmissibles (MNT).³⁶

56. Mondialement, les risques environnementaux évitables contribuent à environ un tiers des années de vie ajustées en fonction de l'incapacité (AVAI) liés à des MNT importantes telles que les infections des voies respiratoires inférieures (35 %), les maladies cardiovasculaires (31 %), les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) (35 %), l'asthme (44%) et les cancers (20 %). Mondialement, la pollution atmosphérique (ambiante et intradomiciliaire) constitue le risque environnemental le plus élevé et représente environ 6,5 millions de décès par année, soit 11,6 % du total mondial, dont 94 % sont imputables à des MNT. Les risques posés par les produits chimiques dangereux prioritaires, tels que l'exposition à des pesticides hautement toxiques, au plomb ou au mercure, ont tendance à avoir un impact disproportionné sur les enfants, et contribuent aux MNT tout au long de la vie, et aux troubles de santé chroniques tels que

³⁴ Ce concept de l'environnement et de la santé considère l'analyse de tous les facteurs physiques, chimiques et biologiques externes à la personne et à ses schémas de comportements associés, à l'exclusion des milieux naturels qui ne peuvent pas être raisonnablement modifiés. Le concept comprend la contamination de l'air, de l'eau et du sol par des agents chimiques ou biologiques, les radiations ionisantes et ultraviolettes, les champs électromagnétiques, le bruit, les risques professionnels, dont les risques physiques, chimiques, biologiques, psychosociaux et professionnels, les environnements bâtis (habitation, lieux de travail, utilisation du terrain, routes), les pratiques agricoles et les comportements liés à des facteurs environnementaux tels que la disponibilité d'eau potable pour la consommation humaine, et le soutien de l'activité physique par l'amélioration des conceptions urbaines.

³⁵ World Health Organization. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/ (consulter les données de l'Observatoire mondial de la Santé).

³⁶ Prüss-Ustün A, Wolf J, Corvalán C, Bos R, Neira M. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. World Health Organization, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf

les anomalies du neurodéveloppement et congénitales, et les maladies liées à des perturbations endocriniennes disruption.³⁷

Les maladies transmissibles

57. La Région a fait des progrès constants dans l'élimination des maladies transmissibles, avec des réalisations marquantes telles que : *a*) la déclaration de la Région des Amériques comme première région de l'OMS à être exempte de la transmission de la rougeole endémique, *b*) la certification de l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (la première et seule région du monde à avoir atteint cet objectif), *c*) l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la syphilis congénitale à Cuba, à Anguilla, à Montserrat, aux Bermudes et aux Îles Caïmans et *d*) l'élimination de l'onchocercose en Colombie, en Équateur, au Guatemala et au Mexique et l'élimination du trachome au Mexique. De plus, six pays de l'Organisation des États des Caraïbes orientales (OECO) sont en voie d'obtenir la validation de l'ETME du VIH et de la syphilis congénitale par le Comité régional de validation (Antigua et Barbuda, Dominique, Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie). De plus, l'Argentine et le Paraguay sont en cours de certification de l'élimination du paludisme. Pour ce qui est de l'interruption de la transmission de *Trypanosoma cruzi*, de nouvelles zones de la Colombie et du Paraguay ont été certifiées et le Chili a été certifié de nouveau.

58. Les cas annuels de grippe se sont chiffrés en moyenne à 116 590 au cours des cinq dernières années. Depuis 2009, les principaux virus de la grippe saisonnière circulant dans les Amériques ont été la grippe A (H1N1) pdm09, la grippe A (H3N2) et la grippe B (les lignées Victoria et Yamagata).

59. Entre 2011 et 2016, seuls cinq pays (Brésil, Bolivie, Colombie, Équateur et Pérou) ont déclaré des cas de fièvre jaune. Une flambée a été déclarée au Brésil en décembre 2016, avec 448 cas graves confirmés et un taux de létalité de 32 %.

60. En 2010, Haïti a déclaré 179 379 cas de choléra et 3390 décès. Suite à cette flambée, entre 2010 et 2013, des cas ont été signalés à Cuba (469 cas et trois décès), au Mexique (203 cas et un décès) et en République dominicaine (32 778 cas et 488 décès).

Le VIH et les infections sexuellement transmissibles

61. En 2015, on estime que 2 millions de personnes ont été infectées par le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes, dont 58 % étaient âgées de 15 ans et plus. Cette année-là, la prévalence estimée de l'infection par le VIH dans la tranche d'âge des 15 à 49 ans en Amérique latine et dans les Caraïbes avoisinait les 0,5 % [0,4-0,6 %], touchant particulièrement la population des Caraïbes, qui a connu une prévalence de 1 %. En

³⁷ World Health Organization. Preventing diseases through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks. Disponible en anglais sur : http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventing-disease/en/ (consulter les données de l'Observatoire mondial de la Santé).

Amérique latine, l'épidémie a principalement touché le sexe masculin, qui représente 68 % des personnes atteintes par le VIH, tandis que dans les Caraïbes, 52 % des personnes atteintes du VIH sont de sexe féminin.

62. On estime à 64 millions par an le nombre de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) guérissables (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, syphilis et *Trichomonas vaginalis*), affectant les personnes de la tranche d'âge de 15 à 49 ans. L'infection par le virus du papillome humain (VPH) est l'infection virale la plus courante des voies génitales, avec 70 millions de cas dans la Région. La prévalence estimée du VPH en Amérique latine et dans les Caraïbes est de 16,1 %. Il importe de ne pas oublier que l'on ne connaît pas avec exactitude l'ampleur du problème en raison de la sous-déclaration des IST.

63. Le vaccin anti-VPH a été introduit dans la Région il y a moins d'une décennie. En date de 2016, 19 pays et territoires avaient introduit le vaccin dans le cadre d'un programme complet de lutte visant à réduire le cancer du col de l'utérus.³⁸ Une modélisation de l'efficacité en fonction du coût sur une période de 10 ans indique que si les pays à revenu faible et intermédiaire parvenaient à atteindre la pleine couverture vaccinale et à effectuer le dépistage ponctuel du cancer du col de l'utérus des femmes de plus de 35 ans, environ 5,2 millions de cas de cancer du col de l'utérus et 3,7 millions de décès pourraient être évités. Le coût net de cette intervention pour 50 pays à revenu faible et intermédiaire serait de 3,2 milliards de dollars sur une période de 10 ans.³⁹

La tuberculose

64. Les taux de mortalité de la tuberculose ont chuté de 4,3 à 2,5 pour 100 000 habitants au cours de la période de 2000 à 2015. La coinfection par le VIH demeure l'un des facteurs de risque majeurs qui prolonge cette maladie et contribue à sa létalité dans les Amériques. En 2015, 218 700 cas de tuberculose ont été diagnostiqués et déclarés (22,1 pour 100 000 habitants) et 4508 cas de tuberculose multirésistante ont été déclarés dans la Région des Amériques.

Les maladies à transmission vectorielle

65. Le paludisme et la dengue continuent de sévir dans la Région. La situation des maladies à transmission vectorielle s'est aggravée avec l'apparition des virus chikungunya et Zika. En décembre 2013, les premiers cas locaux de chikungunya ont été diagnostiqués à Saint-Martin (territoire français). Pendant l'année 2016, 361 312 cas suspects ont été signalés et 157 288 cas ont été confirmés dans la Région.

66. La transmission du virus Zika a été documentée pour la toute première fois dans la Région des Amériques en février 2014. D'avril 2015 à janvier 2017, un total de

³⁸ Unité technique de l'immunisation de l'OPS.

³⁹ Campos, N. G., Sharma, M., Clark, A., Lee, K., Geng, F., Regan, C., Kim, J. and Resch, S. (2017), The health and economic impact of scaling cervical cancer prevention in 50 low- and lower-middle-income countries. *Int J Gynecol Obstet*, 138: 47–56. doi:10.1002/ijgo.12184

714 636 cas suspectés de maladie à virus Zika ont été déclarés, parmi lesquels 178 297 (29 %) ont été confirmés. Au cours de la même période, 2530 cas confirmés de syndrome congénital associé à la maladie à virus Zika ont été signalés.

67. De 2000 à 2015, les cas de paludisme dans les Amériques ont diminué de 62 % (passant de 1 181 095 à 451 242 cas). En 2015, on a toutefois observé des cas en Colombie, en Équateur, au Guatemala, au Honduras, au Nicaragua, au Pérou, en République dominicaine et au Venezuela. L'augmentation dans ce dernier pays (de 90 708 à 136 402 cas) a été 50 % plus forte que prévu. Au cours de la même période, les décès dus au paludisme ont diminué de 76 % (passant de 410 à 98 décès). Parmi ce total, 77 % ont été déclarés par le Brésil, le Pérou et le Venezuela.

68. De 2011 à 2015, un total cumulé de 8 207 797 cas de dengue ont été déclarés dans la Région. Parmi ces cas, 118 837 (1,4 %) étaient des cas sévères et on a déploré 5028 décès (0,06 %).

Les maladies tropicales négligées et les zoonoses

69. La Région a continué de progresser au chapitre de l'élimination des maladies infectieuses négligées et a vérifié l'élimination de l'onchocercose en Colombie, en Équateur, au Guatemala et au Mexique. Il ne reste qu'un seul foyer d'onchocercose (partagé par deux pays d'Amérique du Sud) avant l'élimination dans la Région.

70. Parmi les 21 pays où la maladie de Chagas est endémique, 17 ont continué de maintenir l'interruption de la transmission domiciliaire par les vecteurs, les Triatomines (sous-famille d'insectes Réduviidés) porteurs du parasite *Trypanosoma cruzi*, tel qu'en témoigne un indice d'infestation d'habitation inférieur ou égal à 1 % dans le pays ou ses zones endémiques.

71. De 2010 à 2014, le nombre de nouveaux cas déclarés de lèpre en Amérique latine et dans les Caraïbes a chuté de 37 571 à 33 789 cas. Le Brésil recensait 92 % de tous les cas déclarés.

72. Pour ce qui est de la rage humaine transmise par les chiens, la tendance des cas confirmés de 2013 à 2016 est demeurée de l'ordre de 10 à 12 cas par année. Le défi se poursuit, toutefois, car les cas de rage humaine transmise par d'autres animaux sont en hausse, avec une augmentation de 12 cas en 2013 à 23 cas en 2016.

Les maladies à prévention vaccinale

73. En 2015, la Région a interrompu la transmission endémique de la rubéole et a aussi été déclarée exempte de rougeole. D'après les données déclarées par les pays cette même année, la couverture dans la Région des Amériques par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC) et du vaccin antipoliomyélitique administrée aux enfants de moins d'un an était de 91 % et de 92 %, respectivement. Les

chiffres pour la vaccination contre la rougeole et la rubéole chez les enfants d'un an, était de 93 %.

74. En 2015, parmi les presque 15 000 municipalités d'Amérique latine et des Caraïbes, 8456 (56 %) ont déclaré une couverture vaccinale par la troisième dose du vaccin DTC inférieure à 95 %.

La résistance aux antimicrobiens

75. Depuis 1996, on a documenté une tendance à la hausse de la résistance des principaux agents pathogènes affectant l'homme aux médicaments antimicrobiens tant aux niveaux communautaire qu'hospitalier. On a signalé la propagation de mécanismes de résistance émergents dans la Région, y compris aux carbapénèmes⁴⁰ chez *Klebsiella pneumoniae* produisant de la carbapénémase (type KPC) dans presque tous les pays latino-américains, provoquant des flambées sévissant dans les unités de soins intensifs et présentant un taux de mortalité pouvant atteindre 50 %.

Les facteurs de risque des maladies chroniques, de la santé mentale et des maladies non transmissibles

La mortalité imputable aux maladies non transmissibles

76. Les maladies non transmissibles (MNT) sont responsables de près de quatre décès sur cinq dans les Amériques et il est prévu que ce nombre augmente dans les décennies à venir. En 2015, une personne de 30 ans vivant dans la Région courait un risque de 14,7 % de mourir de l'une des quatre MNT majeures avant d'atteindre l'âge de 70 ans. Cette probabilité de décès était plus faible que dans les autres régions, si l'on en juge par la moyenne mondiale établie à 18,8 %.

77. En 2013, les maladies cardio-vasculaires étaient la première cause de mortalité dans la Région. Les 1 644 738 décès (144,9 pour 100 000 habitants) représentaient 28,8 % de tous les décès imputables aux maladies non transmissibles. Cette même année, la Région a enregistré 1 087 047 décès dus au cancer (102,4 pour 100 000 habitants) et 278 034 décès dus au diabète sucré, provoquant respectivement 19,0 % et 6,3 % des décès dans ce groupe de maladies.

L'insuffisance rénale chronique

78. L'insuffisance rénale chronique est un problème grandissant de santé publique dans tous les pays des Amériques, et l'Amérique latine a le taux de mortalité le plus élevé

⁴⁰ Les carbapénèmes sont des antibiotiques β -lactame à large spectre ayant une action et une résistance à l'enzyme β -lactamase. Ils sont très efficaces contre les bactéries Gram négatif et Gram positif.

au monde.⁴¹ Au cours des deux dernière décennies, l'Amérique centrale a déclaré un nombre croissant de cas d'insuffisance rénale chronique liés à des causes non traditionnelles chez les travailleurs agricoles de sexe masculin, principalement associés à une mauvaise utilisation des produits agrochimiques, à des conditions de travail effectué dans une chaleur intense, à une hydratation insuffisante et à d'autres déterminants de la santé. À El Salvador, la mortalité attribuable à cette cause a bondi pour passer de 18,7 décès pour 100 000 habitants en 1997 à 47,4 décès pour 100 000 habitants en 2012, et au Nicaragua, passant de 23,9 décès pour 100 000 habitants en 1997 à 36,7 décès pour 100 000 habitants en 2013.

La santé mentale

79. Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives sont les principaux facteurs contribuant à la morbidité, au handicap, aux traumatismes, à la mortalité prématurée et au risque accru d'autres troubles de santé. La prévalence de ces troubles estimée pour 12 mois dans la Région des Amériques varie de 18,7 % à 24,2 % (troubles d'anxiété de 9,3 % à 16,1 %, troubles affectifs de 7,0 % à 8,7 %, troubles liés à la consommation de substances psychoactives de 3,6 % à 5,3 %).

Les principaux facteurs de risque

80. Les quatre principaux facteurs de risque modifiables liés au comportement⁴² des maladies non transmissibles sont les suivants : *a)* le tabagisme, *b)* la consommation excessive d'alcool, *c)* une mauvaise alimentation et *d)* la sédentarité, sans négliger les changements physiologiques et métaboliques tels que l'hypertension artérielle, le surpoids et l'obésité, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie.

81. Les facteurs de risque environnementaux modifiables, particulièrement l'exposition à la pollution atmosphérique (ambiante et intradomiciliaire) et aux produits chimiques dangereux prioritaires, sont une autre catégorie de facteurs de risque des MNT. La proportion de facteurs de risques environnementaux par rapport aux risques liés au comportement est plus faible pour les Amériques que pour l'Asie, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient.⁴³

82. Dans la Région, la consommation annuelle moyenne d'alcool par personne âgée de plus de 15 ans était de 8,4 litres.

⁴¹ Wang H, Naghavi M, Allen C, et al. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, Regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1459-1544.

⁴² Aide-mémoire de l'OMS. Maladies non transmissibles (mise à jour en juin 2017). Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/>

⁴³ GBD Risk Factors Collaborators, Global, regional, national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risk, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015, *Lancet* 2016; 388:1659-724 (Oct. 2016).

83. En 2013, l'estimation de la prévalence actuelle ajustée selon l'âge du tabagisme chez les personnes de 15 ans et plus dans les Amériques était de 17,5 %. Dans le groupe des étudiants de 13 à 15 ans, la prévalence actuelle du tabagisme était de 13,5 % (14,7 % pour les garçons et 12,3 % pour les filles).

84. En 2010, environ 81 % des adolescents d'âge scolaire (de 11 à 17 ans) ne faisaient pas assez d'exercice physique, et les adolescentes étaient moins actives que les adolescents.

85. En 2014, la prévalence standardisée de l'hypertension artérielle dans la Région était de 18,7 %. De plus, 15 % de la population âgée de plus de 18 ans était diabétique.

86. Le taux d'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30 kg/m²) dans les Amériques était plus du double de la moyenne mondiale (26,8 % par rapport à 12,9 %), la prévalence étant plus élevée pour le sexe féminin (29,6 %) que masculin (24 %). La prévalence du surpoids chez les enfants âgés de moins de 5 ans était de 7,2 % en 2012.

Les traumatismes découlant d'accidents routiers, de violence et d'homicide

87. Dans les Amériques en 2013, 121 383 personnes sont décédées des suites de blessures liées à des accidents de la route (13,1 pour 100 000 habitants).

88. Pour ce qui est de la violence, l'Amérique latine et les Caraïbes comptent 18 des 20 pays ayant les taux d'homicide les plus élevés au monde, associé aux activités de gangs criminels et du crime organisé. Le taux d'homicide dans la Région en 2013 était de 14,6 pour 100 000 habitants. Le sexe masculin est victime de niveaux plus élevés de violence meurtrière (26 pour 100 000 habitants) que le sexe féminin (3,1 pour 100 000), le groupe d'âge des 10 à 29 ans étant le plus touché. Toutefois, dans le cas des femmes, 38 % des morts violentes sont infligés par un partenaire ou un ancien partenaire intime.⁴⁴ Chaque année, une grande proportion d'enfants de 0 à 7 ans subissent une violence physique, des abus sexuels ou une violence psychologique (58 % en Amérique latine et dans les Caraïbes et 61 % en Amérique du Nord).⁴⁵

Les systèmes et services de santé

L'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle

89. Des progrès importants continuent d'être faits dans la mise en œuvre de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle approuvée

⁴⁴ OMS : Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes. 2013. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/>

⁴⁵ Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics* 2016; 137(3):e2015407.

par les États Membres de l'OPS en 2014.⁴⁶ À la fin de l'année 2015, 10 pays mettaient en œuvre des plans d'action et/ou des feuilles de route pour atteindre l'universalité en matière de santé, 11 pays avaient élaboré des cadres de réglementation pour la santé universelle, et 15 avaient établi et étaient en train de mettre en œuvre des cadres financiers pour la santé universelle.⁴⁷

90. Entre 2014 et 2015, les niveaux de couverture des services de santé étaient élevés dans l'ensemble des pays : 98 % au Chili, 95 % en Colombie, 90 % aux États-Unis d'Amérique, 80 % au Mexique et 73 % au Pérou. Les niveaux de couverture étaient toutefois plus faibles pour les ménages les plus pauvres, particulièrement aux États-Unis d'Amérique, avec une couverture inférieure de 14 points de pourcentage pour les ménages pauvres et au Pérou avec une différence de 12 points de pourcentage.⁴⁸

L'accès à des services de santé et à des soins de qualité

91. Entre 2013 et 2014, plus d'1,2 million de décès auraient pu être évités dans la Région si les systèmes de soins de santé avaient offert des soins de santé accessibles, de qualité et rapides. À la fin de 2015, 12 pays avaient mis en œuvre des stratégies et/ou des plans nationaux visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. De plus, 23 pays avaient mis en œuvre la stratégie intégrée de réseau des prestations de services de santé. Le taux de mortalité régionale provenant de causes évitables par la prestation de soins de santé est en baisse, avec une diminution estimée passant de 118,6 pour 100 000 habitants en 2014 à 108,1 pour 100 000 habitants en 2019 (soit une réduction de 8,9 %).⁴⁹

Les investissements et les dépenses dans le secteur de la santé

92. En 2014, les dépenses totales dans le domaine de la santé représentaient en moyenne 14,2 % du PIB dans la Région des Amériques. Cinq pays (Canada, Costa Rica, Cuba, États-Unis d'Amérique et Uruguay) affectaient 6 % ou plus de leur PIB aux dépenses publiques dans le domaine de la santé. Dans la plupart des pays de la Région, le développement des services de santé et les investissements se sont largement concentrés sur les hôpitaux et la technologie hautement spécialisée et coûteuse.

⁴⁶ OPS. *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*. 53^e Conseil directeur, 66^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 29 septembre au 3 octobre 2014 (document CD53/5, Rev. 2). Disponible sur :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27311&Itemid=270&lang=fr

⁴⁷ OPS. Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du programme et budget 2014-2015/Premier rapport intérimaire sur le plan stratégique de l'OPS 2014-2019. 55^e Conseil directeur, 68^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, du 26 au 30 septembre 2016 (document CD55/5). Disponible sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36171&Itemid=270&lang=fr

⁴⁸ Analyse fondée sur des informations obtenues sur les sites web d'organismes nationaux de statistiques et disponibles dans *La santé dans les Amériques*, édition 2017.

⁴⁹ OPS : Indicateurs de base 2017 ; intervalle de confiance de 95 % (8,9 % à 12,1 %).

93. Les dépenses publiques dans le domaine de la santé ont augmenté dans 22 pays entre 2010 et 2014. Malgré ces améliorations, les augmentations en pourcentage ont toutefois été plus modestes par rapport à la période 2005-2010, sauf en Bolivie, au Pérou et en Uruguay.

94. Les paiements directs exprimés en pourcentage des dépenses totales dans le domaine de la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes ont diminué de 52 % en 2006 à 33 % en 2014.⁵⁰

Les services de soins de santé préventifs

95. Les données disponibles pour 2011-2015 montrent de fortes inégalités et divers niveaux d'utilisation des services de soins de santé préventifs dans l'ensemble de la Région. Au Pérou, 21 % de la population bénéficiait d'au moins une consultation préventive annuelle en 2015 ou l'année la plus récente, par rapport à 24 % aux États-Unis d'Amérique et au Chili, à 68 % en Colombie et à 76 % au Mexique. Le pourcentage de ménages faisant état d'obstacles à l'accès était le plus élevé pour les familles les plus démunies, particulièrement au Pérou (66 %), suivi par les États-Unis d'Amérique (37 %), la Colombie (29 %), le Mexique (20 %) et le Chili (7 %). Les disparités ont été réduites dans la plupart des pays, indiquant des améliorations de l'équité.⁵¹

La santé génésique

96. En 2015, la plupart des pays de la Région avaient atteint la couverture universelle (100 %) ou presque universelle (égale ou supérieure à 93 %) pour les principales interventions de santé procréative et maternelle, quoi qu'avec d'importants écarts entre les pays les plus riches et les plus pauvres. La couverture des accouchements assistés par du personnel qualifié variait de 100 % (ou presque 100 %) dans la plupart des pays, à un 50 % en Haïti, suivi par le Guatemala (67 %) et la Bolivie (74 %).

La politique pharmaceutique, la capacité réglementaire et l'utilisation des médicaments

97. En 2014, seuls 13 des 28 pays qui avaient répondu à l'enquête sur la politique pharmaceutique, la politique réglementaire et l'utilisation des médicaments étaient dotés d'une politique pharmaceutique nationale (46 %), tandis que 18 des 35 pays de la Région étaient dotés d'une politique nationale du sang (51 %). À la fin 2015, 10 pays avaient élaboré des plans de développement institutionnel pour les médicaments.

Les ressources humaines pour la santé

98. En 2015, la Région des Amériques a assuré la disponibilité minimale recommandée en personnel de santé avec en moyenne 70 médecins et personnel infirmier

⁵⁰ PAHO. Mid-term Evaluation of the Health Agenda for the Americas, 2012 and PAHO Core Indicators 2016 (en anglais).

⁵¹ Analyse fondée sur des informations obtenues sur les sites web d'organismes nationaux de statistiques.

pour 10 000 habitants et les 35 pays ont tous atteint la cible de 25 médecins et personnel infirmier pour 10 000 habitants. Le principal défi est la répartition du personnel de santé :

- a) Le pourcentage de médecins dans la Région est jusqu'à 80 % plus élevé dans les zones urbaines par rapport aux zones rurales (non métropolitaines).
- b) Il y avait en moyenne 48,7 personnel infirmier pour 10 000 habitants dans les Amériques en 2015. L'Amérique du Nord avait de loin la plus forte densité de personnel infirmier, soit plus de sept fois plus élevée qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes (110,9 par rapport à 13,6 pour 10 000 habitants).

99. À la fin de 2015, au moins 17 pays disposaient de plans des ressources humaines pour l'action sanitaire conformes aux politiques et répondant aux besoins de leur système de prestation de services de santé.

Les systèmes d'information en santé et la recherche en matière de santé

100. Les pays des Amériques ont fait des progrès importants dans la mise en œuvre des systèmes d'information sanitaire. Toutefois, en raison de l'évolution rapide d'Internet et des technologies d'information et de communication, ils continuent d'éprouver des difficultés, particulièrement liées à la gestion des données, à l'adoption de nouvelles technologies et l'acquisition de nouvelles compétences, à la nécessité de l'interopérabilité entre les bases de données et les systèmes et à la pérennité des investissements. Les idées préconçues à propos des systèmes d'information concernent essentiellement l'élaboration de logiciels, les dossiers de santé électroniques ou les statistiques démographiques. Cependant, les systèmes d'information doivent plutôt être conçus comme des mécanismes intégrés permettant l'interconnexion et l'interopérabilité des systèmes et des processus, pour assurer la convergence des données, de l'information, des connaissances, des normes, des personnes et des institutions. Ces idées préconçues ne tiennent pas compte du contexte actuel de la société de l'information et de la révolution des données ; elles ne peuvent donc pas fournir un cadre général réaliste destiné à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions.

101. Le cadre renouvelé des systèmes d'information sanitaire élaborés par l'OPS cherche à définir et à mettre en œuvre des stratégies, des politiques et des normes pour l'obtention de systèmes interopérables et interconnectés, et des pratiques exemplaires pour la gestion des données sanitaires afin d'améliorer la prise de décisions et le bien-être dans l'encadrement de quatre axes stratégiques principaux : *a)* l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, *b)* la santé dans toutes les politiques, *c)* le cybergouvernement et *d)* les initiatives de données ouvertes et de mégadonnées. Cette proposition tient compte des projets, des systèmes et des structures qui existent : elle présuppose donc des améliorations graduelles.

La capacité de riposte face aux urgences et aux catastrophes

102. Dans la Région des Amériques, 682 catastrophes se sont produites de 2010 à 2016 (21 % de toutes les catastrophes mondiales), faisant 277 037 blessés et causant 12 954 décès. Le coût économique de ces désastres a été estimé à US\$ 360 milliards, ce qui représente 32,8 % du coût total des dommages mondiaux. Les séismes enregistrés en 2010, en Haïti, et en 2016, au Chili et en Équateur, ont fait des ravages considérables dans le secteur de la santé.⁵²

103. La capacité des pays à répondre de façon plus efficace et efficiente aux urgences et aux catastrophes de tous types a augmenté ces dernières années, tel qu'en témoignent les efforts déployés pour réagir aux flambées de maladies à virus Zika et Ebola, ainsi qu'aux différents séismes, ouragans, inondations violentes et sécheresses graves qui ont accablé la Région.

⁵² EM-DAT. International database, Center for Investigation on Disaster Epidemiology (CRED). Disponible en anglais sur : <http://www.emdat.be/database>.

V. LES OBJECTIFS ET LES CIBLES

104. Afin de réaliser sa vision d'atteindre le meilleur état de santé possible, englobant l'équité et le bien-être pour tous dans la Région au cours des 13 prochaines années, et en tenant compte des priorités et du contexte des pays, le PASDA2030 établit les objectifs et les cibles interdépendants suivants, qui sont conformes aux principes, à la vision et à l'objet du Programme mentionnés précédemment.

- Objectif 1 : élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.
- Objectif 2 : renforcer le rôle directeur et la gouvernance de l'autorité sanitaire nationale, tout en encourageant la participation sociale.
- Objectif 3 : renforcer la gestion et le perfectionnement des ressources humaines pour la santé⁵³ avec des compétences facilitant une approche intégrale de la santé.
- Objectif 4 : parvenir à un financement adéquat et durable de la santé, avec équité et efficacité, et progresser vers la protection contre les risques financiers pour toutes les personnes et leur famille.⁵⁴
- Objectif 5 : garantir l'accès aux médicaments et aux vaccins essentiels, et à d'autres technologies sanitaires prioritaires, selon les données scientifiques disponibles et le contexte national.
- Objectif 6 : renforcer les systèmes d'information en santé pour soutenir l'élaboration de politiques et de prises de décisions fondées sur des données probantes.
- Objectif 7 : développer la capacité de production, de transfert et d'utilisation des données probantes et des connaissances en matière de santé, en encourageant la recherche et l'innovation, ainsi que l'utilisation de la technologie.
- Objectif 8 : renforcer les capacités nationales et régionales pour la préparation aux flambées de maladie, aux urgences et aux catastrophes qui affectent la santé de la population, les prévenir, les détecter, les surveiller et y riposter.
- Objectif 9 : réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale.
- Objectif 10 : réduire la charge des maladies transmissibles et éliminer les maladies négligées.

⁵³ Comprend la gestion des compétences des ressources humaines de la santé.

⁵⁴ Cela est en harmonie avec l'ODD 3.8, et en particulier avec l'axe 3 de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CD53/5, Rev. 2 [2014]) qui établit : « Augmenter et améliorer le financement, avec équité et efficacité, et progresser vers l'élimination du paiement direct qui devient un obstacle à l'accès au moment de la prestation des services ».

- Objectif 11 : réduire l'inégalité et l'iniquité en matière de santé au moyen d'approches intersectorielles, multisectorielles, régionales et infrarégionales concernant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

105. Ces objectifs tiennent compte de la situation sanitaire de la Région, des questions en suspens liées aux OMD, des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, des cibles d'impact et des résultats intermédiaires des plans stratégiques de l'OPS, des stratégies et plans d'action mondiaux et régionaux, ainsi que des cibles sanitaires adaptées au contexte régional de l'ODD3 et d'autres cibles liées à la santé du Programme à l'horizon 2030.

106. Chacun des objectifs comporte une portée, soulignant les principales composantes et interventions nécessaires à sa réalisation, ainsi qu'un ensemble de cibles sélectionnées qui permettront de surveiller et d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre du Programme. Les cibles décrivent le résultat escompté (au niveau de l'impact ou du résultat intermédiaire, dans la plupart des cas) que les États Membres visent à atteindre d'ici 2030. Les cibles ont essentiellement été définies en s'appuyant sur les engagements existants au niveau mondial ou régional et elles expriment les aspirations des États Membres, individuellement et collectivement, en harmonie avec les objectifs et la vision du Programme.⁵⁵

107. Le tableau suivant comprend les 11 objectifs de ce Programme et détaille leurs portée et cibles respectifs.

Tableau 3. Objectifs, portées et cibles du PASDA2030

Objectif 1 : élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies

Portée : en accord avec l'engagement des États Membres de progresser vers l'atteinte de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, la réalisation de cet objectif demande de renforcer ou de transformer l'organisation et la gestion des services de santé en élaborant des modèles de soins axés sur la personne, la famille et la communauté, en tenant compte des éléments suivants :

- la mise en œuvre de stratégies pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle,
- la prestation de services de santé complets adaptés aux profils démographique, épidémiologique et culturel de la population, avec l'attention nécessaire aux besoins différenciés et non comblés de toutes les personnes et des besoins spécifiques des groupes vivant dans des conditions de vulnérabilité,

⁵⁵ Les détails de la méthodologie utilisée pour la définition des cibles peuvent être consultés (en anglais) sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13680&Itemid=42425&lang=en

- la mise en œuvre de modèles de soins, y compris l'organisation et la gestion des services de santé, par niveau de complexité et fondés sur les besoins de la population, au moyen d'une capacité de résolution accrue du premier niveau de soins et de réseaux intégrés de services de santé,
- l'assurance de la qualité des soins et le rendement amélioré des services de santé (par ex., la réduction des temps d'attente),
- l'autonomisation des personnes et des communautés de manière à ce qu'elles soient en mesure de prendre des décisions éclairées.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 1.1 Réduire d'au moins 50 % le taux de mortalité régionale dues à des causes traitables par des soins médicaux⁵⁶ (mise à jour de la cible d'impact 4.1 du Plan stratégique de l'OPS).
- 1.2 Réduire le taux de mortalité maternelle régionale à moins de 30 pour 100 000 naissances vivantes⁵⁷ dans tous les groupes de population, y compris les groupes les plus à risque de mort maternelle (c.-à-d., les adolescentes, les femmes de plus de 35 ans et les femmes autochtones, d'ascendance africaine, roms et vivant en milieu rural, entres autres, selon ce qui s'applique à chaque pays) (adaptation de la cible 3.1 des ODD).
- 1.3 Réduire le taux mortalité néonatale régionale à moins de 9 pour 1000 naissances vivantes⁵⁸ dans tous les groupes de population, dont ceux les plus à risque (les populations autochtones, d'ascendance africaine, roms et rurales, entres autres, selon ce qui s'applique à chaque pays), et la mortalité avant l'âge de 5 ans à moins de 14 pour 1000 naissances vivantes⁵⁹ (adaptation de la cible 3.2 des ODD).
- 1.4 Assurer l'accès universel à des services de soins de santé sexuelle et génésique, dont la planification familiale,⁶⁰ l'information et l'éducation, ainsi que l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et les programmes nationaux (cible 3.7 des ODD).

⁵⁶ Ce taux est employé comme indicateur de la qualité et comme indicateur de résultat pour le système de santé.

⁵⁷ Cette cible a été fixée en fonction de l'analyse de la réduction du taux de mortalité maternelle dans les pays de la Région entre 2010 et 2015 et sur la base de la méthodologie du groupe interinstitutions mondial pour l'estimation de la santé maternelle (OMS, 2015). Disponible en anglais sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/153540/1/WHO_RHR_15.03_eng.pdf. Des informations supplémentaires sur cette cible peuvent être consultées sur la note technique disponible (en anglais) sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13680&Itemid=42425&lang=en.

⁵⁸ Cette cible a été fixée en fonction des estimations du plan d'action *Chaque nouveau-né* (OMS et UNICEF, 2014, disponible sur : http://www.healthynetwork.org/hnn-content/uploads/Every_Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-FRENCH_updated_July2014.pdf et les Stratégie et plan d'action régionaux sur la santé néonatale dans le contexte des soins apportés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant : rapport final (document CD55/INF/11).

⁵⁹ D'après les principaux indicateurs sanitaires de l'OPS 2016 et les données déclarées par les pays des Amériques, le taux de mortalité régional des enfants de moins de 5 ans était de 15,9 pour 1000 naissances vivantes. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31289/CoreIndicators2016-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶⁰ « Les gouvernements devront prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale, et dans tous les cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec

- 1.5 Augmenter la capacité de résolution du premier niveau de soins, mesurée par une réduction de 15 % des hospitalisations qui peuvent être prévenues par des soins ambulatoires de qualité (mise à jour du résultat intermédiaire 4.2 du Plan stratégique de l'OPS).
- 1.6 Organiser les services de santé en réseaux intégrés de prestation de service de santé ayant une grande capacité de résolution au premier niveau de soins (mise à jour du résultat intermédiaire 4.2 du Plan stratégique de l'OPS).

Objectif 2 : renforcer le rôle directeur et la gouvernance de l'autorité sanitaire nationale, tout en encourageant la participation sociale.

Portée : la réalisation de cet objectif exige le renforcement des fonctions essentielles de santé publique, l'établissement ou le renforcement des mécanismes de participation sociale et le dialogue pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques d'inclusion, de responsabilisation et de transparence. Les éléments suivants sont essentiels à l'atteinte de cet objectif :

- le leadership de l'autorité sanitaire nationale dans la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques, des plans et des programmes, avec des mécanismes facilitant la participation sociale et la responsabilisation,
- des cadres juridiques et réglementaires nationaux conformes à l'engagement des pays à fournir l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle,
- des compétences et les capacités de réglementation des fonctions de prestation des services,
- des mécanismes de coordination avec d'autres secteurs (public, sécurité sociale, privé, non gouvernemental) et les unités géographiques (infranationales, des États, provinciales, municipales),
- la gestion complète de la coopération internationale⁶¹ afin d'assurer la concordance avec les priorités sanitaires nationales.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 2.1 Atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, selon le contexte national (adaptation de la cible 3.8 des ODD et de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS, document CD53/5, Rev.2 [2014]).
- 2.2 Exercer les fonctions essentielles de santé publique selon les normes établies (*Core competencies for public health : A regional framework for the Americas*, PAHO, 2013 (en anglais)).⁶²

humanité et bénéficient de conseils. » (Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement [1994]). Disponible sur : <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offfre/conf13.fre.html>

⁶¹ Fonction essentielle de santé publique n°5, paramètre de mesure 5.4. *Public Health in the Americas*, 2002. Disponible en anglais sur : <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2748>

⁶² PAHO. *Core Competencies for Public Health: A Regional Framework for the Americas*, 2013. Disponible en anglais sur : http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9267&Itemid=40548&lang=eng. Remarque : le Cadre des fonctions essentielles de santé publique de l'OPS est en cours de mise à jour. De nouvelles mesures/normes seront fournies lorsque la mise à jour du cadre sera disponible.

2.3 Renforcer le rôle directeur, la gouvernance et la transparence, notamment des politiques, des plans, des règles et des processus pour l'organisation du système de santé et les mécanismes de suivi et d'évaluation (*Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS, document CD53/5, Rev. 2 [2014])⁶³.

2.4 Élaborer et renforcer des mécanismes, selon les besoins, assurant la réglementation de la prestation des services de santé pour élargir l'accès et améliorer la qualité (*Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS, Document CD53/5, Rev.2 [2014]).

2.5 Augmenter la participation de toutes les parties concernées, y compris la société civile et les communautés, au processus d'établissement et d'évaluation des politiques liés à la santé dans toutes les politiques afin de réduire les iniquités en matière de santé (*Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques* de l'OPS, document CD53/10, Rev. [2014]).

Objectif 3 : renforcer la gestion et le perfectionnement des ressources humaines pour la santé avec des compétences facilitant une approche intégrale de la santé

Portée : la réalisation de l'objectif nécessite de : *a)* renforcer et consolider la gouvernance et le leadership au sein des ressources humaines en santé, *b)* développer les conditions et la capacité d'élargir l'accès à la santé et à la couverture sanitaire avec équité et qualité et *c)* former un partenariat avec le secteur de l'enseignement pour répondre aux besoins des systèmes de santé dans la transformation vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il est nécessaire d'accroître les dépenses publiques et l'efficacité financière pour favoriser l'éducation et l'emploi de qualité, afin d'augmenter les ressources humaines disponibles dans le secteur de la santé, de motiver les équipes de santé et de promouvoir le maintien en poste du personnel. Les éléments suivants sont les principaux composants de cet objectif :

- des politiques complètes relatives aux ressources humaines en santé comprenant la planification, le recrutement, la formation, le maintien en poste et la répartition du personnel de santé,
- l'amélioration des conditions d'emploi, dont une rémunération adéquate,
- des systèmes d'information robustes pour les ressources humaines en santé qui permettent d'éclairer la planification et la prise de décisions, en tenant compte de l'approche du système de santé et d'éventuels scénarios de changement, la modélisation et les prévisions, en plus du suivi du rendement,
- des partenariats avec le secteur de l'enseignement aux niveaux les plus élevés pour renforcer la gouvernance quant à la planification et la réglementation de l'éducation sanitaire,
- des politiques de mobilité et de migration du personnel de santé.

⁶³ La Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle pose en principe la nécessité de renforcer le rôle directeur au moyen de l'exercice des fonctions essentielles de santé publique.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 3.1 Assurer une disponibilité adéquate du personnel de santé⁶⁴ (44,5 agents de santé pour 10 000 habitants) qui est qualifié, culturellement et linguistiquement adapté et bien réparti (adaptation de la cible 3.c des ODD et du résultat intermédiaire 4.5 du Plan stratégique de l'OPS).⁶⁵
- 3.2 Élaborer des politiques en matière de ressources humaines en santé et des mécanismes de coordination et de collaboration intersectorielles entre les secteurs de la santé et de l'éducation, et avec d'autres acteurs sociaux, pour répondre aux exigences du système de santé et aux besoins de la population en matière de santé (*Strategy on Human Resources for Universal Health Access and Universal Health Coverage*, OPS, document CE160/18 [2017]).
- 3.3 Renforcer la qualité de l'éducation des professionnels de la santé en collaboration avec le secteur de l'éducation, au moyen de systèmes d'évaluation et de l'accréditation des établissements de formation et des programmes de diplôme universitaire⁶⁶ (adaptation de la *Strategy on Human Resources for Universal Health Access and Universal Health Coverage*, OPS, document CE160/18 [2017]).
- 3.4 Développer des conditions de travail qui permettront d'attirer et de stabiliser le personnel de santé et de favoriser leur participation et leur engagement envers la gestion sanitaire, y compris par la collaboration avec des organisations représentant les travailleurs de la santé (unions et syndicats) et autres acteurs sociaux (adaptation de la cible 3.c des ODD et du résultat intermédiaire 4.5 du Plan stratégique de l'OPS).

Objectif 4 : parvenir à un financement adéquat et durable de la santé, avec équité et efficacité, et progresser vers la protection contre les risques financiers pour toutes les personnes et leur famille⁶⁷

Portée : cet objectif vise à augmenter et à améliorer le financement de la santé avec équité et efficacité, comme une condition nécessaire pour faire progresser la santé universelle, et aborder les composants suivants en coordination et en collaboration avec les autorités financières :

- le financement de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle,
- l'augmentation des dépenses publiques dans le domaine de la santé et l'amélioration de la qualité des dépenses, selon les besoins,
- l'élimination du paiement direct qui constitue un obstacle à l'accès au point de prestation des services,
- la protection contre les risques financiers dus à des événements sanitaires qui entraînent des dépenses catastrophiques,

⁶⁴ L'OMS définit le personnel de santé comme « l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé » et collecte des données selon la Classification internationale type des professions, à l'exclusion de certains cadres subalternes (par ex., les préposés aux soins d'hygiène personnelle).

⁶⁵ L'analyse menant au seuil de 44,5 est disponible en anglais sur : <http://www.who.int/hrh/resources/health-observer17/en/>

⁶⁶ Les normes doivent privilégier le savoir technique et scientifique, conjointement avec des critères de compétence sociale des diplômés, et l'élaboration de programmes d'apprentissage contextualisé.

⁶⁷ Cela est en harmonie avec l'ODD 3.8, et en particulier avec l'axe 3 de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CD53/5, Rev. 2 [2014]) qui établit : « Augmenter et améliorer le financement, avec équité et efficacité, et progresser vers l'élimination du paiement direct qui devient un obstacle à l'accès au moment de la prestation des services ».

- la réglementation et la supervision des organismes qui administrent les fonds de santé,
- l'organisation efficiente des systèmes de santé,
- l'investissement dans la santé (infrastructure, équipement, formation du personnel), avec la priorisation du premier niveau de soins,
- le recours à des arrangements de regroupement fondés sur la solidarité,
- l'élaboration de systèmes d'achat et de paiement des fournisseurs qui encouragent l'efficience et l'équité dans l'affectation des ressources stratégiques.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 4.1 Atteindre un niveau de dépenses publiques dans le domaine de la santé représentant au moins 6 % du PIB⁶⁸ (mise à jour du résultat intermédiaire 4.1 du Plan stratégique de l'OPS).
- 4.2 Réduire⁶⁹ les paiements directs pour la santé en collaboration avec les autorités financières (*Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS, document CD53/15, Rev. 2 [2014]).
- 4.3 Élaborer et renforcer des politiques et des stratégies visant à réduire la segmentation du financement du système de santé (*Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS, document CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 4.4 Mettre en œuvre des politiques et/ou des stratégies visant à élaborer des systèmes d'achat et de paiement des fournisseurs, qui encouragent l'efficience et l'équité de l'affectation des ressources stratégiques (*Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS, document CD53/5, Rev. 2 [2014]).
- 4.5 Élaborer et renforcer des stratégies visant à réduire la segmentation et à améliorer les mécanismes de financement de la santé, en collaboration avec les décideurs et les acteurs pertinents, qui font la promotion de l'efficience et l'équité dans l'attribution des ressources (*Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* de l'OPS, document CD53/5, Rev. 2 [2014]).

⁶⁸ Des dépenses publiques dans le domaine de la santé équivalentes à 6 % du PIB constituent un repère utile dans la plupart des cas et sont une condition nécessaire, quoi qu'insuffisante, pour réduire les iniquités et augmenter la protection financière.

⁶⁹ Dans résolution CD53.R14 sur la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, les États Membres de l'OPS se sont engagés à progresser vers l'élimination des paiements directs au moment de la prestation des services, qui viennent à faire obstacle à l'accès. Les indicateurs régionaux correspondants seront définis dans les plans stratégiques de l'OPS, sur la base d'évaluations techniques permettant d'estimer et d'étayer les réductions régionales.

Objectif 5 : garantir l'accès aux médicaments et aux vaccins essentiels, et à d'autres technologies sanitaires prioritaires, selon les données scientifiques disponibles et le contexte national

Portée : la réalisation de cet objectif exige d'améliorer l'accès équitable aux médicaments, aux vaccins et à d'autres technologies de la santé prioritaires, selon les connaissances scientifiques dont on dispose, et qui sont cruciales pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. La disponibilité de ces technologies de la santé et leur utilisation rationnelle demandent de tenir compte des composants suivants :

- un accès en temps opportun et abordable à des médicaments et à d'autres technologies de la santé qui soient sûrs, de qualité et efficaces,
- une liste nationale des médicaments essentiels et une liste des technologies de santé prioritaires,
- un programme de vaccination national robuste,
- des mécanismes durables d'approvisionnement public et renforcement de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et vaccins,
- la promotion d'un climat concurrentiel et de pratiques transparentes et efficaces de gestion des médicaments, des vaccins et d'autres technologies de la santé, avec notamment l'optimisation des mécanismes et des fonds régionaux et infrarégionaux,
- l'innovation, l'évaluation de la technologie de la santé et la gestion de la technologie sanitaire, selon les besoins de la population,
- la mise au point de médicaments innovants répondant aux besoins de la population,
- la gestion de la propriété intellectuelle pour promouvoir l'innovation.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 5.1 Garantir l'accès opportun aux médicaments figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels et aux technologies de santé prioritaires, sans qu'aucun paiement ne soit fait au lieu de dispensation des soins, de prestation des services ou de distribution de médicaments, selon le contexte national (résultat intermédiaire 4.3 révisé du Plan stratégique de l'OPS).
- 5.2 Atteindre une couverture vaccinale⁷⁰ de 95 % des enfants de moins de cinq ans grâce aux programmes nationaux de vaccination (actualisation de la cible du résultat intermédiaire 1.5 révisé du Plan stratégique de l'OPS).
- 5.3 Disposer d'une autorité nationale de réglementation des médicaments ayant une capacité de niveau 3 selon l'outil d'analyse comparative mondiale de l'OMS⁷¹ (actualisation de la cible du résultat intermédiaire 4.3 du Plan stratégique de l'OPS).
- 5.4 Suivre des méthodes d'évaluation des technologies de la santé lors des processus décisionnels pour l'incorporation dans les systèmes de santé⁷² (*Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires*, document CSP28/11 [2012]).

⁷⁰ La couverture est mesurée en employant le vaccin DTC3 (antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux) comme référence.

⁷¹ Autorité de réglementation nationale qui est compétente et efficace, qui doit augmenter le rendement de certaines fonctions de réglementation sanitaire recommandées par l'OPS/OMS afin de garantir l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments (en anglais sur : <http://www.who.int/medicines/regulation/rss/en/>).

⁷² Les processus d'établissement des priorités fondées sur l'évaluation de la technologie de la santé et l'intégration aux technologies de la santé contribuent à l'accès universel par : l'amélioration de la qualité des soins de santé, l'évaluation des vraies innovations thérapeutiques, l'efficacité accrue des dépenses,

- 5.5 Appliquer les exigences relatives aux Normes fondamentales internationales de protection dans les services diagnostiques et thérapeutiques se servant de technologies de santé employant des rayonnements (*Protection contre les rayonnements ionisants et sûreté des sources de rayonnements : normes fondamentales internationales de protection*, document CSP28/17, Rev. 1 [2012] de l'OPS).
- 5.6 Promouvoir uniquement et exclusivement les dons de sang bénévoles, répétés et non rémunérés, et décourager les dons rémunérés et les dons de compensation/pour un membre de la famille, sauf lorsqu'ils sont protégés par le système national de réglementation (*Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle*, résolution CD53.R6 [2014] de l'OPS).
- 5.7 Renforcer les mécanismes nationaux, infrarégionaux et régionaux de négociation et d'achat pour améliorer la capacité des pays à obtenir des prix plus abordables et équitables pour les médicaments, les vaccins et autres technologies de la santé (*Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel*, document CD55/10, Rev. 1 [2016] de l'OPS).
- 5.8 Renforcer, en tenant compte des perspectives de santé publique, la capacité de mise en œuvre de politiques relatives à la propriété intellectuelle et à la santé qui encouragent la recherche et le développement en matière de médicaments, vaccins et autres technologies sanitaires pour les maladies transmissibles et non transmissibles qui touchent principalement les habitants des pays en développement et qui encouragent l'accès aux médicaments, vaccins et autres technologies sanitaires accessibles (adaptation de l'ODD 3.b et du document de politique *Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel*, document CD55/10, Rev. 1 [2016] de l'OPS).

Objectif 6 : renforcer les systèmes d'information en santé pour soutenir l'élaboration de politiques et de prises de décisions fondées sur des données probantes

Portée : cet objectif vise à améliorer les systèmes d'information de la santé (IS4H),⁷³ qui sont essentiels pour améliorer la politique et la prise de décisions d'ordre sanitaire, ainsi que pour mesurer et surveiller les inégalités en matière de santé au sein de la population, et progresser vers l'atteinte de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Il est également essentiel d'avoir des systèmes IS4H robustes et complets pour renforcer le rôle de leadership et d'intendance des ministères de la Santé. Les éléments clés de ces systèmes sont les suivants :

- l'analyse du degré de maturité du système IS4H des pays, dans un premier temps, pour identifier les lacunes et les besoins,
- la gestion des données et la gouvernance,
- les technologies d'information et de communication,
- la gestion du savoir dans le domaine de la santé,

l'élargissement de l'accès aux technologies qui sont efficaces, sûres, rentables et font partie du droit à la santé, ainsi que l'utilisation rationnelle des technologies (CSP28/11).

⁷³ Les systèmes d'information de la santé (IS4H) sont un effort intégré pour la convergence des systèmes interconnectés et interopérables des données (y compris des statistiques sanitaires et démographiques), des informations, des connaissances, des processus, des normes, des personnes et des institutions, étayés par des technologies de l'information et de communication qui interagissent (ou contribuent) pour produire, identifier, collecter, traiter, stocker et mettre gratuitement à la disposition du public des données de qualité et des informations stratégiques pour disposer de meilleurs processus stratégiques et décisionnels dans les systèmes de santé publique.

- le renforcement de la capacité nationale des ressources humaines et le renforcement de l'infrastructure de gestion et d'analyse des données,
- des systèmes d'information pour la santé, notamment des dossiers médicaux électroniques et d'état civil qui facilitent l'interconnectivité et l'interopérabilité au moyen de processus d'intégration des données de manière systématique et courante.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 6.1 Élaborer une politique nationale relative aux systèmes d'information sanitaire interopérables⁷⁴ pour produire, identifier, collecter, traiter, analyser et stocker des données de qualité et des informations stratégiques, et les mettre gratuitement à la disposition du public pour disposer de meilleurs processus stratégiques et décisionnels en santé publique et planification sanitaire (combinaison de la cible 17.18 des ODD et du projet de stratégie de l'OPS relative aux systèmes d'information de la santé).⁷⁵
- 6.2 Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour soutenir l'évaluation du rendement du système de santé national, ainsi que suivre et faire rapport des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs sanitaires nationaux, régionaux et mondiaux, notamment les cibles des ODD liées à la santé et du PASDA2030.
- 6.3 Renforcer la capacité d'analyse et l'utilisation des informations pour la prise de décisions aux niveaux national et infranational (actualisation de la cible du résultat intermédiaire 4.4 du Plan stratégique de l'OPS et de la cible 17.18 des ODD).

Objectif 7 : développer la capacité de production, de transfert et d'utilisation des données probantes et des connaissances en matière de santé, en encourageant la recherche et l'innovation, ainsi que l'utilisation de la technologie

Portée : cet objectif est destiné à renforcer la capacité des pays à faire de la recherche pertinente et appropriée sur des questions de santé publique, et de produire, de transférer et d'utiliser les données probantes et les connaissances pour éclairer la politique de santé publique et l'affectation des ressources pour le développement sanitaire, tout en encourageant la recherche et l'innovation et en favorisant l'utilisation de la technologie. Cet objectif vise aussi à promouvoir l'innovation et l'utilisation d'applications abordables de stratégies de la santé en ligne (eHealth), de télémédecine, de santé mobile (mHealth) et d'apprentissage en ligne (eLearning), qui offrent des possibilités de résoudre des problèmes sanitaires et d'améliorer les résultats sanitaires. Les éléments suivants sont des composants essentiels de cet objectif :

- la gouvernance de la recherche, y compris des politiques, des programmes et des systèmes nationaux de recherche sur la santé, et des systèmes destinés résoudre les principaux problèmes sanitaires auxquels la population est confrontée,
- la recherche, le développement et l'innovation dans le domaine de la santé pour faciliter le développement de nouvelles technologies de santé et élargir la couverture des outils existants dans le but de contribuer à la croissance économique,

⁷⁴ Le terme « interopérabilité » se réfère à la communication entre différentes technologies et des logiciels d'application pour l'échange et l'utilisation de données de manière efficace, précise et solide. Ceci requiert l'utilisation de normes, c'est-à-dire des règles, des règlements, des directives ou des définitions assorties de spécifications techniques destinées à rendre viable la gestion intégrée des systèmes de santé à tous les échelons ». Source :

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=14575&Itemid=270&lang=fr

⁷⁵ PAHO. The Caribbean Information System for Health Project: Advancing Public Health in the Caribbean Region. Washington, D.C., 22 novembre 2016.

- les capacités institutionnelles pour la recherche sur la santé publique,
- la promotion de la diffusion et de l'application des connaissances,
- la formation des ressources humaines pour la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé,
- l'échange de connaissances, les communautés de pratique et les réseaux,
- la gouvernance pour l'innovation et les technologies numériques au service de la santé.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 7.1 Élaborer des politiques de recherche sur la santé qui conduiront à un financement représentant au moins 2 % du budget de la santé affecté à la recherche en santé publique⁷⁶ (adaptation de la *Politique sur la recherche pour la santé*, document CD49/10 [2009] de l'OPS).
- 7.2 Développer les capacités institutionnelles, l'infrastructure, la technologie et les ressources humaines qualifiées en faveur de la recherche en santé publique et de sa dissémination, conformément à la politique sanitaire nationale (adaptation de la *Politique sur la recherche pour la santé*, document CD49/10 [2009] de l'OPS).
- 7.3 Élaborer et renforcer les stratégies et les plans sur la santé numérique en ligne (eHealth) (*Stratégie et plan d'action sur la cybersanté*, document CD51/13 [2011] de l'OPS).

Objectif 8 : renforcer les capacités nationales et régionales pour la préparation aux flambées de maladie, aux urgences et aux catastrophes qui affectent la santé de la population, les prévenir, les détecter, les surveiller et y riposter

Portée : cet objectif vise à réduire la mortalité, la morbidité et les perturbations sociales résultant d'urgences et de catastrophes par la prévention, la détection, la gestion et l'atténuation des agents pathogènes à haut risque, en parallèle à la réduction des risques que posent les dangers de toute nature, la préparer, la riposte et le redressement rapide. Le secteur de la santé doit disposer d'une capacité durable, adéquate et sous gouvernance nationale afin d'assurer une résilience suffisante pour protéger le bien-être physique, mental et social de ses communautés et de se redresser rapidement suite à toutes flambées, urgences et catastrophes. Les composants suivants sont essentiels à cet objectif :

- l'accroissement et le renforcement de la résilience des systèmes et des services de santé et l'application d'une approche multisectorielle pour contribuer à la sécurité sanitaire et faire face aux urgences et s'adapter au changement climatique,
- le suivi, l'évaluation et le renforcement des capacités essentielles pour le respect du Règlement sanitaire international (RSI),
- les stratégies de prévention, d'alerte et de contrôle des risques infectieux posant une grave menace,

⁷⁶ Recommandation d'experts fondée sur l'observation du montant que les pays investissent dans le renforcement de capacités durables pour produire et faire usage de la recherche sur la santé. Cette recommandation a été soutenue sur les plans technique et politique depuis 1990 et elle s'exprime dans la Politique sur la recherche pour la santé de l'OPS et dans la résolution WHA60.15 de l'OMS, Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé. La Politique indique que le Bureau « favorisera une appréciation, au niveau politique, de la valeur de la recherche en accélérant les améliorations et le développement de la santé et recherchera l'engagement politique à la recherche nationale en santé, visant à l'allocation d'au moins 2% des budgets des ministères de la Santé à la recherche et au renforcement de la capacité de la recherche, afin d'atteindre les niveaux de financement proposés dans les résolutions de l'Assemblée mondiale, les comités d'experts, les forums ministériels et les plans stratégiques. » (Politique sur la recherche pour la santé, document CD49/10 de l'OPS).

- la capacité nationale, infrarégionale et régionale de répondre aux catastrophes et aux urgences causées par tous types de dangers,
- la préparation aux situations d'urgence et la gestion des risques de catastrophe, notamment la formation et la sensibilisation de la population sur la réduction des risques,
- le renforcement du secteur de la santé dans les pays en situations de haute vulnérabilité aux urgences et aux catastrophes, y compris des ressources humaines, des établissements de santé sûrs et des plans nationaux de préparation,
- la riposte rapide et appropriée en réaction aux urgences sanitaires.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 8.1 Réduire le nombre de cas de décès, de handicap et de maladie, avec un accent mis sur la protection des populations pauvres et vulnérables affectées par les urgences et les catastrophes (combinaison de la cible 11.5 des ODD et de la cible d'impact 9 du Plan stratégique de l'OPS).
- 8.2 Renforcer les fonctions essentielles de santé publique pour consolider la résilience et l'adaptabilité au changement climatique et à d'autres dangers dans le secteur de la santé (cible 13.1 des ODD).
- 8.3 Respecter et maintenir les principales capacités pour les urgences sanitaires, notamment les capacités essentielles du RSI (actualisation de la cible du résultat intermédiaire 5.2 du Plan stratégique de l'OPS).⁷⁷
- 8.4 Disposer de la capacité essentielle de riposte à tout type d'urgence ou de catastrophe (systèmes d'alerte précoce, centres des opérations d'urgence, communication des risques et hôpitaux sécuritaires) (actualisation de la cible du résultat intermédiaire 5.2 du Plan stratégique de l'OPS).

Objectif 9 : réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale

Portée : cet objectif vise à réduire le fardeau des maladies non transmissibles, notamment des maladies cardiovasculaires, du cancer, des maladies respiratoires chroniques, du diabète et des troubles de santé mentale, ainsi que du handicap, de la violence et des traumatismes. Cela peut se faire par la promotion de la santé et la réduction des risques, ainsi que la prévention, le traitement et la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, en mettant l'accent sur les composants suivants :

- les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les pneumopathies obstructives chroniques et l'insuffisance rénale chronique,
- le tabagisme, l'abus d'alcool, le régime alimentaire malsain, la consommation de sel, la sédentarité et l'obésité,
- le handicap et la réadaptation,
- les traumatismes provoqués par les accidents de la route,
- la violence, particulièrement la violence à l'encontre des filles, des femmes et des personnes âgées,
- les troubles de santé mentale et la consommation de substances psychoactives,
- le suicide,

⁷⁷ Comprend les résultats provenant de la réforme de l'action d'urgence de l'OMS et de son application à l'OPS.

- la malnutrition,
- la promotion de la santé et du bien-être tout au long du parcours de vie afin de prévenir les maladies et réduire la mortalité, le handicap et la morbidité,
- les maladies et les décès provoqués par des expositions environnementales, particulièrement l'exposition à la pollution de l'air.

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

9.1 Diminuer d'un tiers la mortalité prématurée découlant des maladies non transmissibles⁷⁸ par la prévention et le traitement, en en faisant la promotion de la santé mentale et du bien-être (cible 3.4 des ODD).

9.2 Appliquer la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en fonction du contexte national (adaptation de la cible 3.a des ODD).

9.3 Assurer l'accès à des services complets d'adaptation/de réadaptation, notamment l'accès à des technologies d'assistance et à des services de soutien pour toutes les personnes qui en ont besoin, et promouvoir notamment la mise en œuvre de la stratégie de réadaptation à base communautaire⁷⁹ (adaptation du *Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation*, document CD53/7, Rev. 1 [2014] de l'OPS).

9.4 Contribuer à une réduction significative de la violence et de ses impacts sur la santé, en collaboration avec des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux (adaptation des cibles 3.6 et 5.2 des ODD).

9.5 Réduire de moitié le nombre de décès et de traumatismes causés par des accidents de la route (adaptation de la cible 3.6 des ODD).

9.6 Augmenter l'accès universel aux services de santé mentale, y compris la promotion du bien-être émotionnel et des conditions qui le favorisent, la prévention des problèmes psychosociaux et des troubles mentaux et le rétablissement psychologique, à toutes les étapes du parcours de vie, avec une approche sexospécifique, interculturelle et communautaire, grâce à l'intégration de soins de santé mentale prodigués dans les soins primaires (adaptation du *Plan d'action sur la santé mentale*, document CD53/8, Rev. 1 [2014] de l'OPS).

9.7 Contribuer à éliminer toutes formes de malnutrition, notamment en atteignant d'ici 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans et en répondant aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes, ainsi que des personnes âgées (adaptation de la cible 2.2 des ODD).

⁷⁸ Principalement pour les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète ou les maladies respiratoires chroniques.

⁷⁹ La stratégie de réadaptation à base communautaire offre un modèle conceptuel et opérationnel pour coordonner les ressources spécialisées des divers niveaux de soins et de la communauté organisée. Elle facilite et renforce aussi les principaux services, ainsi que l'accès à des interventions particulières. (CD53/7, Rev. 1)

Objectif 10 : réduire la charge des maladies transmissibles et éliminer les maladies négligées

Portée : cet objectif vise à réduire la mortalité, la morbidité et la stigmatisation associées à certaines des maladies transmissibles les plus dévastatrices et négligées au monde qui exacerbent la mauvaise santé, la pauvreté et les iniquités dans les Amériques. Dans le contexte de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle, les interventions efficaces visant à prévenir, contrôler, traiter et éliminer ces maladies dépassent le cadre du secteur de la santé et touchent d'autres secteurs, comme l'éducation, l'eau et l'assainissement et le travail, et elles s'efforcent d'atteindre rejoindre les populations vivant dans des conditions de vulnérabilité pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux de la santé sous-jacents. L'accent sera mis sur les composants suivants :

- le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles,
- l'hépatite virale,
- la tuberculose,
- les maladies à transmission vectorielle (paludisme, dengue, Zika, chikungunya, fièvre jaune et maladie de Chagas),
- les maladies négligées, les maladies tropicales et les zoonoses,
- les maladies à prévention vaccinale,
- la surveillance de la résistance aux antimicrobiens,
- la salubrité des aliments (risques biologiques et chimiques).

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 10.1 Éliminer l'épidémie de sida (cible 3.3 des ODD).⁸⁰
- 10.2 Éliminer l'épidémie de tuberculose (adaptation de la cible 3.3 des ODD).
- 10.3 Mettre fin à la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (adaptation de la cible d'impact 8.1 du Plan stratégique de l'OPS).
- 10.4 Lutter contre les maladies d'origine hydrique et autres maladies transmissibles (adaptation de la cible 3.3 des ODD).
- 10.5 Mettre fin à la transmission de l'hépatite virale et accélérer la réduction des infections chroniques et des décès découlant de l'hépatite afin d'éliminer l'hépatite virale comme menace majeure pour la santé publique dans la Région des Amériques (adaptation de la *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021* de l'OMS, document A69/32 [2016]).
- 10.6 Éliminer la transmission du paludisme au niveau local entre les États Membres et prévenir l'éventuelle reprise de la maladie (adaptation du *Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020* de l'OPS, document CD55/13 [2016]).⁸¹

⁸⁰ Les indicateurs de cette cible seront définis dans le Plan stratégique de l'OPS et comprendront la mesure de la réduction de nouvelles infections au VIH, selon l'indicateur 3.3.1 des ODD.

⁸¹ L'élimination du paludisme est réalisable dans les pays des Amériques où la maladie est endémique et elle est possible à long terme comme objectif au niveau régional. Ces 15 dernières années, la transmission du paludisme a considérablement été réduite dans plusieurs pays de la Région. En 2016, l'Argentine et le Paraguay ont passé 6 et 5 ans respectivement sans aucune déclaration de cas autochtones, et le Belize, Costa Rica et El Salvador ont déclaré respectivement 4, 4 et 13 cas autochtones. En Amérique du Sud, le Suriname a obtenu un résultat majeur dans le contrôle de la transmission, en n'ayant déclaré que 64 cas autochtones en 2016, après avoir déclaré 16 003 cas en 2001. La réduction

- 10.7 Éliminer les maladies infectieuses négligées⁸² comme problèmes de santé publique (adaptation du *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* de l'OPS, document CD55/15 [2016]).
- 10.8 Traiter et prévenir les maladies infectieuses, notamment l'utilisation responsable et rationnelle de médicaments de qualité, sûrs, efficaces, accessibles et à un coût abordable (adaptation du *Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens* de l'OPS, document 54/12, Rev. 1 [2015]).
- 10.9 Atténuer les risques envers la salubrité des aliments (résultat intermédiaire 1.7 du Plan stratégique de l'OPS).
- 10.10 Contrôler la transmission de la dengue, de la fièvre chikungunya, de la maladie à virus Zika et de la fièvre jaune grâce à une approche intégrée et intersectorielle (*Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses*, CD55/16 [2016] et rapport de l'OMS sur *l'Action mondiale pour lutter contre les vecteurs*, document A70/26/Rev. 1 [2017]).

Objectif 11 : réduire l'inégalité et l'iniquité en matière de santé au moyen d'approches intersectorielles, multisectorielles, régionales et infrarégionales envers les déterminants sociaux et environnementaux de la santé

Portée : cet objectif est important pour éliminer les inégalités persistantes dans le domaine de la santé de la Région. Conforme aux principes du présent Programme et du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de ne laisser personne pour compte, cet objectif envisage des stratégies multisectorielles pour réduire les inégalités en matière de santé grâce à la promotion de la santé et du bien-être par des actions concernant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, y compris la protection sociale, qui permettent d'aborder les questions sexospécifiques, ethniques et de droits de l'homme. Les éléments suivants sont essentiels à cet égard :

- le renforcement de la capacité des pays à mesurer, suivre et analyser de façon systématique les inégalités en matière de santé,
- la mise en œuvre de la stratégie de la santé dans toutes les politiques pour que l'action intersectorielle vise les déterminants sociaux et environnementaux de la santé,
- la promotion équitable de milieux sains et de l'accès aux services de santé pour améliorer la santé et le bien-être, réduire les décès évitables et le fardeau de la maladie tout au long du parcours de vie et, en même temps, éviter tout impact disproportionné sur la santé publique dans les populations ou communautés défavorisées, notamment les personnes déplacées, les réfugiés et les migrants.⁸³

drastique du nombre de cas dans ces pays constitue la principale justification en faveur de la faisabilité de l'élimination du paludisme dans les Amériques soumise à des conditions de transmission, grâce à l'utilisation des interventions dont on dispose aujourd'hui. En termes de viabilité, les pays de la Région et l'OPS bénéficient du soutien et de l'engagement de nombreux partenaires stratégiques dans la mise en œuvre d'interventions visant à éliminer la transmission du paludisme et à éviter l'éventuelle reprise de la maladie.

⁸² Principalement la leishmaniose, la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, le trachome et la bilharziose.

⁸³ OPS. La santé des migrants (document de politique CD55/11, Rev. 1) (2016).

Cibles à atteindre d'ici 2030 :

- 11.1 Démontrer une forte réduction des écarts en matière d'inégalités en santé, mesurée par l'un ou l'autre des facteurs de stratification de l'équité suivants : le lieu de résidence (rural/urbain), la race, l'ethnicité, l'emploi, le genre, le sexe, l'âge, l'éducation et le statut socioéconomique, en employant des mesures simples de l'inégalité (l'écart absolu et relatif) (*WHO Handbook on Health Inequality Monitoring*).
- 11.2 Réduire de façon substantielle le nombre de décès et de maladies causés par des produits chimiques dangereux et par la pollution de l'air, de l'eau et des sols, particulièrement lorsque le risque environnemental pourrait avoir un impact disproportionné sur des populations ou communautés défavorisées (adaptation de la cible 3.9 des ODD).
- 11.3 Diminuer de façon significative les inégalités relatives à la qualité et à l'assainissement de l'eau en progressant avec les secteurs responsables de l'accès aux services d'eau et d'assainissement pour leur gestion sécuritaire (cibles 6.1 et 6.2 des ODD).
- 11.4 Instaurer des politiques qui intègrent la mobilité et la migration sûres et saines des personnes (cible 10.7 des ODD et politique sur *La santé des migrants*, résolution CD55.R13 [2016] de l'OPS).
- 11.5 Promouvoir des milieux de travail sains, sécuritaires et sans risque pour les travailleurs, y compris les travailleurs migrants et les personnes qui occupent des emplois précaires (adaptation du résultat intermédiaire 3.5 du Plan stratégique de l'OPS et du *Plan d'action sur la santé des travailleurs*, document CD54/10, Rev. 1 [2015]).

VI. LA MISE EN ŒUVRE, LE SUIVI, L'ÉVALUATION ET LA PRÉSENTATION DE RAPPORTS

108. En accord avec les objectifs et les cibles susmentionnés, les États Membres doivent mettre en œuvre ce Programme conformément aux mécanismes établis et, de concert avec l'Organisation panaméricaine de la Santé, présenter les rapports. La mise en œuvre doit être réalisée grâce à des efforts de collaboration entre les pays, le Bureau sanitaire panaméricain et d'autres acteurs et partenaires stratégiques aux niveaux national, infrarégional et régional.

La mise en œuvre

109. Le PASDA2030 disposera des plans stratégiques de l'OPS et des stratégies de coopération avec les pays, ainsi que des plans infrarégionaux et nationaux élaborés par les États Membres, comme principaux moyens pour réaliser sa mise en œuvre, son suivi et son évaluation. En parallèle, l'engagement de multiples acteurs du domaine de la santé est nécessaire pour atteindre les cibles et objectifs établis ici. Le tableau 4 énumère les principaux acteurs et partenaires des différents niveaux :

Tableau 4. Principaux acteurs et partenaires stratégiques, par niveau

Niveau	Acteurs et partenaires stratégiques
National	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère/Secrétariat de la Santé • Commissions de coordination nationale des ODD • Organes exécutifs, législatifs et judiciaires • Secteurs gouvernementaux (éducation, finances, affaires étrangères, environnement, agriculture et animaux d'élevage, travail, entre autres) • Administrations municipales ou locales • OPS/OMS • Organismes des Nations Unies • Organisations nationales et internationales de la société civile • Organismes de coopération internationale • Secteurs scientifique et universitaire • Secteur privé
Infrarégional	<ul style="list-style-type: none"> • Mécanismes d'intégration infrarégionale et lorsque cela s'applique, leurs organismes axés sur la santé • Mécanismes infrarégionaux d'autres secteurs connexes • Bureaux infrarégionaux de l'OPS/OMS
Régional	<ul style="list-style-type: none"> • Réseaux d'épidémiologie, de statistique, de planification et de relations internationales en matière de santé, entre autres • OPS/OMS • Groupe de développement des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (UNDG LAC) • Centres collaborateurs de l'OPS/OMS • Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes des Nations Unies (CEPALC)

Niveau	Acteurs et partenaires stratégiques
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation des États Américains (OEA) • Banque mondiale (secteur d'Amérique latine et des caraïbes) • Banque interaméricaine de développement (BID) et autres banques de développement • Autres organismes internationaux

110. La mise en œuvre du PASDA2030 aux niveaux national et infrarégional exige l'engagement politique des autorités sanitaires dans les États Membres et des mécanismes d'intégration infrarégionaux qui doit se refléter dans leurs plans nationaux et infrarégionaux, et le soutien du Bureau par l'ajustement des stratégies de coopération nationales et des plans infrarégionaux. De plus, les principaux partenaires nationaux et internationaux œuvrant pour le développement sanitaire doivent tenir compte des objectifs et des cibles établis dans le présent Programme lorsqu'ils élaboreront leurs propres plans stratégiques et opérationnels.

111. Les pays de la Région des Amériques souscrivent à l'adoption de plusieurs **approches stratégiques** clés pour la mise en œuvre de ce programme, telles que :

- a) **La responsabilisation nationale pour les résultats.** Il est attendu que les ministères et les secrétariats de la Santé encouragent et dirigent le processus d'établissement des cibles et des objectifs nationaux qui contribueront à la réalisation collective du Programme au niveau régional. Il est par ailleurs attendu que les ministères et les secrétariats de la Santé prennent des mesures visant à accroître la visibilité des priorités sanitaires établies dans ce Programme et dans leurs plans sanitaires nationaux, pour promouvoir l'action conjointement avec les organes exécutifs, législatifs et judiciaires.
- b) **Promotion et coordination des mesures multisectorielles.** Les ministres et les secrétaires de la Santé des Amériques reconnaissent que la réalisation des objectifs du présent Programme, tout comme des ODD, nécessitera une action intersectorielle concertée qui dépasse le secteur de la santé. Ils prévoient donc de travailler avec tous les secteurs pertinents au développement social, tant aux niveaux national qu'international. Cette fonction de promotion demande non seulement de s'attaquer aux déterminants de la santé, mais aussi de démontrer aux autres secteurs les avantages que le développement sanitaire leur apporte, notamment par un accroissement de la productivité économique et la réduction des dépenses de traitement, avec une approche de santé dans toutes les politiques.
- c) **La coordination et la coopération interinstitutionnelles à l'échelle nationale.** La situation varie énormément entre les pays des Amériques, mais ceux qui reçoivent un soutien international important ont en place des mécanismes de coordination qui réunissent tous les organismes internationaux œuvrant pour le développement, notamment dans le domaine de la coopération sanitaire. Il est essentiel que les autorités nationales prennent les commandes de ces mécanismes.

- d) **La coopération Sud-Sud pour le développement sanitaire.** Tous les pays des Amériques disposent de connaissances et d'une expertise qu'il est important de partager et qui peuvent profiter à tous les pays. Grâce au soutien du Bureau sanitaire panaméricain, les autorités sanitaires des Amériques tireront profit de cette opportunité à mesure qu'ils chercheront des moyens novateurs pour améliorer la santé de leurs populations.
- e) **La coordination interinstitutionnelle régionale.** L'OPS coordonnera activement le Forum des pays d'Amérique latine et des Caraïbes sur le développement durable,⁸⁴ qui est le mécanisme régional servant à suivre la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, y compris les ODD et leurs moyens de mise en œuvre, et du Programme d'action sur le financement pour le développement d'Addis Ababa, en fournissant des informations sanitaires régionales pertinentes au suivi et à l'évaluation du Programme à l'horizon 2030.
- f) **La communication stratégique.** Afin de faciliter l'adoption et la mise en œuvre de ce Programme, et d'après les constatations faites dans l'évaluation finale du Programme 2008-2017, le BSP, en collaboration avec les autorités sanitaires de la Région, selon le contexte national, va encourager et renforcer la sensibilisation concernant le PASDA2030, ses engagements et la façon dont les réalisations des objectifs de ce Programme par la Région contribueront au Programme de développement durable à l'horizon 2030. Le BSP, conjointement avec les ministères et les secrétariats de la Santé et d'autres partenaires stratégiques, élaboreront une stratégie et un plan de communication visant à diffuser les informations sur les objectifs et les cibles du Programme aux niveaux politique, stratégique et technique. La stratégie et le plan doivent tenir compte des expériences et des enseignements tirés de la promotion de la santé et ils doivent s'articuler étroitement avec d'autres efforts nationaux pour mettre en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il est essentiel de documenter les progrès réalisés à chaque étape, et de communiquer le rôle essentiel et les bienfaits précis du Programme à l'horizon 2030 en vue d'atteindre l'état de santé et de bien-être le plus élevé possible pour toutes les personnes des Amériques. L'Organisation doit promouvoir activement le Programme à l'horizon 2030 pour sensibiliser les entités de la Région au sujet des engagements et de la nécessité de suivre les objectifs et les cibles présentées ici. La stratégie de communication pour le PASDA2030 doit préciser ce que doivent faire les pays et le BSP, et qui est résumé ci-dessous :
- i. Les pays : le processus de communication et de sensibilisation mené par les pays revêt une grande importance car la mise en œuvre du PASDA2030 repose sur le leadership des ministères et des secrétariats de la Santé et sur l'engagement et la participation active de divers acteurs. À cet égard, les ministères/secrétariats de la Santé, à titre d'autorités sanitaires nationales,

⁸⁴ Economic Commission for Latin America and the Caribbean: Thirty-sixth session of ECLAC (CEPALC), 2016. Disponible en anglais sur : <http://periododesesiones.cepal.org/36/en/news/authorities-establish-forum-countries-latin-america-and-caribbean-sustainable-development>.

doivent répertorier les différentes possibilités qui existent au sein du pays (conseils, commissions, forums intersectoriels) pour faire connaître le Programme. Il est de plus nécessaire de créer d'autres espaces tels que des séminaires, des ateliers et autres, dans lesquels les principaux intervenants sociaux s'occupant de la portée du Programme sont rassemblés. Il est également important que les ministères/secrétariats de la Santé profitent des forums infrarégionaux (des ministres de la Santé et du secteur de la santé, entres autres) pour partager et sensibiliser à l'importance du Programme et sur le rôle qu'ils jouent dans sa diffusion et sa mise en œuvre. Cette composante doit être élaborée avant la première moitié de l'année 2018 de sorte que les pays puissent disposer de l'orientation et des outils nécessaires.

- ii. Le Bureau : le BSP assume un rôle très important pour positionner et mieux faire connaître le PASDA2030. Premièrement, il convient d'informer tous les membres du personnel au sein même du BSP et de les associer à sa mise en œuvre. Il faudra un processus de sensibilisation et de communication permanente avec les représentants dans les pays pour assurer que les bureaux des représentants adoptent le Programme et définissent conjointement avec les pays les mécanismes de sa mise en œuvre, notamment la coopération technique dont a besoin chaque pays pour le mettre en œuvre. Comme membre du système de Nations Unies, l'OPS doit veiller à ce que tous les organismes onusiens pertinents soient au courant et déterminés à soutenir la réalisation fructueuse des objectifs et cibles établis dans le PASDA2030. L'OPS doit également identifier d'autres espaces et forums d'acteurs clés qui peuvent soutenir la mise en œuvre du Programme. De plus, le BSP va, par divers moyens, fournir des mécanismes de mise en œuvre (c.-à-d. un plan stratégique, un système de suivi et d'évaluation) servant à accompagner la mise en œuvre du Programme avec les États Membres et d'autres intervenants importants. Ces actions doivent être menées en parallèle aux efforts de communication et de sensibilisation déployés par les États Membres.

Le suivi, l'évaluation et la présentation de rapports

112. L'engagement des États Membres, du BSP et des partenaires est essentiel à la responsabilisation pour la mise en œuvre de ce Programme. Cela nécessite l'utilisation des mécanismes de rapport établis et le renforcement des mécanismes conjoints de suivi et d'évaluation qui sont liés au Plan stratégique de l'OPS et à d'autres stratégies et plans d'action de l'OPS.

113. Les objectifs et les cibles définis dans le PASDA2030 doivent devenir une composante à part entière de la planification sanitaire aux niveaux régional, infrarégional et national et doivent orienter l'établissement d'indicateurs spécifiques qui serviront de références pour suivre et évaluer les progrès accomplis envers la réalisation des objectifs du Programme.

114. Dans le cas de l'OPS, les cibles doivent orienter l'élaboration d'indicateurs dans les plans stratégiques de l'Organisation pour 2020-2025 et 2026-2031 et doivent être pris en compte dans les stratégies et les plans d'action régionaux, ainsi que dans les stratégies de coopération des pays élaborées entre 2018 et 2030.

115. Au niveau régional, il faut coordonner le suivi, l'évaluation et la présentation de rapports concernant les cibles du PASDA2030 au moyen des mécanismes établis et des rapports d'évaluation des plans stratégiques, et des programmes et budgets de l'OPS. De plus, le suivi, l'évaluation et la présentation de rapports doivent être liés à un examen et à une analyse périodiques menés dans le cadre de la publication de *La santé dans les Amériques*, et des exigences relatives au suivi des ODD mondiaux.

116. La collaboration doit être renforcée avec les institutions onusiennes et les systèmes interaméricains, particulièrement le groupe inter-institutions et d'experts sur les indicateurs des ODD et le CEPALC, pour optimiser l'utilisation des plateformes de suivi existantes servant à suivre l'ODD3 et d'autres cibles sanitaires connexes (voir l'annexe A).

117. Le suivi et l'évaluation du PASDA2030 doivent être harmonisés avec les mécanismes existants de suivi et d'évaluation. Des efforts seront faits en vue de renforcer et d'intégrer les systèmes d'information pour faciliter la mesure et le suivi des cibles du PASDA2030, ainsi que d'autres indicateurs de la santé.

118. De la même manière, aux niveaux infrarégional et national, il est espéré que les entités infrarégionales et les États Membres adopteront et adapteront les objectifs et les cibles du PASDA2030 pour leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation, ainsi que la présentation de rapports. Des efforts seront réalisés pour permettre aux systèmes d'information nationaux de procéder à des évaluations et de présenter des rapports concernant les cibles établies dans le Programme.

119. Une évaluation à mi-parcours devra être effectuée en 2025 pour évaluer les progrès réalisés dans l'adoption et la mise en œuvre du PASDA2030 à tous les niveaux, pour documenter les enseignements tirés et pour éclairer les mesures correctives lorsque nécessaire. Enfin, une évaluation finale du PASDA2030 devra être faite en 2031 en conjonction avec les efforts mondiaux d'examen de la réalisation des engagements pris envers le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

120. Dans la mesure du possible, selon les mécanismes de déclaration existants, le Bureau devra suivre et évaluer la mise en œuvre du PASDA2030 au moyen de rapports officiels soumis aux Organes directeurs, en intégrant une analyse sexospécifique des enseignements tirés et des meilleures pratiques.

Annexes

Annexe A – Cibles et indicateurs de l'ODD3

Source : Rapport du Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable (ODD) – Conseil économique et social des Nations Unies.¹

Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

CIBLE	INDICATEUR
3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes	3.1.1 Taux de mortalité maternelle 3.1.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus	3.2.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 3.2.2 Taux de mortalité néonatale
3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles	3.3.1 Nombre de nouvelles infections au VIH pour 1000 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque 3.3.2 Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants 3.3.3 Incidence du paludisme pour 1000 habitants 3.3.4 Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants 3.3.5 Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires
3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être	3.4.1 Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques 3.4.2 Taux de mortalité par suicide
3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool	3.5.1 Couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, services de désintoxication et de postcure) pour les troubles liés à la toxicomanie

¹ Rapport du Group d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/2017-2-IAEG-SDGs-F.pdf>

CIBLE	INDICATEUR
	3.5.2 Abus d'alcool, défini en fonction du contexte national par la consommation d'alcool pur (en litres) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile
3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route	3.6.1 Taux de mortalité lié aux accidents de la route
3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux	3.7.1 Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale 3.7.2 Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1000 adolescentes du même groupe d'âge
3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable	3.8.1 Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels mesurée à partir des interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier) 3.8.2 Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé
3.9 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	3.9.1 Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant 3.9.2 Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats)
3.a Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac	3.a.1 Prévalence de la consommation actuelle de tabac par les personnes de 15 ans ou plus (taux comparatifs par âge)
3.b Appuyer la recherche et le développement de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, aux médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de	3.b.1 Proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le programme national 3.b.2 Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base

CIBLE	INDICATEUR
Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de cet accord qui ménagent une flexibilité lorsqu'il s'agit de protéger la santé publique et, en particulier, d'assurer l'accès universel aux médicaments	3.b.3 Proportion des établissements de santé qui disposent d'un ensemble de médicaments essentiels à un coût abordable et dans des conditions pouvant être maintenues durablement
3.c Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement	3.c.1 Densité et répartition du personnel de santé
3.d Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux	3.d.1 Application du Règlement sanitaire international (RSI) et préparation aux urgences sanitaires

Objectif 2. Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable²

CIBLE	INDICATEUR
2.2 D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées	2.2.1 Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts types par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans 2.2.2 Prévalence de la malnutrition (indice poids/taille supérieur à +2 écarts types ou inférieur à -2 écarts types par rapport à la moyenne des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS chez les enfants de moins de 5 ans, par forme (surpoids et émaciation))

² Idem, p. 17

Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles³

CIBLE	INDICATEUR
<p>5.2 Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation</p>	<p>5.2.1 Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge</p> <p>5.2.2 Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus victimes de violences sexuelles infligées au cours des 12 mois précédents par une personne autre que leur partenaire intime, par âge et lieu des faits</p>

Objectif 6 : Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau⁴

CIBLE	INDICATEUR
<p>6.1 D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable</p>	<p>6.1.1 Proportion de la population utilisant des services d'alimentation en eau potable gérés en toute sécurité</p>
<p>6.2 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable</p>	<p>6.2.1 Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés en toute sécurité, notamment des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon</p>

Objectif 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre⁵

CIBLE	INDICATEUR
<p>10.7 Faciliter la migration et la mobilité de façon ordonnée, sans danger, régulière et responsable, notamment par la mise en œuvre de politiques de migration planifiées et bien gérées</p>	<p>10.7.1 Dépenses de recrutement à la charge de l'employé en proportion de son revenu annuel perçu dans le pays de destination</p> <p>10.7.2 Nombre de pays ayant mis en œuvre des politiques migratoires bien gérées</p>

³ Idem, p. 23

⁴ Idem, p. 24

⁵ Idem, p. 29

Objectif 11 : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables⁶

CIBLE	INDICATEUR
<p>11.5 D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de personnes tuées et le nombre de personnes touchées par les catastrophes, y compris celles qui sont d'origine hydrique, et réduire considérablement le montant des pertes économiques qui sont dues directement à ces catastrophes exprimé en proportion du produit intérieur brut mondial, l'accent étant mis sur la protection des pauvres et des personnes en situation vulnérable</p>	<p>11.5.1 Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors de catastrophes, pour 100 000 personnes</p>

Objectif 13 : Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions⁷

CIBLE	INDICATEUR
<p>13.1 Renforcer, dans tous les pays, la résilience et les capacités d'adaptation face aux aléas climatiques et aux catastrophes naturelles liées au climat</p>	<p>13.1.1 Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors de catastrophes, pour 100 000 personnes</p>

Objectif 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous⁸

CIBLE	INDICATEUR
<p>16.1 Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés</p>	<p>16.1.1 Nombre de victimes d'homicide volontaire pour 100 000 habitants, par sexe et âge 16.1.2 Nombre de décès liés à des conflits pour 100 000 habitants par sexe, âge et cause 16.1.3 Proportion de la population victime de violences physiques, psychologiques ou sexuelles au cours des 12 mois précédents 16.1.4 Nombre de personnes considérant qu'il n'y a pas de danger à se déplacer seules à pied dans leur zone de résidence, en proportion de la population totale</p>

⁶ Idem, p. 29

⁷ Idem, p. 34

⁸ Idem, p. 38

Objectif 17 : Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser⁹

CIBLE	INDICATEUR
<p>17.18 D'ici à 2020, apporter un soutien accru au renforcement des capacités des pays en développement, notamment des pays les moins avancés et des petits États insulaires en développement, l'objectif étant de disposer d'un beaucoup plus grand nombre de données de qualité, actualisées et exactes, ventilées par niveau de revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap et emplacement géographique, et selon d'autres caractéristiques propres à chaque pays</p>	<p>17.18.1 Proportion d'indicateurs du développement durable établis à l'échelle nationale, ventilés de manière exhaustive en fonction de la cible conformément aux Principes fondamentaux de la statistique officielle</p> <p>17.18.2 Nombre de pays dotés d'une législation nationale relative à la statistique conforme aux principes fondamentaux de la statistique officielle</p>

⁹ Idem, p. 40

Annexe B – Principales causes de décès dans la Région, au cours de la période 2010-2013, par sexe¹

Femmes			
Causes (CIM 10)	Décès	Taux de décès rectifié selon l'âge pour 100 000 habitants	% du total des décès
Cardiopathies ischémiques (I20 à I25)	1 223 202	66,2	13,2
Maladies vasculaires cérébrales (I60 à I69)	766 684	41,5	8,3
Démence et maladie d'Alzheimer (F01, F03, G30)	692 653	37,5	7,5
Diabète sucré (E110 à E14)	570 892	30,9	6,2
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40 à J47)	498 929	27,0	5,4
Grippe et pneumonie (J10 à J18)	410 659	22,2	4,4
Néoplasme malin de la trachée, des bronches et des poumons (C33, C34)	396 957	21,5	4,3
Maladies hypertensives (I10 à I15)	377 043	20,4	4,1
Néoplasme malin du sein (C50)	317 456	17,2	3,4
Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00 à N39)	270 689	14,6	2,9

Hommes			
Causes (CIM 10)	Décès	Taux de décès rectifié selon l'âge pour 100 000 habitants	% du total des décès
Cardiopathies ischémiques (I20 à I25)	1 569 496	86,8	14,8
Maladies vasculaires cérébrales (I60 à I69)	657 078	36,3	6,2
Néoplasme malin de la trachée, des bronches et des poumons (C33, C34)	561 399	31,0	5,3
Diabète sucré (E10-E14)	527 193	29,1	5
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40 à J47)	514 132	28,4	4,9
Agression (homicide) (X85 à Y09)	485 817	26,9	4,6
Accidents de la route (V01 à V89)	404 929	22,4	3,8
Grippe et pneumonie (J10 à J18)	403 516	22,3	3,8
Cirrhose et autres maladies du foie (K70 à K76)	377 185	20,9	3,6
Démence et maladie d'Alzheimer (F01, F03, G30)	324 964	18,0	3,1

¹ Ajustées selon l'âge et fondées sur les catégories de la liste normalisée de l'OMS en vue de comparer les principales causes de décès entre les pays ; Becker R, Silvi J, Fat D, L'Hours A, Laurenti R: A method for deriving leading causes of death; Bull of the WHO 2006; 84: 297-304.

Annexe C – Remerciements

Nous remercions les membres du Groupe de travail des pays et du Bureau sanitaire panaméricain dont le nom figure ci-après pour leur contribution à la préparation du Programme.

Pays	Participants/Contributeurs
Antigua-et-Barbuda	Rhonda Sealy-Thomas Médecin-chef, Ministère de la Santé
Argentine	Rubén Nieto Secrétaire, Relations nationales et internationales, Ministère de la Santé Miguela Pico Sous-secrétaire des Relations institutionnelles, Ministère de la Santé Direction nationale des Relations sanitaires internationales, Ministère de la Santé
Barbade	John Boyce Ministre de la Santé Joy St. John Médecin-chef Reeshemah Cheltenham-Niles Planificatrice en chef des services de santé Danny Gill Directeur, Unité des projets, Ministère de la Santé
Brésil	Fátima Marinho Directrice de l'Épidémiologie, Ministère de la Santé Diogo Alves Conseiller, Relations internationales, Ministère de la Santé
Chili	Matilde Maddaleno Directrice, Relations sanitaires internationales Odette Urrutia Planificatrice, Département de la Stratégie sanitaire nationale, Division de la planification sanitaire nationale
Costa Rica	Rosibel Vargas Gamboa Directrice, Planification et développement institutionnel, Ministère de la Santé
El Salvador	Marina Estela Avalos López Directrice de la Planification, Ministère de la Santé
Équateur	Verónica Espinosa Ministre de la Santé publique

	<p>Jakeline Calle Sous-secrétariat national de la Surveillance de la santé publique</p> <p>Cristina Luna Conseillère, Cabinet du Ministre de la Santé publique</p> <p>Peter Skerrett Directeur national de la Coopération est des Relations internationales</p> <p>Cristina Luna Conseillère auprès du ministre</p> <p>Angela León Cáceres Coordinatrice en Coopération et Relations internationales multilatérales</p> <p>Fernando Cornejo Ex-Vice-ministre de la Gouvernance, Ministère de la Santé publique</p>
États-Unis d'Amérique	<p>Cristina Rabadan-Diehl Directrice du Bureau des Amériques, Bureau des Affaires mondiales, Département de la Santé et des Services sociaux (DHHS)</p> <p>Maya Levine Gestionnaire principale de la santé mondiale, Bureau des Affaires mondiales, Département de la Santé et des Services sociaux (DHHS)</p> <p>Allison O'Donnell Gestionnaire de la santé mondiale, Bureau des Affaires mondiales, Département de la Santé et des Services sociaux (DHHS)</p>
Honduras	<p>Janethe Aguilar Directrice, Planification et Évaluation de la gestion, Secrétariat de la Santé</p> <p>Fanny Mejía Vice-ministre des Projets et Investissements, Secrétariat de la Santé</p>
Mexique	<p>Luis Adrián Ortiz Blas Directeur adjoint de la Politique et de la Coopération internationale, Secrétariat de la Santé</p> <p>Martha Caballero Directrice, Coopération bilatérale et régionale, Bureau général des Affaires internationales, Secrétariat de la Santé</p>
Nicaragua	<p>Alejandro Solís Martínez Directeur de la Planification, Ministère de la Santé</p> <p>Carlos José Sáenz Torres Secrétaire général, Ministère de la Santé</p>
Panama	<p>Miguel Antonio Mayo Di Bello Ministre de la Santé</p>

	<p>Reina Roa Directrice de la Planification, Ministère de la Santé</p> <p>Natasha Dormoi Directrice des Relations internationales, Ministère de la Santé</p> <p>Iritzel Santamaría Directrice adjointe de la Planification, Ministère de la Santé</p>
Paraguay	<p>María Antonieta Gamarra Mir Directrice, Relations sanitaires internationales</p> <p>Patricia A. Giménez León Directrice générale, Planification et Évaluation, Ministère de la Santé</p>
Pérou	<p>Sofía del Pilar Velásquez Portocarrero Conseillère, Bureau du Vice-ministre de la Santé publique</p>
Uruguay	<p>Gilberto Ríos Directeur, Relations sanitaires internationales</p>
BSP	<p>Carissa F. Etienne, Directrice</p> <p>Dean Chambliss, Rony Maza, Victor Cuba et Travis High, Département de la planification et du budget</p> <p>Gina Tambini et Patricia Alvarado, Bureau de l'OPS/OMS en Équateur</p> <p>Godfrey Xuereb, Bureau de l'OPS/OMS à la Barbade</p> <p>Gerardo Alfaro et Hilda Leal, Bureau de l'OPS/OMS au Panama</p> <p>Gerardo De Cosio, Jose Escamilla et Antonio Sanhueza, Unité d'information et d'analyse en santé</p> <p>Kira Fortune, Agnes Soares, Julietta Rodríguez et Daniel Buss, Programme spécial sur le développement durable et l'équité</p> <p>James Fitzgerald, Amalia Del Riego, Fernando Menezes, Analia Porras, Camilo Cid, Juan Pablo Pagano et Candelaria Aráoz, Département des systèmes de santé</p> <p>Luis Andrés De Francisco, Suzanne Serruya, Pablo Guirotane, Betzabe Burtrón, Cuauhtémoc Ruiz Matus et Anna Coates, Département de la santé familiale, sexospécifique et du parcours de vie</p> <p>Anselm Hennis et Raphaële Dambo, Département des maladies non transmissibles et de la santé mentale</p> <p>Marcos Espinal, Luis Gerardo Castellanos et Massimo Ghidinelli, Département des maladies transmissibles et de l'analyse de la santé</p>

	<p>Ciro Ugarte, Sylvain Aldighieri, Roberta Andraghetti et Nicole Wynter, Département des urgences sanitaires</p> <p>Francisco Becerra, Luis Gabriel Cuervo et David Novillo, Bureau de la gestion du savoir, de la bioéthique et de la recherche</p> <p>Teófilo Monteiro, Équipe régionale décentralisée sur l'eau et l'assainissement (ETRAS)</p> <p>Kevin Cook, Donna Eberwine, Leticia Linn, Bola Oyeleye et Harold Ruiz Perez, Département des communications</p> <p>Gabriel Listovsky, Coordinateur, Campus virtuel pour la santé publique de l'OPS</p> <p>Toutes les équipes des bureaux de pays de l'OPS, infrarégionales et régionales qui ont soutenu l'élaboration du Programme depuis son début en 2016.</p>
<p>Et les équipes des divers ministères et secrétariats de la Santé, qui ont fourni leur précieux soutien à l'élaboration de ce Programme.</p>	
