



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



**28<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE**  
**64<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, du 17 au 21 septembre 2012*

---

*Point 4.3 de l'ordre du jour provisoire*

CSP28/8 (Fr.)  
26 juillet 2012  
ORIGINAL : ANGLAIS

**ÉVALUATION DU BUDGET-PROGRAMME 2010-2011  
EN FIN DE PÉRIODE BIENNALE/  
DEUXIÈME RAPPORT DE SITUATION INTÉRIMAIRE  
SUR LE PLAN STRATÉGIQUE 2008-2012 DE L'OPS**

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
<b>I. SYNTHÈSE</b> .....	3
<b>II. INTRODUCTION</b> .....	6
<b>III. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PROCESSUS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE (PMA) DE L'OPS</b> .....	7
<b>IV. PERFORMANCE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE</b> .....	10
<b>(A) Principales réalisations, grands défis et enseignements tirés</b> .....	10
<b>(B) Évaluation programmatique par OS</b> .....	23
<i>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des OS</i> .....	23
<i>Progrès réalisés pour atteindre les RER</i> .....	25
<i>Situation des indicateurs de RER</i> .....	27
<b>(C) Budget et mobilisation des ressources</b> .....	28
<i>Présentation générale du budget</i> .....	28
<i>Segment des programmes de base</i> .....	29
<i>Segment Crise épidémique et réponse (CER)</i> .....	37
<i>Contributions volontaires nationales (CVN)</i> .....	38
<b>V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</b> .....	40
<b>VI. ANNEXES</b>	
Annexe I. Rapports de situation sur les objectifs stratégiques	
Annexe II. Cibles d'indicateurs de RER non atteintes en 2010-2011	
Annexe III. Pays et territoires	
Annexe IV. Acronymes	

**ÉVALUATION DU BUDGET-PROGRAMME 2010-2011  
EN FIN DE PÉRIODE BIENNALE/  
DEUXIÈME RAPPORT DE SITUATION INTÉRIMAIRE  
SUR LE PLAN STRATÉGIQUE 2008-2012 DE L'OPS**

**I. SYNTHÈSE**

1. Le présent rapport a pour objet d'informer les Organes directeurs des progrès accomplis sur le plan de la mise en œuvre du plan stratégique 2008-2012. Il s'inscrit dans le droit fil de l'engagement pris par l'Organisation sur le plan de la responsabilisation et de la transparence conformément à son cadre de gestion axée sur les résultats. Le rapport présente l'évaluation en fin de période biennale du budget-programme 2010–2011 ainsi que le deuxième rapport de situation intérimaire sur la mise en œuvre du Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS (ci-après appelé le Plan stratégique).

2. Le rapport se fonde sur les informations fournies par le processus de suivi et d'évaluation de la performance (PMA) mené dans l'ensemble du Bureau sanitaire panaméricain (BSP). Il comprend des analyses programmatiques et d'exécution budgétaire en fonction des objectifs stratégiques (OS) et des différents niveaux de l'Organisation. Des informations sur les efforts de mobilisation de ressources du BSP afin de couvrir l'écart de financement pour le budget-programme approuvé pour 2010-2011 fournissent aussi une analyse de l'affectation des ressources en fonction des priorités programmatiques.

3. Il ressort des résultats de l'évaluation que l'Organisation continue de faire des progrès constants vers la réalisation des objectifs fixés pour 2013 dans le Plan stratégique. L'évaluation de fin de période biennale montre que sur les 16 objectifs stratégiques (OS), 12 sont en bonne voie et 4 présentent des risques. Sur les 90 résultats escomptés à l'échelle régionale (RER), 82 sont en bonne voie, 7 présentent des risques, et 1 est en difficulté. Sur les 256 cibles d'indicateur de RER, 233 (91 %) ont été réalisées ; il convient de noter que plus de 45 % des indicateurs de RER (104) ont dépassé leurs cibles pour 2011 — et parmi eux, plus de la moitié ont déjà atteint ou dépassé leurs cibles pour 2013.

4. Au vu des progrès constatés pour les différents OS, la région a fortement progressé vers la réalisation des cibles de niveau d'impact de santé publique pour 2013 comme spécifié dans le Plan stratégique. Par exemple, la Région a fait des progrès remarquables en réduisant encore les taux de mortalité infantile, 31 pays ayant un taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans inférieur à 32,1 décès pour 1 000 naissances vivantes — dépassant ainsi la cible pour 2013 (de 26 pays). En outre, la Région a fait des progrès vers la réalisation des cibles pour l'élimination des maladies tropicales négligées (MTrN), avec 14 pays certifiés comme ayant interrompu la transmission vectorielle de la

maladie de Chagas ; en 2006, seuls 3 pays avaient cette certification. La Région a encore réduit le nombre de cas de paludisme dans les pays endémiques, ce qui s'est traduit par une réduction globale de 43 % du nombre total de cas par rapport au niveau de référence en 2000. Il y a eu une diminution continue de l'incidence de la TB, qui est tombée à 29 cas pour 100 000 en 2009, contre 39 cas en 2006. Dans les Amériques, la vie d'environ 174 000 enfants a été sauvée grâce au maintien et à l'élargissement de la couverture vaccinale. Cinq pays au total ont atteint un taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant inférieur à 2 % ; et 9 pays ont atteint la cible d'accès universel à un traitement antirétroviral (ARV). Les décès imputables aux maladies non transmissibles (MNT) ont diminué, passant à 2,1 millions en 2007, contre 2,4 millions en 2000. En outre, 7 pays sont parvenus à réduire leur consommation de tabac de 10 %.

5. Malgré les progrès significatifs énoncés ci-dessus, certaines difficultés méritent d'être notées. Par exemple, l'effet persistant de la crise financière mondiale pourrait compromettre la capacité des pays à poursuivre les progrès accomplis à ce jour en vue de réduire les écarts et à maintenir les progrès réalisés en matière de santé publique ; la lente réduction du taux de mortalité maternelle et la nécessité d'une collaboration multisectorielle accrue sur les déterminants sociaux de la santé (qui incluent l'équité, les droits de la personne et la protection des groupes vulnérables). La lutte contre les maladies non transmissibles et les problèmes de santé liés au mode de vie, ainsi que la nutrition et la sécurité alimentaire demeurent des questions importantes. Afin d'assurer le caractère adéquat de la détection, de la réponse et de la gestion des urgences de santé publique de portée internationale, les pays doivent renforcer leurs capacités nationales de base conformément au Règlement sanitaire international (RSI) (2005). La couverture de la protection sociale dans la santé doit être accrue grâce à un financement adéquat et durable.

6. Le segment des programmes de base approuvé du budget-programme pour 2010-2011 (BP) pour la période biennale était de 643 millions de dollars EU,<sup>1</sup> l'Organisation disposant de 583 millions de dollars (91 %) pour la période biennale. Le taux d'exécution de ces fonds pour la période biennale a été de 89 % (521 millions de dollars). Il est important de noter que, dans l'ensemble, il existe une très bonne corrélation entre les taux d'exécution des programmes et des budgets : 91 % de toutes les cibles d'indicateur de RER ont été atteintes grâce à la mise en œuvre de 89 % des fonds budgétaires disponibles pour la période biennale. Sur les 643 millions de dollars alloués aux budget et programmes de base approuvés, 287 millions de dollars provenaient du budget ordinaire. La différence, d'un montant de 356 millions de dollars, constituait l'écart de financement initial. À la fin de la période biennale, l'Organisation a été en mesure de mobiliser

---

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

296 millions de dollars supplémentaires, ramenant ainsi l'écart de financement à 60 millions de dollars.

7. Outre le segment des programmes de base, le BP comprenait deux autres segments : crise épidémique et réponse (CER) et les contributions volontaires nationales (CVN). Au cours de la période biennale, l'Organisation a reçu 48 millions de dollars au titre de la CER et 348 millions de dollars des CVN. Le taux de mise en œuvre de ces fonds a été de 98 % pour la CER et de 75 % pour les CVN.

8. En combinant les trois segments du BP, l'Organisation a disposé au total de 979 millions de dollars pour la période biennale, avec un taux d'exécution global de 85 %.

9. Il y a eu un changement positif dans l'affectation des ressources en fonction de la priorité programmatique attribuée aux divers OS, notamment pour 3 des 5 OS fortement prioritaires (à savoir la santé maternelle et infantile, la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et la prévention et la lutte contre les maladies chroniques<sup>2</sup>). Cependant, des efforts supplémentaires seront nécessaires pour améliorer l'alignement de l'affectation des ressources sur les priorités programmatiques.

10. Au cours de la période biennale, le BSP a continué à investir dans des programmes et des initiatives visant à optimiser les ressources de l'Organisation, y compris pour poursuivre la consolidation de son cadre de gestion axée sur les résultats (GAR) et la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS). Néanmoins, il est nécessaire de traiter certaines questions clés avant de mettre en œuvre pleinement la gestion axée sur les résultats dans l'ensemble de l'Organisation. Il s'agit notamment de consolider encore son volet responsabilisation, d'améliorer la documentation et l'application des enseignements tirés, de simplifier le processus de planification et de renforcer à la fois la qualité et la cohérence des différentes composantes du Plan stratégique de l'OPS afin de mieux refléter les progrès accomplis sur le plan des réalisations au niveau de l'impact et des résultats à tous les échelons de l'Organisation. En outre, il est nécessaire de continuer à promouvoir et à mettre en œuvre l'approche interprogrammatique horizontale — en particulier afin de relever les nouveaux défis.

---

<sup>2</sup> Les termes « maladies non transmissibles » (MNT), « maladies chroniques non transmissibles » (MCNT), et « maladies chroniques » sont utilisés comme synonymes dans l'ensemble du présent document et en général dans toute l'Organisation.

## II. INTRODUCTION

11. Comme spécifié dans le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS, le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) est tenu de présenter tous les deux ans des rapports de situation aux Organes directeurs sur l'exécution du plan. Le présent rapport couvre la période biennale 2010-2011 et constitue le deuxième rapport de situation soumis aux Organes directeurs de l'OPS pour cette période.

12. Le rapport se fonde sur les informations fournies par le processus de suivi et d'évaluation de la performance (PMA) mené dans l'ensemble du BSP. Il comprend des analyses programmatiques et d'exécution budgétaire de la performance de l'Organisation, y compris une analyse en fonction des différents niveaux de l'Organisation (entités nationales, infrarégionales et régionales) et des objectifs stratégiques (OS). Le rapport comprend aussi des informations sur les efforts de mobilisation de ressources du BSP afin de couvrir l'écart de financement pour le budget-programme approuvé pour 2010-2011, ainsi que sur l'affectation des ressources par niveau organisationnel et par OS.

13. Le rapport contient les recommandations formulées par les États Membres sur le premier rapport de situation pour 2008-2009, présenté au 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en septembre 2010. Il intègre également les commentaires du sous-comité sur le programme, le budget et l'administration (SPBA). Le rapport final, qui sera présenté à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012, comprendra les recommandations de la 150<sup>e</sup> session du Comité exécutif de l'OPS de juin 2012.

14. Le rapport est composé de six sections : les sections I, II et III couvrent la synthèse, l'introduction et la présentation du processus de suivi et d'évaluation de la performance, respectivement ; la section IV comprend les analyses institutionnelles de la performance programmatique et budgétaire ainsi que de la mobilisation des ressources ; la section V comprend un résumé des conclusions et recommandations. Enfin, la section VI contient les annexes I-IV ; les rapports de situation détaillés pour chacun des 16 OS, avec leurs RER et indicateurs de RER respectifs, figurent à l'annexe I.

### **III. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU PROCESSUS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE (PMA) DE L'OPS**

15. Le rapport reflète l'évaluation menée à bien à la fin de la période 2010-2011. Comme défini dans le processus de suivi et d'évaluation de la performance (PMA) de l'Organisation, tous les responsables d'entités du BSP et leurs équipes, ainsi que la haute Direction (EXM) ont participé à cette évaluation. Au cours de cet exercice, la performance de chacune des 69 entités du BSP et les progrès vers la réalisation des 16 objectifs stratégiques (OS), 90 résultats escomptés à l'échelle régionale (RER) et 256 indicateurs de RER du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS ont été examinés. Cet exercice a fourni les principales données pour la préparation du rapport de situation qui sera présenté aux Organes directeurs de l'OPS en 2012.

16. L'évaluation comprend à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives, décrites ci-dessous.

17. Tout d'abord, la réalisation des cibles d'indicateur de RER fixées pour la fin de 2011 est évaluée sur la base des informations fournies par les responsables des entités. Cette partie de la méthodologie est quantitative — l'objectif a été atteint ou non — et les directeurs des entités sont responsables de l'obtention des résultats sous leur responsabilité et des informations qu'ils fournissent. Pour les indicateurs de type « nombre de pays », les rapports des responsables des entités pour les pays sont compilés pour savoir si le nombre de pays devant atteindre la cible de l'indicateur de RER a été atteint. Par la suite, une analyse qualitative des RER est entreprise, et enfin, sur la base de ces informations, une analyse qualitative des OS est réalisée. Dans les deux cas, le nombre de cibles d'indicateurs de RER qui ont été atteints est analysé.

18. Les critères de notation suivants ont été appliqués pour le suivi programmatique et budgétaire des RER et des OS :

- Taux d'exécution de 90–100 % = Vert ou « en bonne voie » : aucun risque ou obstacle ne devrait affecter significativement les progrès.
- Taux d'exécution de 75–89 % = Jaune ou « présentant des risques » : les progrès sont menacés et des mesures sont nécessaires pour surmonter les retards, les obstacles et les risques.
- Taux d'exécution <75 % = Rouge ou « en difficulté » : les progrès sont gravement menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher la réalisation des objectifs.

19. Des taux de 75 % et plus pour la mise en œuvre programmatique et de 90 % pour l'exécution budgétaire sont considérés comme une performance acceptable à la fin de la période de planification, comme spécifié dans le Plan stratégique 2008-2012.

20. Une brève description de la méthodologie utilisée dans chaque composant du rapport est présentée ci-dessous.

### **Évaluation programmatique**

21. *Analyse par OS* : les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des objectifs stratégiques (OS), définis pour la fin du Plan stratégique, sont évalués par les facilitateurs des OS. Les facilitateurs analysent le niveau agrégé de réalisation des différents RER et les facteurs favorisant ou entravant la réalisation des OS (évaluation qualitative), en prenant en considération les cibles d'indicateurs de RER atteintes (évaluation quantitative). Le facilitateur des OS note l'état d'avancement des OS à la fin de la période biennale et détermine s'ils sont en bonne voie, s'ils présentent des risques ou s'ils sont en difficulté en ce qui concerne leur réalisation d'ici à 2013.

22. *Analyse par RER* : L'évaluation des RER est réalisée par les facilitateurs de RER. Ils évaluent le niveau de réalisation des cibles d'indicateurs de RER (évaluation quantitative) et les facteurs qui favorisent ou entravent la réalisation des RER (évaluation qualitative). Le facilitateur des RER note l'état d'avancement des RER à la fin de la période biennale en ce qui concerne leur réalisation d'ici à 2013, déterminant s'ils sont en bonne voie, s'ils présentent des risques ou s'ils sont en difficulté.

23. *Analyse par cible d'indicateur de RER* : La réalisation des indicateurs de RER est mesurée par la réalisation de leurs cibles respectives définies pour chaque période biennale ; soit elles sont atteintes soit elles ne sont pas atteintes.

### **Évaluation budgétaire**

24. *Exécution budgétaire* : Elle est évalués pour l'Organisation dans son ensemble ; par niveau organisationnel (entités nationales, infrarégionales et régionales) ; par OS ; et par source de financement, y compris le Budget ordinaire (BO) et les Autres sources (AS). Le taux d'exécution budgétaire est obtenu en divisant les dépenses par le montant total des fonds disponibles pour la période biennale.

25. *Mobilisation de ressources* : le budget-programme (BP) définit le montant estimé des fonds (coût planifié) nécessaires pour mettre en œuvre le programme de travail approuvé par les Organes directeurs pour une période biennale donnée. Le BP définit aussi le montant estimé des fonds nécessaires pour chaque OS. Au cours de la période biennale, le BSP mobilise des ressources pour combler l'écart de financement de chaque OS. Conformément à la gestion axée sur les résultats (GAR), chaque entité prévoit le coût de son plan de travail biennal (indépendamment de la source de financement) selon le montant estimé des ressources nécessaires pour atteindre les résultats et produits



escomptés au cours de cette période biennale. Au cours de la période biennale, des ressources sont mobilisées pour combler l'écart de financement des OS et des entités ce qui, à son tour, contribue à combler l'écart de financement de l'ensemble de l'Organisation. (À tout moment au cours de la période biennale, la différence entre l'estimation initiale et les ressources disponibles auprès de n'importe quelle source pour la réalisation du programme constitue le déficit de financement).

#### **IV. PERFORMANCE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE**

##### **(A) Principales réalisations, grands défis et enseignements tirés**

26. Le résumé ci-dessous met en évidence certaines des principales réalisations et des grands défis et enseignements tirés au cours de la période biennale 2010-2011. Les rapports de situation sur les OS (à l'annexe I) comprennent des informations détaillées sur chaque OS.

##### **(1) *Principales réalisations et grands défis***

27. Les réalisations et les défis soulignés ci-dessous ont été identifiés dans les trois composantes du cadre stratégique de coopération énoncé dans le Plan stratégique de l'OPS :

- Terminer le programme inachevé
- Protéger les réalisations déjà obtenues
- S'attaquer aux nouveaux défis

##### **(a) *Terminer le programme inachevé***

###### *Réalisations*

- (i) La Région des Amériques a enregistré des progrès remarquables en 2010-2011, à la fois sur le plan de la réduction de la mortalité infantile et de l'amélioration de la santé maternelle – contribuant ainsi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5 des Nations Unies. Il ressort des indicateurs de base de l'OPS pour 2010 que 31 pays de la Région avaient un taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans de moins de 32,1 pour 1000 naissances vivantes ; par conséquent, la Région a déjà dépassé la cible de 2013 (de 26 pays). L'augmentation du nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié en Amérique latine et dans les Caraïbes, qui se situe désormais à 92,9 % d'après les estimations — dépassant ainsi l'objectif de 2013 (de 90 %) — est tout aussi remarquable.
- (ii) Des progrès ont été accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'élimination régionale des maladies tropicales négligées (MTrN) telles que l'onchocercose, la maladie de Chagas et la schistosomiase. Quatorze pays au total ont été certifiés comme ayant interrompu la transmission vectorielle de la maladie de Chagas et la Colombie est en cours de certification pour avoir éliminé l'onchocercose.

- (iii) Les cas de paludisme ont continué à diminuer dans 18 des 21 pays endémiques de la Région. Selon le Rapport 2011 sur le paludisme dans le monde de l'OMS, les cas répertoriés dans la Région des Amériques ont diminué, passant de 1 182 418 en 2000 à 678 164 en 2010 — soit une réduction de 43 % du nombre de cas. De même, les 130 décès déclarés au cours de la même année équivalent à une diminution de 65 % du nombre de décès par rapport au niveau de référence de 2000.
- (iv) Depuis 2006, la baisse continue de l'incidence de la tuberculose (TB) pour 100 000 habitants (y compris les patients VIH avec TB) donne à penser que la cible pour 2013 de 27 cas d'incidence de TB sera effectivement atteinte ; en fait, en 2009, le nombre de cas était tombé à 29.
- (v) Des progrès continus ont été constatés sur le plan de la parité hommes-femmes, la diversité culturelle, les droits de la personne et la santé des peuples autochtones et autres groupes ethniques ainsi que celle d'autres groupes vulnérables. Un total de 31 pays procèdent actuellement à la mise en œuvre de plans visant à promouvoir la parité dans le secteur de la santé ; 11 pays ont révisé ou formulé des politiques et des lois conformément aux instruments internationaux relatifs aux droits de la personne ; et 21 pays mettent en œuvre des politiques, des plans ou des programmes en vue d'améliorer la santé des peuples autochtones. En outre, quelque 17 pays ont mis en œuvre l'initiative Visages, voix et lieux.
- (vi) Certes, des défis subsistent en ce qui concerne les questions de sécurité alimentaire et de nutrition, mais 26 pays ont déjà mis en œuvre ou mettent actuellement en œuvre des mécanismes de coordination multisectorielle, des politiques, des plans ou des programmes en vue de prévenir la malnutrition dans leur cadre national pour la nutrition et la sécurité alimentaire.

### *Défis*

- (i) Comme indiqué dans le Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave (approuvé par le 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en 2010), presque aucun des pays ne réduit la mortalité maternelle à un rythme suffisant pour atteindre la cible de l'OMD-5 – y compris ceux qui ont des taux de morbidité et de mortalité maternelles (TMM) plus faibles, comme le Canada et les États-Unis. Au total, neuf pays de la Région ont des chiffres de TMM au-dessus de la moyenne régionale de 88,9 pour 100 000 naissances vivantes. De plus, 95 % de toute la mortalité maternelle est évitable — comme le montrent les causes les plus fréquentes de décès (hypertension induite par la grossesse, hémorragies, complications résultant d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, travail obstructif, septicémie et autres causes directes).

- (ii) Les pays ont certes continué à réduire l'incidence du paludisme, mais divers défis subsistent. Il s'agit notamment de maintenir et de renforcer la surveillance à tous les niveaux du système de santé afin de détecter les menaces de paludisme et de déclencher en conséquence des réponses appropriées le plus rapidement possible. Un autre défi consiste à identifier la résistance aux médicaments antipaludiques (antipaludéens).
- (iii) L'approche axée sur les environnements sains a pris de l'ampleur dans le cadre du programme renouvelé de Promotion de la santé qui met l'accent sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Cependant, davantage d'efforts sont nécessaires pour mettre pleinement en œuvre la stratégie renouvelée et les mesures décrites dans le document *Les écoles pour la promotion de la santé : renforcement de l'Initiative régionale—stratégies et lignes d'action 2003–2012*, approuvé par le Conseil directeur de l'OPS.
- (iv) L'action intersectorielle demeure un défi pour traiter des déterminants sociaux de la santé, y compris les questions liées au changement climatique. En 2011, la Consultation régionale sur les déterminants sociaux de la santé et la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé ont surtout mobilisé le secteur de la santé — malgré les efforts déployés pour faire participer les autres secteurs. Certains pays ne se penchent toujours pas sur la question du changement climatique et de la santé. Le défi de la mise en œuvre de politiques de gestion des vecteurs qui soient sûres sur le plan de l'environnement se pose également.
- (v) Les défis dans le domaine de la nutrition comprennent les besoins suivants :
  - Promotion du dialogue avec des acteurs et homologues multiples.
  - Identification des priorités nationales dans la nutrition par les ministères de la santé.
  - Amélioration des bases de données existantes sur les processus nutritionnels des jeunes enfants.
  - Motiver les pays pour qu'ils continuent à améliorer leurs programmes.
  - Mobiliser la volonté politique et les ressources financières nécessaires pour intégrer les indicateurs de l'état nutritionnel dans les systèmes de surveillance de la santé.
  - Mobiliser des ressources pour promouvoir et soutenir la recherche, ainsi que pour la diffusion d'informations fondées sur des preuves.

28. Il est à noter que l'OS9 (sur la Nutrition et la sécurité alimentaire) présente des risques de ne pas atteindre ses cibles pour 2013.

(b) *Protéger les réalisations déjà obtenues*

*Réalisations*

- (i) La Région des Amériques a continué de maintenir et d'étendre la couverture vaccinale, ce qui a permis de sauver la vie d'environ 174 000 enfants chaque année. Tous les pays et territoires maintiennent leur statut exempt de poliomyélite et s'attendent à maintenir l'éradication jusqu'en 2013 et au-delà. Ils sont également parvenus à interrompre la transmission endémique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC).
- (ii) Des progrès continus ont été réalisés sur le plan de la mise en œuvre de la Stratégie renouvelée sur les soins de santé primaires, 7 pays mettant déjà en œuvre cette stratégie et 18 s'appropriant à le faire.
- (iii) Les autorités sanitaires nationales ont continué à renforcer leur rôle d'intendance et de leadership. Au total, 29 pays ont formulé des politiques ainsi que des plans à moyen et à long terme. Quelque 18 pays ont mis en place des commissions nationales chargées de contrôler le respect des normes éthiques dans la recherche scientifique. Dans 12 pays, les autorités réglementaires nationales (ARN) pour les médicaments et les produits biologiques ont été évaluées, et 4 d'entre elles ont été désignées comme ARN de référence régionale. Un total de 17 pays ont formulé des politiques du secteur de la santé et des programmes nationaux de réadaptation, qui sont alignés sur les recommandations de l'OPS/OMS pour l'invalidité et la réadaptation et sur le cadre pour l'application de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.
- (iv) Les pays ont continué à investir dans des interventions visant à améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins. Quelque 22 pays ont mis en œuvre la stratégie de l'OPS/OMS sur la qualité des soins et la sécurité des patients, et 19 pays ont intégré dans leurs constitutions nationales le droit à la santé (qui consacre l'accès aux médicaments) ou le droit à l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé.

*Défis*

- (i) S'il est vrai que certains progrès ont été accomplis pour étendre la protection sociale et augmenter le financement de la santé, il est toutefois nécessaire d'élargir significativement la couverture de la protection sociale dans la santé grâce à un financement adéquat et durable. Ceci est essentiel pour que les progrès réalisés pour réduire les écarts, protéger les acquis et relever les nouveaux défis de santé publique se poursuivent.
- (ii) La surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination (MeV) et la qualité des données dans les rapports périodiques doivent toutes

deux être renforcées. L'impact des interventions de vaccination ciblant les municipalités à faible couverture n'est pas facilement démontré, compte tenu du fait que les données ne sont toujours pas disponibles.

- (iii) Alors que les pays ont progressé sur le plan de l'amélioration de la qualité des soins ainsi que de la sécurité des patients, l'intégration de cette initiative à travers les programmes de santé reste un défi.
- (iv) À mesure que de nouvelles priorités de santé publique sont définies, il est toujours nécessaire, et de plus en plus, d'appuyer les questions liées aux politiques, aux réglementations et à l'utilisation des médicaments et des technologies de la santé – ainsi qu'à l'intégration d'approches interculturelles dans les systèmes et les politiques de santé. De même, les domaines thérapeutiques et d'autres priorités de santé publique nécessiteront un soutien supplémentaire important, au moyen d'une approche commune de systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires. La nécessité d'intégration à travers les domaines techniques est de la plus haute importance, y compris au sein des ministères de la santé, dans la mesure où elle relie le travail accompli dans le domaine de la gestion des produits pharmaceutiques avec les secteurs du programme sur les maladies et les services de santé des pays, ainsi qu'au sein des autorités réglementaires nationales.
- (v) Pour mettre en œuvre la politique sur la recherche pour la santé, il sera nécessaire d'accroître les ressources (y compris le financement), les partenariats, la coopération technique et l'intégration de la recherche dans la planification et la prestation des soins de santé.
- (vi) L'expansion de la coopération Sud-Sud des ressources humaines pour la santé (RHS) a nécessité de renforcer la coordination entre les entités régionales, infrarégionales et nationales responsables de l'élaboration des politiques, et de renouveler les partenariats avec les principaux pays dans le domaine des RHS en termes de coopération technique et financière.
- (vii) Il y a eu peu de progrès dans la production des preuves empiriques nécessaires pour accroître la sensibilisation à l'impact de dépenses de santé catastrophiques et leurs conséquences sur l'augmentation des risques financiers pour les ménages sombrant dans la pauvreté. Il sera nécessaire d'intensifier les efforts des pays et la coopération technique, y compris le financement, pour soutenir la production d'éléments de preuve sur cette question. On manque de données à l'appui des études sur l'équité dans les pays où il existe de grandes disparités dans l'utilisation des services de santé et l'accès à ces services.

(c) *Relever les nouveaux défis*

*Réalisations*

- (i) Le taux d'incidence estimé des infections par le VIH a continué à baisser. En 2010, le taux estimé était de 18 cas pour 100 000 habitants — soit un niveau inférieur à l'objectif établi de 23 pour 100 000 pour 2013.
- (ii) Cinq pays ont signalé avoir atteint un taux de transmission mère-enfant (TME) pour le VIH inférieur à 2 % ; et 7 autres pays sont en bonne voie, avec un taux de TME du VIH situé entre 2 % et 7 %.
- (iii) L'accès au traitement antirétroviral (ARV) s'est amélioré. À la fin de 2011, 9 pays avaient atteint la cible de l'accès universel en ayant fourni une couverture à 80 % ou plus des personnes en ayant besoin ; et 5 autres pays avaient une couverture estimée se situant entre 70 % et 79 %. L'augmentation du nombre de pays participant au Fonds stratégique de l'OPS, qui est passé de 21 à 24 pays, mérite également d'être soulignée.
- (iv) La Région des Amériques a accompli des progrès considérables pour répondre aux défis que posent les maladies non transmissibles (MNT) et les problèmes de santé liés au mode de vie et aux comportements, avec un engagement politique et technique accru pour les maladies non transmissibles au niveau régional, infrarégional et national. Cela a encore pris de l'ampleur avec la Réunion de haut niveau des Nations Unies (UNHLM) sur les maladies non transmissibles. Le Forum panaméricain pour l'action sur les maladies non transmissibles a été créé comme plateforme réunissant les gouvernements, les entreprises et la société civile pour sensibiliser et étendre les pratiques couronnées de succès. Les décès en Amérique latine et dans les Caraïbes (ALC) avaient été ramenés à 2,1 millions en 2007 (atteignant ainsi la cible pour 2013) ; et le taux de mortalité dû aux accidents de la route avait été réduit à 15,8 pour 100 000 habitants (selon les chiffres de 2007). Des programmes pour les maladies non transmissibles ont été mis en place dans 22 pays, en mettant l'accent en particulier sur le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer. En outre, le modèle de prise en charge des maladies chroniques a été adopté par plus de 20 pays pour améliorer la qualité des services de santé pour la gestion intégrée des maladies non transmissibles. En outre, 22 pays ont désormais une politique nationale ou un plan pour les maladies non transmissibles et ont partagé des expériences à travers le réseau CARMEN (le nom vient de son acronyme espagnol « Action collaborative pour la prévention des facteurs de risque et la prise en charge efficace des maladies non transmissibles »).
- (v) Au cours des quatre dernières années, les pays des Amériques ont fait des progrès importants dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de lutte

contre le tabagisme de l'OMS. Sept pays ont réduit le taux de prévalence du tabagisme de 10 % ; 11 pays ont adopté des lois pour des environnements sans fumée ; 4 ont adopté des interdictions sur la publicité, la promotion et le parrainage pour le tabac ; et 17 ont adopté des règlements sur l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac.

- (vi) La Région des Amériques a continué à faire preuve d'un fort leadership dans le secteur de la santé en réponse à des catastrophes, des urgences et des épidémies. La priorité a aussi été donnée au secteur de la réduction des risques. Avec l'approbation par le 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS du Plan d'action régional sur les hôpitaux sûrs, le secteur de la santé est devenu le premier secteur à avoir élaboré un plan d'action régional parmi ceux qui contribuent au cadre d'Action d'Hyogo pour le renforcement de la résilience aux catastrophes. Conformément à ce plan, 28 pays ont mis en place l'indice des hôpitaux sûrs. Un indice de sécurité pour les petits établissements de santé a été également conçu et mis en œuvre. Au cours de la période biennale, la Région a été touchée par des catastrophes de grande ampleur, notamment des tremblements de terre en Haïti et au Chili ; le choléra en Haïti ; des inondations en Amérique centrale, en République dominicaine, aux Bahamas, en Bolivie et en Colombie ; et une éruption volcanique en Équateur. Les pays ont répondu à ces catastrophes d'une manière efficace et solidaire. Il est important de noter que l'OPS, en collaboration avec les pays, a répondu à toutes les urgences selon les calendriers et les protocoles établis.

### *Défis*

- (i) Des défis subsistent pour mettre pleinement en œuvre la politique régionale et le plan pour les maladies chroniques non transmissibles (MCNT) au moyen d'une approche véritablement multisectorielle (comme décrit dans la stratégie et le Plan d'action de l'OPS pour une approche intégrée de la prévention et la lutte contre les maladies chroniques, y compris le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, comme approuvé par le 47<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en 2006). Il est également nécessaire de renforcer et de poursuivre l'intégration des MCNT et leurs facteurs de risque communs avec d'autres programmes afin de mettre en place des plateformes intersectorielles et donc de réduire les inconvénients inhérents aux approches verticales. Les pays ont prouvé leur capacité à mettre en place une surveillance des MCNT. Néanmoins, un défi majeur se pose encore en termes de durabilité, puisque cette surveillance nécessite des ressources humaines bien préparées ainsi que des ressources financières stables.
- (ii) La durabilité des programmes de la protection civile au niveau national exigera un engagement continu à allouer les ressources humaines et financières nécessaires.



- (iii) Les interventions de l'industrie du tabac, y compris les campagnes de responsabilité sociale des entreprises, continuent de constituer un défi pour maintenir et faire progresser la lutte contre le tabagisme.
- (iv) Une augmentation de la consommation d'alcool en raison d'investissements réalisés par l'industrie de l'alcool pour accroître sa part de marché en Amérique latine et dans les Caraïbes constitue un défi majeur pour les programmes visant à réduire la consommation d'alcool.
- (2) ***Principales réalisations de la coopération technique du BSP***
- (a) Le BSP a continué à faire preuve de leadership sur les questions essentielles pour la santé et à établir des partenariats au sein du système des Nations Unies (ONU) sur le Groupe santé et l'alignement, ainsi que sur les questions d'harmonisation de la santé, à la fois au niveau régional et des pays. Le BSP a participé activement avec les pays et les partenaires à la Réunion de haut niveau des Nations Unies couronnées de succès sur les maladies non transmissibles (MNT), mettant en exergue la priorité qui devrait être accordée aux maladies non transmissibles au niveau national, infrarégional, régional et mondial. C'est ce qu'illustrent la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé (Rio + 20) et les initiatives stratégiques de la coopération technique, comme l'Initiative pour une maternité sûre, l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement, l'initiative Visages, voix et lieux et l'élaboration du Plan d'action régional pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de la syphilis congénitale. En outre, des stratégies de coopération avec les pays ont été élaborées pour 34 pays et territoires, ainsi que 3 stratégies de coopération infrarégionales. Au cours de 2010-2011, les Organes directeurs de l'OPS ont approuvé 32 résolutions avalisant 4 politiques, 15 stratégies et plans d'action et 3 documents de réflexion, et adoptant d'autres décisions importantes sur les questions de santé publique (ces documents peuvent être consultés sur le site Web de l'OPS à : [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=42&Itemid=189](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=189)).
- (b) Le BSP a continué à façonner le programme de recherche et à stimuler la production, la diffusion et l'application de connaissances précieuses au moyen de plusieurs rapports et publications, y compris, entre autres :
- Séisme en Haïti—Janvier 2010 : Leçons à tirer pour la prochaine catastrophe massive soudaine.
  - Bulletin – Trente ans de vaccination : l'histoire du PEV dans les Amériques.
  - Premier rapport régional sur l'état de santé des jeunes autochtones (PAHO/ECLAC/AECID).

- (c) L'évaluation et la planification de la réponse au VIH/SIDA dans une perspective de systèmes de santé ont été menées dans 10 pays, et des outils visant à intégrer la prévention du VIH dans les plans nationaux ont été diffusés et appliqués dans 14 pays. Sept études dans les pays sur les inégalités dans l'accès aux services de santé et leur utilisation ont été produites ; ces études sont essentielles pour soutenir l'évaluation et la mise en œuvre de politiques visant à réduire les disparités dans la santé. En outre, une plate-forme virtuelle pour une communauté de pratique de soins de santé primaires (SSP) a été créée, une évaluation régionale des soins de santé primaires a été effectuée et un cadre analytique/une méthodologie pour l'évaluation de la performance du système de santé sous l'angle des soins de santé primaires ont été élaborés. Un cours virtuel sur les soins de santé primaires en anglais a été organisé par le biais du Campus virtuel de l'OPS sur la santé publique (CVSP). Il y a eu une augmentation significative du nombre de manuels scolaires et de matériel fournis dans le cadre du programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX, sigle tiré du nom du programme en espagnol, Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción). PALTEX a permis la publication de 58 nouvelles éditions et de 93 nouveaux titres, pour un total de 739 articles disponibles au cours de 2010-2011.
- (d) Des progrès soutenus ont été réalisés sur le plan de l'élaboration de projets, produits et services visant à renforcer le rôle de l'Organisation au niveau régional et mondial comme source fiable d'informations et de connaissances liées aux sciences de la santé. Il convient de souligner, entre autres, trois grandes initiatives résultant de processus collectifs :
- La Stratégie *eHealth* (*cybersanté*).
  - La stratégie de gestion des connaissances et de communication.
  - L'adoption d'un modèle de réseaux de relations stratégiques.
- (e) Le BSP a continué à mener l'élaboration de normes et standards, et à promouvoir et suivre leur mise en œuvre. Cela comprend la production de cinq manuels pour appuyer la mise en œuvre de réseaux intégrés de prestation de services de santé (IHSDN), qui inclut une relance de la coopération technique au niveau des hôpitaux dans le cadre de ces réseaux intégrés, au niveau mondial, régional et des pays. Cela comprenait une proposition pour un programme régional sur les hôpitaux ; l'enquête mondiale sur la santé en milieu scolaire, à laquelle 22 pays ont participé ; et le développement d'un outil de calcul des coûts, d'un guide de terrain et de lignes directrices de laboratoire pour la mise en œuvre du Plan d'action pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de la syphilis congénitale. De même, un examen de la législation de 11 pays a été mené à bien en suivant une approche axée sur les droits de la personne.

- (f) En instaurant une coopération technique, en catalysant le changement et en renforçant durablement la capacité institutionnelle, le BSP a constamment revu ses processus et exploré de nouvelles modalités de coopération technique. Par exemple, la nouvelle modalité de coopération technique avec les Centres collaborateurs de l'OPS/OMS et les Institutions de référence nationales a amélioré la capacité de l'Organisation à répondre à ses États Membres. Il convient également de noter que les efforts constants de l'Organisation pour investir dans l'optimisation de l'utilisation de ses ressources, y compris l'utilisation de technologies de l'information telles que la vidéoconférence en ligne via Elluminate, un système téléphonique moderne et la centralisation de l'infrastructure de l'information — ont contribué à améliorer l'efficacité tout en limitant encore les coûts d'exploitation. Des efforts supplémentaires dans ce sens comprennent la consolidation du Domaine de l'OPS et du réseau privé de l'OPS, la poursuite de la consolidation du cadre de gestion axée sur les résultats dans toute l'Organisation et la poursuite de la mise en place des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS). Il est important de noter que l'Organisation a reçu une Opinion d'audit sans réserve pour 2010. En outre, la réussite des négociations avec des partenaires stratégiques — traditionnels et non traditionnels — a permis au BSP de mobiliser 70 millions de dollars sur une période de trois ans (2011–2013).
- (g) Le BSP a continué de surveiller la situation de la santé et d'évaluer les tendances de la santé, au moyen des programmes en cours et d'initiatives spécifiques. Il s'agit notamment de la plateforme de renseignements et d'informations de la santé publique ; de la publication annuelle de la Situation de la santé dans les Amériques - indicateurs de base et indicateurs 2011 sur les maladies non transmissibles ; de la Consultation régionale sur les déterminants sociaux de la santé, où des recommandations ont été définies et diffusées afin de contribuer à la déclaration de Rio négociée par les États Membres lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. La plateforme régionale pour l'accès et l'innovation pour la santé a été élaborée et doit être lancée en mai 2012 en tant qu'instrument régional à l'appui de la mise en œuvre de la stratégie globale sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

*Défis pour la coopération technique du BSP*

- (a) Bien que d'importants progrès aient été accomplis dans la mise en œuvre par l'OPS de la GAR — notamment en termes de planification et de suivi et d'évaluation de la performance (PMA) — il est possible d'en améliorer la pertinence, la cohérence, l'intégration et la corrélation sur toute la chaîne de résultats découlant du Plan stratégique — depuis les OS jusqu'aux indicateurs de RER. En outre, le processus PMA peut être mieux utilisé pour apporter les modifications nécessaires aux indicateurs et cibles à la lumière

de tout changement qui pourrait intervenir au cours de la mise en œuvre du Plan stratégique.

- (b) Le BSP doit continuer d'améliorer et de promouvoir des modèles réussis pour une approche intégrée de la coopération technique, afin de maximiser son impact sur la santé publique. Il s'agit notamment de documenter et d'évaluer les leçons apprises.
- (c) L'absence d'un système intégré d'information pour la gestion du BSP compromet la capacité de continuer à améliorer l'efficacité et l'obtention d'informations de qualité et en temps opportun pour la gestion et la prise de décisions.
- (d) L'absence d'une stratégie institutionnelle intégrée de mobilisation des ressources — conjuguée à la faiblesse des mécanismes pour favoriser la participation de partenaires non traditionnels, y compris le secteur privé — reste un défi.
- (e) Bien que certains partenaires aient reconnu la valeur d'une approche basée sur les programmes pour les Contributions volontaires (CV), le BSP est confronté à des défis continus en ce qui concerne les fonds assortis d'une affectation spéciale. Il est important de continuer à renforcer l'approche axée sur les programmes dans les négociations pour les CV tout en s'efforçant encore de concilier la diversité des intérêts entre les partenaires au moyen des priorités collectives énoncées dans le Plan stratégique.

### (3) *Enseignements tirés*

- (a) La nécessité de renforcer les activités de plaidoyer et la solidarité a été une leçon précieuse tirée des activités de plaidoyer pour l'éradication de la rougeole/rubéole dans les forums mondiaux —de même que la nécessité pour les pays de rester vigilants, afin d'être en mesure de réagir rapidement à toute importation de cas dans la Région.
- (b) Un bon exemple permettant de tirer des leçons a trait au soutien et à solidarité apportés par les autres pays, lorsque la législation sur le tabac d'un pays a été attaquée par l'industrie du tabac ; cela devrait être maximisé dans les initiatives futures.
- (c) Alliances, articulation, coopération et coordination ont été les thèmes récurrents dans les leçons apprises au cours de cette période biennale. En voici quelques exemples :
  - Forger des alliances avec les pays et les agences a été un élément clé pour le développement et le lancement du Réseau d'Amérique latine et des Caraïbes pour les systèmes d'information de la santé (RELACISIS, l'acronyme étant tiré du nom en espagnol, Red Latinoamericana y del Caribe para el

Fortalecimiento de los Sistemas de Información de salud). RELACSYS est le fruit d'un partenariat stratégique entre l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'OPS et MEASURE-Evaluation (Suivi et évaluation pour évaluer et utiliser les résultats), avec la participation active de tous les pays concernés.

- Le succès de la stratégie de réadaptation ancrée dans la communauté, qui a été élaborée avec le réseau d'assistance et avec une participation intersectorielle, a permis de fournir une plus grande couverture de soins pour répondre aux besoins des personnes handicapées et de leurs familles, afin de promouvoir la santé et la prévention de l'invalidité, ainsi que pour favoriser la réadaptation et l'intégration sociale des personnes handicapées.
  - Une autre leçon tirée a trait à l'importance d'améliorer l'articulation entre les programmes pour les maladies non transmissibles, le développement durable et les déterminants sociaux de la santé.
- (d) Le processus continu d'examen et de mise à jour de la stratégie de coopération avec les pays s'est traduit par une nette amélioration des programmes stratégiques, et a permis de fournir des données clés pour l'élaboration des plans stratégiques futurs de l'OPS et l'OMS. En outre, la stratégie de coopération avec les pays a apporté une contribution précieuse au processus du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD), en particulier pour ce qui est de souligner l'importance de la santé dans l'agenda commun des Nations Unies au niveau des pays.
- (e) Les leçons apprises dans le cadre d'activités comprenant la collaboration, la coordination, la coopération et le travail en réseau entre les pays et les agences ont démontré la valeur de ces approches. Par exemple, le renouveau du réseau de Centres collaborateurs de l'OPS/OMS sur la santé au travail a montré que les valeurs fondamentales des réseaux de collaboration et des alliances stratégiques pour atteindre des objectifs communs continuent d'être des moyens efficaces de collaboration, de communication, de création et d'innovation avec une pensée critique parmi les membres du réseau. La stratégie de collaboration en réseau est pertinente : elle renforce le leadership et la gouvernance, ainsi que la capacité nécessaire pour leur bon fonctionnement (on peut citer l'exemple de l'Observatoire des ressources humaines de la santé et le Campus virtuel de la santé publique). Cependant, cela nécessite un engagement institutionnel à la fois à moyen et à long terme pour être durable. L'utilisation des réseaux sociaux dans le travail de gestion des catastrophes a donné des résultats positifs et peut être améliorée avec l'élaboration d'une stratégie pour leur intégration systématique.
- (f) Une autre leçon importante mérite d'être soulignée : comment maximiser les événements récurrents et intervenant en même temps et/ou comment tirer parti des initiatives existantes pour améliorer la coopération technique et faciliter la

- mise en œuvre de projets. À cet égard, on peut citer la façon dont on a tiré parti de la journée mondiale de la santé pour promouvoir des concepts innovants, comme l'a démontré le lancement des initiatives sur la santé en milieu urbain au cours de la journée mondiale de la santé 2010. En outre, le succès de la préparation face au choléra dans les Caraïbes s'explique en partie par l'expérience préalable des pays des Caraïbes dans l'élaboration et la mise à l'essai de leurs plans nationaux respectifs pour la pandémie de grippe.
- (g) Des leçons importantes ont été également tirées dans le domaine de la politique et des plans de santé publique :
- La valeur des approches intégrées dans la coopération technique a été mise en évidence par les avancées importantes obtenues dans les pays en termes de renforcement de l'élaboration des politiques et dans la réglementation de l'utilisation des médicaments et des technologies de la santé.
  - De même, on a appris que l'intégration des activités du domaine des maladies transmissibles négligées dans d'autres programmes de santé publique est nécessaire pour atteindre les objectifs fixés.
  - La plupart des pays continuent d'évaluer leurs fonctions essentielles de santé publique sans élaborer un plan spécifique pour renforcer celles qui ont le plus besoin d'être traitées ; il s'agit simplement d'un exemple de la nécessité de renforcer le suivi et l'évaluation et d'améliorer la qualité et la pertinence des indicateurs.
  - Des systèmes solides de recherche de santé au niveau national permettent aux pays de tirer parti au maximum des avantages de la recherche, et la politique de l'OPS sur la recherche a renforcé une approche systématique dans sa mise en œuvre. Les cibles quantitatives peuvent être atteintes pour certains indicateurs ; cependant, les progrès qualitatifs peuvent ne pas être assez robustes. Par exemple, les pays peuvent élaborer des plans de développement institutionnel ou concevoir des politiques publiques visant à réduire les risques financiers associés aux maladies ; mais la durabilité, l'efficacité et la qualité de ces plans et politiques restent problématiques.
- (h) Le rôle de l'OPS comme source faisant autorité et coordinatrice d'informations et de connaissances sur la santé publique fondées sur des preuves devient de plus en plus essentiel, compte tenu à la fois de la surabondance d'informations sur la santé et de l'augmentation de l'utilisation des réseaux sociaux.
- (i) La valeur et l'importance des outils et des lignes directrices pour la mise en œuvre des initiatives ont été identifiées dans la réussite de l'indice de la sécurité hospitalière, qui a démontré que des outils pratiques, à faible coût et très efficaces peuvent accroître la participation et servir à encourager l'identification des priorités et le passage de la théorie à la pratique. D'autre part, il est ressorti que

certes, les États Membres se sont engagés envers l'approche des déterminants sociaux de la santé, mais ils ont besoin d'outils concrets pour faire avancer leur programme.

- (j) Enfin, un enseignement tiré tient au fait que les processus d'intégration sont difficiles, complexes, s'inscrivent sur le long terme, et qu'ils exigent de vastes changements systémiques. L'intégration ne signifie pas que tous les composants du réseau doivent être intégrés en une modalité unique, dans la mesure où plusieurs modalités et degrés d'intégration peuvent coexister au sein d'un même système. Ce dont les pays ont besoin, c'est de lignes directrices opérationnelles sur la façon de mettre en place des réseaux intégrés de prestation de services de santé (IHSDN); l'élaboration de cinq lignes directrices pour appuyer les processus d'intégration constitue une première étape dans ce sens.

### **(B) Évaluation programmatique par OS**


29. Cette section comprend une analyse institutionnelle des progrès réalisés sur le plan de la réalisation des 16 OS, des 90 RER et des 256 cibles d'indicateur de RER du Plan stratégique dans son ensemble. Les rapports de situation pour tous les objectifs stratégiques (OS), leurs résultats escomptés à l'échelle régionale (RER) et leurs indicateurs de RER respectifs — avec les détails pertinents — figurent à l'annexe I.


#### ***Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des OS***

30. À la fin de la deuxième période de mise en œuvre du Plan stratégique 2010-2011, 12 des OS étaient en bonne voie (en vert) et 4 présentaient des risques (jaune : OS1, OS9, OS13 et OS14). Il convient de noter qu'il n'existe aucun OS en difficulté (en rouge). L'évaluation des RER et des indicateurs de RER fait apparaître une amélioration générale sur le plan des progrès réalisés pour atteindre les cibles fixées dans le cadre de chaque OS. Le tableau 1 présente un résumé global de la situation des RER et des indicateurs de RER pour chaque OS à la fin de 2011.

**Tableau 1: Progrès réalisés pour atteindre les Objectifs stratégiques,  
Période biennale 2010–2011**

Objectifs stratégiques	Notation de l'OS	Situation des RER	Situation des cibles d'indicateurs de RER
OS1: Maladies transmissibles		7 sur 9 en bonne voie et 2 présentant des risques.	18 sur 22 atteintes et 4 non atteintes.
OS2 : VIH/SIDA, tuberculose et paludisme		5 sur 6 en bonne voie et 1 présentant des risques	21 sur 24 atteintes et 3 non atteintes.
OS3 : Maladies chroniques non transmissibles		6 sur 6 en bonne voie	26 sur 27 atteintes et 1 non atteinte.
OS4 : santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées		8 sur 8 en bonne voie	15 sur 15 atteintes
OS5 : Situations d'urgence et catastrophes		7 sur 7 en bonne voie	17 sur 17 atteintes.
OS6 : Promouvoir la santé et facteurs de risque		6 sur 6 en bonne voie	12 sur 14 atteintes et 2 non atteintes
OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé		5 sur 6 en bonne voie et 1 présentant des risques	11 sur 12 atteintes et 1 non atteinte.
OS8 : Environnement plus sain		6 sur 6 en bonne voie	13 sur 13 atteintes
OS9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire		4 sur 6 en bonne voie, 1 présentant des risques, et 1 en difficulté	10 sur 14 atteintes et 4 non atteintes
OS10 : Services de santé		3 sur 3 en bonne voie	6 sur 7 atteintes et 1 non atteinte.
OS11 : Leadership et gouvernance des systèmes de santé		5 sur 5 en bonne voie	13 sur 14 atteintes et 1 non atteinte.
OS12 : Produits et technologies médicaux		3 sur 3 en bonne voie	8 sur 9 atteintes et 1 non atteinte
OS13 : Ressources humaines pour la santé		4 sur 5 en bonne voie et 2 présentant des risques.	12 sur 13 atteintes et 1 non atteinte
OS14 : Protection sociale et financement		4 sur 5 en bonne voie et 1 présentant des risques.	8 sur 10 atteintes et 2 non atteintes
OS15 : Rôle de chef de file et gouvernance de l'OPS/OMS		3 sur 3 en bonne voie.	14 sur 15 atteintes et 1 non atteinte
OS16 : Organisation souple, en apprentissage constant		6 sur 6 en bonne voie	29 sur 30 atteintes et 1 non atteinte
<b>Synthèse des OS de l'OPS</b>	<b>13 (81%) des 16 OS en bonne voie</b>	<b>82 (90%) sur 90 en bonne voie, 7 présentant des risques, et 1 en difficulté</b>	<b>233 (91%) indicateurs de RER sur 256 ont atteint leur cible 2011</b>

 en bonne voie

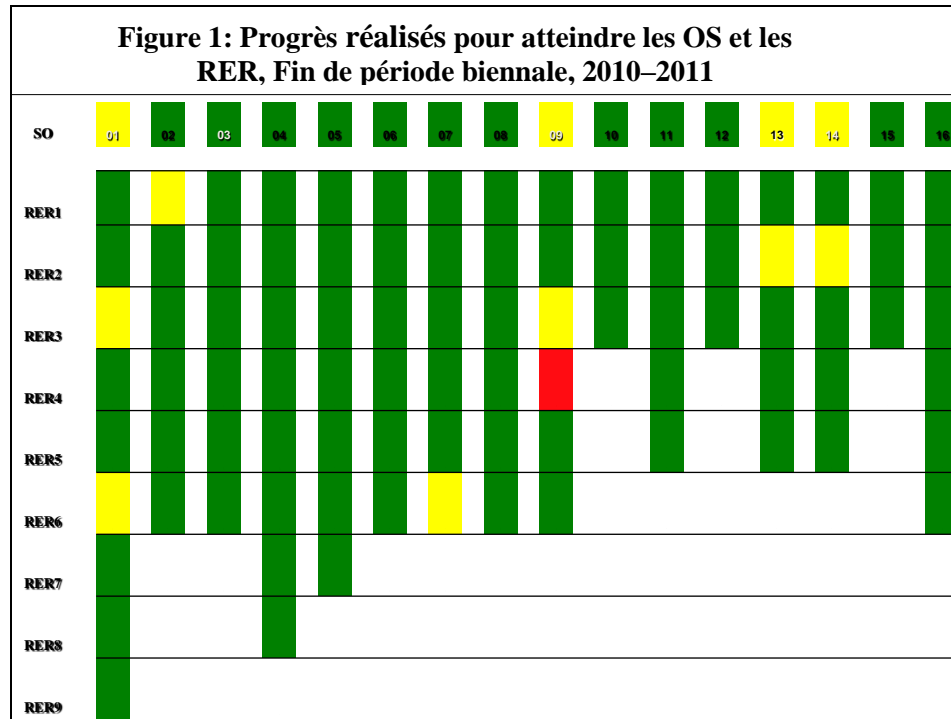
 Présentant des risques



***Progrès réalisés pour atteindre les RER***

31. Comme indiqué dans le tableau 1, 82 (90 %) des 90 RER étaient en bonne voie (en vert), 7 (8 %) présentaient des risques (jaune) et 1 était en difficulté (en rouge). Le RER en difficulté était le 9.4, « élaboration, renforcement et exécution de plans et de programmes de nutrition visant à améliorer la nutrition tout au long de la vie. » La figure 1 montre la note de couleur pour chaque RER et le tableau 2 présente les 7 RER classés dans la catégorie présentant des risques. Par rapport à 2008-2009, le nombre de RER présentant des risques a baissé de 14. Cependant, sur les 7 RER classés dans la catégorie présentant des risques, 6 présentaient déjà des risques en 2008-2009. Ils sont accompagnés d'un astérisque dans le tableau 2 pour les repérer plus facilement.

32. La figure 1 présente la note des OS et de leurs RER respectifs. Les OS avec des RER présentant des risques comprennent l'OS1 (maladies transmissibles), l'O2 (VIH/SIDA, tuberculose et paludisme), l'OS7 (déterminants sociaux et économiques de la santé), l'OS9 (Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire), l'OS13 (ressources humaines pour la santé) et l'OS14 (protection sociale et financement). L'OS9 est le seul dont un RER est en difficulté (en rouge), comme indiqué ci-dessus.



En bonne voie
  Présentant des risques
  En difficulté

- |  |   |
|--|---|
| <p>OS1 : Maladies transmissibles</p> <p>OS2 : VIH/sida, tuberculose et paludisme</p> <p>OS3 : Maladies chroniques non transmissibles</p> <p>OS4 : Santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées</p> <p>OS5 : Situations d'urgence et catastrophes</p> <p>OS6 : Promouvoir la santé et facteurs de risque</p> <p>OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé</p> <p>OS8 : Environnement plus sain</p> | <p>OS9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire</p> <p>OS10 : Services de santé</p> <p>OS11 : Leadership et gouvernance des systèmes de santé</p> <p>OS12 : Produits et technologies médicaux</p> <p>OS13 : Ressources humaines pour la santé</p> <p>OS14 : Protection sociale et financement</p> <p>OS15 : Rôle de chef de file et gouvernance de l'OPS/OMS</p> <p>OS16 : Organisation souple, en apprentissage constant</p> |
|--|---|

33. Comme le montre le tableau 2, la plupart des RER présentant des risques et le RER en difficulté (RER 9.4) sont liés à la politique, aux plans et aux interventions de haut niveau visant à accroître et à soutenir les réalisations. Ceux-ci nécessitent un engagement politique continu de la part des États Membres, ainsi que des activités de plaidoyer du BSP, pour relever leur niveau de priorité dans les programmes nationaux. Certains de ces RER incluent également des engagements nouveaux qui exigent des

efforts et des ressources supplémentaires au sein du secteur de la santé et au-delà (par exemple, les politiques publiques et les mécanismes financiers pour la protection sociale, la nutrition et la sécurité alimentaire, ainsi que le Règlement sanitaire international). Une attention particulière doit être accordée à ces RER et à leurs indicateurs en 2012-2013 afin de relever les défis qui entravent les progrès réalisés dans ces domaines respectifs.

**Tableau 2 : Résultats escomptés à l'échelle régionale « présentant des risques » et « en difficulté », 2010–2011**

Objectif stratégique	RER N°	RER
OS1: Maladies transmissibles	1.3	Prévention, contrôle et élimination des maladies négligées et des maladies transmissibles **
	1.6	Règlement sanitaire international et systèmes d'alerte et de riposte à utiliser en cas d'épidémies **
OS2 : VIH/SIDA, tuberculose et paludisme	2.1	Prévention, traitement et prise en charge des patients infectés par le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme **
OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé	7.6	Politiques, plans et programmes qui suivent une approche interculturelle fondée sur les soins de santé primaires et des alliances stratégiques et des partenariats en vue d'améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones et des groupes raciaux et ethniques
OS9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire	9.3	Suivi, surveillance, et évaluation de la sécurité alimentaire, de la nutrition et des politiques **
	9.4	Élaboration, renforcement et exécution de plans et de programmes visant à améliorer la nutrition tout au long de la vie ***
OS13 : Ressources humaines pour la santé	13.2	Établissement d'une série d'indicateurs de base et de systèmes d'information concernant les ressources humaines de la santé
OS14 : Protection sociale et financement	14.2	Politiques publiques et systèmes de financement pour réduire les risques financiers associés aux maladies et aux accidents **

*Note* : Pour faciliter les références, un libellé court est utilisé pour les titres des RER.

\*\* « Présentant des risques » depuis 2008-2009 ; les rapports d'évaluation des OS figurant à l'annexe I donnent des détails sur la situation de chaque RER.

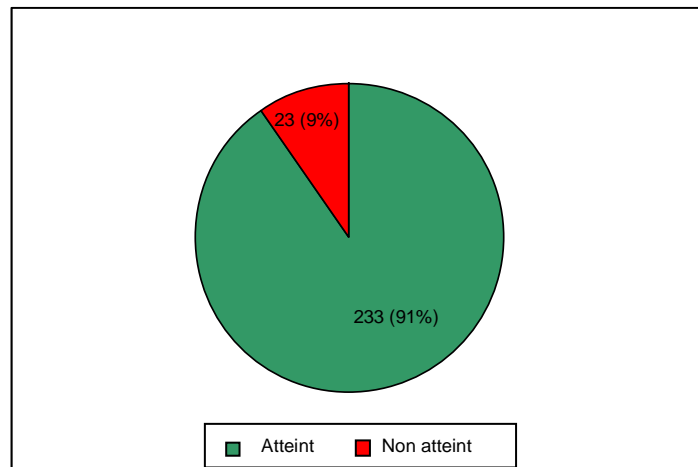
\*\*\* RER en difficulté (le 9.4 est le seul en difficulté).

### ***Situation des indicateurs de RER***

34. L'évaluation des cibles d'indicateur de RER montre que, sur un total de 256 indicateurs, 233 ont été atteints et 23 n'ont pas été atteints (Figure 2). Ceci représente

une augmentation de 6 points de pourcentage des cibles atteintes par rapport à la période biennale 2008-2009. Il est important de noter que sur les 233 indicateurs qui ont atteint leurs cibles, 45 % (104 indicateurs) ont dépassé leurs cibles pour 2011 ; et plus de la moitié d'entre eux ont même atteint ou dépassé leurs cibles pour 2013. Il convient également de noter que des progrès considérables ont été réalisés sur les 23 indicateurs qui n'ont pas été atteints (la méthodologie utilisée ici ne considère que ceux qui ont pleinement atteint leur cible comme ayant été atteints ; il n'est pas tenu compte des réalisations partielles). Les détails de chaque indicateur de RER sont inclus dans les rapports de situation sur les OS à l'annexe I, y compris la liste des pays qui ont atteint les cibles avant la fin de 2011 pour les indicateurs qui spécifient le nombre de pays qui ont atteint ces cibles spécifiques. Un résumé des indicateurs de RER qui n'ont pas atteint leurs cibles pour 2011 figure à l'annexe II.

**Figure 2 : Réalisation des cibles d'indicateurs de RER,  
Fin de période biennale, 2010–2011**



### **(C) Budget et mobilisation des ressources**

#### ***Présentation générale du budget***

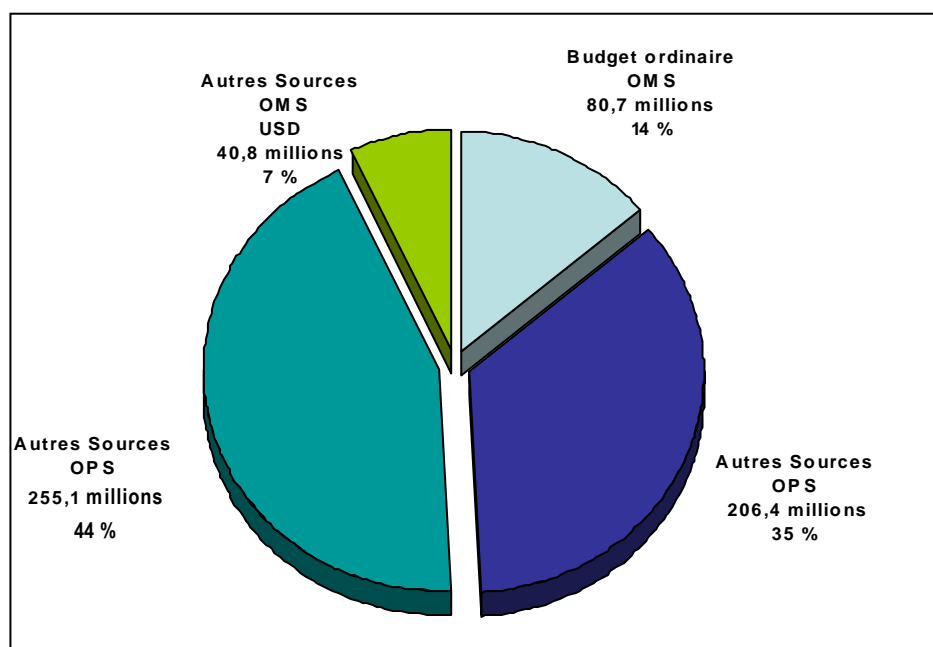
35. Au cours de la période biennale, il y avait un total de 979 millions de dollars pour les trois segments du Budget-programme 2010-2011 (BP) : programmes de base (583 millions de dollars), crise épidémique et réponse (CER) (48 millions de dollars) et contributions volontaires nationales (CVN)[1] (348 millions de dollars). L'exécution budgétaire globale a été de 85 % (830 millions de dollars sur 979 millions). La mise en œuvre par segment était la suivante : 89 % pour les programmes de base (521 millions de dollars sur 583 millions de dollars) ; 98 % pour la CER (47 millions de dollars sur

48 millions) ; et 75 % pour les CVN (262 millions de dollars sur 348 millions). L'analyse de chaque segment de budget est présentée ci-dessous.

### *Segment des programmes de base*

36. Le budget approuvé pour ce segment était de 643 millions de dollars, dont 583 millions de dollars (91 %) étaient disponibles pour la période biennale. Cela représente une augmentation de 24 millions de dollars par rapport au montant des fonds disponibles en 2008-2009 (559 millions de dollars). Comme illustré à la Figure 3, sur le montant total des fonds disponibles pour la période biennale, 49 % soit 287 millions de dollars ont été approuvés sur le Budget ordinaire (BO, avec 206 millions de dollars provenant de l'OPS et 81 millions de l'OMS— à savoir la part affectée à son bureau régional pour les Amériques, AMRO, qui est l'OPS), tandis que 51 %, soit 296 millions de dollars, provenaient d'autres sources (AS avec 255 millions de dollars provenant de l'OPS et 41 millions de dollars de l'OMS).

**Figure 3 : Fonds disponibles pour la période biennale 2010–2011, par source (en USD)**



37. Le Tableau 3 illustre la répartition des fonds disponibles par niveau organisationnel. Il convient de noter que la répartition des fonds disponibles par niveau organisationnel (en pourcentage du total des fonds disponibles pour la période biennale)

est conforme à la politique de Budget-programme régional (PBPR).<sup>3</sup> Bien que cette politique ne s'applique qu'aux fonds du budget ordinaire, elle a également guidé l'affectation des fonds des Autres sources.

**Tableau 3 : Présentation générale du budget par niveau organisationnel, Période biennale 2010–2011**

<i>Niveau organisationnel</i>	<b>Budget programme approuvé 2010–2011 (en milliers de dollars)</b>	<b>Fonds disponibles pour la période biennale (en milliers de dollars)</b>	<b>Fonds disponibles pour la période biennale (en pourcentage du Budget-programme 2010-2011)</b>	<b>Répartition des fonds disponibles (en pourcentage du total des fonds disponibles)</b>
Pays	234 860	236 818	101 %	41 %
Infrarégional	43 699	32 249	74 %	6 %
Régional	364 392	313 947	86 %	54 %
<b>Total</b>	<b>642 951</b>	<b>583 014</b>	<b>91 %</b>	<b>100 %</b>

38. L'exécution budgétaire totale des programmes de base se montait à 521 millions de dollars (89 % des 583 millions de dollars disponibles pour la période biennale). Comme le montre le tableau 4, le niveau régional avait le taux d'exécution le plus élevé, suivi par le niveau national. Il est important de noter que le fait que certains fonds n'aient été disponibles que vers la fin de la période biennale, y compris 40 millions de dollars qui ont été reportés sur la période biennale suivante, a eu une incidence sur le taux d'exécution budgétaire totale.

**Tableau 4 : Exécution budgétaire par niveau organisationnel et source de fonds, fin de la période biennale, 2010-2011**

<b>Niveau organisationnel</b>	<b>Fonds disponibles pour la période biennale (en milliers de dollars)</b>	<b>Dépenses (en milliers de dollars)</b>	<b>Taux d'exécution (en %)</b>
Pays	236 818	202 576	86 %
Infrarégional	32 249	26 070	81 %
Régional	313 947	292 347	93 %
<b>Total</b>	<b>583 014</b>	<b>520 993</b>	<b>89 %</b>

<sup>3</sup> Le PBPR stipulait la répartition suivante des fonds du budget ordinaire pour la période biennale 2010–2011 : au niveau des pays, 40 % ; au niveau infrarégional, 7 % ; et au niveau régional, 53 %.

### ***Mobilisation des ressources***

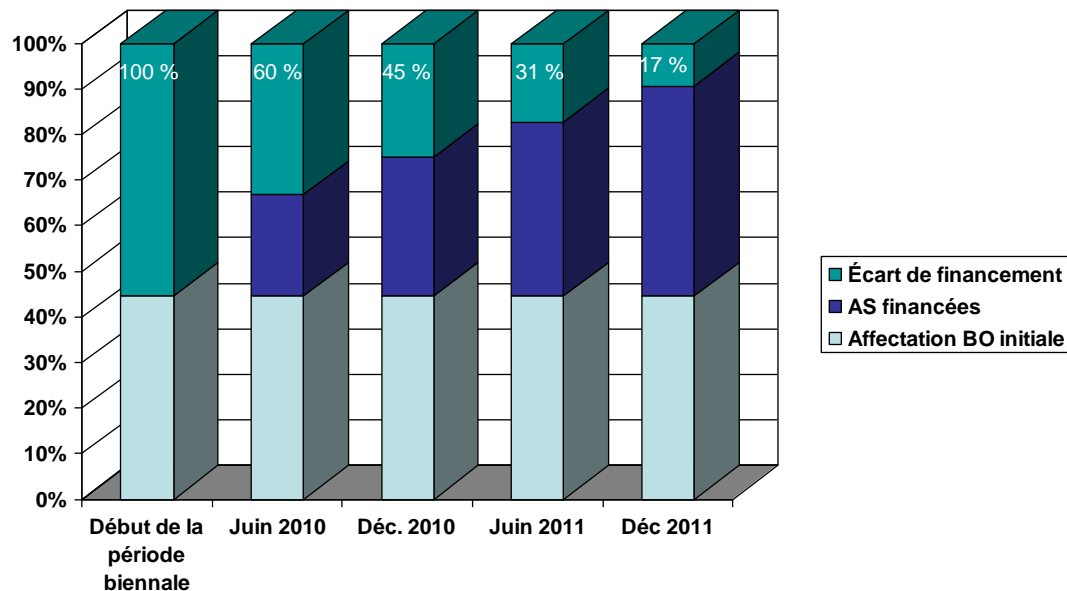
39. Sur les 643 millions de dollars approuvés pour le Budget-programme 2010-2011, 287 millions de dollars devaient venir du Budget ordinaire (206,4 millions de dollars de l'OPS et 80,7 millions de dollars de l'OMS). La différence, 356 millions de dollars, correspondait à l'écart de financement initial devant être comblé par d'Autres sources. Au cours de la période biennale, l'Organisation a pu mobiliser 295 millions de dollars, ramenant ainsi l'écart de financement à 60 millions de dollars, soit 17 %. L'une des principales raisons pour laquelle l'écart de financement n'a pas été complètement comblé tient au fait que seul un tiers environ des contributions volontaires projetées de l'OMS a été reçu, et le budget pour l'OS2 a été surestimé. Le tableau 5 montre l'écart de financement au début et à la fin de la période biennale, et la figure 4 montre la réduction progressive de l'écart de financement au cours de la période biennale. Il convient de noter que l'Organisation a réussi à mobiliser environ 5 % (15 millions de dollars) de fonds supplémentaires auprès d'Autres sources par rapport à 2008-2009. Les partenaires qui ont contribué de façon importante à la réduction de l'écart de financement au cours de 2010-2011 sont les gouvernements et les organisations internationales suivants :

- Le Canada, par l'entremise de l'Agence canadienne de développement International (ACDI), Santé Canada et le ministère des affaires étrangères
- L'Espagne, par le biais de l'Agence espagnole de coopération internationale (AECI)
- Les États-Unis d'Amérique, avec les Centers for Disease Control et Prevention (CDC), le Département d'État, la Food and Drug Administration (FDA) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
- La Suède, par le biais de l'Agence suédoise de développement international (Sida)
- La Norvège, par l'intermédiaire de l'Agence de développement de la Norvège (NORAD)
- Les Pays-Bas
- La Commission européenne (CE)
- Les agences des Nations Unies, à savoir le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP)
- L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)
- La Pan American Health and Education Foundation (PAHEF)

**Tableau 5 : Situation de l'écart de financement, fin de la période biennale, 2010-2011**

Type de financement	Début de la période biennale (en milliers de dollars)	Fin de la période biennale (en milliers de dollars)
Budget-programme approuvé 2010-2011 (BP 10-11)	642 951	642 951
Budget ordinaire	287 100	286 697
Ressources mobilisées	0	295 915
Écart de financement	(355 851)	(59 936)

**Figure 4 : Situation de l'écart de financement pendant la période biennale, 2010-2011**



### *Financement par Objectif stratégique*

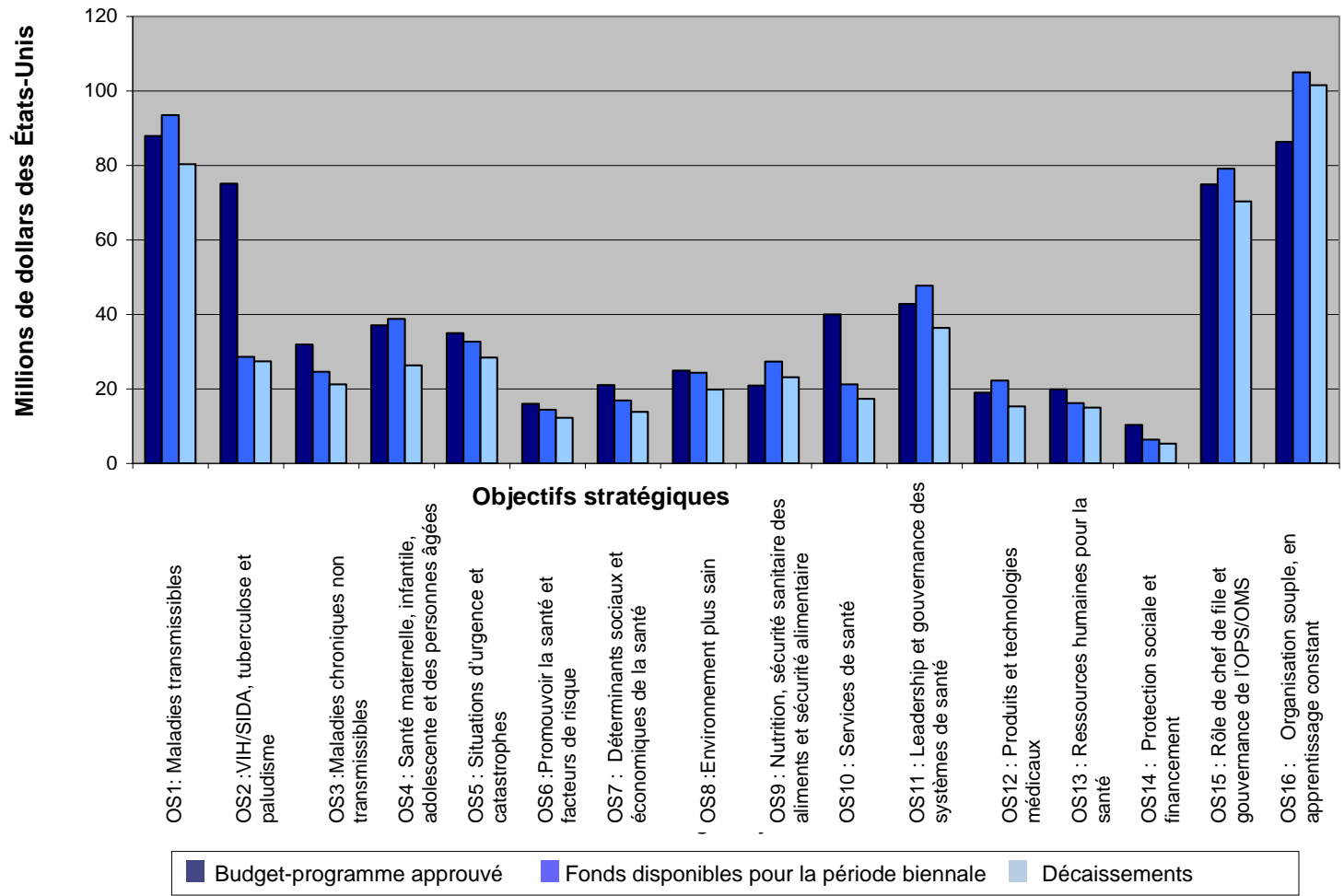
40. La figure 5 et le tableau 6 présentent le budget par OS, sur la base du budget des programmes de base approuvé, des fonds disponibles pour la période biennale et des dépenses. Sur les 16 OS, 12 ont obtenu plus de 75 % de leur niveau de financement



attendu. Sur les 14 OS de coopération technique de base (OS1–OS14), l’OS9 (nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire) a eu le taux de financement le plus élevé par rapport à son budget approuvé, suivi de l’OS12 (produits et technologies médicaux) et de l’OS4 (santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées). Les OS15 et OS16 (fonctions de soutien) avaient aussi des niveaux de financement élevés. Comme présenté à la figure 5 et au tableau 6, les OS2 et OS10 ont reçu le plus bas niveau de financement (45 % et 52 % respectivement) par rapport à leur budget approuvé. Dans le cas de l’OS2, cela s’explique par un budget surestimé au début de la période biennale ainsi que par le fait que certains fonds attendus de la part des partenaires ne se sont pas concrétisés. S’agissant de l’OS10, il est important de noter qu’il existe un financement croisé des activités des OS 11, 12, 13 et 14, en raison d’aspects communs liés aux systèmes et services de santé qui sont traités dans le cadre de ces cinq OS.

41. Comme le montre le tableau 6, tous les OS ont eu un taux d’exécution budgétaire global de 75 % ou plus.

Figure 5 : Présentation générale du budget par Objectif stratégique, 2010–2011



**Tableau 6 : Budget par Objectif stratégique, fin de période biennale, 2010–2011**

Objectif stratégique	Budget - programme approuvé (en millions d'USD)	Fonds disponibles pour la période biennale (en millions d'USD)		Dépenses (en millions d'USD)	
		Total	%	Total	%
OS1: Maladies transmissibles	87,9	90,6	103 %	80,8	89,2 %
OS2 : VIH/SIDA, tuberculose et paludisme	75,1	33,9	45 %	30,0	88,5 %
OS3 : Maladies chroniques non transmissibles	31,9	23,8	75 %	21,1	88,7 %
OS4 : Santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées	37,1	40,6	109 %	30,0	73,9 %
OS5 : Situations d'urgence et catastrophes	35,0	32,9	94 %	27,5	83,6 %
OS6 : Promouvoir la santé et facteurs de risque	16,0	13,6	85 %	12,3	90,4 %
OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé	21,0	17,0	81 %	14,8	87,1 %
OS8 : Environnement plus sain	24,9	22,7	91 %	20,1	88,5 %
OS9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire	20,9	28,1	134 %	25,4	90,4 %
OS10 : Services de santé	40,0	20,6	52 %	17,1	83,0 %
OS11 : Leadership et gouvernance des systèmes de santé	42,8	39,8	93 %	36,9	92,7 %
OS12 : Produits et technologies médicaux	19,0	21,0	111 %	17,8	84,8 %
OS13 : Ressources humaines pour la santé	19,9	15,2	76 %	14,0	92,1 %
OS14 : Protection sociale et financement	10,3	6,2	60 %	5,9	95,2 %
OS15 : Rôle de chef de file et gouvernance de l'OPS/OMS	74,9	75,3	101 %	70,0	93,0 %
OS16 : Organisation souple, en apprentissage constant	86,3	101,7	118 %	97,2	95,6 %
<b>Total</b>	<b>643,0</b>	<b>583,0</b>	<b>91 %</b>	<b>520,9</b>	<b>89,3 %</b>

*Analyse de l'affectation des ressources par rapport aux priorités de l'Objectif stratégique*

42. Le Plan stratégique a classé les OS par priorité programmatique (à l'exclusion des OS liés aux fonctions de soutien OS15 et OS16) pour guider la mobilisation des ressources et l'affectation au cours de la mise en œuvre du plan.

43. Le tableau 7 présente les OS classés en fonction de leur priorité programmatique, allant de 1 (priorité la plus élevée) à 14 (priorité la plus faible), comme approuvé dans le Plan stratégique. Il montre également les fonds disponibles pour chaque OS pour les périodes biennales 2008-2009 et 2010-2011. La différence en pourcentage entre les deux périodes biennales fait apparaître un changement positif dans l'allocation des ressources pour 3 des 5 OS ayant une priorité élevée (OS4, OS1 et OS3). Lors de l'examen de ces chiffres, il convient de noter que l'alignement des ressources avec les priorités programmatiques est un processus complexe en raison de la flexibilité limitée dans l'attribution de la plupart des ressources dont dispose l'Organisation au cours de la période biennale. Par exemple, plus de 70 % des fonds du budget ordinaire sont liés à des postes de durée déterminée, qui ne sont pas facilement transférés ou distribués à des OS différents en raison du lien technique entre les postes et leurs OS pertinents. Par ailleurs, la majorité des Contributions volontaires reçues par l'Organisation continuent dans une grande mesure d'être affectées à des utilisations spécifiques, ce qui limite la capacité du BSP à allouer les ressources selon le rang de priorité des OS tel qu'approuvé dans le Plan stratégique. Bien que l'Organisation continue de faire des efforts pour améliorer l'alignement entre les priorités programmatiques et l'allocation des ressources, il s'agit d'un processus progressif qui pourrait prendre plusieurs années.

**Tableau 7 : Classement des priorités programmatiques par rapport à l'affectation des ressources, 2008–2009 et 2010–2011**

Objectif stratégique	Rang de priorité	Fonds disponibles pour la période biennale (en millions d'USD)		Différence en % : 2008–2009 à 2010–2011
		2008–2009	2010–2011	
OS4 : Santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées	1	24,7	40,6	64 %
OS1: Maladies transmissibles	2	75,1	90,6	21 %
OS2 : VIH/SIDA, tuberculose et paludisme	3	34,9	33,9	-3 %
OS3 : Maladies chroniques non transmissibles	4	21,0	23,8	13 %
OS7 : Déterminants sociaux et économiques de la santé	5	17,5	17,0	-3 %
OS13 : Ressources humaines pour la santé	6	14,8	15,2	3 %
OS10 : Services de santé	7	34,4	20,6	-40 %
OS8 : Environnement plus sain	8	19,1	22,7	19 %
OS6 : Promouvoir la santé et facteurs de risque	9	14,2	13,6	-4 %
OS14 : Protection sociale et financement	10	4,9	6,2	27 %
OS11 : Leadership et gouvernance des systèmes de santé	11	31,1	39,8	28 %
OS12 : Produits et technologies médicaux	12	19,2	21,0	9 %
OS5 : Situations d'urgence et catastrophes	13	49,3	32,9	-33 %
OS9 : Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire	14	15,8	28,1	78 %

***Segment Crise épidémique et réponse (CER)***

44. Au cours de la période biennale, un total de 48,2 millions de dollars étaient disponibles pour ce segment, ce qui dépassait de plus de 100 % le budget prévisionnel de 22 millions de dollars présenté dans le BP 2010-2011. Ceci s'explique par le caractère imprévisible de ces fonds, qui deviennent disponibles en cas de catastrophe, d'urgence ou d'épidémie et de pandémie.

45. Comme prévu, presque tous les fonds du CER ont été exécutés (98 %). Ces fonds ont été utilisés principalement pour soutenir les pays touchés par des catastrophes et des situations d'urgences — tels que les tremblements de terre en Haïti et au Chili ; les inondations en Amérique centrale, en République dominicaine, aux Bahamas, en Bolivie et en Colombie ; une éruption volcanique en Équateur ; et l'épidémie de choléra en Haïti. Il est important de noter qu'environ 50 % de ces fonds ont été exécutés en Haïti.

#### *Contributions volontaires nationales (CVN)*

46. Un total de 348 millions de dollars en CVN étaient disponibles au titre de ce segment au cours de 2010-2011 pour mettre en œuvre des programmes de coopération technique nationaux dans 10 États Membres (Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Pérou et Suriname). Les contributions de chaque pays sont incluses dans le tableau 8.

**Tableau 8 : Financement des Contributions volontaires nationales par pays**

État Membre	Fonds disponibles (en USD)
Argentine	5 001 165
Bolivie	61 039
Brésil	318 190 742
Colombie	19 118 255
Équateur	538 706
Guatemala	35 294
Honduras	312 596
Mexique	2 885 336
Pérou	1 696 692
Suriname	93 505
<b>Total</b>	<b>347 933 330</b>

47. Le montant des fonds des CVN a augmenté d'environ 50 % par rapport à la période biennale précédente (passant de 230 millions de dollars en 2008-2009 à 348 millions de dollars en 2010-2011). Le Brésil continue d'être le principal utilisateur de cette modalité de financement pour la coopération technique, ce qui représente plus de 90 % du total des fonds CVN.

48. Il est important de noter que les CVN sont une modalité de financement de la coopération technique dans un pays donné afin d'accroître l'ampleur des interventions comme identifié dans la stratégie de coopération avec les pays (SCC). Ainsi, les fonds CVN sont utilisés pour traiter des priorités identifiées dans la stratégie de coopération de

chaque pays et sont mis en œuvre à travers les plans de travail biennaux dans le programme global de coopération technique de l'OPS avec et pour chaque pays. Par conséquent, ces fonds contribuent directement à la réalisation des cibles des indicateurs de RER dans ces pays. En plus de la contribution directe à l'avancement des priorités de santé publique dans les pays qui utilisent cette modalité, ces fonds ont aussi facilité l'échange de collaboration entre les pays, contribuant ainsi à répondre aux grandes questions de santé publique communes (par exemple, l'interruption de la transmission vectorielle de la maladie de Chagas en Amérique du Sud).

## V. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

49. L'évaluation de fin de période biennale 2010-2011 constituait le deuxième exercice couvrant une période biennale entière dans le cadre de la gestion axée sur les résultats. Le BSP a accompli des progrès considérables dans la consolidation de son cadre de gestion axée sur les résultats. Néanmoins, il est nécessaire de traiter certaines questions clés pour mettre pleinement en œuvre la gestion axée sur les résultats dans l'ensemble de l'Organisation. Il faut notamment poursuivre le renforcement de la composante de responsabilisation ; l'amélioration de la documentation et l'application des leçons apprises ; la simplification du processus de planification ; et le renforcement de la qualité et de la couverture des OS, des RER et des indicateurs de RER. Un thème récurrent dans les rapports était la nécessité d'avoir une compréhension complète de la pertinence de chaque RER et de ses indicateurs de RER respectifs, ainsi que des cibles par rapport à la coopération technique entreprise — en particulier au niveau des pays.

50. L'exercice de suivi et d'évaluation de la performance a été mené d'une manière participative dans toute l'Organisation. Ce processus a permis l'identification systématique des réalisations, des défis et des enseignements tirés. Cet exercice a permis de mettre en œuvre les ajustements nécessaires lors de l'exécution du Budget-programme 2010-2011. En outre, il a servi de base pour l'élaboration du Budget-programme 2012-2013 et fournira des données sur lesquelles fonder l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019 à venir.

51. S'il est vrai que des progrès notables ont été réalisés sur le plan de la qualité des informations et des rapports, il existe toutefois des domaines clés (tels que la santé maternelle, les maladies chroniques, la santé mentale et l'accès aux services de santé) pour lesquels les données actualisées et validées pour mesurer de façon adéquate les progrès accomplis vers la réalisation des indicateurs d'impact sont limitées, voire absentes. Cela a constitué une contrainte lors de la définition des niveaux de référence des indicateurs d'impact et de RER, ce qui a eu une incidence sur le processus de suivi et d'évaluation. En outre, la faiblesse des liens entre certains indicateurs de RER et les indicateurs de niveau d'impact des OS a eu une incidence sur la cohérence de l'évaluation pour démontrer les progrès réalisés vers l'obtention d'un impact au niveau des OS.

52. Les progrès réalisés au cours de la période biennale 2010-2011 montrent que l'Organisation continue d'avancer constamment vers la réalisation des objectifs du Plan stratégique pour 2013. Sur les 16 OS, 12 étaient en bonne voie et 4 présentaient des risques. Sur les 90 RER, 82 étaient en bonne voie, 7 présentaient des risques et 1 était en difficulté.



53. Sur les 256 indicateurs de RER, 233 (91 %) ont atteint leurs cibles 2011. Un suivi et une évaluation continus sont essentiels pour guider les interventions en faveur des RER qui sont en retard— surtout ceux qui pourraient compromettre la réalisation des OS et des RER pour 2013. Les facteurs qui ont contribué à la non réalisation des 23 indicateurs qui n'ont pas atteint leur cible 2011 sont notamment les suivants :

- La qualité de certains indicateurs ne permet pas une mesure appropriée des progrès réalisés par les pays (par exemple, l'accès aux services de santé).
- Certaines des cibles n'étaient pas réalistes et n'ont pas tenu compte de la situation spécifique des pays (à savoir le règlement sanitaire international et les ressources humaines de la santé) ni des défis rencontrés pour essayer de maintenir les acquis (par exemple, les maladies négligées telles que la rage).

54. Une attention particulière doit être accordée à la nécessité de préserver les gains tout en travaillant à la réalisation des objectifs non remplis. Il est nécessaire de s'assurer, au moment de définir les indicateurs et les cibles, qu'ils sont réalistes et pertinents compte tenu de la situation dans les pays, en tenant compte des risques et hypothèses nécessaires.

55. L'exécution budgétaire globale pour 2010-2011, y compris les trois segments du BP, a été de 85 % (830 millions de dollars sur 979 millions). L'exécution par segment était la suivante : 89 % pour les programmes de base (521 millions de dollars sur 583 millions) ; 98 % pour la CER (47 millions de dollars sur 48 millions) ; et 75 % pour les CVN (262 millions de dollars sur 348 millions).

56. Sur les 643 millions de dollars approuvés pour le segment des programmes de base, 287 millions de dollars provenaient du Budget ordinaire. La différence, 356 millions de dollars, a constitué l'écart de financement initial. À la fin de la période biennale, l'Organisation avait pu mobiliser 296 millions de dollars, ramenant ainsi l'écart de financement à 60 millions de dollars.

57. On constate une tendance à la hausse des fonds des CVN reçus sur les deux dernières périodes biennales (passant de 230 millions de dollars en 2008-2009 à 348 millions de dollars en 2010-2011). Ces fonds ont contribué aux progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de santé publique dans les pays qui utilisent cette modalité pour financer la coopération technique de l'OPS. Une analyse plus approfondie est nécessaire sur cette modalité de financement et son intégration dans les plans stratégiques futurs, ainsi que dans les programmes et les budgets correspondants.

58. L'allocation et la coordination des ressources ont été améliorées au cours de la période biennale. Cependant, il est nécessaire de poursuivre le renforcement de la

coordination interprogrammatique afin d'assurer une utilisation optimale des ressources disponibles et une mobilisation des ressources plus ciblée.

59. Il faut également renforcer l'intégration des activités de coopération technique, en particulier à mesure que de nouvelles initiatives se font jour. Il s'agit d'un commentaire qui a été formulé dans la plupart des analyses menées par les domaines techniques de l'OPS. Il s'agirait de réviser la façon d'équilibrer les programmes verticaux avec une approche intégrée dans la mise en œuvre des activités.

60. Les leçons tirées de chaque OS, RER et indicateur de RER devraient être analysées pour identifier les réussites et les échecs, ce qui permettrait ainsi à l'Organisation de tirer parti de ces leçons pour améliorer les cycles de planification et de budgétisation à l'avenir.

Annexes

## VI. ANNEXES

### RAPPORTS DE SITUATION SUR LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES (OS)

#### Rapport de situation sur l'OS1

OS1 : Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles				Présentant des risques	
Présentation générale du budget					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$87 985 000	\$23 870 000	\$66 698 379	\$90 568 379	89 %	103 %
Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Réduction du taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans due à des maladies évitables par la vaccination dans la Région</b>            Référence : 47 pour 100 000 enfants de moins de cinq ans en 2002            Cible : 31 pour 100 000 d'ici à 2013</p> <p>Bien qu'on ne dispose pas de données spécifiques à ce stade, sur la base des projections pour la Région faisant état de l'impact de l'introduction de nouveaux vaccins sur la réduction du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans due à des maladies évitables par la vaccination (MeV), l'objectif devrait être atteint d'ici à 2013. Ce résultat est attendu compte tenu de la couverture vaccinale élevée (généralement &gt; 80 %) obtenue par les pays dans les cohortes ciblées contre les maladies les plus couramment associées aux décès de la petite enfance (comme ceux qui sont dus aux rotavirus, pneumocoque, méningocoque et <i>Haemophilus influenzae</i> de type b). Les pays qui n'ont pas introduit les vaccins ont exprimé leur engagement à le faire dans un proche avenir. On estime que la vie de 174 000 enfants dans la Région des Amériques est sauvée chaque année grâce à la vaccination, et ce nombre devrait continuer d'augmenter avec l'introduction de nouveaux vaccins.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Nombre de pays conservant la certification d'éradication de la poliomyélite dans la Région</b>            Référence : 38 pays en 2006            Cible : 38 pays d'ici à 2013</p> <p>Actuellement, tous les pays des Amériques maintiennent leur statut exempt de poliomyélite et s'attendent à maintenir l'éradication jusqu'en 2013 et au-delà. Un plan d'action a été élaboré afin de conserver les Amériques exemptes de poliomyélite pendant la transition de la période pré- à post-éradication. Le plan comprend une stratégie globale visant à améliorer tous les aspects de la protection de la communauté et de la surveillance épidémiologique. Considérant que la Région des Amériques risque encore d'importer le virus en provenance de pays où il circule toujours, une analyse des risques régionaux a été effectuée ; et des stratégies spécifiques ont</p>					

été élaborées afin de maintenir l'éradication dans le contexte mondial. Enfin, on attend des pays qu'ils maintiennent les normes de certification pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), en conformité avec les indicateurs de surveillance, et qu'ils fassent rapport périodiquement au niveau régional.

**Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays atteignant et maintenant l'élimination de la rougeole, de la rubéole, du syndrome de rubéole congénitale et du tétanos néonatal dans la Région**

Référence : 0 pays en 2006

Cible : 38 pays d'ici à 2013

À la fin de 2011, l'ensemble des 38 pays et territoires de la Région étaient parvenus à interrompre la transmission endémique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC). S'efforçant de maintenir cette élimination, tous les pays mettent en œuvre les interventions recommandées par l'OPS, y compris la mise en œuvre périodique de campagnes de suivi, le renforcement de leurs plans d'intervention rapide pour détecter les épidémies et y répondre rapidement, une surveillance intégrée de haute qualité de la rougeole/rubéole qui réponde aux indicateurs de surveillance, et des activités de vaccination ciblées visant à atteindre > 95 % de couverture dans les municipalités. Tous les pays et territoires ont également créé des commissions nationales et sont en train de parachever les rapports des pays qui seront soumis au Comité d'experts international au cours du premier semestre 2012. De même, lors de la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012, un rapport de situation sera présenté, ainsi qu'un plan d'action en vue de consolider cet objectif.

Quant à l'élimination du tétanos néonatal, Haïti est le seul pays qui n'a pas atteint la cible ; et il est peu probable qu'il y parvienne d'ici à 2013, à moins qu'un plan ne soit élaboré et mis en œuvre au cours de 2012. Une composante importante du plan du pays pour éliminer le tétanos néonatal consiste à mener une campagne de vaccination.

**Indicateur 4 de l'OS : Nombre de pays qui ont satisfait aux exigences de capacité de base en matière de surveillance, de réponse et de points d'entrée, comme défini dans le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005**

Référence : 0 pays en 2007

Cible : 35 pays d'ici à 2013

Quelque 26 pays ont soumis leurs rapports annuels à l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA). Bien que les pays aient obtenu des niveaux très variables de capacité de base, aucun n'a pleinement rempli toutes les spécifications du Règlement sanitaire international (RSI).

**Indicateur 5 de l'OS : Réduction du taux de mortalité dû à la dengue (fièvre hémorragique et syndrome de choc dus à la dengue) dans la Région**

Référence : 1,3 % en 2006

Cible : 1,0 % d'ici à 2013

Le taux de mortalité actuel est de 0,071 en vertu de la nouvelle classification de l'OMS. L'introduction de cette nouvelle classification de la dengue en 2010 implique un changement important dans la prise en charge des cas et l'évolution de la maladie. Le dénominateur du taux effectif est le nombre total de cas de dengue. Par conséquent, le taux effectif est de 0,070, avec une réduction de la proportion de cas graves qui est passée de 2,62 % en 2006 à 1,65 % en 2011). Cela indique que, lorsque la maladie a été plus grave, il a été possible d'empêcher que les cas de dengue ne deviennent des cas graves. Une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des cas expliquent cette réussite.

Lorsque l'indicateur original de ce document a été défini, il n'était pas prévu qu'un changement de classification interviendrait à l'avenir. Avec la nouvelle classification, il n'est plus fait référence à la fièvre hémorragique et au syndrome de choc de la dengue, comme énoncé précédemment pour cet indicateur.

Au cours des cinq dernières années, il y a eu non seulement une augmentation des décès dus à la dengue, mais aussi une augmentation du nombre total de cas de dengue. La tendance de l'indicateur est à la baisse (moins de 1 %). Par conséquent, on considère que la transition vers la nouvelle classification n'aura pas d'impact significatif.

Un autre avantage tient au fait que la nouvelle classification est utilisée au niveau mondial, de sorte que les données régionales des Amériques peuvent maintenant être comparées aux autres régions.

**Indicateur 6 de l'OS : Nombre de pays avec la certification d'interruption de la transmission vectorielle de la maladie de Chagas, sur les 21 pays endémiques de la Région**

Référence : 3 pays en 2006

Cible : 15 pays d'ici à 2013

À ce jour, 14 pays sont certifiés comme ayant interrompu la transmission vectorielle de la maladie de Chagas (Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou et Uruguay).

**Indicateur 7 de l'OS : Nombre de pays endémiques de la Région ayant la certification d'élimination de l'onchocercose.**

Référence : 0 sur les 6 pays endémiques

Cible : 1 pays d'ici à 2013

La Colombie a officiellement demandé la certification pour l'élimination de l'onchocercose.

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

Cet OS est évalué comme présentant des risques, mais des progrès significatifs ont été accomplis au niveau du RER au cours de cette période biennale. Sur les 9 RER, 7 ont été évalués comme étant en bonne voie (en vert) et 2 comme présentant des risques (jaune) ; les 2 qui présentent des risques sont le RER 1.3, lié aux maladies zoonotiques négligées et le RER 1.6, lié à l'application du RSI. Sur les 22 cibles d'indicateur de RER, 18 ont été atteintes et 4 ne l'ont pas été. Il est important de noter que sur les 18 indicateurs atteints, 7 ont dépassé la cible de 2011 ; et sur ces 7 indicateurs, 5 ont déjà atteint la cible pour 2013.

#### Principales réalisations

- L'OPS a collaboré avec les autorités haïtiennes en vue d'élaborer un plan d'action dans le pays pour la prochaine campagne de suivi de la rougeole/rubéole/polio afin de préserver les acquis réalisés jusqu'ici dans l'élimination de ces maladies, tout en renforçant les services de vaccination de routine dans le pays.
- Réponse de l'île d'Hispaniola à l'épidémie de choléra : en raison du manque de connaissances et d'expérience relatives au choléra sur l'île d'Hispaniola, l'OPS a assuré le déploiement immédiat d'experts pour la prise en charge des cas, le contrôle de l'infection, l'eau et l'hygiène sanitaire (WASH) et la surveillance épidémiologique. Les échantillons et les isolats identifiés par le Laboratoire national de santé publique (LNSP) ont été envoyés vers les centres de référence internationaux pour confirmation. En Haïti, des systèmes d'alerte et d'intervention ont été élaborés et mis en œuvre en conséquence, avec huit équipes décentralisées déployées sur le terrain au pic de l'épidémie de la fin 2010 au début de 2011. En République dominicaine, l'accent a été mis sur la qualité des soins dans la prise en charge des cas et sur le renforcement du réseau de distribution d'eau potable dans les provinces. Dans le même temps, les plans d'intervention face au choléra dans le reste des Caraïbes et de l'Amérique centrale ont été examinés et mis à jour à l'aide de données basées sur les informations tirées de l'île d'Hispaniola.
- Des efforts réguliers ont été réalisés dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les infections dans

les pays des Caraïbes anglophones : Belize, le Guyana et Trinité-et-Tobago procèdent actuellement à la consolidation de leurs plans et interventions au niveau national.

- Une capacité d'alerte précoce est en place dans les États Membres et dans les bureaux dans les pays de l'OPS.
- Un ouvrage de l'OPS, Trente ans sur la vaccination : l'histoire du PEV dans les Amériques, a été publié sur le programme élargi de vaccination (PEV). Il met en lumière les expériences et les leçons apprises qui ont fait du programme de vaccination dans les Amériques l'une des initiatives les plus réussies pour sauver des vies dans le monde.
- Des progrès ont été réalisés sur le plan de la réalisation des objectifs d'élimination au niveau régional des maladies transmissibles négligées telles que l'onchocercose, la maladie de Chagas et la schistosomiase.
- Un consensus régional a été obtenu en 2011 sur une approche uniforme pour le suivi du RSI. L'un des principaux défis en termes de suivi du RSI tenait à l'absence d'un outil de suivi standardisé au niveau mondial. L'initiative prise par les pays membres du MERCOSUR — qui a conduit à la mise au point des outils d'évaluation des capacités de base et de planification en 2008, d'autres pays de la Région ayant par la suite suivi leur exemple — a eu un impact critique sur la mise en œuvre du RSI dans les Amériques. Les 35 États Parties de la Région ont effectué au moins une évaluation de leurs capacités de base comme présenté en détail à l'annexe 1 du RSI, qui met l'accent sur la surveillance et la réponse (Annexe 1.A du RSI)— et, dans une moindre mesure et de façon moins systématique, sur les points d'entrée désignés (Annexe 1.B du RSI). Suite à ces évaluations, à la fin de 2011, au moins 30 des 35 États Parties avaient mené des activités de planification et élaboré et/ou coordonné l'ajustement des plans existants pertinents afin de mettre en place la capacité de base avant le 15 juin 2012. Par ailleurs, à la fin de 2011, au moins 10 États Parties avaient procédé à des exercices d'évaluation des coûts de leurs plans.
- Une approche multidisciplinaire et collaborative renforcée a été adoptée entre l'équipe d'alerte et d'intervention régionale, les experts techniques de l'OPS et les représentations de l'OPS/OMS, afin de détecter, d'évaluer et de vérifier les menaces pour la santé publique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Le rôle de l'OPS en tant que point focal pour le RSI a été renforcé : en ce qui concerne les urgences de santé publique de portée internationale (USPPI), 710 urgences ont été évaluées ; et 61 alertes épidémiologiques, 30 rapports, 4 cartes interactives et 39 avis et recommandations sur les menaces de santé publique internationale ont été émis.
- La capacité des laboratoires a augmenté : de nouveaux mécanismes de résistance ont été détectés avec l'appui de la collaboration horizontale du réseau de surveillance de la résistance aux antimicrobiens.

### **Principaux défis**

- L'impact des interventions de vaccination ciblant les municipalités à faible couverture n'est pas facilement démontré, étant donné que les données ne sont pas encore disponibles et que les pays continuent de réaliser des plans d'action visant à atteindre ces populations vulnérables.
- Il est nécessaire de renforcer la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination et d'assurer la qualité des données dans des rapports périodiques.
- L'insuffisance des ressources au niveau national et international nuit à la réalisation des objectifs d'élimination des maladies transmissibles négligées et de ce fait, il est également difficile d'obtenir les capacités de base pour le RSI et les activités d'alerte et de réaction pour les événements de santé publique de portée internationale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Il y a un nombre limité de ressources humaines spécialisées qui sont formées pour répondre aux risques de santé publique.
- Il est nécessaire de renforcer la collaboration multidisciplinaire entre les secteurs de l'OPS afin d'évaluer et de vérifier les événements, pour se conformer pleinement au mandat de l'OPS.
- Un niveau élevé de plaidoyer doit être maintenu afin d'aider les ministères de la santé à prendre des décisions éclairées sur la prorogation de la date limite pour la mise en œuvre du RSI.
- Il est nécessaire d'identifier des synergies et des partenariats et d'examiner les politiques de ressources

humaines, afin d'assurer l'établissement et le maintien des compétences dans le domaine de l'épidémiologie et d'autres disciplines liées à la santé publique.

#### **Enseignements tirés**

- La collaboration avec des partenaires stratégiques est essentielle pour soutenir la revitalisation du programme de vaccination en Haïti.
- Le plaidoyer en faveur de l'éradication de la rougeole/rubéole doit continuer au sein des forums mondiaux, et les pays doivent rester vigilants pour traiter rapidement les cas importés dans la Région.
- L'intégration des activités liées aux maladies transmissibles négligées dans d'autres programmes de santé publique est nécessaire pour atteindre les objectifs.
- La recherche a été essentielle pour favoriser une réponse plus forte et plus ciblée de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses prioritaires.
- La Journée mondiale de la santé 2011 a mis la résistance aux antimicrobiens au premier plan et a facilité les activités de coopération technique au niveau des pays.

### **Rapport de situation sur les Résultats escomptés à l'échelle de la Région (RER) de l'OS1**

**RER 1.1: Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour maximiser l'accès équitable de toutes les personnes à des vaccins de qualité assurée, y compris des produits et technologies d'immunisation nouveaux ou peu employés, pour renforcer les services d'immunisation et pour intégrer d'autres interventions essentielles de santé infantile et familiale avec l'immunisation**

**En bonne voie**

#### **Évaluation du RER**

(3 des 4 cibles d'indicateur de RER atteintes, 3 ayant été dépassées et 1 non atteinte)

L'OPS a travaillé en collaboration avec les États Membres et des partenaires stratégiques pour renforcer et maintenir la crédibilité des programmes d'immunisation en fournissant des services équitables et de qualité à tous. La coopération technique au cours de 2010-2011 a appuyé des améliorations de la couverture de vaccination à tous les niveaux, tout en priorisant les interventions efficaces pour atteindre des zones à risque et surmonter les défis qui continuent d'entraver l'accès aux services de vaccination. Des efforts continus ont assuré que le Fonds renouvelable de l'OPS maintienne sa visibilité pour l'achat de vaccins sûrs et de qualité au plus bas coût possible. La vaste expérience des Amériques sur le plan de l'introduction de nouveaux vaccins et du renforcement de la surveillance a été partagée avec les autres régions de l'OMS. Ces réalisations ont été mises en exergue par les efforts des pays et par la réalisation des indicateurs du RER 1.1 pour 2010-2011. L'indicateur lié aux municipalités à faible couverture continue de présenter des défis, malgré les efforts des pays et la mobilisation des ressources avec les partenaires. Les données disponibles en 2012 devraient faire apparaître des améliorations marquées, mais les pays continueront de mettre en œuvre des interventions visant à augmenter la couverture vaccinale dans ces zones au cours de la période biennale à venir.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires <sup>4</sup>
1.1.1: Nombre de pays obtenant une couverture vaccinale de plus de 95 % au niveau national (DTC3 comme traceur)	20	22	27	25	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BLZ, BRA, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUY, MEX, NIC, PAN, SAL, SAV, SCN, TRT, USA</p> <p>Cible 2011 : HON, PER</p> <p>Le Honduras, pays cible de 2011, a réussi à atteindre 96 % de couverture avec le vaccin DTC3. Le Pérou, également pays cible 2011, a identifié des lacunes dans la couverture au niveau des municipalités et continuera de renforcer ses efforts visant à améliorer la couverture dans ces municipalités ciblées. Au cours de 2011, bien que 3 pays soient descendus sous le niveau de référence (ELS, MEX et USA), 10 autres pays et territoires (BOL, CHI, FDA, GUT, HON, JAM, PAR, SUR, TCA, et VEN) ont atteint une couverture de plus de 95 %, soit un total de 27 pays et territoires ayant atteint la cible pour cet indicateur. Par conséquent, la cible prévue de 22 pays à la fin de 2011 a été dépassée de 5 pays. Les pays qui n'ont pas atteint les objectifs de couverture ont néanmoins prévu des interventions visant à atteindre les populations non vaccinées. Il est recommandé que les pays continuent de développer et de mettre en œuvre des plans d'action pour le programme élargi de vaccination (PEV) afin d'assurer une couverture élevée en 2012-2013</p>
1.1.2: Pourcentage de municipalités ayant un niveau de couverture vaccinale inférieur à 95% en Amérique latine et dans les Caraïbes (DTC3 comme traceur en utilisant	44 %	34 %	42 %	32 %	<p>Bien qu'une amélioration de 2 % ait été observée, 42 % de l'ensemble des municipalités dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes (ALC) ont fait état d'une couverture inférieure à 95 %. Les données de 2011 (disponibles en avril 2012) devraient démontrer une baisse du nombre de municipalités à faible couverture, compte tenu de ce qui</p>

<sup>4</sup> La liste des pays inclus dans cette colonne correspond aux informations disponibles à la fin de l'évaluation.



comme référence 15 076 municipalités en 2005)					<p>suit :</p> <p>(1) Une coopération technique a été fournie aux pays ayant le plus grand nombre de municipalités à risque (BRA, COL, HAI, PER et VEN)</p> <p>(2) Les pays continuent d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action pour assurer une couverture homogène.</p> <p>(3) Les partenaires continuent à apporter leur soutien en priorisant une couverture élevée dans ces zones.</p>
1.1.3: Nombre de pays ayant intégré la surveillance sentinelle du pneumocoque ou du rotavirus dans leur système de surveillance épidémiologique national	5	10	18	15	<p>Référence 2009 : BRA, ECU, ELS, NIC, PAN</p> <p>Cible 2011 : BLZ, BOL, COR, GUY, HON, MEX, PAR, URU</p> <p>Un total de 18 pays ont confirmé qu'une surveillance sentinelle du pneumocoque ou du rotavirus avait été établie dans leur système national au cours de la période biennale. Ils comprenaient les 5 pays de référence, les 8 pays cibles pour 2011, ainsi que 5 autres pays : COL, DOR, GUT, PER et VEN.</p>
1.1.4: Nombre de pays qui achètent les vaccins destinés à leur programme national de vaccination par l'intermédiaire du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins	32/38	33/38	34/38	34/38	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : CHI, NEA</p> <p>À la fin de 2011, un total de 34 pays et territoires achetaient les vaccins pour leurs programmes nationaux de vaccination par l'entremise du Fonds renouvelable de l'OPS. Le dernier en date est le CHI, qui a acheté presque tous ses vaccins par l'entremise du Fonds renouvelable en 2010 et prévoit de continuer ainsi en 2012. En outre, les NEA ont confirmé obtenir des vaccins par l'intermédiaire du Fonds renouvelable.</p>

**RER 1.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique afin de maintenir l'élimination de la rougeole et l'éradication de la poliomyélite et de parvenir à éliminer la rubéole, le syndrome de rubéole congénitale (SRC) et le tétanos néonatal**

**En bonne  
voie**

**Évaluation du RER**

(2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)

Une coopération technique a été fournie afin de compléter les efforts des pays pour maintenir l'élimination de la rougeole/rubéole/SRC et l'éradication de la polio dans la Région. Tous les pays ont mis en place des interventions de vaccination et de surveillance afin de préserver ces acquis. Le Plan d'action pour maintenir les Amériques sans poliomyélite pendant la transition de la période pré à post-éradication a été élaboré pour améliorer la surveillance et la protection des communautés. La mise en œuvre de ce plan exigera également que les pays maintiennent des normes de certification pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA). La Région est parvenue à éliminer la rubéole/SRC endémique en 2010 et est sur la bonne voie pour parvenir à documenter et vérifier l'élimination de la rougeole/rubéole/SRC en 2012. Le premier défi tient à la menace constante d'importation de cas, ce qui augmente le risque que la transmission endémique de la rougeole/rubéole soit rétablie. Les pays doivent rester vigilants afin de détecter rapidement ces importations et d'y réagir.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
1.2.1: Nombre de pays ayant des activités de surveillance et de vaccination permettant de maintenir l'éradication de la poliomyélite	38/38	38/38	38/38	38/38	Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA, VEN  Cible 2011 : Maintenir  L'ensemble des 38 pays effectuent actuellement des activités de surveillance et de vaccination en vue de maintenir l'éradication de la poliomyélite, et de minimiser le risque de réintroduction du poliovirus sauvage dans la Région. Bien que HAI ait reporté sa campagne contre la poliomyélite (et la rougeole/rubéole) jusqu'en mars 2012, le pays inclut le vaccin contre la polio dans son programme de routine et continue de soumettre des rapports sur la surveillance de la PFA sur une base hebdomadaire.

1.2.2: Nombre de pays qui ont mis en œuvre des interventions pour parvenir à éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC)	38/38	38/38	38/38	38/38	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : FDA, NEA</p> <p>Les 38 pays et territoires ont mis en place des interventions visant à parvenir à éliminer la rubéole et le SRC, et ont fait des progrès considérables sur le plan de la documentation et de la vérification de l'élimination de ces maladies.</p>
--	-------	-------	-------	-------	---

**RER 1.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour donner accès à toutes les populations aux interventions pour la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies transmissibles négligées, y compris les maladies zoonotiques**

**Présentant des risques**

#### Évaluation du RER

(3 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes et 2 non atteintes)

Des progrès importants ont été accomplis sur le plan de la réalisation de ce RER et de ses indicateurs. En ce qui concerne la lèpre, 18 pays ont atteint les cibles soit pour l'élimination soit pour le maintien du niveau de référence ; mais l'Argentine est tombée au-dessous du niveau de référence. Pour la rage humaine, l'objectif d'élimination pour la période biennale a été atteint en 2011. En ce qui concerne les maladies zoonotiques, les pays continuent à élaborer, mettre à jour et tester des plans de préparation. Pour ce qui est de la maladie de Chagas, trois des quatre pays cibles sont parvenus à interrompre la transmission et/ou ont obtenu la certification de l'élimination (pas la Colombie). L'Argentine et le Nicaragua ont retrouvé leur statut de référence. En outre, l'élimination ou l'interruption de la transmission par des vecteurs secondaires a été atteinte dans certains pays de référence. Les nouvelles lignes directrices sur les maladies transmissibles négligées ont été diffusées et leur mise en œuvre a commencé dans tous les pays cibles. Des progrès importants ont été réalisés individuellement pour le trachome, la filariose, la schistosomiase et l'onchocercose ; l'avancée la plus récente a été la certification de l'élimination de l'onchocercose en Colombie. La mobilisation de ressources financières et humaines pour les maladies transmissibles négligées demeure un défi pour atteindre les cibles d'ici à 2015, comme spécifié dans la résolution CD49.R19, « Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté » approuvée par le 49<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en 2009.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
1.3.1: Nombre de pays ayant éliminé la lèpre au niveau national et infranational en tant que problème de santé publique	17/24	19/24	17/24	24/24	<p>Référence 2009 : ARG, COR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SUR, TRT, URU</p> <p>Cible 2011 : COL, CUB, DOR</p> <p>Sur les 19 pays, 18 ont atteint ou maintenu leur statut d'élimination au niveau infranational. Tandis que l'ARG est tombée au-dessous du niveau de référence, CUB et COL ont atteint les</p>

					<p>cibles en 2011. CUB est également proche de l'élimination au deuxième niveau infranational. Bien que DOR n'ait pas atteint la cible en 2011, elle a élaboré un plan et s'efforcera d'atteindre la cible d'ici à 2013. BRA est le seul pays de la région qui n'a pas atteint la cible au niveau national. BOL, DOR, PAR et VEN devront s'efforcer d'atteindre la cible au niveau infranational.</p> <p>La cible pour la lèpre au cours de la période biennale précédente (2008-2009) était liée à la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de l'OMS sur la lèpre, élément qui a été formulé à l'époque. Suite à la révision du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS, l'indicateur a été amélioré et montre un niveau de réalisation amélioré mais plus strict — notamment l'élimination de la lèpre au niveau infranational — dans le cadre de l'indicateur.</p> <p>Le cas de l'ARG montre à quel point il est important de poursuivre le plaidoyer dans les pays afin qu'ils préservent leurs acquis. Après son passage au-dessous du niveau de référence, une mission technique en octobre 2011 a évalué le programme national sur la lèpre et fait des recommandations. ARG a commencé à adapter les lignes directrices pour la prise en charge des patients, ce qui témoigne de sa volonté de se remettre à niveau sur cet indicateur. Le niveau régional opère un suivi des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations.</p> <p>Des missions techniques ont déjà été mises en place pour le groupe restant de pays cibles pour 2013.</p>
1.3.2: Nombre de pays ayant éliminé la rage humaine transmise par les chiens	14	16	17	18	<p>Référence 2009: ARG, BLZ, CHI, COL, COR, ECU, GUY, HON, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, URU</p> <p>Cible 2011 : CUB, ELS, MEX, VEN</p> <p>En 2011, 17 pays ont éliminé la rage</p>

					humaine transmise par les chiens, y compris 4 pays cible: CUB, ELS, MEX et VEN. PER est en train de récupérer son statut de pays de référence ; il a déclaré la plupart de son territoire national exempt de la rage humaine transmise par les chiens, sauf pour les départements de Puno et de Madre de Dios.
1.3.3: Nombre de pays qui maintiennent la surveillance et la préparation pour faire face aux maladies zoonotiques émergentes ou ré-émergentes	13	19	19	23	Référence 2009 : ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ECU, HON, MEX, PAN, PAR, TRT  Cible 2011 : CUB, DOM, GUT, NIC, PER, URU, VEN  19 pays ont effectué des activités de surveillance et de préparation pour les maladies zoonotiques nouvelles ou émergentes. PAR s'efforce de retrouver le statut de référence.
1.3.4: Nombre de pays ayant un indice d'infestation domiciliaire par leurs principaux vecteurs <i>Triatominae</i> inférieur à 1 %	11/21	15/21	14/21	18/21	Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, URU  Cible 2011 : BLZ, BOL, COL, COR  Malgré la non-réalisation de cet indicateur, les progrès réalisés dans la lutte contre la maladie de Chagas ont été considérables. Selon l'objectif fixé par l'indice d'infestation domiciliaire, 12 pays sur 21 ont atteint la cible en abaissant l'infestation dans les foyers par leurs principaux vecteurs <i>Triatominae</i> à moins de 1 %. Parmi les pays cibles pour 2011, BLZ, BOL et COR ont atteint la cible. Des efforts considérables de coopération technique ont également visé à remettre à niveau des pays qui étaient auparavant au niveau de référence ; ARG et NIC ont aussi atteint la cible. Tous les autres pays de référence maintiennent leur statut. En 2013, des efforts pour atteindre la cible seront déployés en COL, ECU, PAN et VEN ; et les activités de base seront définies pour de nouveaux efforts au GUY et SUR.  Il est important de mettre l'accent sur la nécessité pour les pays de maintenir leurs acquis, faute de quoi la coopération technique devra être réorientée pour remettre à niveau des pays qui ont déjà

					<p>obtenu des résultats.</p> <p>Il est également nécessaire de souligner que la maladie de Chagas ne se réfère pas uniquement à un seul type de vecteur. Dans les pays où la transmission par le vecteur primaire a été interrompue, les activités de contrôle ont été réorientées vers la lutte contre des vecteurs secondaires. On estime que le défi pour la période biennale 2012-2013 sera plus important, dans la mesure où la plupart des pays cibles sont situés autour du bassin de l'Amazone.</p> <p>Les changements climatiques qui favorisent la prolifération de vecteurs, la persistance des déterminants sociaux, la difficulté d'accès aux zones touchées et les défis politiques se conjugueront pour empêcher des progrès plus rapides sur cet indicateur.</p>
1.3.5: Nombre de pays ayant adopté des programmes ou des stratégies pour la surveillance, la prévention, la lutte contre ou l'élimination des maladies négligées	3	7	7	11	<p>Référence 2009 : GUY, MEX, SUR</p> <p>Cible 2011 : HON, BRA, DOR, HAI</p> <p>7 pays ont atteint leur cible, y compris tous les pays cibles pour 2011. BRA a lancé un programme national sur les maladies négligées, en mettant en œuvre un plan d'action à Recife et des activités consolidées sur l'onchocercose et le trachome. DOR a mis en place des activités de surveillance de la filariose lymphatique (FL) et du paludisme (MAL) dans les zones limitrophes d'HAI, et elle a également commencé les préparatifs pour une enquête nationale sur les helminthiases transmises par le sol (STH) et la schistosomiase (SCH). HAI a intégré la lutte contre le vecteur FL-MAL et a commencé à administrer des vermifuges contre les STH. HON a consolidé un plan national de lutte contre les maladies transmissibles négligées, en développant un groupe technique et une enquête MAL-STH. Toutes les cibles pour 2013 ont également progressé.</p>

**RER 1.4 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour accroître leur capacité à assurer la surveillance des maladies transmissibles et la riposte face à ces maladies, en tant qu'élément d'un système complet de surveillance et d'information de la santé**

**En bonne voie**

**Évaluation du RER**

(3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, 1 dépassant la cible)

Les pays de la Région continuent de s'attacher à améliorer leurs systèmes de surveillance. Le mandat du Règlement sanitaire International (RSI) exige que les pays construisent, renforcent et maintiennent les capacités de surveillance et de réponse aux maladies transmissibles. Par conséquent, des efforts multiples dans le cadre de l'OS1 contribuent à renforcer ce résultat escompté. Les pays sont engagés dans l'amélioration de leurs systèmes de surveillance au niveau national et local, progressant à différents niveaux dans leur intégration. La plupart des pays et des territoires de la Région, y compris les pays cibles, font rapport sur la surveillance de la vaccination ; et l'OPS s'assure que des avis seront fournis pour assurer la disponibilité d'informations de qualité en temps opportun. Les pays de la Région continuent de renforcer leur surveillance de la prévention et de la lutte contre les infections ainsi que de la résistance aux antimicrobiens, au niveau national et hospitalier. Cette capacité accrue de détection a été démontrée par le fait que les épidémies dans les établissements de soins de santé sont détectées et signalées plus fréquemment. À mesure que les systèmes de surveillance des pays progressent, une difficulté consiste à affiner les indicateurs afin de déterminer des moyens de vérification appropriés et d'assurer un suivi étroit des pays qui sont à la traîne dans le processus.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
1.4.1 : Nombre de pays ayant un système de surveillance pour toutes les maladies transmissibles importantes sur le plan de la santé publique du pays	16	18	18	20	Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, HON, MEX, NIC, PAN, PER, USA, VEN  Cible 2011 : DOR, ELS  Les pays cibles ont atteint l'indicateur, et tous les pays de référence maintiennent leur statut. Compte tenu de la très large zone qu'il couvre, la plupart des indicateurs de l'OS1 sont partiellement mais directement liés ; à ce titre, ils contribuent à sa réalisation. Pour le prochain Plan stratégique 2012 de l'OPS, il est suggéré de revoir cet indicateur afin de déterminer des moyens plus spécifiques de vérification qui pourraient faire l'objet d'un suivi en parallèle.
1.4.2 : Nombre de pays qui soumettent les formulaires de rapport conjoint sur la surveillance et le suivi en matière d'immunisation au Bureau sanitaire	18/38	19/38	36/38	20/38	Référence 2009 : ARG, BAH, BLZ, BOL, CAN, COL, CUB, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, NIC, PAR, PER, URU, VEN  Cible 2011 : ECU, TRT  Un total de 36 pays (ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU,

panaméricain, selon le calendrier établi					ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, et VEN) plus 2 territoires (ABM et NEA) ont présenté des formulaires conjoints sur la surveillance et le suivi de la vaccination. Cela comprend les pays cibles pour 2011 (TRT) et 2013 (COR), respectivement. Tous les pays de la Région reçoivent des commentaires de l'OPS/FCH/IM) dès réception des formulaires de rapports conjoints afin d'assurer la qualité des données au niveau des pays et leur soumission en temps opportun.
1.4.3 : Nombre de pays mettant systématiquement en œuvre la surveillance de la résistance aux antimicrobiens (RAM) et des interventions pour limiter la RAM, y compris les infections liées aux soins de santé	22/35	24/35	24/35	27/35	<p>Référence 2009 : ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : GUY, BLZ</p> <p>BLZ a renforcé le programme de prévention et lutte contre les infections au niveau national et l'hospitalier. GUY a atteint l'indicateur pour la surveillance de la résistance VIH ainsi que pour la lutte contre les infections.</p>
<b>RER 1.5 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour améliorer leur capacité de recherche et élaborer, valider et rendre disponible et accessible les nouveaux savoirs, outils d'intervention et stratégies répondant aux besoins prioritaires en termes de prévention et de contrôle des maladies transmissibles</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte)					
<p>Malgré certaines limitations concernant le financement et les ressources humaines, notamment en raison de la crise financière du Programme de l'OMS pour la Recherche sur les maladies tropicales (RMT), ce RER a néanmoins été réalisé. La capacité a été renforcée et des recherches effectuées dans les pays cibles ainsi que dans d'autres pays de la Région. Des outils tels que la réaction en chaîne de polymérase en temps réel quantitative (qPCR) comme biomarqueur de la guérison de la maladie de Chagas ont été évalués à l'aide de différentes méthodes. En outre, cette technique a été normalisée avec la participation de 20 pays de la Région et 1 pays d'Europe. Des examens et des priorités systématiques ont été définis pour la leishmaniose, la rage et leptospirose. Le travail en réseau entre les chercheurs sur le contrôle innovant des vecteurs a également été créé.</p>					



Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
1.5.1 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre une recherche opérationnelle conforme aux priorités de la recherche en matière de maladies transmissibles	2/33	3/33	3/33	5/33	Référence 2009 : BRA, CHI Cible 2011 : ARG, PER  Le pays cible ARG a atteint sa cible. En outre, d'importants progrès ont été réalisés au PER et le travail se poursuivra avec ce pays au cours de la prochaine période biennale. En plus des pays cibles, d'autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont reçu un soutien. Des difficultés subsistent pour la réalisation des cibles définies pour 2013, en raison d'un manque de financement et de ressources humaines. Un processus de mobilisation des ressources est en place pour réduire ce risque.
<b>RER 1.6 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour obtenir les capacités fondamentales exigées par le Règlement sanitaire international pour la mise en place et le renforcement des systèmes d'alerte et de riposte à utiliser en cas d'épidémies et autres urgences de santé publique de portée internationale</b>					<b>Présentant des risques</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible de l'indicateur de RER sur 2 atteinte et 1 non atteinte)					
<p>La date limite pour la mise en place de la capacité de base du RSI est juin 2012. La définition de la capacité de base dans le RSI est très vaste et couvre tous les risques ; à ce jour, aucun ministère de la santé (MdS) dans la Région n'y est parvenu. Le statut de ce RER comme présentant des risques peut également être attribué à des différences en termes d'obligations, de délais et de moyens de vérification définis par le RSI, et de ce fait, déterminer si les MdS disposent de la capacité de base ne sera possible qu'après juin 2012. On estime que les pays demanderont une prolongation de deux ans en 2012, décision d'ordre à la fois politique et technique. Si la décision de demander une prorogation repose sur un plan d'action solide, cela devrait être considéré comme positif et compatible avec la préparation dans la santé publique en tant que processus intrinsèquement dynamique. À cette fin, l'OPS devrait fournir aux MdS des conseils pour les aider à prendre des décisions éclairées relatives au report de la date limite, mobiliser des ressources pour la mise en œuvre de plans d'action des MdS ; identifier les procédures de mise en œuvre du RSI et de suivi à long terme (le consensus régional obtenu en 2011 sur l'approche de suivi est une réalisation majeure) ; maintenir les activités de plaidoyer de haut niveau ; communiquer sur les avantages que présente la conformité avec le RSI sur le plan de la santé publique ; et identifier des synergies et des partenariats visant à revoir les politiques de ressources humaines en vue d'assurer la mise en place et le maintien de compétences en épidémiologie d'intervention.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
1.6.1 : Nombre de pays qui ont acquis les capacités fondamentales pour la surveillance et la	0	17	0	25	Référence 2009 : 0  Cible 2011 : ANI, ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOM, ELS, GUT, PAN, PER, TRT, URU, USA

<p>riposte, conformément à leurs obligations aux termes du Règlement sanitaire international (2005)</p>				<p>Par rapport au niveau de référence de 0, 0 a été atteint. 26 des 35 MdS ont soumis un rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la santé. Malgré de fortes variations quant au niveau de la capacité de base obtenue à ce jour, aucun pays n'a pleinement atteint cette cible. Sur la base des commentaires reçus de la part des MdS et des priorités définies par l'OPS, une liste mise à jour de 25 cibles a été établie pour 2013.</p> <p>L'OMS n'exigeait pas de rapports sur la réalisation des capacités de base avant mai 2012. L'OPS accompagne actuellement les pays dans leur processus de prise de décisions concernant les demandes de report de la date limite pour mettre en place les capacités de base. Le report de ce délai, est une décision à la fois technique et politique. Par conséquent, l'OPS aura une meilleure idée du niveau de référence et d'un niveau de réalisation pour cet indicateur, après l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2012.</p> <p>Au cours de la période biennale précédente, cet indicateur portait sur l'évaluation des capacités de base par les pays. Avec la révision du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS, il a été décidé de transformer l'indicateur en « réalisation des capacités de base ». Il s'agit, très nettement, d'un indicateur plus strict — et par conséquent beaucoup plus difficile à atteindre. En outre, l'absence de définition d'un outil d'évaluation au niveau mondial a empêché toute mesure plus précise de cette réalisation.</p> <p>L'OPS estime que toute demande de prorogation du délai est une situation positive lorsqu'elle est étayée par la préparation d'un plan d'action adéquat. Un bon plan établira une feuille de route claire pour l'amélioration continue des capacités de surveillance et d'intervention et rendra le processus dynamique, à la mesure des situations dynamiques qui font l'objet d'un suivi dans le cadre du RSI.</p>
---	--	--	--	--

<p>1.6.2 : Nombre de pays qui maintiennent des programmes de formation axés sur le renforcement des capacités de riposte face aux épidémies</p>	<p>17</p>	<p>21</p>	<p>21</p>	<p>23</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, FDA, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PER, USA</p> <p>Cible 2011 : BLZ, BOL, ECU, PAR</p> <p>Les pays cibles ont atteint cet indicateur. Il est nécessaire de promouvoir à l'échelle mondiale des modèles alternatifs pour la création et le maintien des compétences en épidémiologie de terrain, les efforts nécessaires devant être déployés dans les domaines de la mobilisation des ressources et des activités de sensibilisation internes. En conséquence, le soutien que l'OPS a apporté aux États Membres a été limité, mais il a été fourni dans les pays cibles. La priorité pour la prochaine période biennale comprend le maintien du programme au PAR, la définition d'une stratégie en URU et un engagement avec les Centres pour la prévention et la lutte contre les maladies (CDC) des États-Unis en vue d'examiner la mise en place du Programme de formation en épidémiologie de terrain (FETP) en Amérique centrale.</p>
<p><b>RER 1.7 : Les États Membres et la communauté internationale sont dotés de moyens pour détecter, contenir et répondre efficacement aux épidémies majeures et aux maladies à tendance pandémique (par exemple, la grippe, la dengue, la méningite, la fièvre jaune, les fièvres hémorragiques, la peste et la variole)</b></p>					<p><b>En bonne voie</b></p>
<p align="center"><b>Évaluation du RER</b> (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 ont été atteintes, 2 étant dépassées)</p>					
<p>Depuis le second semestre 2010, tous les États Membres ont intégré les procédures opérationnelles normalisées dans leurs plans de préparation pour les équipes de réponse rapide durant une pandémie de grippe. De ce fait, l'OPS poursuit ses efforts visant à préserver les progrès accomplis et à renforcer les capacités des pays en termes de surveillance à l'échelle nationale des infections respiratoires aiguës (SARI). Cela suppose de fournir des informations pour l'action, afin que les décideurs nationaux et locaux puissent les utiliser pour activer des équipes régionales d'intervention (RRT). La détection de pathogènes viraux susceptibles d'entraîner une épidémie a été obtenue dans les États Membres situés dans des régions endémiques pour la fièvre jaune et les flavivirus ; et cette réussite sera maintenue. Un travail continu est réalisé en vue de produire un protocole normalisé de tests de diagnostic des flavivirus dans les Amériques ; une réunion d'experts a eu lieu en août dernier à Pergamino, en Argentine, avec pour objectif de faciliter ce consensus. Des interventions ont eu lieu, et les stratégies de lutte contre la dengue ont été réalisées. Celles-ci sont toujours en bonne voie et mettent l'accent sur la mise en place de stratégies de gestion intégrée pour la dengue (EGI-Dengue) dans les pays cibles, sur l'évaluation et la mise en œuvre dans les pays de référence et sur la mise en œuvre de séances de formation sur les nouvelles directives cliniques pour le traitement de patients atteints par la dengue. Étant donné que le vecteur du virus du Chikungunya et de la dengue est le même, et que les deux maladies ont un profil clinique similaire, des sessions de formation régionales conjointes ont été mises en place.</p>					

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
1.7.1 : Nombre de pays qui disposent de plans nationaux de préparation et de procédures opérationnelles normalisées en place pour les équipes de réponse rapide contre la grippe pandémique	23/35	31/35	35/35	35/35	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : ANI, BAH, BAR, BLZ, DOM, DOR, HAI, PAR, SAL, SAV, SCN, SUR</p> <p>La cible a été atteinte par 35 pays. Les pays suivants ont reçu une formation et mis en place des procédures opérationnelles normalisées pour leurs équipes de réponse rapide (RRT) : ANI, BLZ, COL, GRA et SUR. Au cours de la prochaine période biennale, l'accent continuera d'être mis sur la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes de surveillance SARI en milieu hospitalier, afin d'assurer la collecte d'informations en temps voulu, pour la prise de décision et une action appropriée. Des efforts continueront pour maintenir et renforcer la capacité dans les pays.</p>
1.7.2 : Nombre de pays dotés des capacités de base pour détecter les pathogènes viraux à tendance épidémique conformément aux lignes directrices de la surveillance épidémiologique de l'OPS/OMS	4	10	10	12	<p>Référence 2009 : ARG, BRA, PER, VEN</p> <p>Cible 2011 : BOL, COL, ECU, PAN, PAR, TRT</p> <p>Tous les pays cibles ont atteint cet indicateur. Au cours de la prochaine période biennale, des efforts se poursuivront en vue de maintenir la capacité dans les pays, en travaillant avec les pays cibles pour 2013, GUY et SUR. On s'attachera également à s'assurer que la Région est préparée à l'éventuelle introduction du virus du Chikungunya.</p>
1.7.3 : Nombre de pays mettant en œuvre des interventions et des stratégies pour la lutte contre la dengue conformément aux	17	21	22	23	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : GUY, TRT</p> <p>Les pays cibles pour 2011, GUY et TRT,</p>

directives de l'OPS/OMS					ont atteint cet indicateur. GUY a élaboré une stratégie EGI-dengue en mars 2011 ; et TRT, en mai 2011. Ces deux stratégies sont dûment mises en œuvre. Les nouvelles directives de l'OMS sur la dengue ont été distribuées dans toute la Région. En outre, de nouvelles directives pour le traitement des patients de la dengue ont été adaptées, élaborées et distribuées. Une formation sur ces nouvelles directives a été menée à bien dans quatre sous-régions (les sous-régions du Cône Sud, des Andes et de l'Amérique centrale, ainsi qu'au MEX et dans les Caraïbes hispanophones).
<b>RER 1.8 : La capacité régionale et infrarégionale est coordonnée et mise rapidement à la disposition des États Membres pour la détection, la vérification, l'évaluation des risques et la riposte aux épidémies et autres urgences de santé publique de portée internationale</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte et dépassée)					
<p>Au cours de cette période biennale, il a été possible de détecter, de vérifier et d'évaluer 710 événements de santé publique de portée internationale dans les délais recommandés par le RSI (c'est à dire dans les 48 heures). Cette réalisation collective à tous les niveaux organisationnels a permis d'être en conformité avec les spécifications du RSI et devrait être considérée comme une priorité dans tous les domaines concernés. Afin d'alerter les États Membres sur les risques de santé publique, 61 alertes épidémiologiques ont été émises, ainsi que 39 notifications et recommandations, 30 rapports, et 4 cartes interactives. L'équipe des Opérations d'alerte et de réponse (ARO) a maintenu son fonctionnement 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 afin de garantir une détection et une réaction précoces aux événements de santé publique de portée internationale. Afin de vérifier la fonctionnalité nécessaire pour une réponse en temps opportun de la part des États Membres, des tests périodiques de communication ont été réalisés avec l'ensemble des 35 Points focaux du RSI dans la Région. Un site d'alerte et de réponse a été restructuré pour rendre l'information plus accessible aux États Membres et faciliter l'identification, l'évaluation et la diffusion d'informations sur ces événements.</p>					
Indicateur de RER	Référence en 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
1.8.1 : Pourcentage d'événements de santé publique de portée internationale vérifiés dans les délais recommandés par le Règlement sanitaire international (2005)	90 %	95 %	100 %	98 %	À la fin de 2011, 100 % de l'ensemble des événements de santé publique de portée internationale avaient été vérifiés dans les 48 heures suivant leur détection. Cela a été accompli par le biais d'une collaboration pluridisciplinaire entre l'équipe des Opérations d'alerte et de réponse, les experts techniques de l'OPS dans les différents domaines techniques et les bureaux dans les pays de l'OPS. Au cours de cette période biennale, 710 événements ont été évalués, dont 156 qui ont nécessité une vérification de

					la part des États Membres.
<b>RER 1.9 : Opérations et riposte efficaces par les États Membres et la communauté internationale face aux situations d'urgence déclarées concernant des maladies à tendance épidémique et pandémique</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte)					
<p>Afin de promouvoir une réponse coordonnée de la Région qui soit conforme au mandat du RSI, l'OPS continue de fournir un soutien aux pays durant les événements de santé publique. Une coopération technique a été apportée à plusieurs pays, notamment HAI et DOR, sur l'île d'Hispaniola, lors de l'épidémie de choléra. Des lignes directrices ont été formulées et d'autres efforts de préparation ont été entrepris contre d'éventuelles épidémies de maladies comme la peste et la leptospirose et l'éventuelle présence d'<i>E. coli</i>. Les procédures opérationnelles normalisées applicables aux déploiements dans les cas d'urgences de santé publique ont été diffusées aux partenaires dans le cadre du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémies (GOARN) dans toute la Région. Les enseignements tirés et les recommandations pour poursuivre la régionalisation du GOARN ont fait l'objet d'un accord en juin 2011, lors d'une réunion qui s'est tenue à Brasilia, BRA. Des financements d'urgence sont nécessaires, notamment pour faciliter une réponse initiale en temps opportun en cas d'urgence.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
1.9.1 : Pourcentage de réponses du BSP conformes au Règlement sanitaire international concernant les demandes de soutien de la part des États Membres lors d'urgences ou d'épidémies	100%	100%	100%	100%	Une coopération technique a été apportée pour le choléra en HAI et DOR (en 2010 et 2011) ; pour la dengue au BRA, COL, GUT, HON, PUR et VEN (en 2010) et BAH, COR, PAN, PER et SAL (en 2011) ; au PAN, pour l'encéphalite équine en 2010 et les carbapénèmases de type KPC en 2011 ; et au PER, pour la peste en 2010 et le hantavirus en 2011. Des efforts de préparation (renforcement de la capacité des laboratoires, élaboration de protocoles, etc.) contre toute survenue possible d'une épidémie d' <i>E. coli</i> , dans la Région ont été déployés suite à l'épidémie européenne.

## Rapport de situation sur l'OS2

OS2 : Combattre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme				En bonne voie	
Présentation générale du budget					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$75 059 000	\$6 823 000	\$27 098 018	\$33 921 018	89%	45%
Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS.</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Réduction de la fréquence des infections par le VIH dans la Région</b>                      Référence : 24 nouveaux cas d'infection pour 100 000 habitants                      Cible : 23 nouveaux cas d'infection ou moins pour 100 000 habitants en 2013 (conformément à l'objectif du Millénaire pour le développement).</p> <p>Il ressort des données de 2011 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), que les nouvelles infections par le VIH dans les Caraïbes ont été réduites d'un tiers par rapport aux niveaux de 2001 (passant de 21 000 infections à environ 12 000 en 2010). Les pays ayant enregistré les plus fortes baisses estimées sont les suivants : la République dominicaine et la Jamaïque, avec une diminution de 25 % ; et Haïti, où la réduction est d'environ 12 %.</p> <p>Au cours de cette même période, les pays d'Amérique latine ont connu une baisse similaire des nouvelles infections par le VIH chez les adultes et les enfants (qui sont passées de 99 000 à 92 000). Enfin, aux États-Unis, le nombre de nouvelles infections est resté relativement stable entre 2006 et 2009, selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (<i>Source</i> : Prejean et al., PLoS One 2011, 6 [8]: e17502).</p> <p>Pour l'ensemble de la Région des Amériques, le taux d'incidence estimé pour 2010 était de 18 pour 100 000 habitants. (<i>Source</i> : numérateur: OMS/ONUSIDA/UNICEF. Réponse globale au VIH/SIDA. Le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel. 2011 ; dénominateur : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la Population. Perspectives sur la population mondiale : La révision de 2010. 2011). Ce chiffre est inférieur à la cible fixée de 23 pour 100 000 habitants. Des efforts supplémentaires devraient être accomplis pour l'Amérique du Nord et l'Amérique latine en termes de réduction des nouvelles infections par le VIH.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Accès au traitement antirétroviral en Amérique latine et dans les Caraïbes, sur la base des évaluations des besoins</b>                      Référence : 72 % en 2006                      Cible : 80 % d'ici à 2013 (selon le Plan régional VIH/IST pour le secteur de la santé, 2006–2015)</p> <p>Pour l'Amérique latine et les Caraïbes (pays à faible revenu et à revenu intermédiaire), la couverture du traitement antirétroviral (ARV), sur la base des directives de l'OMS de 2010 (début du traitement avec un nombre de CD4 &lt; 350 cellules/mm<sup>3</sup>) était de 50 % (46 %–59 %) pour 2009. En utilisant les directives de l'OMS de 2006 (les patients admissibles au traitement sont seulement ceux ayant un nombre de CD4 &lt; 200 cellules/mm<sup>3</sup>), la couverture de 2009 aurait été de 67 % (61 %–78 %) (<i>Source</i> : OMS/UNICEF/ONUSIDA Vers l'accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/SIDA dans le secteur de la santé, 2009).</p> <p>En 2010, la couverture des ARV est passée à 63 %. Alors que le nombre de pays atteignant l'accès universel est en bonne voie, l'objectif régional pour 2013 de 80 % pourrait ne pas être atteint, étant donné que certains des</p>					



pays avec le plus grand nombre de personnes ayant besoin de recevoir un traitement (Colombie, Guatemala, Haïti, Honduras, Pérou et Venezuela) ont actuellement une couverture ARV de moins de 60 %. Le Brésil est sur le point d'atteindre l'accès universel (70 % en 2010) ; mais étant donné que ce pays représente 30 % de l'ensemble des besoins en ARV, cet écart de 10 % a un fort impact sur la couverture régionale.

**Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays qui sont parvenus à une incidence de la transmission mère-enfant du VIH inférieure à 5 %**

Référence : 3 pays en 2006

Cible : 16 pays en 2013 (Conformément au Plan régional VIH/IST 2006–2015 pour le secteur de la santé)

Bien que la majorité des pays globalement aient des programmes efficaces en place pour prévenir la transmission mère-enfant (PTME) du VIH et des chiffres de couverture PTME relativement élevés au niveau national, il existe toujours de grandes disparités au sein des pays entre les sites de PTME en ce qui concerne la qualité des services de santé. Il ressort des estimations de l'OPS/OMS de 2010 que le taux de transmission mère-enfant du VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes est supérieur à 15 % — soit un niveau beaucoup plus élevé que la cible d'élimination de 2 %. Cinq pays ont signalé avoir obtenu un taux de transmission mère-enfant (TME) du VIH inférieur à 2 %, et 7 autres pays sont en bonne voie (avec un taux de TME du VIH situé entre 2 % et 7 %) (*Source* : OPS. analyse de la situation en 2010. Élimination de la transmission du VIH et de la syphilis congénitale de la mère à l'enfant dans les Amériques. 2011).

Des efforts plus importants devront être déployés afin d'atteindre l'objectif fixé dans le Plan stratégique établissant à moins de 5 % l'incidence de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans 26 pays d'ici à 2013.

**Indicateur 4 de l'OS : Nombre des pays qui ont une incidence de la syphilis congénitale (SC) de moins de 0,5 cas pour 1 000 naissances vivantes**

Référence : 2 pays en 2006

Cible : 26 pays d'ici à 2013

Parmi les 8 pays cibles (Argentine, Brésil, République dominicaine, El Salvador, Guyana, Mexique, Pérou et Venezuela), le Guyana est le seul qui indique avoir atteint la cible, tandis que le Pérou a signalé 0,7 cas pour 1 000. Les autres pays ont fait état de nettes avancées : il ressort des rapports des pays que 10 autres pays déclarent avoir atteint la cible d'un taux d'incidence de la syphilis congénitale de moins de 0,5 pour 1 000 naissances vivantes (Anguilla, Antigua et Barbuda, Bahamas, Canada, Chili, Cuba, Guadeloupe, Panama et les États-Unis).

La surveillance épidémiologique de la syphilis est encouragée grâce à l'utilisation du système d'information périnatal (SIP), qui inclura aussi la surveillance du VIH. Un processus de certification est en cours d'élaboration et sera mis à l'essai dans un certain nombre de pays en 2012.

Les défis consistent à renforcer l'intégration du VIH et des programmes de santé génésique et sexuelle dans les pays et à obtenir des fonds supplémentaires pour mettre en œuvre des stratégies spécifiques (plaidoyer, disponibilité de tests rapides, etc.) afin d'atteindre les différents objectifs de l'Initiative d'élimination.

**Indicateur 5 de l'OS : Réduction de l'incidence de la tuberculose (TB) dans la Région**

Référence : 39 cas pour 100 000 habitants en 2005

Cible : 27 pour 100 000 d'ici à 2013 (conformément à l'OMD)

Selon le Rapport mondial sur la lutte contre la tuberculose de 2010 de l'OMS, l'incidence de la TB pour 100 000 habitants dans la Région des Amériques (y compris chez les patients VIH) est estimée à 29 (27-31) en 2009. Compte tenu de la tendance à la baisse au cours des années précédentes (avec les chiffres respectifs de 33, 32 et 31 en 2006, 2007 et 2008,), il semble très probable que la Région atteindra la cible d'incidence de 27 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants d'ici à 2013.

**Indicateur 6 de l'OS : Réduction du nombre de cas de paludisme déclarés chaque année dans la Région**

Référence : 903 931 cas en 2006



Cible : 402 536 d'ici à 2013

Il ressort du Rapport de l'OPS sur le paludisme en 2010 que le nombre de cas déclarés dans la Région a chuté, passant de 1 044 073 en 2000 à 565 892 en 2009, soit une baisse de 52 % du nombre de cas — ce qui est allé de pair avec 122 décès la même année, soit une diminution de 68 % par rapport au niveau de référence de 2000. Les détails sur cette même période montrent des réductions de plus de 50 % du nombre de cas observés dans 12 pays (Argentine, Belize, Bolivie, Costa Rica, Équateur, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Paraguay et Suriname). Six autres pays (Brésil, Colombie, Guyana, Guyane française, Panama et Pérou) ont fait apparaître des réductions plus faibles (inférieures à 50 %) du nombre de cas de paludisme confirmés. Malheureusement, trois pays continuent de voir le nombre total de cas augmenter (République dominicaine, Haïti et Venezuela).

**Indicateur 7 de l'OS : Nombre de pays conservant leur statut de pays non endémiques pour le paludisme**

Référence : 19 pays en 2007

Cible : 19 pays d'ici à 2013

Sur les 21 pays et territoires endémiques, 18 ont obtenu une réduction significative du nombre de cas de paludisme entre 2000 et 2010 (allant d'une réduction de 24 % en FRG à une réduction de près de 100 % au PAR). Dans 20 pays, une tendance à la baisse est enregistrée depuis 2005 par rapport aux données de 2010. Le Rapport sur le paludisme dans le monde de 2011 de l'OMS indique que les cas de paludisme dans la Région ont diminué de 43 %, passant de 1 182 418 en 2000 à 678 164 en 2010 (sur la base des données soumises à l'OPS par les pays).

**Évaluation de l'OS en 2010–2011**

Cet OS est en bonne voie pour 5 des 6 RER et 1 présente des risques; 21 cibles d'indicateur de RER sur 24 ont été atteintes avant la fin de 2011.

**Principales réalisations**

- Au cours de la période biennale 2010-2011, la réponse au VIH a remarquablement progressé vers une utilisation plus efficace des ressources allouées pour améliorer l'accès au traitement et accroître les efforts de prévention. Dans le détail, les pays ont progressé sur les plans suivants : l'engagement politique et la fourniture d'ARV pour la PTME, les efforts de l'OPS étant axés sur certains pays prioritaires présentant un fardeau élevé qui sont toujours à la traîne (République dominicaine, Haïti et Guatemala). Le traitement aux ARV a progressé, mais des changements dans les critères d'admissibilité pour les ARV (du fait de l'évolution rapide des preuves scientifiques) se sont traduits par des groupes élargis de patients ayant besoin d'un traitement immédiat et des taux de couverture réduits. En outre, des outils visant à intégrer la prévention du VIH dans les plans nationaux ont été diffusés et appliqués par 14 pays. La surveillance basée sur les cas de VIH et les populations les plus à risque a été renforcée. Tous les pays disposaient de données de surveillance ventilées par âge et par sexe ; par ailleurs, 9 pays ont révisé leurs systèmes de surveillance et 5 ont effectué de nouvelles enquêtes auprès de groupes d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), de travailleurs du sexe et de transgenres. La stratégie relative à la surveillance de la résistance aux médicaments pour le VIH est actuellement étendue dans toutes les sous-régions. Des évaluations et des activités de planification dans une perspective axée sur les systèmes de santé ont été menées dans plusieurs pays (Barbade, Bolivie, Jamaïque, Nicaragua, Paraguay, Pérou et Trinité-et-Tobago) ; et l'OPS a apporté une coopération technique (TC) dans le cadre des exercices de planification nationaux dans deux pays (Guatemala et Venezuela).
- La coordination avec les partenaires a été couronnée de succès, principalement avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le programme conjoint de l'Organisation des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), la Fédération internationale du planning familial (IPPF) et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), de même que la coopération technique avec des entités infrarégionales telles que le

marché commun du Cône Sud (MERCOSUR), l'Agence andine de la santé (ORAS) et le Conseil des ministres d'Amérique centrale du mécanisme de coordination régionale pour la santé (COMISCA/MCR).

- Des progrès importants ont été réalisés sur le plan de la réalisation des cibles stipulées dans le Plan stratégique régional pour le paludisme 2006-2010 dans les Amériques, avec une réduction de 43 % du nombre de cas déclarés et une diminution de 65 % du nombre de décès attribués à la maladie entre 2000 et 2010. Par ailleurs, 18 des 21 pays endémiques de la Région ont obtenu des réductions significatives du nombre de nouveaux cas de paludisme, avec une tendance à la baisse dans 20 pays depuis 2005. La stratégie et le Plan d'action pour le paludisme 2011–2015 s'appuient sur ces réalisations et comprennent les cibles suivantes : réduction de la morbidité de 75 % et des décès dus au paludisme de 25 % ; mise en œuvre de l'élimination avec renversement possible de la tendance actuelle dans 3 pays ; et prévention de la réintroduction dans les pays exempts de paludisme.
- Des progrès ont été accomplis sur le plan de la détection des cas de TB, la plupart des pays mettant en œuvre des stratégies conçues spécifiquement pour une amélioration continue du taux de détection des cas. En outre, tous les pays et territoires participent aux activités de TB — surtout en matière de surveillance. Ceci est particulièrement important pour les petits territoires de la Région qui ne disposaient pas de surveillance systématique auparavant. La surveillance est la clé de toute mise en œuvre réussie des mesures de lutte contre la TB et du suivi de la réalisation des objectifs. Pour répondre à la résistance aux médicaments contre la TB dans la Région, de nombreux pays mettent également en place une surveillance plus complexe sur la résistance de la TB.

#### **Principaux défis**

- La crise mondiale a réduit la capacité des principaux bailleurs de fonds (en particulier du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, ci-après appelé « Fonds mondial ») à fournir des fonds aux pays de la Région. Une grande priorité de l'OPS consiste à travailler avec les pays et les partenaires afin de promouvoir une réponse plus efficace et plus durable, principalement orientée vers la rationalisation du traitement et l'intégration de la réponse dans le cadre d'une action plus large du système de santé.
- Il est nécessaire d'examiner et d'actualiser les politiques contre le paludisme ainsi que les cadres stratégiques dans les pays afin qu'ils reflètent le travail effectué dans la Région. Cela devrait comprendre les situations d'urgence complexes, la prévention et la lutte contre la maladie, la pré-élimination et l'élimination, et la prévention de la réintroduction.
- Une surveillance durable et renforcée à tous les niveaux du système de santé est également nécessaire afin de détecter les menaces de paludisme et de déclencher des actions appropriées le plus rapidement possible, et pour identifier la résistance aux médicaments antipaludéens.
- De nouveaux moyens doivent être recherchés afin de mieux harmoniser les activités de lutte contre la TB et les ressources entre le niveau régional et les bureaux dans les pays de l'OPS en termes de réponse aux priorités nationales.
- Tous les partenaires et les parties prenantes doivent redoubler d'efforts pour favoriser la définition, l'accessibilité et l'utilisation d'interventions fondées sur des preuves réalisées par les parties prenantes et les initiatives de lutte contre le paludisme.
- Malgré les progrès réalisés par les pays en termes de taux de guérison de la tuberculose, la cible n'a pas encore été atteinte, et d'autres efforts sont nécessaires.
- Pour ce qui est des opérations internes au sein de l'OPS, des défis subsistent en termes de liens dans et entre les pays cible tant pour le paludisme et que la tuberculose.
- Les affectations sur le budget ordinaire pour le paludisme et la tuberculose ont diminué, ce qui a débouché sur la situation actuelle où plus de 95 % du financement externe émanent d'un nombre très réduit de bailleurs de fonds.

#### **Enseignements tirés**

- En ce qui concerne la réponse face au VIH, la coordination avec les partenaires et le travail interprogrammatique se sont traduits par des résultats et des mesures plus efficaces au niveau des pays, ainsi

- que par la capacité à obtenir des résultats dans un contexte de ressources limitées.
- Pour ce qui est de la réponse au paludisme, la Région fait appel à un certain nombre de mécanismes importants pour documenter et mettre en œuvre les meilleures pratiques. En outre, elle s'attache à promouvoir :
    - (i) la collaboration avec 13 pays dans le cadre de projets du Fonds mondial ;
    - (ii) des efforts intégrés pour ce qui est des problèmes de santé connexes (tels que les maladies infectieuses négligées, maladies à transmission vectorielle, etc.)
    - (iii) les activités de collaboration Sud-Sud (coopération transfrontalière par exemple).
  - La coopération technique avec les programmes nationaux de tuberculose et de paludisme pour la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux devrait être renforcée, ce qui comprend l'obtention de ressources nationales supplémentaires pour la lutte contre la tuberculose et le paludisme. D'autres questions qui méritent d'être prises en compte sont les urgences complexes et les circonstances spécifiques de chaque pays, y compris les politiques et les mandats au plan national ainsi que les engagements sur diverses questions transversales.
  - Les cibles dans la réponse aux besoins du pays, ainsi que la coopération technique ciblée pour la tuberculose et le paludisme doivent être mieux définies.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS2

<b>RER 2.1 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique lors des activités de prévention, traitement, soutien et prise en charge des patients infectés par le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, comprenant des approches novatrices pour accroître la couverture des interventions chez les personnes démunies, les populations difficiles à atteindre et les populations vulnérables</b>					<b>Présentant des risques</b>
<b>Évaluation du RER</b> (4 cibles d'indicateur de RER sur 7 atteintes, 3 dépassant la cible de 2011)					
<p>Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme sont confrontés à différents défis. Les changements dans les critères d'admissibilité pour les ARV sont dictés par l'évolution rapide des preuves scientifiques et se sont traduits par des groupes élargis de patients ayant un besoin immédiat de traitement qui font face à une couverture réduite. Les efforts visant à optimiser les posologies d'ARV devront s'intensifier, particulièrement dans les pays dépendant fortement de sources de financement extérieures. Malgré les taux élevés de détection de nouveaux cas de TB, le taux de réussite du traitement souhaité de 85 % n'était pas atteint dans autant de pays que prévu — ce qui exige plus d'efforts ciblés. La cible d'élimination de la syphilis congénitale pose encore problème pour de nombreux pays, notamment compte tenu de la coordination et de l'intégration limitées obtenues dans le cadre des programmes sur le VIH et la santé sexuelle et génésique. L'initiative de double élimination (transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale), qui a été approuvée par les États Membres en décembre 2010, devrait non seulement renforcer mais aussi accélérer l'intégration et les synergies entre ces deux programmes. Des progrès remarquables ont été réalisés dans la lutte contre le paludisme, avec le Plan régional mis en œuvre par 28 pays endémiques et non endémiques. La résolution CD51.R9 « Stratégie et plan d'action contre le paludisme » — approuvée récemment par le 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS— permettra de guider les activités réalisées avec tous les pays, y compris la réalisation des cibles de 2013.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
2.1.1 : Nombre de pays qui fournissent un traitement prophylactique antirétroviral à 80%	10	12	14	17	Référence 2009 : ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, CAN, CHI, CUB, DOM, PAN, SAV, SCN, TCA  Cible 2011 : BRA, JAM, PER

<p>au moins des femmes enceintes séropositives selon les estimations</p>					<p>Parmi les pays cibles de 2011, seul BRA a atteint 80 % de couverture des programmes de traitement prophylactique pour les femmes enceintes séropositives (PTME). Cependant, selon les estimations les plus récentes de l'OMS, plus de 12 pays de la Région ont atteint une couverture de plus de 80 % et, par conséquent, cette cible est considérée comme atteinte.</p>
<p>2.1.2 : Nombre de pays qui fournissent un traitement antirétroviral à 80% au moins de la population en ayant besoin selon les estimations, conformément aux directives de l'OPS/OMS</p>	<p>7</p>	<p>12</p>	<p>9</p>	<p>15</p>	<p>Référence 2009 : BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, URU</p> <p>Cible 2011 : BLZ, ELS, MEX, PAN, PER</p> <p>En raison des changements dans les lignes directrices de l'OMS qui recommandent de traiter les personnes séropositives plus tôt, il y a maintenant plus de personnes qui ont besoin d'un traitement, raison pour laquelle la couverture cible de 80 % pourrait ne pas être atteinte. Actuellement, les neuf pays suivants fournissent des ARV à 80 % ou plus de patients en ayant besoin : ABM, ANI, BAH, BAR, CAN, CHI, NIC, PUR et USA. En outre, la couverture des ARV est estimée à 70 % –79 % en ARG, BRA, DOR, MEX et URU. Le principal défi consiste à assurer la durabilité et l'utilisation optimale des médicaments antirétroviraux, même dans les pays ayant un accès universel.</p>
<p>2.1.3 : Nombre de pays mettant en œuvre les volets de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, dans le contexte de l'initiative « Faire reculer le paludisme » et du plan régional 2006-2010 de l'OPS contre le paludisme dans les Amériques</p>	<p>23</p>	<p>28</p>	<p>30</p>	<p>33</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : BAR, GRA, SAL, SAV, TRT</p> <p>Tous les pays des Caraïbes ainsi que d'autres pays non endémiques ont participé à la Réunion sur la prévention et la lutte contre le paludisme au niveau régional. Il convient de noter que 28 pays (tant endémiques que non endémiques) ont mis en œuvre les principales composantes de la stratégie mondiale de l'OMS (l'initiative pour faire reculer le</p>

					paludisme et le Plan stratégique régional de l'OPS contre le paludisme dans les Amériques 2006-2010). La nouvelle stratégie et le nouveau Plan d'action contre le paludisme 2011-2012 —de pair avec la résolution CD51.R9 « Stratégie et Plan d'action contre le paludisme » approuvée récemment par le 51 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS— guident les nouvelles activités avec les pays.
2.1.4 : Nombre de pays détectant 70 % des cas estimés de tuberculose pulmonaire au moyen d'un frottis d'expectoration positif	21/27	23/27	25/27	26/27	Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PUR, SAL, SCN, URU, USA  Cible 2011 : CAN, ELS, GUY, PAR  En 2010, 25 pays ont indiqué avoir détecté au moins 70 % de tous les cas de tuberculose pulmonaire au moyen d'un test de frottis. Plus précisément, non seulement les pays identifiés comme cibles pour 2011 et 2013 (BAH, CAN, ELS, GUY, PAR et TRT) ont déclaré avoir accompli cette réalisation, mais ANI, DOM et GRA également. Toutefois, il convient de noter que, en raison de la modification de la définition de l'indicateur ainsi que du nombre limité de cas — ARG, BOL, SAL et SCN n'ont pas pu atteindre cette cible.
2.1.5 : Nombre de pays avec un taux de réussite du traitement de 85 % de la cohorte de patients souffrant de tuberculose	11/27	16/27	9/27	23/27	Référence 2009 : BAR, BOL, CHI, COR, CUB, ELS, GUT, HON, NIC, PER, SCN, URU  Cible 2011 : ANI, DOM, MEX, SAV, USA  Seuls neuf pays (BAR, BOL, CUB, DOM, DOR, ELS, HON, MEX et NIC) ont réussi à maintenir un taux de réussite du traitement de la TB de 85 % (pour la cohorte 2009). Les principaux défis tenaient à des problèmes de qualité sur le plan de la stratégie de traitements de brève durée sous surveillance directe (DOTS), au fait que l'OMS a recueilli des données plus tôt que lors des années précédentes, ainsi qu'aux énormes variations du taux de réussite en raison du nombre très limité de patients.
2.1.6 : Nombre de	7	15	8	26	Référence 2009 : BAH, BLZ, CHI, COR,

pays qui ont atteint la cible régionale pour l'élimination de la syphilis congénitale					<p>CUB, PAN, URU</p> <p>Cible 2011 : ARG, BRA, COL, DOR, ELS, FEP, MEX, PER, VEN</p> <p>Parmi les huit pays cible pour 2011 (ARG, BRA, DOR, ELS, GUY, MEX, PER et VEN), seul GUY a signalé avoir atteint cette cible (de moins de 0,5 cas de syphilis congénitale pour 1 000 naissances vivantes). Il convient de mentionner que PER a fait état de 0,7 cas pour 1 000. Les autres pays ont fait des progrès prometteurs. Grâce à la mise en œuvre du système d'informations périnatales (SIP), la surveillance épidémiologique de la syphilis et du VIH s'améliore. Les principaux défis ont trait au manque de ressources financières et au renforcement des liens entre les programmes de VIH et les programmes de santé sexuelle et génésique.</p>
2.1.7 : Nombre de pays ayant des objectifs quantifiables dans leurs plans de santé pour la prévention et le contrôle du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles	6	11	14	14	<p>Référence 2009 : BRA, CHI, COL, COR, GUT, ELS</p> <p>Cible 2011 : BLZ, DOR, HON, JAM, MEX, PAR, PER</p> <p>La coopération technique directe, le développement d'outils de formation et les activités de formation ont permis d'actualiser les programmes de prévention dans les 14 pays suivants : ARG, BOL, BRA, CHI, DOR, ELS, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER et URU. Ce type d'actualisation a renforcé le travail intrasectoriel et intersectoriel et a permis l'intégration de la prévention dans le Cycle continu de soins complets pour tous — et en particulier pour ceux qui sont à l'épicentre de l'épidémie.</p>
<b>RER 2.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour élaborer et élargir des politiques et des plans tenant compte de la question du genre pour la prévention, le soutien, le traitement et la prise en charge du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 des cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)					
Une méthodologie bien établie, fondée sur les perspectives des systèmes de santé a étayé un examen complet des réponses au VIH dans plusieurs pays, ce qui s'est traduit par un bon alignement des plans et politiques nationaux avec le cadre recommandé pour l'accès universel. Du fait des efforts coordonnés entre les programmes					

sur le VIH et la tuberculose, un plus grand nombre de pays que prévu ont adopté et mis en œuvre les recommandations pour les activités tuberculose-VIH menées en collaboration. Toutefois, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour accroître la couverture des activités collaboratives et les amener à des niveaux adéquats.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
2.2.1 : Nombre de pays ayant des politiques et des plans à moyen terme du secteur de la santé pour répondre au VIH conformément au Cadre d'accès universel	40	40	40	40	Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, SAL, SAV, SUR, TCA, TRT, USA, URU, VEN  Cible 2011 : S/O  Au cours de la période biennale 2010-2011, un soutien technique a été fourni pour évaluer la réponse nationale face au VIH— y compris la réponse du secteur de la santé — aux sept pays suivants : BAR, BOL, JAM, NIC, PAR, PER, et TRT.
2.2.2 : Nombre de pays qui mettent en œuvre les 12 activités de collaboration de l'OMS contre le VIH/SIDA et la tuberculose	9	20	24	30	Référence 2009 : BRA, CAN, COL, COR, CUB, ELS, GUY, URU, USA  Cible 2011 : BOL, DOR, ECU, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT  Un total de 24 pays procèdent actuellement à la mise en œuvre d'activités de collaboration relatives à la tuberculose et au VIH : BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, URU, USA et VEN. Il convient de noter que, bien que le COR n'ait pas fait rapport de ses activités, il avait néanmoins un programme en place pour les activités conjointes, comme cela a pu être vérifié au cours d'une récente évaluation.

**RER 2.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à améliorer l'accès équitable aux médicaments essentiels de qualité, au diagnostic et aux autres produits pour la prévention et le traitement du VIH, de la tuberculose et du paludisme**

**En bonne voie**

**Évaluation du RER**

(3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, 2 dépassant la cible pour 2011 et atteignant même la cible pour 2013)

Ce RER a été atteint, les pays cibles indiquant pour chacun des indicateurs de RER avoir atteint les cibles fixées pour la période biennale. Sept pays cibles ont soit révisé soit mis à jour les lignes directrices pour le diagnostic et

le traitement de la tuberculose, et les pays ont fait état de progrès importants dans l'utilisation du Fonds stratégique de l'OPS comme mécanisme de promotion de l'accès aux fournitures de santé publique pour le VIH/SIDA dans toute la Région. À cet égard, le Fonds stratégique entre dans sa quatrième année d'appels d'offres annuels pour les médicaments pour le VIH/SIDA ; et des besoins en soutien technique ont été identifiés dans les pays afin de renforcer la passation de marchés et la gestion des fournitures de santé publique stratégiques. Cela se fait en collaboration avec divers partenaires, y compris le Fonds mondial. Les pays cibles ont déclaré avoir mis en œuvre le dépistage de qualité assurée du VIH dans les dons de sang. Au cours de la période biennale, la Région a nettement progressé sur le plan de ce dépistage et pour la mise en œuvre du Plan régional pour la sécurité des transfusions sanguines. Les résultats ont été présentés au 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en 2011 qui en a pris note. L'élaboration du plan régional de suivi démarre, et dans ce plan, l'amélioration du dépistage du VIH demeurera une priorité.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
2.3.1 : Nombre de pays mettant en œuvre les lignes directrices de l'OMS révisées/mises à jour pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose	3/27	10/27	14/27	14/27	Référence 2009 : CAN, MEX, USA  Cible 2011 : BOL, DOR, ECU, GUT, GUY, HAI, HON, NIC  Quatorze pays (BLZ, BOL, CAN, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAR, et USA) ont mis à jour leurs protocoles de diagnostic et de traitement de la TB, conformément aux dernières lignes directrices en date de l'OMS.
2.3.2 : Nombre de pays qui participent au mécanisme du Fonds stratégique pour des médicaments essentiels abordables contre le VIH/SIDA	19	20	21	21	Référence 2009 : BAR, BLZ, BOL, BRA, DOR, ECU, ELS, FEP, GUT, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT  Cible 2011 : CHI, COR  Le mécanisme du Fonds stratégique a permis d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels pour le VIH/SIDA dans tous les pays ci-dessus.
2.3.3 : Nombre de pays mettant en œuvre un dépistage de qualité assurée du VIH dans tous les dons de sang	35	37	37	40	Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, JAM, NCA, NEA, NIC, PAN, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA, TRT, USA, VEN  Cible 2011 : PAR, PER  Au PAR et au PER, tous les dons de sang font actuellement l'objet d'un dépistage du VIH.



RER 2.4 : Les systèmes régionaux et nationaux de surveillance, de suivi et d'évaluation sont renforcés et élargis afin de suivre les progrès en matière de réalisation des objectifs et d'allocation des ressources pour la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose et de déterminer l'impact des efforts de lutte contre la maladie et l'évolution de la pharmacorésistance					En bonne voie
Évaluation du RER (5 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, 3 dépassant la cible pour 2011)					
<p>La disponibilité des données de surveillance pour le VIH, le paludisme et la tuberculose, ventilées par sexe est maintenant courante dans tous les pays de la Région des Amériques.</p> <p>De même, il y a une surveillance de routine de la résistance aux médicaments (antirétroviraux, antituberculeux et antipaludéens) dans les pays cibles. Ce processus s'étend aux autres pays, de pair avec l'augmentation de la capacité des laboratoires dans toute la Région. En conclusion, on peut dire que ces cibles ont été atteintes avec succès pour les trois programmes, avec un très faible nombre de pays cibles qui n'ont pas atteint ces objectifs. Étant donné que ces données sont essentielles pour caractériser la dynamique changeante de ces maladies dans la Région, un lien avec cet indicateur est recommandé tant pour les pays de référence que pour les pays cibles.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
2.4.1 : Nombre de pays qui communiquent à l'OPS/OMS les données de surveillance du VIH, ventilées par sexe et par âge	30	32	33	33	<p>Référence 2009 : ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NCA, NIC, PAN, PAR, PER, SAV, TRT, URU, USA</p> <p>Cible 2011 : BRA, CUB, DOM, GRA, HAI, SAL, SUR, VEN</p> <p>À l'exception du SUR, tous les pays ont fait état de données ventilées par sexe pour les cas de SIDA. De même, à l'exception de SAL, tous les pays de la liste ci-dessus ont fait rapport sur les indicateurs de progrès pour la réponse à l'épidémie et ont fourni des données ventilées par sexe et par âge. L'OPS et les pays ont œuvré pour renforcer la surveillance et le suivi du VIH (BLZ, COR, ECU, ELS, HON, JAM, PAR, SUR, TRT et URU) et le suivi parmi les populations présentant le plus de risques (BOL, ECU, CHI et PAR).</p>
2.4.2 : Nombre de pays qui communiquent à l'OPS/OMS les données de surveillance de la tuberculose, ventilées par sexe et	30	34	40	37	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : GRA, SAV, SCN</p>

par âge					Tous les États Membres (sauf SUR), ainsi que PUR et tous les territoires, ont présenté leurs rapports conformément à l'accord avec l'OMS, dépassant ainsi les cibles 2011 et 2013. Le travail se poursuit avec SUR pour atteindre cette cible.
2.4.3 : Nombre de pays qui communiquent à l'OPS/OMS les données de surveillance du paludisme, ventilées par sexe et par âge	21/21	21/21	21/21	21/21	Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, VEN  Cible 2011 : Maintien  Le rapport de chaque pays a présenté des données ventilées sur le paludisme qui ont été consolidées à la fois dans le Rapport de l'OPS et le Rapport mondial sur le paludisme de l'OMS.
2.4.4 : Nombre de pays qui communiquent à l'OPS/OMS les données de surveillance sur la résistance aux médicaments contre le VIH, conformément aux directives de l'OPS/OMS	8	7	18	16	Référence 2009 : BAH, BLZ, DOM, GRA, GUY, HAI, SAV, SUR  Cible 2011 : ANI, BAR, DOR, ELS, JAM, NIC, PER, SAL, SCN, TRT, VEN  La surveillance de la résistance du VIH aux médicaments (RVIHM) s'étend à toutes les sous-régions, grâce au suivi de l'indicateur d'alerte précoce (EWI) (ARG, BOL, BRA, ECU, TRT et VEN) et aux enquêtes RVIHM (GUY, HAI et MEX). Le laboratoire RVIHM de la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, au BRA) a obtenu l'accréditation pour rejoindre le réseau des laboratoires RVIHM de l'OMS. Ici, le défi principal tient à la pérennité à long terme, étant donné que la disponibilité de financement pour les activités de RVIHM est limitée au niveau des pays, et que plusieurs subventions de la Fondation Bill et Melinda Gates ne seront pas renouvelées en 2012.
2.4.5 : Nombre de pays qui communiquent à l'OPS/OMS les données de surveillance sur la résistance aux médicaments contre la tuberculose, conformément aux	19/27	22/27	23/27	27/27	Référence 2009 : BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA  Cible 2011 : ARG, DOR  Un total de 23 pays ont non seulement atteint mais dépassé cet indicateur. En plus des pays ciblés pour 2011, BLZ,

directives de l'OPS/OMS					BOL, CHI, PAN et VEN ont également atteint l'objectif. Il convient de mentionner qu'ARG, BLZ et PER n'ont déclaré qu'une surveillance partielle de la tuberculose résistante aux médicaments (DR-TB); cependant, des informations complètes sont disponibles grâce à des visites dans le pays, et seront incluses dans le rapport régional sur la DR-TB
2.4.6 : Nombre de pays qui communiquent à l'OPS/OMS les données de surveillance sur la résistance aux médicaments contre le paludisme, conformément aux directives de l'OPS/OMS	13/21	17/21	17/21	20/21	Référence 2009 : BLZ, BOL, BRA, COL, ECU, GUT, GUY, HON, NIC, PAN, PER, SUR, VEN  Cible 2011 : COR, DOR, ELS, MEX  Les 17 pays où le paludisme est endémique, (qui comprennent les pays cibles pour 2011) ont effectué des études sur l'efficacité des médicaments et la résistance.
<b>RER 2.5 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour :</b> a) maintenir l'engagement politique et mobiliser des ressources en encourageant les activités de plaidoyer et les partenariats sur le VIH, le paludisme et la tuberculose aux niveaux national et régional et b) accroître l'engagement des communautés et des personnes touchées pour maximiser la portée et la performance des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (4 des cibles d'indicateur de RER sur 4 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)					
Dans le cadre de ce RER, il y a eu un alignement très fort entre les équipes régionales et leurs homologues nationaux en termes d'efforts déployés. Toutes les équipes techniques font état d'une réussite à 100 % pour toutes les cibles. Cependant, le lien avec ce RER par les pays cible doit être maintenu afin que les activités liées au plaidoyer, aux partenariats, à la mobilisation des ressources, et à une participation accrue des communautés continuent à être considérées comme prioritaires.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
2.5.1 : Nombre de pays disposant de mécanismes de coordination fonctionnels en matière de VIH/SIDA	40	40	40	40	Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN  Cible 2011 : Maintien  Dans les 40 pays énumérés ci-dessus, la réponse nationale au VIH (y compris le contrôle des dons du Fonds mondial) est coordonnée par un mécanisme unique qui

					comprend des représentants des autorités nationales, de la société civile (y compris les réseaux de personnes vivant avec le VIH) et le système des Nations Unies, qui comprend l'OPS.
2.5.2 : Nombre de pays disposant de mécanismes de coordination fonctionnels en matière de tuberculose	8/27	12/27	14/27	15/27	Référence 2009 : BOL, BRA, CAN, COL, CUB, ELS, HON, MEX, PER  Cible 2011 : DOR, ECU, NIC, PAR  Un total de 13 pays ont des mécanismes de coordination pour la TB fonctionnels (c'est pourquoi la cible pour 2011 a été dépassée). Des pays tels que BRA, CAN, DOR, MEX et PER (2011) ont des Alliances nationales Stop TB ; COL et URU ont des Ligues antituberculose ; BOL, BRA, COL, DOR, ECU, ELS, HON, NIC et PAR ont des mécanismes de coordination nationale (réunissant tous les partenaires concernés).
2.5.3 : Nombre de pays disposant de mécanismes de coordination fonctionnels en matière de paludisme	21/21	21/21	21/21	21/21	Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, COR, DOR, ECU, ELS, FDA, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, VEN  Cible 2011 : Maintien  Chaque pays où le paludisme est endémique (soit un total de 21) a plusieurs mécanismes de coordination et plusieurs partenaires dans sa réponse au paludisme. Il est intéressant de noter que les mécanismes de coordination donnent davantage de résultats dans les pays recevant des fonds externes.
2.5.4 : Maintenir le nombre de pays qui font participer les communautés, les personnes touchées par la maladie, les organisations de la société civile et le secteur privé lors de la planification, de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA	40	40	40	40	Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, USA, URU, VEN  Cible 2011 : Maintien  Plusieurs activités de renforcement des capacités au niveau des pays ont reçu un soutien au niveau régional ; il s'agit notamment de la formation d'éducateurs pour les pairs et des dirigeants communautaires dans le domaine de la

					prévention du VIH.
<b>RER 2.6 : De nouveaux savoirs, outils d'intervention et stratégies sont élaborés, validés, disponibles et accessibles pour répondre aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, avec une participation croissante des pays d'Amérique latine et des Caraïbes à cette recherche</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
Les deux équipes techniques (tuberculose et paludisme) qui sont liées à cet indicateur ont fait état d'une réalisation à 100 % de cette cible. L'élaboration de stratégies et interventions nouvelles et de meilleure qualité devrait être renforcée afin de faire face à l'évolution des défis. En outre, les ressources appropriées doivent être investies : les recherches scientifiques nécessaires pour fournir des preuves exigent un financement important.					
Indicateur de RER	Référéncé 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
2.6.1 : Nombre d'interventions et de stratégies d'exécution nouvelles ou améliorées concernant la tuberculose dont l'efficacité a été vérifiée et pour lesquelles des données probantes ont été communiquées aux établissements appropriés en vue de l'adoption de politiques	2	2	2	3	Tous les pays mettent en œuvre une association public-privé (PPM) pour la tuberculose, avec une participation spéciale de la part du système de sécurité sociale et des prisons. Neuf pays mettent actuellement en œuvre l'approche pratique pour la santé pulmonaire (PAL). En plus de ces deux initiatives, de nouvelles méthodes de diagnostic de la résistance aux médicaments anti-TB (TB-DR) sont mises en œuvre dans plusieurs pays.
2.6.2 : Nombre d'interventions et de stratégies d'exécution nouvelles ou améliorées concernant le paludisme dont l'efficacité a été vérifiée et pour lesquelles des données probantes ont été communiquées aux établissements appropriés en vue de l'adoption de politiques	1	2	2	2	Sur la base des nouveaux éléments de preuve pour le traitement par la chloroquine tirés d'études <i>in vivo</i> (réponse clinique et parasitologique adéquate), HON et NIC ont revu leur protocole de traitement actuel pour le <i>Plasmodium falciparum</i> . En outre, un programme visant à assurer le diagnostic du paludisme a été mis en place en coordination avec les laboratoires nationaux de référence au HON et PER.

### Rapport de situation sur l'OS3

OS3 : Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes				En bonne voie	
Présentation générale du budget					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$31 944 000	\$10 960 000	\$12 834 946	\$23 794 946	89 %	74 %
Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Réduction du nombre annuel estimé de décès liés aux grandes maladies chroniques non transmissibles (MNT) telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète en Amérique latine et dans les Caraïbes.</b>  Référence : 2,4 millions de décès en 2000  Cible : 2,1 millions de décès d'ici à 2013</p> <p>Les données montrent que l'objectif de réduire la mortalité due à des maladies non transmissibles dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes a été atteint en 2007. Il y a eu 2,1 millions de décès dus à des maladies non transmissibles en ALC en 2007.</p> <p>Cet indicateur a été créé il y a de nombreuses années par l'OMS en utilisant une moyenne estimée du nombre de décès dus aux principales maladies non transmissibles comme référence pour 2000 et cible pour 2013. En fait, le nombre déclaré de décès dus à de grandes MNT dans la région ALC était d'environ 1,7 million de dollars en 2000. Compte tenu du vieillissement de la population dans la Région, le nombre absolu de décès augmente ; mais le risque diminue dans presque tous les pays. C'est une leçon pour la définition des cibles à l'avenir. Cependant, le taux de mortalité corrigé dû aux principales maladies non transmissibles a diminué de 7,1 % entre 2000 et 2007 (environ 1 % par an), et en intensifiant les efforts, ce taux peut encore être amélioré. Cette baisse globale est due principalement à la baisse des taux dans des pays comme l'Argentine, le Brésil, le Chili, l'Uruguay, etc.. Dans les pays qui n'ont pas encore terminé leur transition épidémiologique — comme le Guatemala, le Guyana, le Paraguay et le Pérou — les taux de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles augmentent en fait, et des efforts spécifiques seront nécessaires. Toutefois, dans des pays comme le Mexique et certains pays des Caraïbes, qui ont achevé leur transition épidémiologique, la mortalité globale due aux maladies non transmissibles continue d'augmenter, surtout à cause du diabète.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Réduction de l'insuffisance de traitement chez les personnes souffrant de troubles mentaux (psychose, trouble bipolaire, dépression, anxiété et alcoolisme)</b>  Référence : 62 % des personnes souffrant de troubles mentaux qui ne reçoivent pas de traitement  Cible : 47 % d'ici à 2013</p> <p>Des études épidémiologiques sur les lacunes en matière de traitement dans la Région ALC sont compilées actuellement, ce qui va permettre d'analyser la situation actuelle de ces lacunes. Il a été démontré que l'élaboration d'un modèle communautaire pour la santé mentale, avec des services spécialisés liés aux soins de santé primaires, accompagnés d'interventions psychosociales et médicinales bien conçues visant des pathologies prioritaires sélectionnées (telles que la dépression et l'épilepsie dans les Amériques), peut réduire sensiblement les lacunes en matière de traitement (jusqu'à des niveaux situés entre 30 % et 50 %). Durant la période analysée</p>					

dans le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS, des expériences pilotes ont été menées dans plusieurs pays de la Région, comme le Honduras (épilepsie) et le Panama (dépression et épilepsie), avec les résultats encourageants susmentionnés. Le grand défi pour l'avenir tient à la mise en œuvre à grande échelle — en particulier dans les pays les plus pauvres — des interventions qui sont nécessaires et appropriées (l'OPS a diffusé la méthodologie et validé les outils dans toute la Région). En outre, l'approbation par les États Membres lors du Conseil directeur de l'OPS de la stratégie et du plan d'action sur la santé mentale et de la stratégie et du plan d'action sur l'épilepsie ont jeté les bases pour un appui politique et créé une feuille de route pour les actions futures, en faisant référence au développement des services et à la réduction des lacunes.

**Indicateur 3 de l'OS : Stopper la tendance à la hausse actuelle des taux de mortalité dus aux accidents de la route dans la Région**

Référence : 16,7 pour 100 000 habitants en 2000-2004 (moyenne estimée)

Cible : 14,7 pour 100 000 habitants d'ici à 2013

La cible pour 2013 devrait être atteinte puisque les données de 2007 font déjà apparaître une réduction du taux de mortalité, qui était tombé à 15,8. Cependant, ce chiffre est compromis par l'augmentation des accidents de moto. Cette information sera actualisée pour la version finale du présent rapport, qui sera présenté à la Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012 — accompagné de la publication quadriennale, La santé dans les Amériques.

**Indicateur 4 de l'OS : Nombre de pays/territoires dans la Région qui ont réduit le score de l'indice DCAO-12 (dents cariées, absentes ou obturées à 12 ans)**

Référence : Scores DCAO-12 > 5 dans 2 pays/territoires, de 3 à 5 dans 8 pays/territoires et de < 3 dans 29 pays/territoires en 2004

Cible : Scores DCAO-12 > 5 dans 0 pays/territoire, de 3 à 5 dans 2 pays/territoires et de < 3 dans 37 pays/territoires d'ici à 2013

En 2011, les données font apparaître les résultats suivants : un score DCAO-12 >5 dans 1 pays ; de 3-4 dans 8 pays, et <3 dans 34 pays. La cible pour 2013 devrait être atteinte.

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

L'objectif stratégique 3 est considéré comme présentant des risques, mais des progrès considérables ont été réalisés au niveau des RER au cours de cette période biennale. Ses 6 RER sont en bonne voie et 26 des 27 cibles d'indicateur de RER pour 2011 ont été atteintes.

#### Principales réalisations

- L'engagement politique et technique de lutte contre les maladies non transmissibles au niveau régional, infrarégional et national s'est intensifié, principalement en raison de la réunion de haut niveau des Nations Unies (UNHLM) sur les maladies non transmissibles. Une résolution des Nations Unies ainsi qu'une déclaration politique des Nations Unies ont été approuvées lors de ce sommet de haut niveau, ce qui a donné une occasion unique aux secteurs techniques de l'OPS de se positionner dans le contexte plus large des maladies non transmissibles. Cela permettra à l'OPS d'aider les pays à élaborer des interventions rentables pour traiter les pathologies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes dus aux accidents de la route, les handicaps et la santé oculaire et buccale.
- La capacité des pays dans le domaine des politiques relatives aux maladies chroniques (MNT) s'est améliorée, et 22 pays disposent maintenant d'un plan ou d'une politique au niveau national pour les maladies non transmissibles, à la suite d'activités de coopération technique et de partage d'expériences via le réseau CARMEN (le nom vient de son acronyme espagnol « Action collaborative pour la prévention des facteurs de

risque et la gestion efficace des maladies non transmissibles »).

- Des guides basés sur des preuves pour les priorités en matière de santé cardiovasculaire ont été élaborés.
- La capacité des pays pour la surveillance des maladies non transmissibles et des facteurs de risque s'est améliorée, et un rapport de situation complet sur les maladies non transmissibles a été préparé dans le cadre des publications sur les indicateurs de base.
- Il y a maintenant plus d'informations disponibles et une plus grande sensibilisation aux coûts des maladies non transmissibles, suite aux études de l'OMS et du Forum économique mondial, qui ont été commandées pour l'UNHLM sur les maladies non transmissibles. En Amérique latine et dans les Caraïbes, une collaboration a été établie avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et l'Université de Washington (UW) afin d'entreprendre des études de coûts nationales sur les MNT et d'améliorer la capacité à définir les priorités.
- Des programmes sur les maladies non transmissibles consacrés spécifiquement au diabète, aux maladies cardiovasculaires et au cancer ont été mis en place dans 22 pays.
- Le Forum panaméricain pour l'action sur les maladies non transmissibles a été créé en tant que plateforme réunissant les gouvernements, les entreprises et la société civile afin de mettre en œuvre des actions de sensibilisation et d'étendre les pratiques couronnées de succès.
- Le modèle de prise en charge des maladies chroniques a été adopté par plus de 20 pays afin d'améliorer la qualité des services de santé pour la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles.
- Une évaluation de la situation de la santé mentale dans la Région ALC a été menée à bien, ce qui a donné à l'OPS une référence pour la prochaine période biennale (RER 3.1).
- La stratégie et le plan d'action pour l'épilepsie ont été approuvés par le 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en 2011 (RER 3.2).
- Dans les Amériques, 17 pays ont formulé des politiques du secteur de la santé et des programmes nationaux de réadaptation, qui sont alignés sur les recommandations de l'OPS/OMS sur le handicap et la réadaptation et en conformité avec le cadre pour l'application de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.
- Pour les pays de la Convention Hunanue Hipólito, une politique infrarégionale qui met l'accent sur les personnes handicapées a été élaborée. Le Rapport mondial sur les handicaps a été diffusé dans toute la Région.

### **Principaux défis**

- Le défi consiste encore à assurer un financement durable et à long terme à tous les niveaux, et à trouver d'autres ressources à la mesure du fardeau de morbidité, à augmenter les financements — surtout pour les « meilleurs investissements » dans les MNT — et à aider les pays à mettre en œuvre les résultats découlant de l'UNHLM sur les maladies non transmissibles.
- Des défis doivent encore être relevés pour opérationnaliser pleinement la politique sur les maladies non transmissibles ainsi que la stratégie régionale et le plan d'action sur une approche intégrée de la prévention et de la lutte contre les maladies chroniques, y compris l'alimentation et l'activité physique, grâce à une approche véritablement multisectorielle.
- Un autre défi consiste à poursuivre la collecte et l'analyse des informations sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque et à utiliser ensuite ces données pour les programmes, les politiques, la planification, le suivi et l'évaluation sur les MNT.
- Par ailleurs, il faudra aussi renforcer les capacités et s'assurer que suffisamment de ressources sont disponibles pour des études de coûts et de rentabilité dans les pays ainsi que pour définir les priorités sur les maladies non transmissibles.
- Un autre défi consiste à accroître la couverture et l'efficacité du programme sur les MNT et les soins de suivi, y compris l'accès à des médicaments pour les MNT, afin de s'assurer que les personnes atteintes de maladies chroniques sont diagnostiquées rapidement, bien prises en charge et impliquées dans leurs propres soins.



- Il faut également étendre l'utilisation du modèle de prise en charge des maladies chroniques et intégrer ce modèle dans le cadre de la prestation de routine des services de santé, notamment au niveau des soins de santé primaires.
- La surveillance des maladies non transmissibles constitue un défi supplémentaire. Cela englobe la violence, la santé mentale et le handicap comme priorités, en les conservant au sein du système d'information sur la santé avec des ressources financières et humaines affectées comme il se doit.
- Reste également le défi de la mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur le handicap.

### **Enseignements tirés**

- Intensifier la coordination et le leadership dans l'ensemble des secteurs pertinents du programme au sein de l'Organisation, pour une action plus concertée et coordonnée pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.
- Mettre pleinement en œuvre la phase suivante du Forum panaméricain pour l'action contre les maladies chroniques en tant qu'initiative qui fonctionnera comme un mécanisme de mobilisation de ressources.
- Prioriser les politiques et les programmes sur les MNT dans le cadre des plans de travail biennaux (PTB) au niveau national.
- Continuer à plaider pour que les maladies non transmissibles soient considérées comme un problème de santé publique prioritaire dans les programmes nationaux de santé et de développement ; cela exigera un leadership, des ressources et une approche multisectorielle et faisant intervenir les différentes parties prenantes.
- Renforcer les données sur la mortalité dans les pays ainsi que des enquêtes sur les MNT et leurs facteurs de risque ; consolider les données sur l'incidence des maladies non transmissibles ; élaborer des approches innovantes.
- Accroître la collaboration entre le projet sur l'économie de la santé HSS/HHP, la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) et les autres partenaires pour élaborer des études d'analyse des coûts.
- Envisager la création d'un pôle spécial sur les MNT pour instaurer « un guichet unique ».
- Intégrer le modèle de prise en charge des maladies chroniques dans les activités de coopération technique de l'OPS visant à renforcer le système de santé et les soins de santé primaires.
- Les pays ont démontré leur capacité à mettre en place une surveillance des maladies non transmissibles. Le défi réside dans sa pérennité, étant donné que cela nécessitera des ressources humaines bien préparées ainsi que des ressources financières stables.
- L'élaboration de la stratégie de réadaptation dans un cadre communautaire, formulée avec le réseau d'aide et une participation intersectorielle, a permis de fournir une meilleure couverture pour répondre aux besoins en soins des personnes handicapées et de leurs familles. Cette stratégie appuie également la promotion de la santé et la prévention du handicap, la réadaptation et l'intégration sociale des personnes handicapées.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS3

RER 3.1 : Les États Membres sont soutenus au moyen d'une coopération technique visant à accroître les engagements politiques, financiers et techniques pour lutter contre les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et les troubles du comportement, la violence, les traumatismes liés à la sécurité routière et les handicaps					En bonne voie
Évaluation du RER					
(5 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, 2 dépassant la cible pour 2011)					
<p>Tous les indicateurs de RER ont été atteints, ce qui reflète le fait que les États Membres ont accru leurs engagements politiques et techniques face au besoin urgent de mieux traiter ces priorités de santé publique. Cependant, il faut encore obtenir des ressources financières durables et à long terme. La réunion de haut niveau des Nations Unies (UNHLM) sur les maladies non transmissibles a donné un élan considérable pour avancer sur le plan de ce RER. Pour la violence, l'accent est davantage mis sur les violences faites aux femmes. Le défi pour la prochaine période biennale consistera à s'assurer que ces mécanismes de développement institutionnel sont appliqués aux programmes nationaux de santé publique de façon à pleinement les opérationnaliser, et à accroître les financements et les ressources — surtout pour les « meilleurs investissements » rentables. Le défi consiste également à repositionner la question en tant que problème de développement qui exige une approche globale avec des efforts sur tous les fronts, pas seulement de la part du gouvernement, mais aussi de la société dans son ensemble.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
3.1.1 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des mécanismes de développement institutionnel (ressources humaines et financières, formation et partenariats intersectoriels) liés à la violence	15	20	20	24	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAR, URU, USA</p> <p>Cible 2011 : BAR, DOM, PAN, PER, TRT</p> <p>Un total de 20 pays ont atteint cet indicateur. Les actions se concentrent sur trois niveaux : les politiques publiques intersectorielles (BOL, CHI, ELS, NIC, PAN, PER) ; les plans de santé, soit nationaux (NIC, TRT) soit sectoriels (NIC, PAR) ; et l'action communautaire (DOM). Certains pays ont mis l'accent sur la prévention de la violence faite aux femmes (BAR, DOM, GRA et PAN).</p>
3.1.2 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des mécanismes de développement institutionnel (ressources humaines et financières, formation et partenariats intersectoriels) liés à la santé mentale	28	27	35	29	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : Maintien</p> <p>Un total de 35 pays ont terminé l'évaluation de leurs systèmes de santé</p>

					mentale. Outre les pays de référence, 8 autres pays et territoires ont atteint cet indicateur (ABM, ANI, BAR, DOM, GRA, HAI, SAV, SCN et TCA). Qui plus est, trois rapports infrarégionaux ont été parachevés et le rapport régional a été rédigé. Les pays travaillent actuellement sur les recommandations de l'Instrument de l'OMS d'évaluation des systèmes de santé mentale (WHO-AIMS).
3.1.3 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des mécanismes de développement institutionnel (ressources humaines et financières, formation et alliances intersectorielles) liés aux maladies chroniques	24	31	36	38	Référence 2009 : BAH, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, GUT, GUY, HAI, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, VEN  Cible 2011 : ABM, ANI, ARG, BLZ, FEP, SAV, SCN  Un total de 36 pays ont atteint cet indicateur. Outre les pays cibles, 5 autres pays ont atteint cet indicateur de RER (DOM, DOR, ELS, GRA et HON). La réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles a fourni un impératif politique et technique aux pays pour accélérer le renforcement de leurs programmes sur les MNT.
3.1.4 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des mécanismes de développement institutionnel (ressources humaines et financières, formation et alliances intersectorielles) liés aux handicaps	14	19	19	24	Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, COL, CUB, DOR, GUY, ECU, ELS, HON, MEX, NIC, PAN, VEN  Cible 2011 : BOL, GUT, PAR, TRT, URU  Un total de 19 pays ont atteint cet indicateur. Les pays ont progressé dans la formulation de réponses institutionnelles globales pour répondre à la demande en soins des personnes handicapées, à l'aide d'une approche intersectorielle.
3.1.5 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des mécanismes de développement institutionnel (ressources humaines et financières, formation et alliances intersectorielles) liés à la sécurité routière	15	18	18	21	Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAR, URU, USA  Cible 2011 : DOR, GUY, TRT  Un total de 18 pays ont atteint cet indicateur. Dans le courant de 2011, 20 pays ont lancé la décennie de la sécurité routière (2011--2020) et ont pris

					des engagements pour améliorer la sécurité routière.
<b>RER 3.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations sur les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, la sécurité routière, les handicaps, et les maladies bucco-dentaires</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (6 cibles d'indicateur de RER sur 7 atteintes, 2 dépassant la cible pour 2011)					
<p>Sur les 7 cibles d'indicateur de RER, 6 ont été atteintes, l'exception étant celle de la sécurité routière. Des progrès sont actuellement enregistrés dans les États Membres en ce qui concerne la mise en œuvre de leurs stratégies et plans nationaux sur la violence, le handicap, la santé mentale, les MNT, la cécité et la santé buccodentaire. Le défi consistera à maintenir de façon continue la mise en œuvre de ces plans et stratégies nationaux, et à renforcer les capacités pour la définition de ces priorités à l'aide d'outils comme l'analyse du rapport coût-efficacité.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
3.2.1 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux multisectoriels pour la prévention de la violence interpersonnelle et sexospécifique, conformément aux directives de l'OPS/OMS	17	20	20	23	<p>Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PER, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : FEP, NIC, URU</p> <p>Cet indicateur a été atteint dans 20 pays. Une réalisation importante qui mérite d'être soulignée est l'obtention de fonds provenant d'une fondation privée pour renforcer la prévention primaire de la violence faite aux femmes et aux enfants au COR, ELS et GUT.</p>

<p>3.2.2 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux concernant la gestion des handicaps et la réadaptation, conformément aux directives de l'OPS/OMS</p>	<p>8</p>	<p>16</p>	<p>16</p>	<p>25</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BRA, CUB, DOR, HON, MEX, NIC, VEN</p> <p>Cible 2011 : COL, ECU, ELS, GUY, PAN, PAR, TRT, URU</p> <p>Cet indicateur a été atteint dans 16 pays. COL et ELS ont fait des progrès extraordinaires dans la mise en œuvre de leurs plans nationaux sur l'invalidité et la réadaptation, notamment pour ce qui est de consolider les niveaux de référence et de définir des stratégies intersectorielles pour le secteur de la santé afin de répondre aux besoins des personnes handicapées. Des résultats de fond exceptionnels ont été obtenus en BOL, CHI et COR, tous liés à leur stratégie de réadaptation dans un cadre communautaire et à leur examen des plans nationaux.</p>
<p>3.2.3 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux pour la santé mentale, conformément aux directives de l'OPS/OMS</p>	<p>29</p>	<p>29</p>	<p>29</p>	<p>30</p>	<p>Référence 2009 : ANI, ARG, BAR, BOL, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : Maintien</p> <p>Cet indicateur a été maintenu dans 29 pays. L'OPS appuie les ministères de la santé dans le processus de mise en œuvre de leurs plans nationaux. Il s'agit d'un élément clé de la stratégie régionale et du plan d'action sur la santé mentale adoptés par le 49<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en 2009.</p>
<p>3.2.4 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux pour la prévention et la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles, conformément à l'approche intégrée de l'OPS concernant la prévention et la lutte contre les pathologies</p>	<p>30</p>	<p>32</p>	<p>35</p>	<p>36</p>	<p>Référence 2009 : ABM, ARG, BAR, BLZ, BOL, CAN, CHI, COL, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, JAM, MEX, NCA, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : FEP, NIC</p> <p>Les deux pays cibles (plus ANI, COR et HON) ont atteint cet indicateur en élaborant des plans et des politiques au niveau national liées aux maladies non</p>

chroniques, y compris le régime alimentaire et l'activité physique					transmissibles. Le prochain défi portera sur l'opérationnalisation des plans, le financement, la collaboration entre les diverses parties prenantes, etc.
3.2.5 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux pour la prévention de la cécité et des troubles visuels, conformément aux directives de l'OPS/OMS	11	21	24	26	Référence 2009 : BRA, CAN, COL, CUB, DOM, ECU, ELS, GUY, MEX, PAR, PER, SAL, USA, VEN  Cible 2011 : ARG, BAR, GRA, GUT, JAM, NIC, PAN  Un total de 24 pays mettent actuellement en œuvre des plans nationaux pour prévenir la cécité. En plus de la cible pour 2011, 3 autres pays qui ne faisaient pas partie des pays de référence (BLZ, SAV et SCN) mettent également en œuvre des plans nationaux. Cela constitue un progrès important pour atteindre la cible de 2013.
3.2.6 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux pour la prévention des maladies bucco-dentaires, conformément aux directives de l'OPS/OMS	29	31	31	35	Référence 2009 : ABM, ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN  Cible 2011 : BLZ, BOL, HAI  31 pays et territoires ont atteint cet indicateur. Des améliorations et des gains spectaculaires sur le plan de la santé orale ont été vérifiés au moyen d'enquêtes nationales sur la santé bucco-dentaire dans les 34 pays qui ont atteint l'objectif de DCAO ≤3. Non seulement 34 pays ont atteint leur objectif, mais 8 autres pays font état d'un DCAO ≤1 ; et 14 pays de ≤2 — ce qui témoigne de nouvelles améliorations. Il y a seulement 6 pays avec un score DCAO ≤ 4 ; et 3, avec un DCAO ≤ 5.2.

3.2.7 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux multisectoriels pour la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation, conformément aux directives de l'OPS/OMS	17	20	18	23	<p>Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PER, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : NIC, PAR, URU</p> <p>Cet indicateur a été atteint dans 18 pays. 11 pays ont élaboré un plan pour la décennie de la sécurité routière. PAR et PAN ont accompli des progrès importants en termes d'élaboration d'une approche intersectorielle, ainsi que dans la publication et la diffusion de leurs plans.</p>
---	----	----	----	----	---

<p><b>RER 3.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen d'une coopération technique permettant d'améliorer leurs capacités à recueillir, analyser, diffuser et utiliser les données concernant l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes liés aux accidents de la circulation et des handicaps</b></p>	<p><b>En bonne voie</b></p>
---	-----------------------------

<p><b>Évaluation du RER</b> (5 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)</p>
--

L'évaluation montre que ce RER est en bonne voie, puisqu'il a tenu toutes ses cibles d'indicateur pour 2011. Des activités ont été entreprises en collaboration avec les CDC sur la violence. Le fait d'avoir atteint au préalable l'indicateur consacré à l'inclusion d'informations sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque a permis aux pays de la Région de se préparer pour la réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
3.3.1 : Nombre de pays qui disposent d'un système national d'information sanitaire qui comporte des indicateurs concernant la violence interpersonnelle et sexospécifique	16	18	18	22	<p>Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : BOL, PER</p> <p>Cet indicateur a été atteint dans 18 pays. Des efforts importants ont été déployés dans les deux domaines suivants :</p> <p>(1) collaboration avec les CDC afin d'améliorer les systèmes de surveillance sur la violence ; et</p> <p>(2) une analyse comparative des données sur la violence faite aux femmes dans 12 pays de la Région.</p>
3.3.2 : Nombre de pays qui disposent d'un système national	10	14	14	20	<p>Référence 2009 : ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, ECU, NIC, PAN, URU, VEN</p>

d'information sanitaire qui comporte des indicateurs concernant la santé mentale					<p>Cible 2011 : BOL, ELS, GUT, PAR</p> <p>L'indicateur a été atteint dans 14 pays. Il y a plusieurs pays (qui ne font pas partie des pays de référence) qui travaillent sur l'amélioration des systèmes d'information sur la santé mentale. Des lignes directrices régionales sur l'information en matière de santé mentale ont été publiées et diffusées. Les pays ont indiqué qu'ils s'attachent à améliorer la disponibilité des informations sur la santé mentale.</p>
3.3.3 : Nombre de pays qui disposent d'un système national d'information sanitaire qui comporte des indicateurs concernant les handicaps	22	23	23	26	<p>Référence 2009 : BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, SAV, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : GUY</p> <p>Cet indicateur a été atteint dans 23 pays. GUY a progressé sur une proposition pour systématiser la disponibilité des données du secteur de la santé sur le handicap. ARG et HON ont achevé une méthodologie pour un registre d'informations sur le handicap qui, à son tour, générerait des indicateurs du handicap.</p>
3.3.4 : Nombre de pays qui disposent d'un système national d'information sanitaire qui comporte des indicateurs concernant les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs de risque	28	31	35	33	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, GRA, GUY, HAI, JAM, MEX, PAN, PAR, SAV, SCN, SUR, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : ELS, HON, PER, SAL, TRT</p> <p>Un total de 35 pays et territoires ont produit des indicateurs pour les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque (pays cibles plus NCA, NIC et TCA). Les pays cibles ont intégré les maladies non transmissibles et certains facteurs de risque dans le cadre de leur propre série de données de base. Sur la base de ces données, l'OPS a publié la brochure des indicateurs de base des MNT.</p>



3.3.5 : Nombre de pays qui disposent d'un système national d'information sanitaire qui comporte des indicateurs concernant les traumatismes liés aux accidents de la route	16	18	18	22	<p>Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : FEP, PAR</p> <p>Un total de 18 pays ont atteint cet indicateur. 29 pays ont participé à une formation sur la collecte de données pour la sécurité routière ; et 32 ont déjà recueilli les données qui feront partie du rapport de situation mondial sur la sécurité routière en 2012.</p>
--	----	----	----	----	--

**RER 3.4 : Le Bureau compile de meilleurs éléments de preuve concernant le rapport coût-efficacité des interventions visant à traiter les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes liés aux accidents de la circulation, les handicaps et la santé bucco-dentaire**

**En bonne voie**

#### Évaluation du RER

(5 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)

Des progrès ont été réalisés sur le plan de la réalisation de ces cinq indicateurs. Les méthodologies utilisées pour améliorer les éléments de preuve sur les interventions rentables pour faire face aux MNT sont fournies par quatre indicateurs, et il existe des preuves tirées de données épidémiologiques pour un indicateur. Les données sur les interventions rentables en couvrant de multiples interventions rentables et interdisciplinaires portant sur des MNT pourraient être améliorées, étant donné que le fardeau de la maladie se déplace vers les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque. Cela crée des tensions importantes sur les systèmes de santé et nécessite de disposer immédiatement d'informations pour promouvoir, mettre en œuvre et diffuser des approches rentables.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
3.4.1 : Nombre d'études analytiques sur les coûts des interventions liées aux troubles mentaux et neurologiques	2	2	2	3	<p>Pendant la période biennale 2008-2009, deux études ont été réalisées et sont toujours d'actualité. Au cours de la période 2010-2011, un livre a été publié reprenant une compilation d'études épidémiologiques sur les troubles mentaux dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Ces études épidémiologiques sont axées sur la morbidité, la mortalité, le handicap et l'évaluation des services — mais pas sur le rapport coût-efficacité. Pour la période biennale 2012-2013, le travail se poursuit sur les études consacrées aux lacunes en matière de traitement et à l'évaluation des programmes et des services.</p>

<p>3.4.2 : Nombre de pays où ont été réalisées et diffusées des études analytiques sur les coûts liés à la violence</p>	<p>10</p>	<p>12</p>	<p>12</p>	<p>15</p>	<p>Référence 2009 : BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, ELS, HON, PER, USA</p> <p>Cible 2011 : ARG, FEP</p> <p>Une douzaine de pays ont atteint cet indicateur, mais les progrès sont hétérogènes quant à la profondeur des projets. Cela constitue une difficulté inhérente à ce sujet, qui remet en question la capacité de l'Organisation à apporter son appui. Cela signifie que la participation des Centres collaborateurs de l'OPS/OMS a joué un rôle important, puisqu'elle a permis de faire progresser les initiatives dans les pays. Des enseignements significatifs ont été tirés en ARG et BLZ.</p>
<p>3.4.3 : Nombre de pays où ont été réalisées et diffusées des études analytiques sur les coûts liés à la santé bucco-dentaire</p>	<p>6</p>	<p>8</p>	<p>8</p>	<p>9</p>	<p>Référence 2009 : BOL, COL, ECU, HAI, PAR, URU</p> <p>Cible 2011 : JAM, MEX</p> <p>Des évaluations de rentabilité économique pour augmenter les services de santé bucco-dentaire à grande échelle ont été menées dans huit pays dans le cadre du projet PRAT et de l'Initiative pour des communautés sans caries. Des progrès sont réalisés pour ce qui est d'élargir le projet multipays à six autres pays pour intégrer la santé bucco-dentaire aux MNT grâce à des approches de soins de santé primaires.</p>
<p>3.4.4 : Nombre de pays où ont été réalisées et diffusées des études analytiques sur les coûts liés aux maladies chroniques non transmissibles</p>	<p>11</p>	<p>14</p>	<p>14</p>	<p>18</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, JAM, MEX, TRT, USA</p> <p>Cible 2011 : FEP, NIC, PER</p> <p>Des études de coûts sur les maladies non transmissibles ont été examinées par 14 pays. L'OPS a organisé un atelier régional sur les aspects économiques des maladies non transmissibles, conjointement avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les pays commencent à envisager de</p>

					procéder à leurs propres études économiques nationales sur les maladies non transmissibles afin de renforcer leur capacité à générer des éléments de preuve pour faire face à l'épidémie de maladies non transmissibles.
3.4.5 : Nombre de pays où ont été réalisées et diffusées des études analytiques sur les coûts liés à la sécurité routière	8	10	11	12	Référence 2009 : BLZ, CAN, BRA, CHI, COL, ELS, MEX, USA  Cible 2011 : ARG, VEN  11 pays ont atteint cet indicateur (les pays cible plus PAN). ARG a fait des progrès en termes d'amélioration d'une méthode d'analyse des coûts des traumatismes dus à des accidents de la route.
<b>RER 3.5 : Les États Membres sont soutenus au moyen d'une coopération technique pour la préparation et la mise en œuvre des programmes multisectoriels qui s'adressent à l'ensemble de la population en vue de promouvoir la santé mentale et la sécurité routière et de prévenir les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes, de même que les troubles de l'audition et visuels, y compris la cécité</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, dépassant ainsi les cibles pour 2011)					
Les pays ont indiqué qu'ils renforcent et étendent la mise en œuvre de leurs programmes et plans relatifs aux maladies non transmissibles. Les objectifs ont été atteints pour les indicateurs liés au handicap et à la santé mentale (en termes de promotion et de prévention).					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
3.5.1 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des programmes multisectoriels et visant l'ensemble de la population afin de prévenir les handicaps	6	11	14	15	Référence 2009 : ARG, CHI, CUB, MEX, NIC, PAN  Cible 2011 : BLZ, COL, DOR, PAR, VEN  Un total de 15 pays ont atteint cet indicateur (pays cibles plus BOL, COR et ECU). COL a terminé sa proposition visant à renforcer les activités liées à la promotion de la santé et à la prévention du handicap en suivant une approche de soins de santé primaires.
3.5.2 : Nombre de pays qui réalisent des interventions pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et de l'utilisation de	5	11	12	15	Référence 2009 : BOL, BRA, GUY, PAN, TRT  Cible 2011 : BLZ, ECU, ELS, NIC, PAR, PER  Un total de 12 pays ont atteint cet indicateur (les pays cibles plus PUR). Des lignes directrices régionales sur les activités de

substances psychotropes					prévention et de promotion dans le domaine de la santé mentale ont été publiées et diffusées. Tous les pays ont intégré le volet promotion-prévention dans leurs plans nationaux de santé mentale respectifs.
3.5.3 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des programmes multisectoriels et visant la population dans son ensemble pour promouvoir la prévention des maladies chroniques	10	21	22	31	Référence 2009 : BRA, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, JAM  Cible 2011 : ARG, BAR, BLZ, BOL, MEX, NIC, PAR, PER, PUR, SUR, TRT  22 pays ont atteint cet indicateur (les pays cibles plus URU). Tous les pays ont indiqué qu'ils renforcent et étendent la mise en œuvre de leurs programmes et plans sur les maladies non transmissibles.
<b>RER 3.6 : Les États Membres sont soutenus au moyen d'une coopération technique afin de renforcer leurs systèmes sanitaires et sociaux pour la prévention et la gestion intégrées des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes liés aux accidents de la circulation et des handicaps</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b>					
(2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, dépassant la cible pour 2011—1 dépassant même la cible pour 2013)					
Tous les pays indiquent avoir organisé des formations à l'intention des prestataires de soins de santé primaires afin d'améliorer la qualité des soins pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles ; et quatre autres pays indiquent avoir rempli l'indicateur lié aux maladies non transmissibles. Nous estimons que la cible de l'indicateur pour arrêter de fumer a été atteinte.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
3.6.1 Nombre de pays qui mettent en œuvre des stratégies intégrées de soins de santé primaires pour améliorer la qualité de la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles conformément au nouveau cadre de l'OMS de prise en charge des affections chroniques	20	24	28	32	Référence 2009 : BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ELS, GRA, GUT, HON, JAM, NIC, MEX, PAR, PER, SAL, TRT, USA  Cible 2011 : BOL, FEP, GUY, PAN, SUR  28 pays ont atteint cet indicateur (les pays cibles plus ABM, ARG, BOL et ECU). Tous les pays indiquent avoir organisé des formations à l'intention des prestataires de soins de santé primaires afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des maladies non transmissibles, y compris la demande de passeport de prise en charge de maladies chroniques.

<p>3.6.2 : Nombre de pays qui ont incorporé le soutien au traitement du tabagisme aux services de santé primaires, conformément au rapport de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme</p>	<p>6</p>	<p>8</p>	<p>17</p>	<p>9</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BRA, CUB, MEX, SUR, URU</p> <p>Cible 2011 : BAH, PAN</p> <p>Un total de 17 pays ont atteint cet indicateur : PAN (cible) plus CAN, COR, ECU, ELS, GUT, JAM, PAN, PAR, USA et VEN. Même si cela semble être une avancée majeure, il faut reconnaître qu’il existe maintenant un nouveau moyen de vérification. Ce n’est pas un indicateur qui s’était vu accorder beaucoup d’attention de la part des pays.</p>
--	----------	----------	-----------	----------	---

## Rapport de situation sur l'OS4

<b>OS4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé</b>				<b>En bonne voie</b>	
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$37 132 000	\$12 990 000	\$27 591 970	\$40 581 970	74 %	109 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b>					
<p>La Région des Amériques a enregistré des progrès remarquables en 2010-2011, tant sur le plan de la réduction de la mortalité infantile que de l'amélioration de la santé maternelle – ce qui a contribué à la réalisation des OMD 4 et 5, comme indiqué ci-dessous.</p> <p>Malgré ces progrès, le nombre de décès maternels évitables dans la Région représente encore 95 % de l'ensemble des vies perdues en raison de la maternité. Cette situation est inadmissible et révèle que le ratio de mortalité maternelle est un indicateur récapitulatif des inégalités dans différentes sphères de la vie et, par conséquent, une question qui doit être traitée au niveau des politiques publiques et au-delà de l'accès à des services de qualité.</p> <p>Dans ces circonstances, l'OPS a pris le leadership pour promouvoir la mise en œuvre du cadre de responsabilisation et les recommandations formulées par la Commission sur l'information et la responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants (établie à la demande du Secrétaire général de l'ONU).</p> <p><i>La Commission a été mise en place à la demande du Secrétaire général des Nations Unies car il était urgent d'accroître l'impact des ressources consacrées à la santé des femmes et des enfants. Le cadre de responsabilisation répond au cadre international du droit à la santé et d'autres droits humains connexes et appelle à l'action dans un certain nombre de sujets en dehors du mandat des entités de la santé, comme des événements vitaux, une analyse économique du suivi des ressources, le renforcement ou la création de mécanismes nationaux de responsabilisation qui soient transparents, et qui incluent toutes les parties prenantes, et des mesures correctrices, en fonction des besoins, entre autres.</i></p>					
<p><b>Indicateur 1 de l'OS : Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié en Amérique latine et dans les Caraïbes</b></p> <p>Référence : 85 % en 2006 Cible : 90 % d'ici à 2013</p> <p>Au cours de cette période biennale, l'Amérique latine et les Caraïbes ont connu une amélioration remarquable de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, qui est actuellement estimée à 92,9 %.</p>					
<p><b>Indicateur 2 de l'OS : Réduction du nombre de pays de la Région faisant état d'un ratio de mortalité maternelle au-dessus de 100 pour 100 000 naissances vivantes</b></p> <p>Référence : 10 pays Cible: 6 pays d'ici à 2013</p>					

Selon les indicateurs de base de l'OPS pour 2011, seuls quatre pays (Guatemala, Jamaïque, Paraguay et République dominicaine) ont fait état d'un taux estimé de mortalité maternelle (TMM) dépassant les 100 pour 100 000 naissances vivantes, mais cinq pays (Bolivie, Haïti, Honduras, Nicaragua et Panama) n'ont pas communiqué d'informations actualisées. Comme indiqué dans le Plan d'action visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave (approuvé par le Conseil directeur en 2010), presque aucun des pays d'Amérique latine et des Caraïbes ne réduit la mortalité maternelle à un rythme suffisant pour atteindre la cible de l'OMD5, si la tendance actuelle se maintient. Toutefois, 95 % de la mortalité maternelle en Amérique latine et dans les Caraïbes est évitable comme le montrent les causes les plus fréquentes de décès (hypertension liée à la grossesse, hémorragie, complications à la suite d'avortement dans des conditions dangereuses, travail obstructif, septicémie et autres causes directes).

**Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes ayant un taux de mortalité chez les moins de 5 ans de 32,1 pour 1 000 naissances vivantes ou moins**

Référence : 21 pays en 2006

Cible : 26 pays d'ici à 2013

Selon les indicateurs de base de l'OPS pour 2010, 31 pays de la Région avaient un taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans inférieur à 32,1 pour 1000 naissances vivantes ; par conséquent, la Région a déjà dépassé la cible de 2013 (de 26 pays).

Cependant, certains pays et territoires nécessitent une attention particulière, soit parce qu'ils enregistrent une forte mortalité infantile (comme en Bolivie, en République dominicaine, au Guyana, en Haïti et à Trinité-et-Tobago), soit parce qu'ils n'ont communiqué aucune estimation de ce taux (Bermudes, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Porto Rico et autres îles des Caraïbes).

**Indicateur 4 de l'OS : Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes ayant un taux de prévalence contraceptive au-dessus de 60 % (comme mesure de substitution pour l'accès aux services de santé sexuelle et génésique)**

Référence : 13 pays en 2006

Cible : 21 pays d'ici à 2013

Dans la Région, l'accès à la santé sexuelle et génésique s'est amélioré ; et aujourd'hui, 14 pays ont un taux d'utilisation de contraceptifs de plus de 60 %. Des progrès doivent encore être accomplis pour atteindre l'objectif de 21 pays en 2013.

**Indicateur 5 de l'OS : Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes ayant un taux de fécondité chez les adolescentes (défini comme étant le nombre annuel de naissances vivantes pour 1 000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans) de 75,6 pour 1 000 ou moins**

Référence : 8 pays en 2006

Cible : 13 pays d'ici à 2013

Bien que la plupart des pays aient élaboré des plans nationaux pour prévenir la grossesse chez les adolescentes, seuls 10 pays ont réussi à faire baisser le taux de fécondité chez les adolescentes au-dessous de 76,5 pour 1 000. À ce jour, les barrières juridiques et culturelles qui font obstacle à l'accès aux services de santé génésique n'ont toujours pas été éliminées — surtout pour la population la plus vulnérable. Par ailleurs, des ressources financières et humaines suffisantes n'ont pas été allouées.

**Indicateur 6 de l'OS : Nombre de pays de la région où 50 % ou plus de la population de personnes âgées (60 ans ou plus en Amérique latine et dans les Caraïbes, 65 ans et plus aux États-Unis et au Canada) reçoivent des services adaptés à leurs besoins de santé**

Référence : 9 pays en 2006

Cible : 15 pays d'ici à 2013

En plus des 9 pays de référence, 6 autres pays progressent maintenant vers la mise en place de politiques visant à assurer des services adaptés aux besoins de santé des personnes âgées.

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

Cet OS est évalué comme étant en bonne voie, puisque ses 8 RER sont en bonne voie et que l'ensemble des 15 cibles d'indicateur de RER pour 2011 ont été atteintes.

Des efforts visant à promouvoir une meilleure santé aux étapes clés de la vie d'une manière durable ont été fructueux, comme en témoignent :

- (a) le fait que tous les objectifs aient été tenus, tant au niveau national que régional ; et
- (b) l'amélioration des indicateurs épidémiologiques, avec des répercussions ultérieures à l'échelle de la population dans son ensemble.

#### Principales réalisations

- La Résolution CD51.R12 de l'OPS, « Plan d'Action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle » a été approuvée ; et en suivant une approche tout au long de la vie, les autres plans régionaux d'application tout au long de la vie ont été mis en œuvre avec succès.
- Il y a eu une amélioration des travaux interprogrammatiques avec les autres entités de l'OPS, ainsi que des efforts concertés pour établir des alliances stratégiques : un protocole d'accord et un plan d'action avec l'UNICEF, ainsi qu'un projet conjoint avec la Banque mondiale et Enfants du Monde. Un nouveau réseau panaméricain pour la santé des jeunes autochtones a été lancé.
- Le premier rapport régional sur l'Initiative pour l'élimination de la Transmission de la mère à enfant du VIH et de la syphilis congénitale a été parachevé ; et un outil de calcul des coûts, un guide de terrain et des lignes directrices pour les laboratoires ont été élaborés.
- Deux grands rapports ont été publiés et lancés : le premier rapport régional sur l'état de santé des jeunes autochtones (publié par l'OPS, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes [CEPALC] et l'Agence espagnole de coopération internationale [AECID]) et le rapport sur la santé sexuelle et génésique des jeunes autochtones dans divers pays.
- Les lignes directrices pour le Cycle continu de soins des femmes et des nouveau-nés ont été mises à jour. Ont également été rédigés et diffusés un manuel d'auto-apprentissage sur la surveillance de la croissance fœtale, le Manuel sur les centres de soins obstétricaux, le système d'Informations périnatales pour les utilisateurs et l'analyse et les avantages de l'information. Une formation des formateurs a été menée dans huit pays, ainsi que plusieurs ateliers sur la santé néonatale et de l'enfant.
- 423 sessions de formation des formateurs ont eu lieu dans plus de 9 pays dans le cadre du Cycle continu de prise en charge des femmes et des nouveau-nés et du système d'informations périnatales. Quelque 280 professionnels ont été formés à la santé des adolescents à l'aide de cours à distance qui a été élargi pour inclure les droits sexospécifiques et une approche interculturelle.
- L'initiative sur la maternité sans risques a été lancée au cours de 2010 et 2011, avec l'exposition sur la maternité par Bru Rovira, le concours régional sur les pratiques exemplaires (auquel 17 pays ont participé) et le concours régional de photographies sur la maternité sans risques (auquel 21 pays ont participé). Dans le cadre du 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, une réunion-débat a été organisée avec le Dr. Michelle Bachelet, sa Majesté royale l'Infante Cristina d'Espagne, le Dr. Margaret Chan (Directeur général de l'OMS), le Dr. Laura Laski et Dr. Aníbal Faúndes.
- Dans le cadre de la Coopération espagnole, la troisième réunion annuelle technique internationale a eu lieu au CLAP/WR, avec des représentants de 16 pays (y compris les points focaux FCH/OPS et les coordinateurs de la santé sexuelle et génésique du ministère de la santé). La réunion a abordé une évaluation des progrès réalisés dans le plan de travail 2010-2011 et a élaboré de nouvelles lignes de coopération pour la prochaine période biennale. La Réunion internationale sur les systèmes et services de santé pour répondre aux besoins des adolescents a été menée conjointement avec HSS pour élaborer des plans en vue d'améliorer la santé des adolescents ; 21 pays y ont participé.



### **Principaux défis**

Les objectifs ambitieux définis dans le Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et des cas graves de morbidité maternelle exigent des investissements financiers plus importants (y compris plus de temps alloué par le personnel de l'OPS) et exigent également une meilleure intégration des activités entre les secteurs techniques de l'OPS (par exemple, pour assurer un accès en temps opportun à du sang sûr et aux médicaments et fournitures essentiels, pour former le personnel de façon adéquate, etc.).

### **Enseignements tirés**

- L'intégration des projets et des entités exige à la fois une vision et des efforts communs, assortis d'une planification conjointe. La coopération technique dans ce domaine exige une expertise au niveau des pays, et des efforts déployés pour offrir une formation continue en introduisant et en utilisant de nouvelles technologies. L'institutionnalisation au niveau des systèmes d'information ministériels constitue l'étape clé. Elle doit être traitée comme une priorité dans la Région, bien qu'elle exige un investissement conséquent en termes de ressources financières et humaines pour pouvoir respecter les normes définies à la fois dans le *Plan d'action visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et des cas graves de morbidité maternelle* et dans les indicateurs demandés par la Commission sur l'information et la responsabilisation. De même, l'élaboration de lignes directrices et de normes suppose des activités continues en termes de coopération technique, pour lesquelles il est indispensable que des ressources financières soient disponibles.
- Les principaux défis consistent à garantir l'accès universel à des services de santé génésique complets pour permettre les examens nécessaires des politiques, trouver des financements durables et promouvoir un environnement propice (au moyen d'activités de plaidoyer continues). Il convient de noter la controverse entourant la façon de traiter le sujet de l'avortement dans les politiques nationales — une question qui fait obstacle à des progrès plus rapides dans de nombreux pays.

## Rapport de situation sur les RER de l'OS4

<b>RER 4.1 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour élaborer des politiques, des plans et des stratégies complets visant à promouvoir l'accès universel à un cycle continu de soins tout au long de la vie, à intégrer la prestation des services et à renforcer la coordination avec la société civile et le secteur privé ainsi que les partenariats avec les agences de l'ONU, du système interaméricain et autres (des ONG par exemple)</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes)					
<p>Tous les pays ont fait des progrès dans l'élaboration de politiques, de plans et de stratégies pour promouvoir le cycle continu de soins tout au long de la vie. En outre, la coordination a été renforcée avec des partenaires stratégiques — tels que l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale — sur les questions de santé maternelle et de santé des enfants et des adolescents. La coordination a également été renforcée avec plus de 50 universités et institutions spécialisées sur le vieillissement en bonne santé. Il est remarquable qu'en dépit de nombreuses difficultés liées à la mobilisation de ressources financières, chacun des objectifs ait été atteint.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
4.1.1 : Nombre de pays dotés d'une politique intégrée en matière d'accès universel aux interventions efficaces en vue d'améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile	2	3	3	4	Référence 2009 : HON, NIC  Cible 2011 : BOL  BOL, HON et NIC ont tous une politique intégrée sur l'accès universel pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. En outre, 12 autres pays (ABM, ARG, BRA, CHI, CUB, ELS, GUT, PAR, PER, TRT, URU et VEN) se sont engagés à développer une politique plus élaborée dans ce domaine.
4.1.2 : Nombre de pays dotés d'une politique d'accès universel à la santé sexuelle et génésique	10	13	13	16	Référence 2009 : ARG, BLZ, CAN, CHI, CUB, COR, ECU, GUY, HON, PER, URU  Cible 2011 : BOL, ELS  BOL, HON et ELS ont tous élaboré des politiques en santé sexuelle et génésique, avec l'appui technique du CLAP. Après de nombreuses années de plaidoyer, les pays ont élargi le cadre des droits génésiques pour améliorer les systèmes de protection sociale. Le principal défi consiste à assurer un financement durable.
4.1.3 : Nombre de pays	15	17	17	18	Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ,

dotés d'une politique visant à promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé					<p>BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, JAM, MEX, PAN, TRT, URU, USA</p> <p>Cible 2011 : BOL, PER, SCN</p> <p>En plus des 15 pays de référence, la Bolivie et le Pérou ont tous deux également une politique pour promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé. SCN a progressé sur le plan de l'élaboration d'une politique de ce type (qui en est maintenant à son stade ultime de discussion, avant approbation). En outre, 8 autres pays (ABM, ANI, DOM, DOR, GRA, PUR, SAL et SAV) ont démontré un engagement fort envers le programme du vieillissement en bonne santé et avancent vers la définition d'une politique.</p>
<p><b>RER 4.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer la capacité nationale/locale à générer de nouvelles données probantes et interventions et pour améliorer les systèmes de surveillance et d'information en matière de santé sexuelle et génésique, et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et des personnes âgées</b></p>					<p><b>En bonne voie</b></p>
<p><b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible de 2011 et atteignant même la cible de 2013)</p>					
<p>L'institutionnalisation du système d'informations périnatales (SIP) au niveau ministériel constitue une étape clé du processus de consolidation des systèmes des pays. Il s'agit d'un processus continu qui exige constamment des investissements en termes de ressources humaines et financières, et cela est encore plus vrai pour le Plan d'action visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et des cas graves de morbidité maternelle — sans mentionner les indicateurs demandés par la Commission sur l'information et la responsabilisation.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
4.2.1 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des systèmes d'information et des systèmes de surveillance pour assurer un suivi de la santé sexuelle et génésique, de la santé maternelle, néonatale et des adolescents, avec des informations ventilées en fonction	15	17	26	20	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, BAR, BOL, CUB, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, SAV, SCN, URU</p> <p>Cible 2011 : BLZ, FEP, GUY, HAI, VEN</p> <p>La cible a été dépassée. En plus des 20 pays énumérés ci-dessus, 6 autres ont également atteint la cible (BRA, DOR, MEX, PAR, SUR et TRT). L'institutionnalisation du système d'informations périnatales (SIP) au</p>

de l'âge, du sexe et de l'appartenance ethnique					niveau ministériel est une étape clé de la consolidation des systèmes dans les pays qui nécessite un investissement permanent en termes de ressources financières et humaines.
4.2.2 : Nombre de revues systématiques par le BSP des meilleures pratiques, de la recherche opérationnelle et des normes de prise en charge	5	7	7	10	Il y a eu 7 projets de recherche opérationnelle menés à bien sur la syphilis à ELS, GUY, HON, NIC, PAN, PAR et URU ; et 2 d'entre eux ont été publiés (ELS et URU). En outre, HON a pu réaliser un projet de recherche opérationnelle afin de caractériser la population ayant subi des avortements. Ces études étaient fondées sur des données recueillies par le SIP qui ont aussi contribué à son amélioration. Le défi consiste à former le personnel local (afin de lui donner des compétences en recherche opérationnelle).

**RER 4.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer les actions visant à garantir des soins qualifiés pour chaque femme enceinte et chaque nouveau-né, lors de l'accouchement et des périodes postpartum et postnatale**

**En bonne voie**

**Évaluation du RER**  
(1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte)

La coopération technique dans ce domaine est une activité continue, dans la mesure où de nouveaux éléments de preuve se font constamment jour et exigent une formation actualisée pour le personnel concerné. Le principal défi tient au caractère limité du financement, qui fait obstacle à des progrès plus rapides et l'élargissement des différentes expériences réussies.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
4.3.1 : Nombre de pays qui adaptent et utilisent des normes et lignes directrices techniques et de gestion avalisées par l'OPS/OMS pour accroître la couverture en soins qualifiés à la naissance, y compris les soins prénataux, postnataux et aux nouveau-nés	12	21	21	23	Référence 2009 : ARG, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, HON, PAN, TRT, URU, USA  Cible 2011 : BLZ, DOR, ELS, GUY, HAI, MEX, NIC, PER, VEN Mené à bien par ARG, BOL, DOR, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER et URU. CLAP a commencé la révision du Guide technique néonatal de BLZ, les lignes directrices néonatale et obstétricales du VEN, et a organisé une formation au MEX et VEN pour une prise en charge spécialisée pour les femmes enceintes et les nouveau-

					nés. La coopération technique dans ce domaine est une activité continue ; de nouvelles preuves se font jour constamment et exigent une formation actualisée pour le personnel de la santé.
<b>RER 4.4 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour améliorer la santé néonatale</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
<p>Premièrement, CLAP a élaboré, testé et validé les lignes directrices pour les soins néonataux dans six pays de la Région. Un outil multimédia destiné à faciliter la diffusion et la formation sur le sujet est également en cours d'élaboration.</p> <p>Deuxièmement, plusieurs pays ont reçu un soutien pour élaborer des plans d'action néonataux selon l'approche de cycle continu des soins, sur la base du document régional approuvé par le Conseil directeur de l'OPS. Ces plans d'action ont donné des orientations pour les activités nationales.</p> <p>Troisièmement, des partenariats interinstitutions en matière de santé des nouveau-nés ont été encouragés au niveau des pays pour appuyer les ministères de la santé dans la mise en œuvre de leurs plans d'action.</p> <p>Enfin, des lignes directrices et des outils pour la surveillance, le suivi et l'évaluation des interventions néonatales ont été adoptés dans les établissements de santé et sont utilisés pour mesurer la qualité des services.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
4.4.1 : Nombre de pays où au moins 50 % des districts sélectionnés mettent en œuvre des interventions pour la survie et la santé du nouveau-né	6	12	12	18	<p>Référence 2009 : BOL, DOR, ECU, NIC, PAR, PER</p> <p>Cible 2011 : ARG, BRA, GUT, GUY, HON, PAN</p> <p>Cet indicateur a été atteint dans les 12 pays énumérés ci-dessus. De grands progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre des interventions néonatales fondée sur des preuves dans les districts sélectionnés dans les plans d'action nationaux.</p>
4.4.2 : Nombre de lignes directrices et d'outils élaborés et diffusés pour améliorer les soins néonataux et la survie du nouveau-né	6	6	13	9	<p>Un total de 13 pays mettent en œuvre de nouvelles lignes directrices pour améliorer la survie et la prise en charge des nouveau-nés. À cette fin, CLAP a mis au point un modèle de formation qui a été validé en ECU, HAI, MEX, et VEN. CLAP a également apporté un appui à BLZ et VEN pour l'examen de leurs lignes directrices</p>

					néonatales. Une proposition est aussi en cours d'élaboration pour l'enseignement à distance à l'aide d'outils multimédias. Ce module a été bien reçu par les participants, puisqu'il couvre les besoins réels. Les défis tiennent à l'accès à la technologie virtuelle, ainsi qu'au personnel et aux fonds pour exécuter le module.
<b>RER 4.5 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour améliorer le développement et la santé infantiles, en tenant compte des accords internationaux</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b>					
(2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant à la fois la cible pour 2011 et celle pour 2013)					
<p>D'une part, tous les pays concernés ont fait des progrès remarquables sur le plan de l'expansion et de la pérennité de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). Un atelier régional pour l'Introduction et l'orientation de l'outil LiST (Lives-Saved Tool) pour la planification stratégique a été organisé dans 7 pays. Un exercice de cartographie PCIME a été mené à bien, avec des résultats actualisés provenant de 8 pays. Cela a conclu le rapport et l'inventaire 2011 des activités de diffusion de la PCIME dans différentes zones géographiques.</p> <p>D'autre part, 11 pays mettent en œuvre des pratiques familiales clés intégrées dans leurs programmes de santé nationaux et locaux — beaucoup suivant l'approche du cycle de vie. Un atelier sur le renforcement des capacités régionales pour la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques familiales clés a eu lieu en décembre 2011 en Équateur. Cette réunion a fourni l'occasion de lancer l'enquête nationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile auprès des établissements de santé, qui mesure la qualité des soins au premier niveau de soins ainsi que les connaissances des personnes qui s'occupent d'enfants de moins de 5 ans.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
4.5.1 : Nombre de pays qui ont élargi la couverture de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) à plus de 75 % des districts ciblés	11	11	17	13	Référence 2009 : BLZ, BOL, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER  Cible 2011 : GUT  Outre les 11 pays de référence et le Guatemala (le pays ciblé pour 2011), 5 autres pays (ARG, CHI, HAI, PAN et VEN) ont élargi la couverture de la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) à plus de 75 % de leurs districts.
4.5.2 : Nombre de pays qui mettent en œuvre l'approche des pratiques familiales	10	11	11	13	Référence 2009 : BOL, COL, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, NIC, PAR, PER

clés de l'OMS/OPS au niveau de la communauté pour renforcer les soins de santé primaires					<p>Cible 2011 : GUT</p> <p>Un total de 11 pays mettent en œuvre les stratégies de l'OPS/OMS pour les pratiques familiales clés dans leurs programmes de santé nationaux et locaux, pour la plupart en suivant une approche de cycle de vie. Un atelier de formation régional a eu lieu en Équateur en décembre 2011. Par ailleurs, dans le cadre de l'enquête nationale sur la santé, une évaluation a été lancée pour déterminer la qualité de la prestation des services dans les centres de soins de santé et les connaissances des soignants sur la prise en charge clinique des enfants de moins de 5 ans.</p>
<b>RER 4.6 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies en matière de santé et de développement des adolescents</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 indicateur dépassant même la cible pour 2013)</p>					
<p>Tous les pays cibles ont atteint l'indicateur, et la plupart des pays ont fait des progrès. Le défi consiste à maintenir les activités de plaidoyer et à augmenter les ressources financières et techniques nécessaires pour assurer la durabilité des processus.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
4.6.1 : Nombre de pays dotés d'un programme opérationnel pour le développement et la santé des adolescents et des jeunes <sup>5</sup>	12	16	16	17	<p>Référence 2009 : ARG, BLZ, BRA, CAN, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PER, VEN</p> <p>Cible 2011 : BOL, COR, CUB, ECU, TRT</p> <p>Cet objectif est considéré comme atteint, puisque 14 pays (ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, MEX, NIC et SUR) ont tous déclaré l'avoir atteint. Des éléments prouvent que HON l'atteindra au cours du premier trimestre 2012. VEN n'a pas encore</p>

<sup>5</sup> Un programme est considéré comme étant opérationnel lorsqu'il est en vigueur depuis plus de deux ans, qu'il dispose d'un plan d'action à moyen et court-terme mis en œuvre lors de l'année précédente, qu'une personne en a la charge et qu'un budget lui est alloué.

					communiqué ses données, mais il y a une personne en charge du programme et des fonds lui ont été alloués. PER et CAN n'ont pas communiqué leurs données.
4.6.2 : Nombre de pays qui mettent en œuvre une série complète de normes pour fournir des services de santé appropriés aux adolescents et aux jeunes (par exemple, prise en charge intégrée des besoins de l'adolescent [PCIBA])	10	14	21	15	Référence 2009 : CHI, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PER, VEN  Cible 2011 : ARG, BOL, GUY, JAM, PAR  Outre les 10 pays de référence pour 2009 (CHI, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PER, et VEN) et les 5 pays cibles de 2011 (ARG, BOL, GUY, JAM, et PAR), 6 autres pays (ABM, ANI, BAR, COL, DOM et GRA) ont aussi appliqué la stratégie intégrée de prise en charge des besoins de l'adolescent (PCIBA).
<b>RER 4.7 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de santé génésique visant à améliorer les soins prénatals, périnatals, postpartum et néonataux et à offrir des services de santé génésique de haute qualité</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, une dépassant même la cible pour 2013)					
Après de nombreuses années de plaidoyer, les pays ont élargi l'accès à la santé génésique globale dans le contexte des droits de la femme. Afin d'éviter des revers dans ce processus, le principal défi sera de poursuivre le plaidoyer en faveur de la consolidation et du financement pour en assurer la pérennité. Les controverses non résolues, tournant autour de l'avortement expliquent la lenteur des progrès réalisés à cet égard.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
4.7.1 : Nombre de pays qui ont adopté des stratégies afin de fournir des soins complets de santé génésique	8	14	21	15	Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, COL, ECU, PAN, URU, VEN  Cible 2011 : BLZ, GUY, HON, JAM, MEX, PER



					L'objectif a été dépassé : outre les 6 pays cibles de 2011 (BLZ, GUY, HON, JAM, MEX et PER), 7 autres l'ont atteint (BOL, COR, CUB, DOR, ELS, NIC et PAR). Après de nombreuses années de plaidoyer, les pays ont élargi l'accès à la santé génésique globale dans le contexte des droits de la femme. BOL, ECU et ELS ont mené à bien le processus d'adaptation de leurs stratégies. Afin d'éviter des revers, le principal défi sera de poursuivre les activités de plaidoyer en faveur de la consolidation et du financement pour en assurer la pérennité.
4.7.2 : Nombre de pays qui ont passé en revue les politiques de santé publique concernant la santé sexuelle et génésique	10	11	11	12	Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, COL, ECU, ELS, MEX, NIC, PAR, URU  Cible 2011 : BOL, VEN  BOL a atteint la cible et VEN en est au processus d'approbation. Une difficulté qui subsiste sera de traduire la promotion de l'avortement sans risques — comme inclus dans la vision stratégique de l'OMS sur la santé et les droits sexuels et génésiques — dans les politiques nationales, étant donné que l'avortement est une question controversée dans de nombreux pays
<b>RER 4.8 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour accroître le plaidoyer en faveur du vieillissement comme question de santé publique et pour maintenir une capacité fonctionnelle maximum tout au long du cycle de vie</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte)					
Les pays cibles ont fait des progrès importants pour ce qui est de promouvoir le vieillissement en bonne santé et en faire une priorité de santé publique. La Bolivie, l'Équateur et le Pérou peuvent être pris comme exemples pour leurs expériences réussies dans les programmes multisectoriels au niveau communautaire.					

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
4.8.1 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des programmes multisectoriels fondés sur la communauté, axés sur le renforcement de la capacité des soins de santé primaires à promouvoir le vieillissement en bonne santé	7	10	10	12	<p>Référence 2009 : ARG, CAN, CHI, COR, CUB, JAM, USA</p> <p>Cible 2011 : BOL, ECU, PAN, PER, PUR</p> <p>Cet indicateur a été atteint. PER, ECU et BOL ont mis en place des expériences réussies avec des programmes multisectoriels au niveau communautaire. PAN et PUR ont également fait des progrès importants.</p>

## Rapport de situation sur l'OS5

<b>OS5 : Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques</b>				<b>En bonne voie</b>	
<b>Présentation générale du budget</b>					
<b>Fonds des programmes de base</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
34 981 000	\$4 013 000	\$28 866 960	\$32 879 960	84 %	94 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b>					
<b>Indicateur 1 de l'OS : Mortalité quotidienne brute</b>					
Cible : La mortalité quotidienne des populations touchées par des situations d'urgence majeures maintenue au-dessous de 1 pour 10 000 au cours de la phase initiale de la réponse d'urgence					
<b>Indicateur 2 de l'OS : Accès à des services de santé qui fonctionnent</b>					
Cible : Les réseaux de santé touchés deviennent opérationnels dans le mois qui suit une catastrophe naturelle					
<p>Les deux indicateurs de l'OS5 sont en bonne voie et ont été réalisés au cours de cette période biennale. Dans toutes les situations d'urgence à ce jour au cours de la période évaluée, la mortalité quotidienne était inférieure à 1 pour 10 000. En Haïti, le taux de mortalité due à l'effondrement de l'infrastructure physique était plus élevé que ce ratio ; cependant, le taux de mortalité quotidien a été inférieur à 1 pour 10 000 habitants au cours de la phase initiale de la réponse d'urgence, ce qui est ce que l'indicateur mesure.</p> <p>Le deuxième indicateur mesure l'accès à des services de santé fonctionnels. Tous les réseaux de santé sont devenus opérationnels dans le mois suivant les catastrophes qui ont eu lieu au cours de la période couverte. En Haïti, la disponibilité des soins de santé au cours de la phase d'intervention initiale était supérieure au niveau d'avant la catastrophe. Des progrès significatifs ont été accomplis dans la réhabilitation et la reconstruction. Dans le cas du Chili, il a fallu six mois pour recouvrer plus de 95 % des lits perdus à la suite du séisme, ce qui reflète la capacité du système de santé dans le pays. Ces indicateurs ont été atteints grâce à des années d'investissements constants réalisés par la Région pour la réduction des effets des catastrophes.</p> <p>Au cours de cette période biennale, toutes les catastrophes de petite et moyenne échelle ont été gérées principalement avec les ressources nationales. L'engagement de la part des gouvernements a augmenté, surtout avec l'approbation du Plan d'Action sur la sécurité des hôpitaux 2010–2015, la participation des gouvernements dans l'équipe régionale d'intervention en cas de catastrophe et la mise à disposition permanente de personnel pour élaborer des lignes directrices et soutenir des activités de formation. Bien que de grands progrès aient été réalisés et que les cibles aient été atteintes, les demandes en gestion des catastrophes et réduction des risques ont augmenté à un rythme plus rapide que les capacités des pays. Les pays devront doubler leurs engagements envers leurs propres programmes pour faire face aux catastrophes, intégrer cette question dans leurs institutions, définir des priorités et mobiliser des fonds pour la gestion des catastrophes nationales afin de répondre aux besoins de la population — ainsi qu'aux attentes internationales (y compris la réforme humanitaire).</p>					

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

Cet OS est en bonne voie, de même que ses 7 RER et ses 17 indicateurs de RER qui ont été remplis. Tous les indicateurs de RER, tels que mesurés par les différentes entités AMPES et vérifiés par les facilitateurs d'indicateurs de RER, montrent que suffisamment de pays ont atteint les indicateurs cibles. S'ils ont su atteindre ces objectifs, cela est dû à différents facteurs, mais principalement à ce qui suit : une planification en profondeur (définition d'objectifs réalistes), le niveau et l'intensité des catastrophes qui ont accru l'intérêt et la participation des pays à la gestion des catastrophes et augmenté la coopération interne. Ci-après figure un résumé des principales réalisations, des grands défis et des enseignements tirés.

#### Principales réalisations

- Approbation par le 50<sup>e</sup> Conseil directeur du Plan d'Action sur la sécurité des hôpitaux : avec ce plan, le secteur de la santé est devenu le premier secteur à avoir élaboré un plan d'action régional (faisant ainsi partie de ceux qui contribuent au cadre d'action d'Hyogo pour renforcer la résilience aux catastrophes).
- Réponse apportée à tous les pays touchés dans les délais cibles de 24 heures: Les événements au cours de cette période biennale sont les suivants : séisme et épidémie de choléra en Haïti ; séisme au Chili ; ouragans Irène dans les Bahamas et Tomás à Saint Vincent et les Grenadines et Sainte-Lucie ; inondations en Amérique centrale (El Salvador, Guatemala, Honduras et Nicaragua) ; dépression tropicale 12-E ; inondations en Bolivie, en Colombie, au Nicaragua, etc.
- Tous les objectifs de préparation et d'atténuation ont été atteints conformément aux indicateurs de RER, bien que cette période biennale ait été la plus difficile en termes d'opérations de réponse aux catastrophes.
- Élaboration de l'indice de sécurité pour les petits établissements de santé : cet outil d'évaluation est plus approprié pour les établissements moins complexes, y compris les hôpitaux de soins de santé primaires. Il est conçu pour s'assurer qu'un établissement sera en mesure de continuer à fournir des services à la suite d'un événement aux conséquences négatives.
- Un nouveau partenariat avec la Banque mondiale (BM) pour les activités de reconstruction en Haïti a été mis en place (réduction des risques liés aux catastrophes dans le secteur de la santé).
- L'outil d'auto-évaluation pour la réduction des risques de catastrophes a été mis au point.
- Un système d'alerte et d'intervention a été établi en Haïti, avec une présence sur le terrain (travail avec d'autres secteurs techniques de l'OPS, avec une forte coordination).
- Un exercice d'évaluation des besoins pour la préparation face au choléra a été réalisé par 20 territoires des Caraïbes.
- L'indice de sécurité des hôpitaux a été appliqué par 29 pays et territoires : la plupart d'entre eux mettent en œuvre des mesures correctrices dans les établissements de santé prioritaires.
- Séisme en Haïti—janvier 2010 : Leçons à tirer pour la prochaine catastrophe massive soudaine : Cette publication majeure a bénéficié de la participation de chercheurs et écrivains internationaux de haut niveau et de plus de 150 entrevues — et a fait l'objet d'un suivi d'un groupe d'examen de haut niveau. Ce livre présente les leçons à tirer d'Haïti, dans le but d'améliorer la réponse du secteur de la santé en cas de catastrophe massive soudaine à l'avenir. Il identifie également les possibilités offertes par la catastrophe pour apporter des changements importants dans les services de santé en Haïti.
- Le Groupe santé est toujours actif en Haïti et produit régulièrement des informations du Groupe santé
- Le cours virtuel pour l'application de l'indice de sécurité des hôpitaux a été élaboré et est disponible en ligne.

### Principaux défis

- Même si le total des ressources mobilisées pour la gestion des catastrophes a été le plus élevé jamais enregistré pour une période biennale au sein de cette Organisation, des préoccupations subsistent au sujet des difficultés à mobiliser des fonds pour la réduction des risques liés aux catastrophes, qui ont été exacerbées par la crise financière. Il existe des pressions croissantes pour obtenir ces fonds de la part des agences de développement. Comme indiqué dans l'évaluation précédente, la réduction des risques liés aux catastrophes devrait rentrer dans les domaines couverts par les bailleurs de fonds pour le développement. Un soutien interne est nécessaire pour inclure la réduction des risques liés aux catastrophes dans ces efforts de mobilisation des ressources. Il y a plus de bailleurs de fonds, mais il y a également moins de fonds par bailleur de fonds.
- Un appui a été fourni pour la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de réponse institutionnelle, qui a été préparée par KMC, PED et d'autres secteurs techniques de l'OPS et devrait être approuvée par EXM.
- Volume de ressources humaines par rapport au nombre de projets et au niveau de financement (y compris OCR) : le nombre de projets a considérablement augmenté, avec plus de projets assortis de budgets plus faibles en USD — ce qui génère une quantité énorme de travail administratif et de rapports.
- Coordination des activités avec la nouvelle structure globale et la structure des OS du siège de l'OMS : Le siège de l'OMS a opéré un changement de structure, modifiant l'OS5. Cependant, cela n'a pas encore eu de conséquences majeures dans la Région, et l'OPS n'a pas encore dû modifier sa stratégie.
- La durabilité des interventions, compte tenu de l'attrition dans les ministères de la santé constitue un autre défi.

### Enseignements tirés

- Après plus de 20 ans de travail sur la réduction de la vulnérabilité dans les établissements de santé et l'élaboration d'outils et de méthodologies détaillées et approfondies pour évaluer la vulnérabilité des établissements de santé, très peu de pays ont lancé des mesures d'atténuation des catastrophes dans la santé. L'élaboration d'un outil simple, tel que l'indice de sécurité des hôpitaux, a démontré que des outils pratiques, de faible coût et très efficaces peuvent accroître la participation et donner une impulsion pour identifier les priorités et transformer la théorie en pratique.
- La prévalence des catastrophes (à la fois en nombre et en ampleur) suscite plus d'intérêt pour cette question, comme le montre le niveau d'engagement démontré par les bureaux de l'OPS dans les pays et les États Membres (à la fois en termes de liens et de niveau d'activités).
- S'appuyer sur les structures existantes facilite la mise en œuvre des projets : le succès des efforts de préparation au choléra dans les Caraïbes est attribuable en partie à l'expérience préalable des pays des Caraïbes en termes d'élaboration et de tests des plans nationaux pour la pandémie de grippe. Un trop grand nombre d'acteurs pourrait avoir un effet négatif sur la réponse de la santé.
- Un mécanisme pour assurer une participation plus efficace des acteurs du Groupe santé doit être mis en œuvre.
- Il est devenu nécessaire de tirer parti des événements dans les pays et de relier les activités connexes dans le cadre de la coopération technique, par exemple, en appliquant l'indice de sécurité des hôpitaux lors de l'élaboration des plans sanitaires en cas de catastrophes, dans le cadre des activités de formation sanitaire pour faire face aux catastrophes avec des exercices de simulation, et des services de santé mentale à la suite de catastrophes qui comprennent des activités de santé mentale fondamentales.
- Il est nécessaire d'élaborer une stratégie visant à intégrer les réseaux sociaux dans le travail de gestion des catastrophes.

## Rapport de situation sur les RER de l'OS5

<b>RER 5.1 : Les États Membres et les partenaires sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration et le renforcement des plans et des programmes de préparation aux situations d'urgence à tous les niveaux</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes et dépassées)					
<p>En fait, pour tous les indicateurs, des pays supplémentaires ont atteint la cible de l'indicateur. Ce RER reflète la plus grande partie des activités de préparation et d'atténuation de l'Organisation, et le fait que tous les indicateurs ont été atteints — même après avoir dû faire face à des événements sans précédent en Haïti (tremblement de terre massif et épidémie de choléra) et à de graves inondations en Amérique centrale et en Colombie — atteste de l'engagement de l'Organisation à réduire les risques de catastrophe. Il convient de mentionner que, durant la période évaluée, le 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD50.R15, « Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux » —, facilitant ainsi l'adoption par les États Membres d'une politique nationale de réduction des risques, ainsi que leurs activités visant à réaliser l'objectif que tous les nouveaux hôpitaux soient en mesure de poursuivre leurs opérations pendant les catastrophes. En décembre 2011, un total de 29 pays et territoires membres avaient appliqué l'indice de sécurité des hôpitaux ; et la plupart d'entre eux mettent en œuvre des mesures correctrices dans les établissements de santé prioritaires. Les principaux défis pour la prochaine période biennale consisteront à maintenir le niveau de référence et à continuer de fournir progressivement une coopération technique de meilleure qualité alors que les ressources financières et humaines sont limitées.</p>					
Indicateur de RER	2009 Référence	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
5.1.1 : Nombre de pays qui ont mis au point et évalué des plans de préparation aux situations d'urgence pour le secteur sanitaire	31	34	36	35	<p>Référence 2009 : ABM, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU, USA</p> <p>Cible 2011 : DOR, JAM, SCN</p> <p>Cet indicateur a été à la fois atteint et dépassé. Tous les pays cibles (DOR, JAM et SCN) plus deux autres (GRA et SAV) l'ont atteint. Cet indicateur est également en voie d'être dépassé d'ici à la fin de 2013. HAI a œuvré pour atteindre cet indicateur et continuera à travailler dans ce sens au cours de la prochaine période biennale. VEN a décidé d'évaluer son plan de préparation sanitaire aux catastrophes au cours de la prochaine période biennale.</p>

<p>5.1.2 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des programmes pour réduire la vulnérabilité de l'infrastructure sanitaire</p>	<p>21</p>	<p>24</p>	<p>28</p>	<p>30</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, CAN, COL, COR, CUB, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TCA, TRT, USA</p> <p>Cible 2011 : BLZ, CHI, DOR, VEN</p> <p>Cet indicateur a été à la fois atteint et dépassé. L'Initiative pour la sécurité des hôpitaux a incité beaucoup plus de pays que le nombre requis à atteindre cet indicateur. Les pays cibles (BLZ, CHI et DOR) plus quatre (BAR, DOM, GRA et SAL) ont tous atteint l'indicateur à la fin de 2011. Six autres pays (ABM, ANI, SAV, SCN, SUR et VEN) progressent bien et ont bien avancé pour atteindre cet indicateur en 2013. D'autres pays — y compris BRA, GUY, HAI et URU — devraient également travailler sur cet indicateur au cours de la prochaine période biennale.</p>
<p>5.1.3 : Nombre de pays qui déclarent disposer d'un programme sanitaire en cas de catastrophe, doté de personnel à temps plein et d'un budget spécifique</p>	<p>13</p>	<p>14</p>	<p>15</p>	<p>15</p>	<p>Référence 2009 : ARG, CAN, COL, ECU, FDA, FEP, HON, MEX, PAN, PER, TRT, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : BLZ, BOL</p> <p>Cet indicateur a été à la fois atteint et dépassé. Il fallait un pays de plus doté d'un programme sanitaire pour faire face aux catastrophes avec du personnel à temps plein et un budget spécifique en 2011. BLZ et BOL ont déclaré avoir atteint cet indicateur de RER, dépassant l'objectif pour cette période et atteignant déjà l'indicateur pour la prochaine période biennale. Les activités au cours de 2012-2013 viseront à maintenir le niveau de référence et, si possible, à dépasser la cible de l'indicateur dans un ou plusieurs autres pays.</p>

RER 5.2 : Soutien rapide et approprié aux États Membres pour une assistance immédiate aux populations touchées par les crises					En bonne voie
Évaluation du RER (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
<p>Ce RER, à ses débuts, correspondait à des activités de réponse (voir le titre). À compter de cette période biennale (2010-2011), avec l'adoption d'un nouveau RER (5.7), englobant la réponse humanitaire et avec les financements OCR, ce RER recouvre désormais des activités de préparation uniquement. OMS/HQ envisage d'abandonner ce RER pour la prochaine période biennale. Malgré le niveau élevé des opérations de réponse dans la Région des Amériques (en nombre et en ampleur), la Région a continué d'améliorer sa propre préparation. En octobre 2011, une Réunion régionale des coordinateurs en matière de catastrophes dans le domaine santé a eu lieu au Mexique ; à cette occasion, les pays ont demandé un appui supplémentaire de l'OPS pour leurs activités de préparation. Des activités de formation ont été organisées principalement par le biais du Groupe santé et de l'équipe d'intervention en cas de catastrophes (et toutes leurs sous-divisiones), avec une formation de préparation et d'intervention face au choléra (pas seulement en Haïti et en République dominicaine, mais aussi dans le reste des Caraïbes et en Amérique centrale). Le caractère limité des ressources humaines disponibles en cas de catastrophe est lié au fait que les pays sont réticents à libérer leur personnel — surtout pendant la saison des ouragans. Les indicateurs de ce RER et le RER sont en bonne voie et devraient être atteints à la fin de 2013. Pour plus d'informations sur les activités de réponse, voir le RER 5,7.</p>					
Indicateur de RER	2009 Référence	Cible 2011	Atteint	Cible 2013	Commentaires
5.2.1 : Nombre de programmes de formation régionaux pour les opérations de réponse face aux urgences	6	7	7	7	Cet indicateur a été atteint. L'OPS a organisé sept programmes de formation régionaux sur les opérations de réponse. La session de formation régionale de l'équipe de réponse aux catastrophes a eu lieu en novembre 2011. Les six autres programmes de formation sont les suivants : formation des coordinateurs du Groupe santé (dernière effectuée en juin 2011), préparation et réponse à une épidémie de choléra (qui a formé plus de 100 personnes), gestion des approvisionnements et système de soutien logistique (SUMA/LSS), équipe d'intervention régionale en cas d'épidémie, formation régionale à la logistique (plateforme logistique), équipe d'intervention régionale WASH (eau et hygiène sanitaire).



<p>5.2.2 : Pourcentage de situations d'urgences pour lesquelles la réponse démarre dans les 24 heures qui suivent la demande</p>	<p>100 %</p>	<p>100 %</p>	<p>100 %</p>	<p>100 %</p>	<p>Cet indicateur a été atteint. Au cours de cette période biennale, la réponse a été mise en place conformément aux spécifications de cet indicateur aux BAH, DOR et HAI (à la fois pour le tremblement de terre et pour l'épidémie de choléra) — ainsi que pour les inondations en Amérique centrale (GUT, HON, NIC et ELS). D'autres catastrophes au cours de cette période biennale comprennent BOL (inondations), CHI (tremblement de terre), COL (inondations) et NIC et PAN (inondations). En outre, un soutien technique a été fourni aux pays à la suite du Tsunami au Japon (accident nucléaire, en collaboration avec HSS) et de l'éruption volcanique en ECU.</p>
<p><b>RER 5.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour réduire le risque dans le secteur de la santé en cas de catastrophe et pour garantir le rétablissement le plus rapide des populations touchées</b></p>					<p><b>En bonne voie</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)</p>					
<p>La participation de l'OPS à la reconstruction a augmenté au cours des dernières années. Au cours de cette période biennale, des fonds de rétablissement ont été obtenus pour DOR à la suite de l'ouragan de 2008 et un accord a été signé avec la Banque mondiale (BM) pour un financement émanant du Ministère du développement international du Royaume-Uni (DFID) afin de s'assurer que des mesures d'atténuation sont incorporées dans tous les nouveaux hôpitaux en Haïti. Grâce à ce financement, une personne a été détachée dans l'unité infrastructure du ministère de la santé en Haïti. En vue d'accroître la prévention et la lutte contre le choléra en DOR, des activités spécifiques ont ciblé les populations les plus vulnérables, comme les prisonniers dans des établissements carcéraux surpeuplés. À la suite de ce projet, aucun nouveau cas de choléra n'a été déclaré.</p> <p>L'OPS a participé à l'élaboration de l'évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA) pour Haïti, avec le recrutement d'un expert de haut niveau. En outre, la PDNA a une composante opérationnelle pour la santé. Au cours de cette période biennale, deux processus d'appel consolidés (PAC) ont été lancés pour Haïti ; et dans les deux cas, le secteur de la santé a été bien représenté. Le PAC 2011 a suscité une bonne réponse. Cependant, la réponse au PAC 2012 n'est pas claire, dans la mesure où les fonds sont généralement orientés vers les besoins de la réponse immédiate.</p>					

Indicateur de RER	2009 Référence	Cible 2011	Atteint	Cible 2013	Commentaires
5.3.1 : Pourcentage d'évaluations des besoins post- conflit et post- catastrophe menées qui contiennent une composante santé sexospécifique	100 %	100 %	100 %	100 %	Cet indicateur a été atteint. Au cours de la période biennale, les évaluations sanitaires de l'OPS en réponse aux inondations en Amérique centrale et à l'ouragan Irène aux BAH ont inclus une composante sexospécifique. Toutes les évaluations effectuées au cours de cette période comprenaient un volet sexospécifique. Par exemple, les évaluations sanitaire de l'OPS, en réponse à l'épidémie de choléra en HAI et DOR, comprenaient une composante sexospécifique. L'évaluation sanitaire suite à l'éruption volcanique en ARG et au CHI comprenait des données sur le sexe, l'âge et les groupes ethniques.
5.3.2 : Pourcentage de plans d'action humanitaires pour des urgences complexes et d'appels consolidés qui comportent des volets stratégiques et opérationnels en matière de santé	100 %	100 %	100 %	100 %	Cet indicateur a été atteint. Tous les plans d'action humanitaire des Nations Unies comprenaient un volet santé. Au cours de cette période biennale, HAI a préparé un appel éclair et deux PAC. En outre, dans tous les autres appels des Nations Unies, le secteur de la santé était bien représenté. Un autre appel éclair a été préparé pour ELS, avec une composante santé. En outre, COL a préparé un plan d'action humanitaire dans lequel une composante spécifique est consacrée au secteur de la santé.
<b>RER 5.4 : Les États Membres sont soutenus au moyen d'une coopération technique coordonnée pour renforcer la préparation, la remise en état et la réduction des risques dans des secteurs tels que les maladies transmissibles, la santé mentale, les services sanitaires, la salubrité des aliments et la radioactivité</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
Ce RER est en bonne voie pour être atteint d'ici à la fin de 2013. C'est le RER où les activités interprogrammatiques de l'Organisation pour la gestion des catastrophes sont les mieux reflétées. De la réponse au H1N1 en 2009, en passant par la réponse au séisme et au choléra en Haïti, jusqu'aux récentes inondations en Amérique centrale, la collaboration entre les différents secteurs techniques — en particulier entre PED, SDE et HSD — s'est considérablement améliorée. Au nombre des exemples de cette solide collaboration, on peut mentionner le système d'alerte et de réponse créé en HAI à la suite de l'épidémie de choléra (HSD, SDE, PED et PROMESS), avec des équipes déployées sur le terrain ; la coordination pour fournir des conseils techniques aux pays de la Région suite à la catastrophe nucléaire au Japon (HSS et PED) ; et la participation des différents secteurs techniques au Groupe santé — pour n'en citer que quelques-uns. Par ailleurs, en coordination avec HSD, KMC et PED — une nouvelle stratégie de réponse					

institutionnelle a été élaborée en définissant trois niveaux d'activation ; elle devrait être approuvés en temps opportun par EXM.					
Indicateur de RER	2009 Référence	Cible 2011	Atteint	Cible 2013	Commentaires
5.4.1 : Pourcentage de pays en situation d'urgence où une évaluation globale des risques de maladies transmissibles a été effectuée et un profil et des outils épidémiologiques ont été élaborés et diffusés aux organismes partenaires	100 %	100 %	100 %	100 %	Avec HSD, tous les pays touchés par des situations d'urgence ont eu une évaluation du risque de maladies transmissibles réalisée chaque fois que cela était nécessaire. Des évaluations des risques de réapparition du choléra ont été exécutées en HAI et DOR, dans le contexte de la saison des pluies et à la suite des inondations en Amérique centrale. Le Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC) a effectué des évaluations des risques hebdomadaires basées sur les données communiquées par les pays. Des activités ont été ajoutées en fonction des besoins.
5.4.2 : Pourcentage de situations d'urgences au cours desquelles une coopération technique coordonnée (équipe spéciale du BSP) est fournie, si nécessaire	100 %	100 %	100 %	100 %	Au cours de ce semestre, le groupe de travail du BSP a été convoqué afin de coordonner la réponse aux inondations en Amérique centrale. Au cours de cette période biennale, le groupe de travail du BSP a également été appelé à coordonner la réponse au séisme et à l'épidémie de choléra en HAI, au tremblement de terre au CHI et à la marée noire dans le golfe du Mexique.
<b>RER 5.5 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer l'état de préparation national et pour établir des mécanismes d'alerte et de réponse lors de situations d'urgence en matière de salubrité des aliments et de santé environnementale</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, une dépassant la cible pour 2011)					
Ce RER est celui pour lequel l'issue est la plus incertaine parmi les 7 RER de cet OS en ce qui concerne les cibles pour 2013. Tous les pays de la Région participent activement au réseau mondial des infections d'origine alimentaire. Les activités au cours de cette période étaient destinées à obtenir une réponse d'urgence adéquate face aux maladies d'origine alimentaire dans les pays. Des urgences liées à la sécurité des aliments ont été incluses dans le système de gestion des événements au cours de cette période biennale. Le défi consiste maintenant à ce que d'autres pays nomment des points focaux officiels pour le réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN). L'élaboration de plans d'intervention d'urgence du secteur de la santé en cas d'accidents chimiques et radiologiques en République dominicaine, à la Jamaïque et dans les Caraïbes du Nord garantit la coordination avec d'autres acteurs dans la réduction de l'impact sur la santé de ces types de situations d'urgence. Deux des indicateurs de ce RER (5.5.1 et 5.5.2) ont été inclus à la demande de l'OMS — mais l'OMS est maintenant sur le point de les					

abandonner. Néanmoins, OPS a l'intention de continuer à travailler sur ces questions avec les pays membres. En raison des financements et d'autres priorités, cependant, il se peut que les cibles ne puissent pas être atteintes d'ici à la fin de 2013.					
Indicateur de RER	2009 Référence	Cible 2011	Atteint	Cible 2013	Commentaires
5.5.1 : Nombre de pays qui disposent d'une capacité de réponse face aux urgences en matière de salubrité des aliments	19	24	27	30	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : BAH, BLZ, DOR, ELS, TRT</p> <p>Cet indicateur a été atteint, étant donné que les cinq pays cibles (BAH, BLZ, DOR, ELS et TRT) déclarent l'avoir atteint. En outre, FEP, NEA et PUR ont atteint cet indicateur. Même si l'indicateur a été dépassé pour cette période biennale, certaines préoccupations subsistent concernant la réalisation de cette cible d'indicateur au cours de la prochaine période biennale. Cet indicateur de RER a été ajouté à la demande de l'OMS/HQ, bien qu'ils soient maintenant sur le point de l'abandonner. Néanmoins, l'OPS prévoit de continuer à travailler avec les pays sur cette question.</p>
5.5.2 : Nombre de pays qui disposent de plans nationaux pour les activités de préparation, d'alerte et de réponse en ce qui concerne les urgences sanitaires chimiques, radiologiques et environnementales	24	26	26	28	<p>Référence 2009 : ABM, ARG, BAR, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, FDA, FEP, GUT, HON, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU, USA</p> <p>Cible 2011 : DOR, JAM</p> <p>L'indicateur a été atteint, puisque les deux pays cibles (DOR et JAM) déclarent l'avoir atteint. Cet indicateur a également été inclus à la demande de l'OMS/HQ, bien qu'il soit en passe d'être supprimé du plan de travail de l'OMS. Toutefois, la Région est bien placée pour atteindre cet objectif.</p>
5.5.3 : Nombre de pays dotés de points focaux pour le réseau international des autorités chargées de la salubrité des aliments	29	30	30	32	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, JAM, MEX, NEA, NIC, PAR, PER, SCN, SAL, TRT, USA, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : Maintien</p>

					Comme indiqué dans les évaluations antérieures au cours de la période biennale précédente, seul un pays était supposé nommer un Point focal pour INFOSAN. Cependant, DOR et GUT ont atteint ce résultat en 2009, à la fois pour la période biennale d'alors et pour 2010-2011. Le défi pour la prochaine période biennale consisterait à avoir deux pays supplémentaires avec des Points focaux INFOSAN.
--	--	--	--	--	--

<b>RER 5.6 : Des communications efficaces sont émises, des partenariats sont formés et une coordination est mise en place avec des organisations du système des Nations Unies, des gouvernements, des organisations non gouvernementales locales et internationales, des institutions universitaires et des associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial</b>	<b>En bonne voie</b>
---	----------------------

**Évaluation du RER**  
(3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes)

Ce RER est en bonne voie pour être atteint d'ici à la fin de 2013. Il est prévu que l'OMS ne l'inclut pas pour la prochaine période biennale. Cependant, l'OPS estime que — étant donné qu'il reflète un travail important réalisé par l'Organisation — ce RER devrait continuer de faire partie du Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS au moins au cours de la prochaine période biennale. Il s'agit d'un RER transversal, dans la mesure où il établit de solides relations de collaboration dans la gestion des catastrophes du niveau mondial jusqu'au niveau local, ce qui a un impact sur l'ensemble du programme de coopération technique (la préparation, l'atténuation et la réponse). Au cours de cette période biennale, l'OPS a réussi à maintenir ou à développer des partenariats avec des organisations de gestion des catastrophes. L'OPS a également publié des rapports appropriés et en temps opportun à la suite de toutes les situations d'urgence dans la Région et même sur les effets sur la santé de la situation d'urgence radiologique au Japon. En outre, un rapport — qui n'était pas exigé aux termes des accords avec les bailleurs de fonds — a été publié 2 mois et 9 mois après le séisme en Haïti. L'OPS continue de fournir un Bulletin du Groupe santé pour HAI et joue un rôle important dans le Groupe santé mondial en fournissant un dirigeant de Groupe pour les opérations au Pakistan.

Indicateur de RER	2009 Référence	Cible 2011	Atteint	Cible 2013	Commentaires
5.6.1 : Proportion d'urgences lors desquelles le groupe santé des Nations Unies, tel que défini par la réforme humanitaire de l'ONU, est opérationnel, si nécessaire	100 %	100 %	100 %	100 %	Le Groupe santé des Nations Unies, tel que défini dans le cadre de la réforme humanitaire de l'ONU, a été opérationnel dans toutes les situations d'urgence où il a été appelé à intervenir (COL, DOR, et HAI).

<p>5.6.2 : Nombre de mécanismes et de groupes de travail inter agences régionaux liés aux urgences auxquels l'OPS/OMS participe activement</p>	8	9	9	10	<p>L'OPS participe activement à des groupes de travail et des partenariats fluides : le Comité andin de prévention des catastrophes et d'intervention en cas de catastrophe (CAPRADE) ; le Centre de coordination pour la prévention des catastrophes naturelles en Amérique centrale (CEPRENAC) ; le Groupe santé mondiale ; l'Agence caribéenne de gestion des urgences en cas de catastrophe (CDEMA) ; le Groupe consultatif sur l'atténuation des catastrophes de la Banque mondiale (WB/DIMAG) ; le Centre régional d'information sur les catastrophes (CRID) ; le Réseau d'information humanitaire d'Amérique latine et des Caraïbes (REDHUM) ; le Groupe de travail interinstitutions régional sur les risques, les situations d'urgence et les catastrophes en Amérique latine et dans les Caraïbes (REDLAC) ; la stratégie internationale des Nations Unies pour la réduction des catastrophes (UNISDR), et — pour obtenir de généreuses donations—<a href="http://www.saberdonar.org">www.saberdonar.org</a> (englobant tout le système des Nations Unies plus un large éventail d'organisations non gouvernementales).</p>
<p>5.6.3 : Pourcentage de catastrophes pour lesquelles les rapports préparés par l'ONU et les pays comprennent des informations sanitaires</p>	100 %	100 %	100 %	100 %	<p>Les rapports sur les catastrophes émanant des Nations Unies et des pays incluaient des informations sur la santé. Les catastrophes les plus pertinentes au cours de cette période biennale comprenaient HAI (tremblement de terre et épidémie de choléra), CHI (tremblement de terre) ; Amérique centrale, BOL et COL (inondations) et BAH (ouragan Irène). Les pays de la Région ont été informés de la situation d'urgence radiologique au Japon et des informations techniques appropriées leur ont été communiquées.</p>

<b>RER 5.7 : Des opérations d'urgence, de réhabilitation et de remise en état sont menées en temps opportun et efficacement, lorsque cela est nécessaire</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
<p>Le séisme en Haïti a constitué l'effort humanitaire le plus massif jamais réalisé par l'OPS ainsi que par la communauté humanitaire en général ; un nombre record de personnes ont été déployées et de fonds mobilisés. La coordination a été assurée malgré les difficultés, le principal défi tenant au nombre incroyable d'acteurs qui ont répondu et à leurs différents niveaux de compétences et de capacités.</p> <p>Ceci a été suivi par une autre vague d'activités en raison de l'épidémie de choléra en octobre 2010, où une approche décentralisée (basée sur les équipes sur le terrain) s'est révélée fructueuse. L'OPS a fourni une assistance au Pakistan en apportant des ressources humaines pour des rôles de leadership.</p> <p>Un grand défi tient au fait que les bailleurs de fonds sont désireux d'apporter un appui de très grande ampleur pour les catastrophes qui ont une forte visibilité, mais pas pour des activités liées à la préparation et au renforcement institutionnel entre les catastrophes. Par conséquent, de nombreuses activités doivent s'arrêter une fois que les fonds arrivent à expiration. En ce qui concerne les inondations en Amérique centrale, où les précipitations estimées étaient supérieures à celles de l'ouragan Mitch, la réponse de la communauté internationale a été limitée en raison de différents facteurs, y compris des questions politiques.</p>					
Indicateur de RER	2009 Référence	Cible 2011	Atteint	Cible 2013	Commentaires
5.7.1 : Pourcentage de situations d'urgence pour lesquelles l'OPS/OMS mobilise des ressources nationales et internationales pour les opérations, lorsque cela est nécessaire	100 %	100 %	100 %	100 %	Toutes les situations d'urgence qui ont sollicité l'appui de l'OPS ont obtenu une réponse dans les 24 heures. HAI (tremblement de terre et choléra) ; DOR, CHI, GUT, Amérique centrale (inondations) ; et BAH (ouragan Irène), etc. La Région a connu deux catastrophes majeures au cours du premier semestre 2010, suivies par l'épidémie de choléra au cours du second semestre de cette même année.
5.7.2 : Pourcentage d'opérations de remise en état pour lesquelles des interventions sanitaires sont mises en œuvre, lorsque cela est nécessaire	100 %	100 %	100 %	100 %	Le PAC 2011 en HAI et le nouveau PAC 2012 en HAI comprennent tous deux un volet santé. Un projet a été développé pour offrir un soutien et des conseils sur la reconstruction en HAI, dans le cadre de l'initiative de l'OPS-BM/DFID. La PDNA réalisée en HAI comprend une composante santé, et l'OPS participe à toutes les discussions et réunions sur le rétablissement en HAI.



## Rapport de situation sur l'OS6

<b>OS6 : Promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$15 962 000	\$7 290 000	\$6 269 697	\$13 559 697	91 %	85 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b>					
L'Objectif stratégique (OS) 6 est en bonne voie pour atteindre ses cibles de 2013. Les six Résultats attendus à l'échelle de la Région (RER) sont évalués comme étant en bonne voie.					
<b>Indicateur 1 de l'OS : Nombre de pays faisant état d'une réduction de 10 % du taux de prévalence du tabagisme</b>					
Référence : 3 pays en 2007					
Cible : 10 pays d'ici à 2013 (s'applique aux 20 pays qui ont des informations dans la base de données de l'OMS)					
La Région est en bonne voie pour atteindre la cible de 10 pays faisant état d'une réduction de 10 % de la prévalence du tabagisme d'ici à 2013. Sept pays ont réduit leur prévalence de 10 % ou plus entre 2007 et 2009.					
<b>Indicateur 2 de l'OS : Nombre de pays qui ont stabilisé ou réduit la prévalence de l'obésité adulte chez les hommes et les femmes</b>					
Référence : 0 pays en 2007.					
Cible: 5 pays d'ici à 2013 (cet indicateur s'applique aux 15 pays ayant des données représentatives nationales actualisées dans la base de données mondiale de l'OMS sur l'obésité)					
À ce jour, deux pays ont stabilisé ou réduit la prévalence de l'obésité adulte chez les femmes. La cible de cet indicateur est de cinq pays ayant stabilisé ou réduit la prévalence de l'obésité adulte chez les hommes et les femmes d'ici à 2013.					
<b>Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays qui ont réduit les résultats indésirables de rapports sexuels non protégés, comme mesuré par une réduction du taux de prévalence estimée de cas de VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans à 0,46/100 ou moins pour les jeunes filles et 0,79/100 ou moins pour les jeunes hommes en Amérique latine et 3,30/100 ou moins pour les jeunes filles et 2,51/100 ou moins pour les jeunes hommes dans les Caraïbes</b>					
Référence pour l'Amérique latine : 11 pays en 2006					
Cible pour l'Amérique latine : 20 pays d'ici à 2013					
Référence pour les Caraïbes: 4 pays en 2006					
Cible pour les Caraïbes: 7 pays d'ici à 2013					
La cible pour l'Amérique latine présente des risques car seuls 12 pays ont réduit le taux de prévalence estimée ; mais la cible pour les Caraïbes a déjà été dépassée, 9 pays ayant réduit leur taux de prévalence estimée.					



### Évaluation de l'OS en 2010–2011

OS 6 est évalué comme étant en bonne voie pour 2010-2011, étant donné que ses 6 RER sont en bonne voie et que 12 de ses 14 indicateurs de RER ont atteint leurs cibles pour 2011.

Des progrès notables ont été réalisés dans la Région des Amériques en matière de promotion de la santé, avec des initiatives sur la santé en milieu urbain, la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine, et la promotion de comportements sexuels plus sûrs. Des progrès ont été réalisés en termes de surveillance améliorée des facteurs de risque et de réglementation sur le tabac et l'alcool. Bien qu'il soit actuellement en bonne voie, la réalisation de l'OS 6 d'ici à 2013 sera fonction de la disponibilité de ressources humaines et financières au cours de la prochaine période biennale afin que ses activités puissent être menées à bien.

#### Principales réalisations

- Au cours de cette période biennale, plusieurs résolutions liées à l'OS 6 ont été approuvées par le Conseil directeur de l'OPS.

Elles comprennent ce qui suit :

- une stratégie et un plan d'action sur la santé en milieu urbain
  - un plan d'action sur la sécurité routière
  - une stratégie sur la toxicomanie et la santé publique
  - une résolution sur le « Renforcement de la capacité des États Membres à mettre en œuvre les dispositions et les lignes directrices de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac »
  - un plan d'action sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique
  - un plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool
- Parmi les autres grandes réalisations pour cette période biennale, on peut citer :
    - La Journée mondiale de la santé (JMS) 2010 sur l'urbanisme et les modes de vie sains, ainsi que l'organisation de la formation sur l'outil d'évaluation et de réponse pour l'équité en santé urbaine (*Urban HEART*) dans 27 pays.
    - Le système de surveillance mondial normalisé en milieu scolaire a été introduit dans 11 autres pays, et sa mise en œuvre est achevée dans 5 pays. À la fin de 2011, 22 pays de la Région font maintenant partie de l'enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (GSHS). La Région des Amériques est la région qui a mis en œuvre la GSHS le plus rapidement, ayant atteint une couverture presque complète dans la Région d'Amérique latine et des Caraïbes.
    - S'agissant des systèmes de surveillance nationaux des facteurs de risque, les pays ont généré des données de manière normalisée, guidés par les instruments de l'OPS.
    - Dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, au cours de cette période biennale, 2 autres pays sont devenus parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC). En outre, 7 autres pays ont adopté une législation pour un environnement 100 %, sans fumée (ESF), 3 autres pays ont adopté des interdictions sur la publicité, la promotion et le parrainage du tabac et 6 pays supplémentaires ont maintenant des réglementations sur l'emballage et l'étiquetage des produits du tabac.
    - En ce qui concerne l'alcool et la toxicomanie, un total de 23 pays ont participé à la réunion mondiale des homologues nationaux en 2011 ; et 8 pays ont adopté des amendements législatifs ou normatifs pour réduire l'usage nocif de l'alcool.
    - Des progrès ont également été accomplis dans le domaine de la santé sexuelle, et l'intégration de la promotion de programmes sur la santé sexuelle dans les plans nationaux des pays a suscité un intérêt accru.

### **Principaux défis**

- Une des difficultés rencontrées au cours de cette période biennale a consisté à organiser et soutenir des initiatives de promotion de la santé.
- L'approche des environnements sains prend de l'ampleur dans le cadre du programme renouvelé de la Promotion de la santé (PS), l'accent étant mis sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Toutefois, des efforts sont nécessaires au cours de la prochaine période biennale pour produire une nouvelle stratégie de promotion de la santé dans les écoles approuvée par le Conseil directeur de l'OPS à la demande des pays.
- Assurer la durabilité des systèmes de surveillance des facteurs de risque (FR) en collectant de bonnes informations et en les utilisant pour des interventions de réduction des FR dans les pays constitue un défi supplémentaire. Il est également recommandé que la surveillance des maladies non transmissibles (MNT) soit maintenue comme une priorité au sein des systèmes d'information de la santé et que des ressources ordinaires soient affectées à cette problématique.
- Pour les initiatives de lutte antitabac, l'ingérence de l'industrie du tabac — y compris les campagnes de responsabilité sociale des entreprises — continue de constituer un défi.
- Dans le domaine de la consommation d'alcool, le défi d'une augmentation de la consommation d'alcool dans la Région subsiste en raison des investissements réalisés par l'industrie de l'alcool pour augmenter sa part de marché dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

### **Enseignements tirés**

- La Journée mondiale de la santé (JMS) peut servir à promouvoir des concepts novateurs, comme cela a été le cas avec le lancement des initiatives sur la santé en milieu urbain au cours de la JMS de 2010.
- La consolidation des réseaux scolaires de promotion de la santé (PS) exige du temps et des activités de coopération technique. Les programmes mondiaux relatifs aux déterminants sociaux de la santé et aux maladies non transmissibles (MNT) exigent des circuits de diffusion — tels que les réseaux existants de PS — pour atteindre les milieux où les gens travaillent, vivent et apprennent.
- Bien que les pays aient démontré leur capacité à mettre en place une surveillance des FR et des maladies non transmissibles, sa durabilité continue de constituer un défi, car elle requiert des ressources humaines et bien formées ainsi que des ressources financières stables.
- Avec des ressources adéquates, la cible d'un système de surveillance normalisé en milieu scolaire pour toute la Région peut être atteinte rapidement dans les Amériques.
- S'agissant de la question de la lutte contre le tabagisme, un élément très positif a été le soutien et la solidarité témoignés par les autres pays, lorsque la législation sur le tabac d'un pays a été attaquée par l'industrie du tabac.
- En ce qui concerne la consommation d'alcool, cette question doit encore être mieux comprise comme enjeu majeur pour la santé, y compris au sein du secteur de la santé.
- Sur le plan de la promotion de la santé sexuelle, la coopération technique en vue de promouvoir des comportements sexuels plus sûrs constitue une composante qui nécessite une articulation plus étroite avec d'autres agences des Nations Unies — le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) — ainsi qu'avec d'autres parties prenantes.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS6

<b>RER 6.1 : Les États Membres sont soutenus au moyen d'une coopération technique pour renforcer leur capacité à promouvoir la santé dans l'ensemble des programmes pertinents et établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires efficaces pour la promotion de la santé et la prévention ou la réduction des principaux facteurs de risque</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (3 cibles d'indicateurs du RER sur 3 atteintes, 2 dépassant à la fois les cibles pour 2011 et 2013)					
<p>Le RER 6.1 est en bonne voie. Il a atteint toutes ses cibles pour 2011 et a même dépassé l'une de ses cibles pour 2013. Des progrès notables ont été accomplis sur le plan de l'adoption de la promotion de la santé comme stratégie et la santé en milieu urbain et scolaire comme un champ de politiques et de pratiques. Les pays font encore face au défi du développement organisationnel et de la continuité, mais la synergie issue des mandats récents émanant du 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS (CD51) sera utile.</p> <p>Les principales réalisations régionales comprennent des publications sur les tendances de la promotion de la santé, des forums sur la promotion de la santé et la santé en milieu urbain, l'approbation de la Stratégie et du Plan d'action sur la santé en milieu urbain et la fourniture d'outils pour assurer l'équité dans la planification urbaine. Parmi les autres réalisations importantes, on peut citer les contributions à la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (UNHLM sur les MNT), avec le livre blanc sur les maladies non transmissibles, suivi de la mise en œuvre réussie de l'initiative de la semaine sur le bien-être dans 23 villes des Amériques. Le lancement du cours en ligne sur la promotion de la santé est une ressource qui va être intégrée dans l'ensemble de l'Organisation.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
6.1.1 : Nombre de pays qui disposent de politiques et de plans de promotion de la santé dotés de ressources	18	18	26	20	Référence 2009 : ARG, BAH, BAR, BLZ BOL, BRA, CAN, CHI, COR, DOR, FEP, GUY, HON, MEX, PER, SAV, TRT, USA  Cible 2011 : COL, CUB, ECU, ELS, JAM, PAN, PAR, URU  Les cibles pour 2011 et 2013 ont été dépassées. Tous les pays de référence ont maintenu l'indicateur, et 7 des 8 pays cibles l'ont atteint au cours de cette période biennale (COL, ECU, ELS, JAM, PAN, PAR et URU). CUB ne l'a pas atteint au cours de cette période biennale. Cependant, CUB sera inclus comme pays cible pour 2012-2013. Bien que NIC n'ait pas été un pays cible, il a réussi à atteindre l'indicateur au cours de 2010-2011.

					<p>Les pays ont progressé sur le plan de l'élaboration de politiques et de plans à l'échelle nationale, ayant transformé la théorie en action en fournissant des services de promotion de la santé, des politiques intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) et la santé environnementale, et un soutien à l'initiative des environnements sains (y compris le soutien aux initiatives pour des municipalités et des écoles en bonne santé). Ils ont également fourni un appui à d'autres programmes dans les domaines des maladies à transmission vectorielle (MTV), de la violence, de la dengue, du VIH, de la santé sexuelle et génésique et des MNT</p>
6.1.2 : Nombre de pays avec des réseaux d'écoles saines (ou équivalent)	10	13	13	15	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, CAN, CHI, COL, CUB, ECU, ELS, FEP, MEX</p> <p>Cible 2011 : BLZ, GUY, PER, URU</p> <p>La cible pour 2011 a été atteinte. Trois pays cibles ont atteint l'indicateur (BLZ, GUY et PER). URU va probablement atteindre la cible au premier semestre 2012.</p>
6.1.3 : Nombre de pays qui adoptent le cadre conceptuel de santé urbaine de l'OPS/OMS	2	4	7	5	<p>Référence 2009 : ARG, BRA</p> <p>Cible 2011 : CHI, FEP, MEX</p> <p>La cible pour 2011 a été dépassée. Les trois pays cibles ont atteint l'indicateur au cours de cette période biennale.</p> <p>ARG a un réseau actif de municipalités en bonne santé et a élaboré des politiques sur la santé en milieu urbain, contribuant au Forum sur la santé en milieu urbain. BRA a activement mis en place l'initiative sur les municipalités en bonne santé au niveau infranational. Les pays montrent également des cas qui illustrent la mise en œuvre future de la Stratégie et du Plan d'action sur la santé en milieu urbain. COL et SUR</p>

					ont également atteint cet indicateur, même s'ils ne faisaient pas partie des pays cibles. ELS a agi sur la santé en milieu urbain, qu'il a prise en compte dans ses politiques et pour les soins de santé primaires ainsi que pour les personnes vivant dans des bidonvilles
<b>RER 6.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen d'une coopération technique permettant de renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs, au moyen de l'élaboration et de la validation de cadres d'action, d'outils et de modes opératoires, ainsi que leur diffusion</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, 2 dépassant la cible pour 2011 et 1 non atteinte)					
Le RER 6.2 est en bonne voie. L'importance de ce RER a été reconnue par les gouvernements et les professionnels, et la coopération technique de l'OPS est bien reçue et appréciée. L'évaluation de fin de la période biennale montre que, malgré des ressources limitées, les pays liés à ce RER — ainsi que les autres — ont réussi à produire des données qui ont été recueillies et analysées selon la méthode normalisée recommandée. Pour la prochaine période biennale, l'attention doit être focalisée sur la durabilité de la surveillance des facteurs de risque, en continuant à élaborer un système d'information solide et à l'utiliser pour des interventions au niveau des pays visant à réduire les facteurs de risque. La connaissance des divers niveaux de facteurs de risque parmi des groupes de population différents constitue un point de départ essentiel pour la planification des interventions sur le contrôle et la réduction des facteurs de risque.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
6.2.1 : Nombre de pays qui ont établi un système de surveillance national opérationnel en utilisant la méthodologie Pan Am STEPS [Pan American Stepwise approach to chronic disease risk factor surveillance] pour la publication de rapports réguliers sur les principaux facteurs de risques de santé chez les adultes	10	15	21	20	Référence 2009 : ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COR, GUT, NEA, PAR, URU  Cible 2011 : ABM, BAR, DOM, SCN, TRT  La cible pour 2011 a été dépassée. Tous les pays de référence ont atteint l'indicateur et ont réalisé de bons progrès dans la mise en œuvre des mesures PanAm. Les pays cibles ont également atteint l'indicateur. JAM et PAN, pays cibles pour 2013, ont atteint l'indicateur avant la date prévue. Ainsi, ils sont inclus dans le nombre de pays qui l'ont atteint en 2011. En outre, plusieurs pays non cibles ont atteint l'indicateur au cours de cette période biennale (BOL, GRA, NCA et NIC).

<p>6.2.2 : Nombre de pays qui ont développé un système national de surveillance opérationnel en utilisant l'enquête sanitaire sur les étudiants au niveau des écoles (Enquête globale de santé scolaire) et qui produisent des rapports réguliers sur les principaux facteurs de risque de santé chez les jeunes</p>	<p>11</p>	<p>23</p>	<p>16</p>	<p>30</p>	<p>Référence 2009 : ABM, CHI, COL, GUT, GUY, ECU, SAV, SAL, TRT, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : ARG, BLZ, COR, ECU, ELS, FDA, GRA, MEX, NCA, NIC, PER, SCN, SUR</p> <p>La cible pour 2011 n'a pas été atteinte au cours de cette période biennale. Les cinq pays cibles suivants n'ont pas atteint l'indicateur : BLZ, COR, PER, SCN et SUR. ELS va probablement atteindre la cible au début de 2012.</p>
<p>6.2.3 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre les indicateurs normalisés applicables aux maladies chroniques et aux facteurs de risque dans le cadre de l'Initiative régionale de l'OPS sur les données sanitaires de base et les profils des pays</p>	<p>8</p>	<p>10</p>	<p>12</p>	<p>12</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, BAR, BLZ, BRA, CAN, CHI, USA</p> <p>Cible 2011 : ABM, DOM, JAM</p> <p>La cible pour 2011 a été dépassée. Les trois pays cibles (ABM, DOM et JAM) ont atteint la cible. PAR, un pays cible pour 2013, l'a atteinte plus tôt que prévu. Le Programme régional sur la prévention et la lutte contre les maladies chroniques a des indicateurs dans deux publications statistiques de l'OPS : les données fondamentales de la santé et les données de base régionales sur les MNT.</p>

**RER 6.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique en matière de politiques, stratégies, programmes et directives fondés sur des données probantes et déontologiques pour prévenir et réduire l'usage du tabac et ses problèmes connexes**

**En bonne voie**

**Évaluation du RER**

(3 cibles d'indicateur de RER sur 4 atteintes, 3 dépassant la cible pour 2011 et 1 ne l'ayant pas atteinte)

Le RER 6.3 est en bonne voie. Au cours de la période biennale, le nombre de Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC) est passé à 29. Deux pays qui ne sont pas Parties à la Convention (ARG et ELS) ont adopté une législation complète sur la lutte antitabac. Les Caraïbes sont encore la sous-région qui a fait le moins de progrès dans ce domaine. Cependant, outre la législation pour un

environnement sans fumée (ESF) adoptée par la Barbade et Trinité-et-Tobago, deux autres pays (ANT et le Guyana) ont préparé un projet de loi qui doit être présenté à leur Parlement ; et le Suriname a une législation ESF en cours d'examen au sein de son Parlement. Là encore, le plus grand défi tient à l'ingérence de l'industrie du tabac. Elle revêt différentes formes, allant de subtiles pressions sur les gouvernements jusqu'à des initiatives de responsabilité sociale des entreprises au niveau des pays qui rendent les pays dépendants de l'argent de l'industrie du tabac. La cible de la surveillance du tabac n'a pas été atteinte car le bailleur de fonds a pris la décision de réviser les enquêtes et de les mener à bien au cours de la prochaine période biennale.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
6.3.1 : Nombre de pays qui ont adopté une législation concernant l'interdiction de fumer dans tous les espaces publics et tous les lieux de travail (publics et privés), conformément à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	5	5	14	7	Référence 2009 : CAN, COL, GUT, PAN, URU  Cible 2011 : BLZ, HON, PAR, PER, TRT, VEN  Les cibles 2011 et 2013 ont été dépassées. Sur les 6 pays cibles, 4 ont atteint la cible (HON, PER, TRT et VEN). BAR et ECU, pays cibles pour 2013, ont atteint la cible plus tôt que prévu et sont donc inclus parmi les pays ayant atteint cet indicateur en 2011. BLZ et PAR seront des pays cibles pour 2013. Trois pays non-cibles ont également atteint l'indicateur au cours de cette période biennale (ARG, BRA et ELS).
6.3.2 : Nombre de pays qui ont adopté des interdictions sur la publicité, la promotion et le parrainage des produits du tabac, conformément à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac	3	3	7	4	Référence 2009 : COL, PAN, URU  Cible 2011 : ECU  La cible pour 2011 a été dépassée et la cible pour 2013 a été atteinte. ECU a adopté une interdiction très complète sur la publicité, la promotion et le parrainage pour le tabac. ARG, BRA et ELS ont également adopté une interdiction totale, même s'ils n'étaient pas des pays cibles.
6.3.3 : Nombre de pays qui ont adopté des réglementations sur le conditionnement et l'étiquetage	10	17	19	23	Référence 2009 : BRA, CAN, CHI, COL, CUB, JAM, MEX, PAN, URU, VEN  Cible 2011 : ARG, ECU, ELS, HON, NIC, PER, TRT

des produits du tabac, conformément à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac					La cible pour 2011 a été atteinte. Les 7 pays cibles ont atteint la cible au cours de cette période biennale, et tous les pays de référence ont maintenu l'indicateur. Deux pays non-cibles ont également atteint l'indicateur au cours de cette période (BOL et USA).
6.3.4 : Nombre de pays qui ont mis à jour au moins une des composantes du système mondial de surveillance du tabac (SMST)	20	28	24	35	Référence 2009 : BAH, BAR, BLZ, BRA, CHI, COR, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, PAR, SAL, SUR, TRT, URU, VEN  Cible 2011 : ANI, ARG, BOL, COL, CUB, DOR, SCN  La cible pour 2011 n'a pas été atteinte. Quatre des pays cibles ont atteint la cible au cours de cette période biennale (ARG, CUB, DOR et SCN). Les autres pays cibles ne l'ont pas atteinte car le CDC et l'OMS leur ont demandé de reporter leurs enquêtes et de réviser tout le questionnaire. En échange, trois ateliers des <i>données à l'action</i> ont été organisés pour diffuser des données de surveillance.
<b>RER 6.4 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration de politiques, de stratégies, de programmes et de lignes directrices fondés sur des données probantes et déontologiques, en vue de prévenir et de réduire l'usage de l'alcool, de la drogue et d'autres substances psychoactives ainsi que les problèmes connexes</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 a été atteinte)					
Le RER 6.4 est en bonne voie. Une grande réalisation au cours de cette période a été l'approbation par le 51 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS d'un plan d'action sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique (CD51.R7) et d'un plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool (CD51.R14). Les pays cibles ont tous atteint l'indicateur et de nombreux autres pays non-cibles œuvrent en vue de l'atteindre.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
6.4.1 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques, des plans ou des programmes pour prévenir les problèmes de	13	16	16	20	Référence 2009 : BLZ, BOL, BRA, CAN, COR, DOR, FEP, HON, NIC, PAN, PER, URU, USA  Cible 2011 : CHI, GUT, VEN  La cible pour 2011 a été atteinte. CHI, GUT et VEN ont atteint



santé publique dus à l'alcool, aux drogues et à l'utilisation d'autres substances psychoactives					l'indicateur. GUT a bénéficié de coopération technique pendant trois ans par l'entremise du projet OPS-VALENCIA, qui comprend un soutien pour la recherche, la formation de professionnels en soins de santé primaires et l'organisation d'un atelier national sur l'élaboration de politiques sur l'alcool. Des activités ont été entreprises également avec les pays suivants : ABM, BAR, ELS, GUY, PAR et TRT.
<b>RER 6.5 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration de politiques, de stratégies, de programmes et de lignes directrices fondés sur des données probantes et déontologiques, en vue de prévenir et de réduire les régimes alimentaires déséquilibrés et la sédentarité, ainsi que les problèmes connexes</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)					
Le RER 6.5 est en bonne voie. Les deux indicateurs de RER ont été atteints. Les pays cibles ont mis en œuvre des politiques nationales pour promouvoir une alimentation saine et l'activité physique. Une autre réalisation importante a été la contribution des pays à la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (UNHLM), avec la Consultation d'Aruba. En outre, des lignes directrices et des mesures de surveillance sur l'alimentation saine et l'activité physique ont été élaborées, et ces dimensions ont été au cœur de l'initiative de la semaine du bien-être dans 23 villes.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
6.5.1 : Nombre de pays qui ont adopté des politiques nationales pour encourager un régime alimentaire équilibré et l'activité physique, conformément aux directives de l'OPS/OMS	10	15	16	20	Référence 2009 : BAH, BRA, CAN, CHI, COL, COR, FEP, GUT, MEX, USA  Cible 2011 : ARG, BLZ, ECU, JAM, PER, TRT, URU, VEN  La cible pour 2011 a été dépassée. Sur les 8 pays cibles, 6 ont atteint la cible (ARG, BLZ, ECU, PER, TRT et URU). Les pays se sont appuyés sur des résolutions de l'OPS/OMS lors de la formulation de leurs stratégies nationales et municipales. BLZ a inclus les thèmes de l'alimentation saine et de l'activité physique dans sa politique nationale en cours d'élaboration.

6.5.2 : Nombre de pays qui ont créé des environnements adaptés aux piétons et aux cyclistes et des programmes de promotion de l'activité physique dans au moins une de leurs villes principales	5	13	13	18	<p>Référence 2009 : CAN, COL, GUT, PAN, URU</p> <p>Cible 2011 : ARG, BLZ, CHI, FEP, JAM, MEX, TRT, USA</p> <p>La cible pour 2011 a été atteinte. Trois pays cibles (BLZ, JAM et TRT) ont atteint la cible. Cinq autres pays non-cibles (BOL, BRA, ELS, NEA et PAR) ont accompli des progrès vers la réalisation de cet indicateur de RER grâce à leur participation active pour mettre en place des environnements respectueux des piétons et des vélos. ELS a instauré des environnements respectueux des piétons à San Salvador et Santa Tecla. NEA a diffusé des documents éducatifs dans les médias.</p>
---	---	----	----	----	--

**RER 6.6 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour formuler des politiques, stratégies, programmes et directives basés sur des données probantes et déontologiques pour promouvoir des rapports sexuels plus sûrs**

**En bonne voie**

**Évaluation du RER**

(1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte, la cible pour 2013 étant déjà atteinte)

Le RER 6.6 est en bonne voie. Outre les activités du programme, plusieurs autres activités de coopération technique ont eu lieu, notamment l'élaboration d'un plan directeur pour la promotion de la santé sexuelle et des droits des jeunes filles, la publication d'un document sur l'éducation sur la sexualité globale (la Déclaration de Madrid) et des consultations sur la prestation de services de santé complets pour les populations des transgenres.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
6.6.1 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des interventions nouvelles ou améliorées aux niveaux individuel, familial et communautaire pour promouvoir des comportements sexuels plus sûrs	9	10	11	11	<p>Référence 2009 : BLZ, COL, COR, ELS, JAM, HON, MEX, NIC, PER</p> <p>Cible 2011 : CHI, GUT</p> <p>La cible de 2011 a été dépassée. Au cours de cette période biennale, les 9 pays de référence ont maintenu l'indicateur et les 2 pays cibles l'ont atteint. CHI et GUT procèdent actuellement à des interventions nouvelles ou</p>

					améliorées, afin de promouvoir des comportements sexuels plus sûrs. Dans le cas du GUT, un programme exhaustif sur la sexualité a été mis en œuvre. CHI a organisé une formation dans ce domaine pour les prestataires de soins de santé primaires.
--	--	--	--	--	---

## Rapport de situation sur l'OS7

<b>OS7 : Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$20 960 000	\$7 970 000	\$9 052 789	\$17 022789	87 %	81 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p>L'Objectif stratégique (OS) 7 est en bonne voie pour atteindre ses objectifs pour 2013.</p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Nombre de pays avec des indicateurs de santé nationaux ventilés par sexe et par âge, dont le coefficient de Gini et la courbe de Lorenz</b> Référence : 3 pays en 2007 Cible: 6 pays d'ici à 2013</p> <p>La Région est en bonne voie pour atteindre son objectif de six pays ayant des indicateurs de santé nationaux ventilés par sexe et par âge et définis pour inclure le coefficient de Gini et la courbe de Lorenz d'ici à 2013.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Nombre de pays qui ont élaboré des politiques publiques pour des secteurs autres que la santé qui tiennent compte des conditions de la santé</b> Référence: 7 pays en 2007 Cible : 20 pays d'ici à 2013</p> <p>La cible de 20 pays ayant élaboré des politiques publiques pour des secteurs autres que ceux de la santé qui traitent des conditions de la santé est en bonne voie.</p> <p><b>Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays qui ont des plans de développement national et de réduction de la pauvreté intégrant la santé, la nutrition et l'éducation</b> Référence : 3 pays en 2007 Cible: 6 pays d'ici à 2013</p> <p>La cible de six pays qui ont des plans de développement national et de réduction de la pauvreté intégrant la santé, la nutrition et l'éducation est en bonne voie pour être atteinte d'ici à 2013.</p>					
<b>Évaluation de l'OS en 2010–2011</b>					
<p>L'OS7 est évalué comme étant en bonne voie, avec 5 de ses 6 RER en bonne voie et 1 présentant des risques. 11 de ses 12 cibles d'indicateur de RER pour 2011 ont été atteintes.</p> <p>Des progrès considérables ont été accomplis en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé (DSS), avec une Consultation régionale sur les déterminants sociaux de la santé au Costa Rica et la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé au Brésil. L'équipe transversale affectée pour travailler avec les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et l'initiative Visages, voix et lieux (VVL) continue à traiter des inégalités dans la santé. Des progrès ont également été réalisés pour ce qui est d'inclure les droits de l'homme, la sexospécificité et les approches interculturelles dans le domaine de la santé. Bien qu'il soit en</p>					

bonne voie, la réalisation de l'OS7 d'ici à 2013 sera fonction de la disponibilité de ressources humaines et financières au cours de la prochaine période biennale afin de mener à bien ces activités.

### **Principales réalisations**

- La Consultation régionale sur les DSS a eu lieu, et des recommandations y ont été définies et diffusées, ce qui a débouché sur la déclaration de Rio qui a été négociée par les États Membres lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé.
- L'équipe transversale sur les OMD a été créée.
- L'initiative Visages, voix et lieux (VVL) a été élargie à 23 pays, mais aussi à l'intérieur des pays par l'entremise de réseaux nationaux.
- Une amélioration considérable a été observée dans le développement d'approches axiomatiques, méthodologiques et instrumentales pour la production, l'analyse de données et la surveillance des inégalités socioéconomiques en matière de santé entre les pays membres, notamment en rendant les données désagrégées disponibles au niveau géographique, démographique, socio-économique et de la santé.
- Le 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD50.R8, « La santé et les droits de l'homme »
- Un total de 38 consultations nationales intersectorielles ont été menées pour contribuer au rapport d'avancement sur la mise en œuvre du plan d'action pour la politique sur l'égalité entre les sexes.
- Le premier groupe consultatif technique (GCT) sur la diversité culturelle s'est réuni pour valider le document de réflexion et la stratégie de l'OPS sur les peuples autochtones, d'ascendance africaine et d'autres groupes ethniques ou raciaux

### **Principaux défis**

- L'action intersectorielle demeure un défi : c'est essentiellement le secteur de la santé qui a participé tant à la Consultation régionale sur les déterminants sociaux de la santé qu'à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, malgré les efforts pour impliquer d'autres secteurs.
- Définir l'intervention systématique plus importante de l'initiative VVL demeure un défi pour l'équipe transversale sur les OMD. Comment l'initiative VVL peut-elle devenir durable au niveau local ?
- Des efforts beaucoup plus considérables sont nécessaires pour institutionnaliser à la fois la collecte continue de données désagrégées cohérentes en interne et l'évaluation et la surveillance périodiques, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, des inégalités socioéconomiques en matière de santé — en particulier pour évaluer les impacts potentiels attribuables à l'action politique sur les déterminants sociaux de la santé.

### **Enseignements tirés**

- Les États Membres se sont engagés sur les DSS mais ont besoin d'outils concrets pour progresser dans leur programme.
- Il est important que différents secteurs techniques travaillent en collaboration pour faire progresser les objectifs du Millénaire pour le développement et répondre aux DSS.
- Il est également important d'offrir une formation et une éducation continues aux acteurs locaux par l'entremise des diplômés de la santé et du développement local. Une masse critique au sein du personnel de la santé publique — dans l'ensemble de la Région — pour l'application des méthodes, des techniques et des instruments les plus récents pour mesurer, analyser et surveiller les inégalités dans la santé est fondamentale pour la création de compétences professionnelles ainsi que de capacités institutionnelles capables d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.
- Apporter un soutien à chaque pays s'est avéré efficace pour sensibiliser les pays.
- Des documents définissant les tendances sont importants pour déterminer la contribution des droits de l'homme à la santé publique.

## Rapport de situation sur les RER de l'OS7

<b>RER 7.1 : La signification des déterminants des politiques de santé et sociales est reconnue dans l'ensemble de l'Organisation et incorporée au travail normatif réalisé par celle-ci ainsi qu'à sa coopération technique avec les États Membres et autres partenaires</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte et dépassant même les cibles pour 2011)					
<p>L'événement majeur au cours de cette période biennale a été la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui s'est tenue à Rio de Janeiro, au Brésil, en octobre 2011. À cette occasion, les États Membres sont convenus de la Déclaration de Rio, qui a été traduite dans les quatre langues officielles de l'OPS et diffusée dans toute la Région. En préparation de la Conférence, trois Consultations régionales sur cette question ont été menées afin de discuter des progrès réalisés et des défis à relever et de définir un ensemble de recommandations régionales. En outre, un total de sept études de cas ont été préparées pour la Conférence mondiale et publiées sur le site Web de la Conférence. L'objectif de ces études de cas était de documenter la façon dont les pays se sont attachés à remédier aux inégalités en suivant l'approche des DSS.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
7.1.1 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre une stratégie nationale afin d'appliquer les recommandations clés en matière de politiques de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé	4	10	11	12	<p>Référence 2009 : CUB, ECU, GUT, PAR</p> <p>Cible 2011 : ARG, BLZ, BRA, COL, COR, ELS, FEP, PER</p> <p>La cible pour 2011 a été dépassée. Sur les 8 pays cibles, 7 ont atteint la cible pour 2011 (ARG, BRA, COL, COR, ELS, FEP et PER). Un certain nombre de pays ont mis en œuvre une stratégie nationale alignée sur les recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Les stratégies nationales varient d'un pays à l'autre : certains pays ont concentré leurs efforts sur les programmes de transfert de liquidités ; d'autres, sur la création de commissions nationales sur les DSS afin d'encourager l'action intersectorielle ; et d'autres encore, sur l'investissement dans les politiques sociales en vue de réduire les inégalités.</p>

<b>RER 7.2 : L'OPS/OMS prend l'initiative de fournir des occasions et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international en vue de traiter des déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, dont 1 qui dépasse la cible pour 2011)					
<p>La Consultation régionale sur les déterminants sociaux de la santé a eu lieu au Costa Rica en août 2011. Elle a contribué à identifier les priorités et les positions et à faire participer la société civile à la préparation de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé qui s'est tenue à Rio de Janeiro, au Brésil, en octobre 2011. La participation de 1 100 personnes de plus de 110 pays, dont 60 ministres de la santé, ainsi que la présence d'une multitude d'ONG du monde entier ont mis en exergue l'importance de l'équité dans la santé. Il en est ressorti un engagement global pour le renforcement de la déclaration de Rio et ses cinq axes : la gouvernance, la participation sociale, le rôle du secteur de la santé dans la réduction des inégalités de la santé, l'action mondiale et le suivi et l'évaluation. Pour notre Région, où les inégalités constituent un défi, l'approche DSS met l'accent sur la santé et le développement local en travaillant auprès des municipalités les plus vulnérables dans le cadre de l'Initiative Visages, voix et lieux (VVL), en établissant un lien entre la promotion sociale et la participation communautaire afin de répondre aux DSS et en faisant participer les jeunes au processus de sensibilisation et à la réduction des inégalités au niveau communautaire.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
7.2.1 : Nombre d'expériences des pays publiées concernant la façon de traiter des déterminants sociaux pour l'équité dans la santé	8	10	11	12	<p>Référence 2009 : BOL, COR, ECU, GUT, NIC, PAN, PER, URU</p> <p>Cible 2011 : BRA, COL, FEP</p> <p>La cible pour 2011 a été dépassée. Deux pays cibles ont atteint la cible (BRA et COL). CHI, un pays cible pour 2013, a atteint la cible plus tôt que prévu, ce qui fait passer à trois le nombre total de pays qui ont atteint cet indicateur au cours de cette période biennale. Un total de sept études de cas ont été préparées par les pays, pour documenter les progrès et les réalisations dans la lutte contre les inégalités dans le cadre de l'approche les DSS. Ces études faisaient partie des documents d'information pour la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé.</p>

<p>7.2.2 : Nombre de pays mettant en œuvre au moins une intervention systématique pour les communautés les plus vulnérables, comme défini par l'équipe transversale du BSP pour les OMD</p>	<p>S/O</p>	<p>6</p>	<p>6</p>	<p>12</p>	<p>Référence 2009 : S/O</p> <p>Cible 2011 : CHI, COL, FEP, MEX, PAN, PER</p> <p>La cible de 2011 a été atteinte. Six pays ont effectué des interventions systématiques à l'échelle locale pour faire avancer les différents OMD (CHI, COL, FEP, MEX, PAN et PER). La principale réalisation fut la création et les activités de l'équipe transversale de l'OPS sur les OMD, qui permet un travail en collaboration entre les équipes et les différents secteurs techniques de l'OPS. Elle met l'accent sur la meilleure façon d'aider les pays à atteindre les OMD en répondant aux déterminants sociaux de la santé.</p>
<p>7.2.3 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre l'initiative "Visages, voix et lieux"</p>	<p>15</p>	<p>13</p>	<p>18</p>	<p>15</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CHI, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, PER, URU</p> <p>Cible 2011 : BLZ, COL, JAM</p> <p>Les cibles pour 2011 et 2013 ont été dépassées. Les principales réalisations ont été l'élargissement de l'initiative de VVL — pas seulement à 23 pays, mais aussi à l'intérieur de ces pays, où un réseau de municipalités travaillant en collaboration avec cette Initiative se développe. Parvenir à fournir un soutien suffisant aux efforts des autorités locales pour faire avancer la réalisation des OMD qui répondent aux déterminants sociaux de la santé constituera un défi pour l'OPS.</p>

<p><b>RER 7.3 : Des données sociales et économiques relatives à la santé sont recueillies et analysées par catégories (ventilées en fonction du sexe, de l'âge, de l'appartenance ethnique, du revenu et de l'état de santé, comme la maladie ou l'incapacité)</b></p>	<p><b>En bonne voie</b></p>
--	-----------------------------

**Évaluation du RER**  
(1 cible d'indicateur de RER sur 1 dépassée)

Des améliorations considérables ont été enregistrées sur le plan de l'élaboration d'approches axiomatiques, méthodologiques et instrumentales pour la production et l'analyse de données et la surveillance des inégalités socioéconomiques en matière de santé entre les pays membres. L'accent a été mis en particulier sur la nécessité de rendre les données désagrégées disponibles au niveau géographique, démographique, socio-



économique et de la santé, en synergie avec les activités visant à renforcer les capacités nationales pour l'analyse de la situation de la santé (RER 11.3) dans le cadre des DSS. Beaucoup plus d'efforts sont nécessaires pour institutionnaliser à la fois la collecte continue de données désagrégées cohérentes en interne et l'évaluation et la surveillance continues, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, des inégalités socioéconomiques en matière de santé — en particulier pour évaluer les impacts potentiels attribuables à l'action politique entreprise pour traiter des déterminants sociaux de la santé. Une masse critique au sein du personnel de la santé publique pour l'application des méthodes, des techniques et des instruments les plus récents pour mesurer, analyser et surveiller les inégalités dans la santé doit être mise en place dans l'ensemble de la Région.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
7.3.1 : Nombre de pays qui ont publié des rapports comportant des données sanitaires ventilées au niveau infranational pour analyser et évaluer l'équité en matière de santé	4	6	7	9	Référence 2009 : BOL, BRA, CHI, PER  Cible 2011 : NIC, PAR, VEN  La cible pour 2011 a été dépassée. Les 3 pays cibles ont atteint l'indicateur (NIC, PAR et VEN). En outre, 9 pays non-cibles ont également généré et publié des données désagrégées (géographiques, socio-économiques, démographiques et sur la santé) appropriées pour l'analyse des inégalités dans la santé.

<b>RER 7.4 : L'adoption d'approches de santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme est encouragée au sein de l'OPS/OMS et aux niveaux national, régional et mondial</b>	<b>En bonne voie</b>
--	----------------------

**Évaluation du RER**  
(1 cible d'indicateur de RER sur 1 dépassé)

Une réalisation a été la collaboration entre l'équipe des droits de l'homme de l'OPS (PAHO/GDR/HR) et le groupe de travail de l'Organisation des États américains (OEA) en vue de formuler une Convention régionale sur les droits des personnes âgées. Une autre réalisation a consisté à travailler avec SDE et la Commission interaméricaine des droits de l'homme sur la préparation d'un avis technique sur le droit à l'eau pour les populations autochtones dans les environnements de l'exploitation minière (en Amérique centrale). Une autre réalisation a été la présentation à l'organe des traités de l'OEA sur les droits économiques, sociaux et culturels des nouvelles évolutions dans la définition d'indicateurs de progrès régionaux sur le droit à la santé. PAHO/GDR a également appuyé la réforme des législations et des plans suivants visant à introduire des normes sur les droits de l'homme dans leurs pays respectifs : Plan d'action national sur le VIH (El Salvador) ; législation nationale sur le VIH (El Salvador) ; mise à jour des réglementations de la Loi sur la santé mentale (Argentine) ; législation nationale sur la santé publique (Pérou) ; projet de loi nationale sur la lutte antitabac (Paraguay) et projet de loi sur la santé mentale (Trinité-et-Tobago, Belize). De concert avec FCH, GDR a effectué une analyse tendancielle sur le droit à la santé sexuelle et génésique et d'autres droits de l'homme connexes des jeunes. En outre, FCH et GDR ont conjointement publié une analyse de la réponse du système de santé maternelle (Bolivie), en s'appuyant sur les traités des droits de l'homme.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
7.4.1 : Nombre de pays utilisant : 1) les normes et standards internationaux et régionaux des droits de l'homme et 2) des outils et des documents d'orientation technique concernant les droits de l'homme produits par l'OPS/OMS pour réviser et/ou formuler les lois, politiques et/ou plans faisant progresser la santé et permettant de réduire les écarts en matière d'équité et la discrimination dans la santé	9	11	16	18	Référence 2009 : ARG, BLZ, CAN, CHI, COL, ELS, PAN, PER, USA  Cible 2011 : ABM, ECU, GUT  La cible pour 2011 a été dépassée. 12 pays procèdent actuellement à la révision ou à l'élaboration de plans nationaux, de politiques et/ou de lois qui soient compatibles avec les instruments internationaux sur les droits de l'homme. Les trois pays cibles pour cette période biennale (ABM, GUT et ECU) ont atteint cet indicateur. En outre, les pays non-cibles suivants ont également atteint cet indicateur : BOL, NIC, PAR et TRT.
<b>RER 7.5 : Une analyse comparative entre les sexes et des actions adaptées sont incorporées au travail normatif réalisé par l'OPS/OMS et les États Membres reçoivent une coopération technique pour la formulation de politiques et de programmes respectueux des différences entre les sexes</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, 2 dépassant les cibles pour 2011 et 2013)					
Le rapport d'avancement sur la mise en œuvre de Plan d'action 2009-2014 pour la politique d'égalité entre les sexes a été parachevé, donnant ainsi un éclairage utile sur les réalisations et les défis de l'intégration du genre dans les politiques et programmes. GDR a réussi à mettre en œuvre une stratégie pour l'intégration des priorités transversales dans les processus institutionnels de l'OPS. Le cours virtuel sur la santé des femmes constituera un outil supplémentaire pour contribuer à l'intégration de l'égalité entre les sexes. Le travail de GDR avec les sous-régions a été mis en avant par les deux lettres d'accord signées avec le Conseil des ministères des femmes de l'Amérique centrale (COMMCA), afin de soutenir ces ministres dans leurs activités visant l'intégration du genre dans les processus du Système d'intégration centraméricain (SICA). Les similitudes entre les indicateurs et 7.5.1 et 7.5.3 ont entraîné quelques difficultés en termes de suivi et de présentation de rapports sur les progrès accomplis.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
7.5.1 : Nombre de pays qui mettent des plans en œuvre pour promouvoir l'incorporation des questions du genre dans le secteur de la santé	6	12	32	18	Référence 2009 : BOL, ECU, GUT, HON, PER, SUR  Cible 2011 : BAR, BLZ, COL, FEP, GUY, NIC, PAN, PAR, TRT  La cible pour 2011 a été dépassée. L'indicateur a été atteint dans 32 pays au total, soit bien plus que les cibles

					fixées pour cette période biennale. Cela comprend les pays cibles suivants : BAR, BLZ, COL, FEP, GUY, NIC, PAN, PAR, and TRT—outre : ABM, ANI, ARG, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, JAM, SAL, SAV, SCN, URU, et VEN.
7.5.2 : Nombre d'outils et de documents d'orientation élaborés ou mis à jour par le BSP pour incorporer l'égalité entre les sexes dans l'analyse, la programmation, le suivi et la recherche en matière de santé	15	22	22	28	Des profils sur la santé des hommes et des femmes dans deux sous-régions (l'Amérique centrale et les Andes) ainsi que dans plusieurs pays ont été lancés au moyen des réseaux du Conseil des ministères des femmes d'Amérique centrale (COMMCA) et du Réseau des ministres des femmes des Andes (REMMA), avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et UNWomen. Le cours virtuel sur le genre et la santé a également été élaboré.
7.5.3 : Nombre d'entités du BSP qui incorporent les perspectives de genre dans leurs analyses de situation, leurs plans et leurs mécanismes de suivi	6	15	23	20	Référence 2009 : CFS, FCH, HSD, HRM, PBR, SDE  Cible 2011 : BOL, CAM, ECU, GUT, GUY, HON, NIC, PAR, PED, SUR  Un total de 23 entités du BSP ont atteint cet indicateur. Outre les 6 de référence, 8 des entités cibles pour 2011 ont atteint cet indicateur : BOL, CAM, ECU, GUT, GUY, HON, PAR et PED, et 9 autres ont également atteint cet indicateur : BLZ, COR, ERP, GBO, GDR, HSS, PAN, PER et URU.
<b>RER 7.6 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration de politiques, de plans et de programmes qui suivent une approche interculturelle fondée sur les soins de santé primaires et qui s'attachent à établir des alliances stratégiques avec des parties prenantes et des partenaires pertinents en vue d'améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones et des groupes raciaux et ethniques</b>					<b>Présentant des risques</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, dont 1 dépassant la cible pour 2013)					
GDR a apporté un soutien technique aux politiques plans et programmes sur les populations autochtones et les groupes ethniques/raciaux. Des progrès importants ont été réalisés avec le premier groupe consultatif technique sur la diversité culturelle, le premier sommet mondial de descendants d'africains, la Conférence régionale sur les descendants d'africains et la santé et le premier Forum régional sur les ressources humaines pour la santé et les peuples autochtones. En collaboration avec la CEPALC/CELADE, le FNUAP, des experts des populations autochtones/d'ascendance africaine, et les ministères de la santé et la société civile, GDR a élaboré des lignes directrices sur l'inclusion de variables ethniques/raciales dans les statistiques régionales de					

la santé. Avec le soutien de GDR, les pays de la sous-région andine ont commencé à élaborer des plans, des programmes ou des politiques afin d'assurer la santé des populations d'ascendance africaine et d'autres groupes ethniques/raciaux. Des difficultés subsistent en ce qui concerne le chevauchement des indicateurs de RER 7.6.1 et 7.6.1 ce qui a compliqué le suivi et les rapports sur les progrès de ces indicateurs.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
7.6.1 : Nombre de pays qui exécutent des politiques, des plans ou des programmes pour améliorer la santé des peuples autochtones	9/21	12/21	20/21	19/21	Référence 2009 : BRA, COL, ECU, BOL, CAN, COR, ELS, DOM, PAN  Cible 2011 : FEP, GUT, CHI, PER, VEN, BLZ  La cible pour 2011 a été dépassée. 11 pays ont atteint cet indicateur : ARG, CHI, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, NIC, PAR, PER, et VEN.
7.6.2 : Nombre de pays dont les systèmes d'information sur la santé incluent des variables ethniques	8	13	16	15	Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CAN, COL, GUT, PAR, USA  Cible 2011 : BLZ, CHI, COR  La cible pour 2011 a été dépassée. Outre 8 pays de référence, 8 autres pays ont atteint cet indicateur : BLZ, CHI, COR, ECU, GUY, HON, MEX, et PER. 4 pays (CHI, ECU, GUT et PAR) procèdent en pilote à la collecte de données sur les peuples autochtones, afro-descendants et d'autres populations ethniques. Le projet pilote en BOL est en cours d'évaluation.
7.6.3 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des politiques, des plans ou des programmes pour améliorer la santé de groupes ethniques/raciaux spécifiques	10	14	11	16	Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CAN, COL, CHI, GUT, MEX, PAN, USA  Cible 2011 : BLZ, NIC  La cible pour 2011 n'a pas été atteinte pour cet indicateur. Des progrès sont en cours dans six pays de la sous-région andine (BOL, CHI, COL, ECU, PER et VEN). Ils élaborent une analyse sociodémographique approfondie de la situation sanitaire de leurs populations d'ascendance africaine. BOL, BRA, COL et ECU ont atteint cet indicateur ; cependant, ce n'est pas le cas des deux pays cibles.

## Rapport de situation sur l'OS8

<b>OS8 : Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement</b>				<b>En bonne voie</b>	
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$24 934 000	\$12 297 000	\$10 379 649	\$22 676 649	89 %	91 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p>L'Objectif stratégique (OS) 8 est en bonne voie pour atteindre ses cibles pour 2013.</p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Proportion des populations urbaines et rurales ayant accès à des sources d'eau améliorées dans la Région</b>  Référence : 95 % des populations urbaines et 69 % des populations rurales en 2002  Cible : 96 % des populations urbaines et 77 % des populations rurales d'ici à 2013 (conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement [OMD])</p> <p>La cible consistant à faire en sorte que 96 % de la population urbaine et 77 % de la population rurale ait accès à des sources d'eau améliorées dans la Région d'ici à 2013 (conformément aux OMD) est en bonne voie.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Proportion des populations urbaines et rurales ayant accès à un assainissement amélioré dans la Région</b>  Référence : 84 % des populations urbaines et 44 % des populations rurales en 2002  Cible : 90 % de la population urbaine et 48 % de la population rurale d'ici à 2013 (conformément aux OMD)</p> <p>L'objectif consistant à assurer un accès à un assainissement amélioré à 90 % de la population urbaine et à 48 % de la population rurale dans la Région d'ici à 2013 (conformément aux OMD) est considéré comme présentant des risques.</p> <p><b>Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays mettant en œuvre des plans nationaux sur la santé des travailleurs (sur la base du Plan d'Action mondial, 2007 sur la santé des travailleurs de l'OMS)</b>  Référence : 10 pays en 2007  Cible : 20 pays d'ici à 2013</p> <p>La cible de 20 pays mettant en œuvre des Plans nationaux sur la santé des travailleurs d'ici à 2013 (sur la base du Plan d'action mondial, 2007 sur la santé des travailleurs de l'OMS) est en bonne voie.</p> <p><b>Indicateur 4 de l'OS : nombre de pays avec des centres d'information toxicologique</b>  Référence : 14 pays en 2006 (estimation).  Cible : 24 pays d'ici à 2013</p> <p>Il y a actuellement 19 pays qui ont des centres d'information toxicologique.</p> <p><b>Indicateur 5 de l'OS : Réduction du facteur imputable au fardeau des maladies diarrhéiques chez les enfants/adolescents de 0 à 19 ans, dû à des causes environnementales</b></p>					

Référence : 94 % en 2002 (estimation)

Cible : 84 % d'ici à 2013 (suivant la méthodologie pour l'évaluation du fardeau environnemental des pathologies élaborée par l'OMS, mesuré par les facteurs attribuables aux DALY)

La cible pour 2013 est en bonne voie pour parvenir à abaisser à 84 % les facteurs attribuables au fardeau des maladies diarrhéiques chez les enfants et les adolescents de 0 à 19 ans dû à des causes environnementales.

**Indicateur 6 de l'OS : Nombre de politiques de santé environnementale sur les substances chimiques, la qualité de l'air et l'eau potable adoptées par les pays de la Région**

Référence : 11, 7, 13, respectivement, en 2007

Cible : 20, 12, 20, respectivement, d'ici à 2013

Cet indicateur est en bonne voie. 24 pays ont des lois sur les pesticides, 10 pays ont des programmes nationaux sur la qualité de l'air et 15 pays ont inclus le droit à l'eau dans leur législation nationale.

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

L'OS8 est évalué comme étant en bonne voie, en effet, ses 6 RER sont en bonne voie, et ses 13 cibles d'indicateur de RER pour 2011 ont été atteintes —7 étant même dépassées.

D'importants progrès ont été accomplis dans la préparation de la prochaine Conférence Rio + 20 des Nations Unies sur le développement durable. En outre, les éléments suivants ont tous contribué à s'attaquer aux causes profondes des menaces environnementales pour la santé dans la Région : l'approbation d'une stratégie et d'un plan d'action sur le changement climatique, des activités régionales sur les pesticides, le renforcement du réseau des Centres collaborateurs de l'OPS/OMS sur la santé des travailleurs et les progrès réalisés sur le plan des initiatives de prévention primaire, ainsi que des progrès soutenus dans le domaine de l'eau et de l'assainissement. Bien que l'OS8 soit en bonne voie, sa réalisation d'ici à 2013 sera fonction de la disponibilité des ressources humaines et financières au cours de la prochaine période biennale pour terminer les travaux nécessaires.

#### Principales réalisations

- La stratégie et le plan d'action sur le changement climatique ont été approuvés par le 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS.
- D'autres réalisations qui ont eu lieu au cours de cette période biennale comprennent des contributions à la Santé dans les Amériques, l'achèvement du chapitre santé de la publication interagences CEPALC pour la Conférence Rio + 20, des consultations avec les pays pour le document de l'OPS destiné à Rio + 20 et l'organisation d'une manifestation parallèle sur l'eau et les déterminants sociaux de la santé lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé.
- Plusieurs publications ont également été produites au cours de cette période biennale. On peut mentionner le Rapport de l'évaluation régionale sur la gestion des déchets solides urbains en Amérique latine et dans les Caraïbes 2010 (titre original en espagnol : *Informe de la evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe 2010*), en collaboration avec la Banque interaméricaine de développement (BID) et l'Association interaméricaine d'ingénierie sanitaire et environnementale (AIDIS) ; Eau et assainissement : Éléments de preuve pour des politiques publiques axées sur les droits de l'homme et les résultats de la santé publique (titre en espagnol : *Agua y saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública*) ; et une traduction en espagnol des Lignes directrices sur l'analyse de la situation pour la gestion des pesticides dans la santé publique pour la région des Amériques (titre espagnol : *Directrices para el análisis de la gestión de los plaguicidas de uso en salud pública*).
- L'équipe technique régionale de l'OPS sur l'eau et l'assainissement de l'OPS (dont le sigle en espagnol

est ETRAS) a été créée.

- Une réunion régionale sur les pesticides s'est tenue au GUT avec le mécanisme d'évaluation des pesticides de l'OMS (WHOPES) et le secteur de la surveillance sanitaire et de la prévention et lutte contre les maladies (HSD) de l'OPS.
- Deux pays, l'Équateur et le Guatemala, ont parachevé des analyses de la situation, et chacun a approuvé un plan d'action national pour la bonne gestion des pesticides dans la santé publique.
- Un projet avec le Fonds pour l'environnement mondial-Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE-FEM) a été achevé. Il s'agissait de reconditionner plus de 130 tonnes de DDT et autres pesticides périmés dans 8 pays.
- Sur le thème de la santé au travail, 25 pays ont participé à la protection de la santé des travailleurs de la santé dans le cadre de programmes nationaux pour la prévention des blessures par piqûre d'aiguille. Un soutien logistique et technique pour l'amélioration des services de santé au travail et de santé environnementale, ainsi que des systèmes de surveillance ont été menés à bien dans 20 pays.

### **Principaux défis**

- Le défi consiste encore à atteindre la main-d'œuvre d'Amérique latine et des Caraïbes qui a besoin de services de santé complets, pour la protéger contre les risques professionnels et environnementaux. De nouveaux programmes et activités sont nécessaires pour couvrir la population qui travaille dans le secteur informel et faire évoluer les conditions de la main d'œuvre vulnérables dans toute la Région.
- Certains pays ne se penchent toujours pas sur la question du changement climatique et la santé. Cela comprend le défi de la mise en œuvre des politiques solides sur le plan environnemental de gestion vectorielle.

### **Enseignements tirés**

- Il est nécessaire d'améliorer les liens entre les programmes pour les maladies non transmissibles, le développement durable et les déterminants sociaux de la santé.
- L'Équipe transversale sur les déterminants de la santé et les risques présente le potentiel de contribuer à améliorer la mise en œuvre de l'OS8.
- Sur le thème de la santé au travail, il existe de gros besoins en termes de protection des travailleurs du secteur des soins de santé. L'autonomisation de ces travailleurs leur permettra de s'impliquer dans la résolution des problèmes qu'ils rencontrent sur le lieu de travail. En outre, il est encore nécessaire d'améliorer l'enregistrement et le suivi des incidents et des accidents du personnel de la santé, en particulier dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes en développement et dans les régions rurales reculées. Le renouvellement du réseau de Centres collaborateurs sur la santé au travail a montré que les valeurs fondamentales des réseaux collaboratifs et des alliances stratégiques pour atteindre des objectifs communs continuent d'être les suivantes : collaboration, communication, création et innovation avec une pensée critique parmi les membres du réseau.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS8

<b>RER 8.1 : Des évaluations, des normes et des directives fondées sur des données probantes concernant les risques environnementaux prioritaires pour la santé (par ex., qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, eau potable, réutilisation des eaux usées) sont disséminées</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (4 cibles d'indicateur de RER sur 4 atteintes, dépassant les cibles pour 2011)					
Le RER 8.1 est en bonne voie. Les réalisations comprennent la publication d'un document de politique générale sur l'eau et d'assainissement et d'un rapport sur la vulnérabilité au changement climatique. L'enquête de l'analyse et l'évaluation mondiales sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS) a été mise en œuvre dans 12 pays de la Région. La 4 <sup>e</sup> édition des Directives de l'OMS pour la qualité de l'eau de boisson a été promue afin de contribuer à la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) 7.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
8.1.1 : Nombre d'évaluations de risque nouvelles ou mises à jour ou d'évaluations environnementales du fardeau de la maladie menées chaque année	3	4	6	7	La cible pour 2011 a été dépassée. Des évaluations ont été menées par COL, GUY et SUR.
8.1.2 : Nombre d'accords environnementaux internationaux dont la mise en œuvre est appuyée par le BSP	5	5	8	6	Les cibles pour 2011 et 2013 ont été dépassées. Des accords ont été mis en œuvre sur le changement climatique, la sécurité chimique et l'Agenda 21, avec le soutien du BSP.
8.1.3 : Nombre de pays qui mettent en œuvre les normes, standards ou directives de l'OMS sur la santé au travail ou la santé environnementale	18	21	22	24	Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, VEN  Cible 2011 : ANI, ELS, GUY, JAM  La cible pour 2011 a été dépassée. Tous les pays de référence ont maintenu leurs réalisations, et les quatre pays cibles pour la période biennale 2010-2011 ont tous atteint l'indicateur (ANI, ELS, GUY et JAM). TRT a mené un projet visant à contrôler le bioterrorisme et les risques biologiques et envisage de poursuivre ce



					projet au cours de la prochaine période biennale.
8.1.4 : Nombre de pays qui mettent en œuvre les directives de l'OMS sur l'eau potable en vue de la réalisation de l'OMD 7	10	11	12	14	Référence 2009 : ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, ECU, MEX, PAN, URU, VEN  Cible 2011 : GUT, TRT  La cible pour 2011 a été à la fois atteinte et dépassée. Les deux pays cibles (GUT et TRT) ont atteint l'indicateur au cours de cette période biennale. 16 autres pays non-cibles ont effectué des activités sur cet indicateur.
<b>RER 8.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour la mise en œuvre des interventions de prévention primaire qui s'attachent à réduire les risques sur le plan de la santé environnementale, à renforcer la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des milieux spécifiques et parmi les groupes de population vulnérables (par ex., les enfants, les personnes âgées)</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte, dépassant à la fois les cibles pour 2011 et celles pour 2013)					
Le RER 8.2 est en bonne voie. Des progrès importants ont été accomplis dans divers domaines, tels que des logements sains, la salubrité de l'eau et l'assainissement, la sécurité au travail et la santé des travailleurs, et la participation des communautés. Cela s'est déroulé essentiellement dans les milieux ruraux.  Une autre réalisation a été la participation de 25 pays aux initiatives visant à protéger la santé des travailleurs de la santé, y compris les programmes nationaux sur la prévention des blessures par piqûre d'aiguille et l'augmentation de la couverture vaccinale pour se protéger contre le virus de l'hépatite B (VHB).					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
8.2.1 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des interventions de prévention primaire pour réduire les risques sur le plan de la santé environnementale sur le lieu de travail, à la maison ou en milieu urbain	7	8	12	10	Référence 2009 : BRA, CHI, DOR, PER, TRT, URU, VEN  Cible 2011 : BLZ, ECU, GUT  Les cibles pour 2011 et 2013 ont été dépassées. Parmi les pays cibles, 3 ont atteint la cible (BLZ, ECU et GUT) et 2 pays cibles pour 2013 ont atteint la cible plus tôt que prévu (ARG et COL). En outre, 18 pays non-cibles ont effectué des activités visant à atteindre cet indicateur au cours de la période biennale.

RER 8.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer l'élaboration de politiques, la planification d'interventions préventives, la prestation de services et la surveillance relatives à la santé au travail et à la santé environnementale					En bonne voie
Évaluation du RER					
(2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant à la fois les cibles pour 2011 et celles pour 2013)					
Le RER 8.3 est en bonne voie. Un soutien logistique et technique pour l'amélioration des services de santé au travail et de santé environnementale et des systèmes de surveillance a été mis en œuvre avec succès dans 20 pays. Le réseau des Centres collaborateurs de l'OPS/OMS sur la santé au travail a été renouvelé et compte plusieurs nouvelles institutions, notamment des pays d'Amérique latine —démontrant ainsi que reconnaître les efforts de ces Centres et s'engager à les appuyer pour aider et collaborer à l'amélioration de la santé des travailleurs constitue en effet un effort valable.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
8.3.1 : Nombre de pays qui reçoivent un appui technique et logistique pour élaborer et mettre en œuvre des politiques destinées à renforcer la prestation de services de santé au travail et de santé environnementale et la surveillance	8	17	17	20	Référence 2009 : BRA, CHI, DOR, ECU, PER, TRT, URU, VEN  Cible 2011 : ARG, BLZ, BOL, COL, FEP, GUT, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR  La cible pour 2011 a été atteinte. 9 des 12 pays cibles ont atteint cet indicateur au cours de cette période biennale (ARG, BLZ, BOL, FEP, GUT, GUY, NIC, PAN et PAR). 9 autres pays non-cibles ont également mis en œuvre des activités sur cet indicateur au cours de la période biennale (ANI, COR, CUB, DOM, ELS, HAI, HON, SAL et SUR). COL, MEX et JAM seront les pays cibles de la période biennale 2012-2013.
8.3.2 : Nombre d'organisations nationales ou de centres collaborateurs ou de référence qui mettent en œuvre des initiatives menées par l'OPS/OMS au niveau national pour réduire le risque professionnel	4	5	15	6	La cible pour 2011 a été dépassée. Le réseau de Centres collaborateurs sur la santé au travail s'est étendu à 15 centres au cours de cette période biennale. Parmi ces centres actifs, 10 sur 15 ont participé à la réunion régionale des Centres collaborateurs SDE qui s'est tenue à Durham, Caroline du Nord, États-Unis. La couverture avec l'initiative sur le secteur de la santé a augmenté pour inclure 20 pays, dont 9 des Caraïbes. L'Initiative sur la silicose est actuellement élaborée au BRA, CHI, COL, COR et PER, sous la direction de l'Institut national pour la sécurité et la santé au travail (NIOSH) et du Réseau mondial des Centres collaborateurs.

<b>RER 8.4 : Des directives, des outils et des initiatives sont créés en vue d'appuyer le secteur de la santé afin que celui-ci influence les politiques adoptées dans des secteurs prioritaires (par ex., l'énergie, les transports, l'agriculture), évalue les impacts sur la santé, détermine les coûts et les avantages des nouvelles politiques dans ces secteurs et mobilise des investissements externes au secteur de la santé pour améliorer la santé</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)					
<p>Le RER 8.4 est en bonne voie. Plusieurs initiatives ont été élaborées et des consultations ont eu lieu avec d'autres secteurs, tels que la formation en santé et tourisme (pour l'élaboration d'un manuel de formation des formateurs). Une autre réalisation a été la traduction de la publication Réduire la vulnérabilité des systèmes d'eau potable et d'assainissement face aux catastrophes en Amérique centrale : Manuel de gestion des risques (titre original en espagnol : Reducción de la Vulnerabilidad de los Sistemas de Agua Potable y Saneamiento ante desastres en Centro América: Manual de Gestión de Riesgos), avec la collaboration de secteurs autres que celui de la santé. D'autres réalisations comprennent le renforcement de l'initiative pour des logements sains ainsi que les contributions qui ont été apportées au Rapport interagences sur les dimensions sociales du changement climatique pour la Conférence sur les changements climatiques COP 17.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
8.4.1 : Nombre d'initiatives régionales, infrarégionales et nationales qui sont mises en œuvre dans d'autres secteurs et qui tiennent compte de la santé, en utilisant le soutien technique et logistique du BSP	3	3	3	4	<p>La cible pour 2011 a été atteinte au cours de la dernière période biennale. Au cours de cette période biennale, l'OPS a mis en œuvre diverses initiatives régionales et nationales et organisé des manifestations pour promouvoir les secteurs de l'eau et de l'assainissement, de la santé et du tourisme et des logements sains.</p> <p>Le projet régional pour l'évaluation de la gestion des déchets solides urbains a été mis en œuvre au cours de cette période biennale, et a débouché sur la production d'un rapport sur l'initiative : Rapport de l'évaluation régionale sur la gestion des déchets solides urbains en Amérique latine et dans les Caraïbes 2010 (titre original en espagnol : <i>Informe de la evaluación regional del manejo de residuos sólidos urbanos en América Latina y el Caribe 2010</i>).</p>

8.4.2 : Nombre de directives et d'outils de l'OPS/OMS produits de manière intersectorielle pour la protection de la santé environnementale mondiale	2	3	4	4	La cible pour 2011 a été dépassée. L'OPS a contribué au Rapport interagences sur les dimensions sociales du changement climatique pour la Conférence sur les changements climatiques COP 17. L'OPS a également produit une version actualisée des lignes directrices pour l'analyse de la situation pour la gestion des pesticides dans la santé publique pour la Région des Amériques (titre espagnol : <i>Directrices para el análisis de la gestión de los plaguicidas de uso en salud pública</i> ).
<b>RER 8.5 : Le leadership du secteur de la santé est renforcé pour promouvoir un environnement plus sain et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs afin de traiter des causes sous-jacentes des menaces environnementales sur la santé, en répondant aux préoccupations sanitaires environnementales émergentes et ré-émergentes dues au développement, à l'évolution des technologies, à d'autres changements mondiaux en matière d'environnement et aux modèles de consommation et de production</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
Le RER 8.5 est en bonne voie. La trousse à outils pour mesurer le développement durable (Rio+20) a été mise en œuvre dans les pays, et SDE a mené avec succès une Consultation régionale au Brésil à laquelle 17 pays ont participé. Un rapport régional est en cours de préparation à titre de contribution à la Conférence Rio+20.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
8.5.1 : Nombre de forums réguliers de haut niveau sur la santé et l'environnement pour les décideurs et parties prenantes régionaux appuyés par le BSP	1	3	3	4	La cible pour 2011 a été atteinte. En outre, les instances suivantes ont reçu un soutien : (a) Une réunion régionale de haut niveau pour Rio+20, organisée par la CEPALC (b) Une réunion préparatoire régionale de l'OPS pour Rio+20 à l'intention des ministères de la santé (c) La 16 <sup>e</sup> Conférence des Parties à la Convention sur les changements climatiques, organisée conjointement avec le Gouvernement du Mexique et l'OMS (COP 16)

8.5.2 : Nombre de rapports quinquennaux actuels du BSP sur la santé environnementale disponibles, y compris les principaux moteurs et tendances de la santé, et leurs implications	S/O	1	1	2	La cible pour 2011 a été atteinte. Un projet de Santé dans les Amériques a été achevé.
<b>RER 8.6 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration de politiques, stratégies et recommandations fondées sur des données probantes afin d'identifier, de prévenir et de résoudre les problèmes de santé publique résultant du changement climatique</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)					
Le RER 8.6 est en bonne voie. La stratégie et le plan d'action ainsi que la Résolution sur le changement climatique et la santé ont été approuvés par le 51 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, et des activités de formation et la mise en œuvre de ce plan seront lancées avec les pays (par exemple, un cours réussi a été organisé en Uruguay avec le MERCOSUR).					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
8.6.1 : Nombre d'études ou de rapports sur les effets du changement climatique sur la santé publique qui sont publiés ou co-publiés par l'OPS ou de publications soumises au processus de revue par les pairs par des auteurs/institutions d'Amérique latine et des Caraïbes	S/O	1	2	2	La cible pour 2011 a été dépassée. BRA et ECU ont atteint l'indicateur. Plusieurs autres pays (BAH, BOL et GUY) élaborent également des études sur le changement climatique et la santé.
8.6.2 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des plans pour permettre au secteur de la santé de répondre aux	S/O	3	3	5	Référence 2009 : s/o  Cible 2011 : BOL, BRA, COR, COL, PER  La cible pour 2011 a été atteinte. 3 des 5 pays cibles ont atteint la cible au cours

effets sur la santé du changement climatique					de cette période biennale (COL, COR et PER). D'autres pays et entités ont travaillé sur cet indicateur, avec de bons résultats (BAR, CHI, CRB, ECU, ELS, NIC, PAR, PED et SAM). BRA a mené des activités importantes dans ce domaine et sera inclus comme pays cible pour 2013.
--	--	--	--	--	---

## Rapport de situation sur l'OS9

<b>OS9 : Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable</b>				<b>Présentant des risques</b>	
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$20 941 000	\$12 846 000	15 262 061	\$28 108 061	90 %	134 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Proportion d'enfants de moins de 5 ans en déficit pondéral en Amérique latine et dans les Caraïbes</b>  Référence : 7,5 % en 2002 (sur la base de la période de 7 ans allant de 1995 à 2002)  Cible : 4,7 % d'ici à 2013</p> <p>Les activités menées dans le cadre de cet objectif stratégique ont contribué à réduire la malnutrition sous toutes ses formes ; les informations disponibles montrent un recul annuel de -0,46 de l'insuffisance pondérale, qui est passée de 7,5 % en 2002 à 3,3 % en 2010 (Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition. Bull. Organisation mondiale de la santé. 1<sup>er</sup> janvier 2011 ; 89 (1): 22-30).</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Proportion d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance en Amérique latine et dans les Caraïbes.</b>  Référence : 11,8 % en 2005  Cible : 8,8 % d'ici à 2013</p> <p>La Région des Amériques a enregistré une réduction annuelle de -0,51 de la proportion de retard de croissance, qui est passée de 23,7 % en 1990 à 13,5 % en 2010 (Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition. Bull. Organisation mondiale de la santé. 1<sup>er</sup> janvier 2011 ; 89 (1): 22-30).</p> <p><b>Indicateur 3 de l'OS : Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'anémie en Amérique latine et dans les Caraïbes</b>  Référence : 29,3 % en 2005  Cible : 25,3 % d'ici à 2013</p> <p>La prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes dans la Région a diminué au cours des dix dernières années (de 43,2 % à 28,1 %) ; on n'a pas observé de changement, cependant, chez les enfants de moins de 5 ans (de 34,0 % à 32,9 %), ni chez les femmes en âge de procréer (de 20,3 % à 21,1 %). Bien que l'on ne dispose pas de données récentes sur la carence en vitamine A, les estimations les plus récentes de l'OMS indiquent que cela peut être considéré comme un problème léger à modéré dans la Région ; il en va de même de la carence en iode (PAHO/FCH/HL/11.3.e Anémie en Amérique latine et dans les Caraïbes, 2009).</p>					

**Indicateur 4 de l'OS : Proportion d'enfants de moins de 5 ans en surpoids et obèses en Amérique latine et dans les Caraïbes dans les pays où l'information est disponible**

Référence : 4 % en 2003 (en utilisant la période de 3 ans de 2000 à 2003)

Cible : 4 % ou moins d'ici à 2013

Bien que l'on prévoie une augmentation de l'obésité et de l'excès de poids dans tous les groupes d'âge, les estimations disponibles ne suggèrent pas d'augmentation de la prévalence du surpoids ou de l'obésité chez les enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2010 (de 6,8 % à 6,9 %) (De Onis M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: which cut-offs should we use? Int J of Pediatric Obesity, 2010; 5:458-460).

**Indicateur 5 de l'OS : Réduction du nombre de cas de maladies diarrhéiques d'origine alimentaire pour 100 000 habitants dans la Région**

Référence : 4 467 en 2006

Cible : 4 020 d'ici à 2013

On estime en moyenne les cas de gastroentérite aiguë à 1,03 par personne et par an dans la Région des Amériques. Selon les données provenant d'études des États-Unis, d'Australie et du Canada, respectivement, 26 %, 32 % et 36 % des épisodes de gastroentérite sont d'origine alimentaire. En extrapolant sur la base du pourcentage le plus élevé, soit 36 % (la situation la plus conservatrice), on obtient 3 347 cas estimés pour 100 000 habitants dans la Région, ce qui signifierait que la cible fixée pour cet indicateur a été atteinte.

**Évaluation de l'OS en 2010–2011**

Cet OS est considéré comme présentant des risques dans la mesure où quatre de ses six RER sont en cours, l'un présente des risques et l'un est en difficulté. Sur les 14 indicateurs de RER, 10 ont atteint la cible pour 2011 et quatre ne l'ont pas atteinte. Il est significatif que parmi les indicateurs qui ont atteint la cible, trois la dépassaient en 2011.

**Principales réalisations**

- La majorité des pays de la région (26 au total) ont préparé, ou mettent actuellement en œuvre des mécanismes de coordination, des politiques, des plans ou des programmes intersectoriels pour prévenir la malnutrition, un bon nombre d'entre eux étant basés sur l'approche de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.
- Les courbes de croissance de l'OMS adoptées dans 19 pays ; de nombreux documents publiés et diffusés décrivant la situation de la Région.
- L'expansion du réseau de banques de lait maternel et du nombre de pays qui assurent un suivi du Code, et un engagement renouvelé envers l'Initiative sur des « hôpitaux accueillants pour les bébés ».
- Adoption de lignes directrices pour la mise en œuvre de systèmes de suivi internes et externes pour les programmes d'enrichissement des aliments ; examen des programmes d'enrichissement pour le sel en Amérique centrale et du sucre en ECU et DOR ; reconnaissance par les pays des accords mondiaux, régionaux et infrarégionaux pour la prévention des maladies chroniques liées au régime alimentaire.



### Principaux défis

- Promouvoir des liens plus étroits avec les homologues au sein du ministère de la santé et d'autres secteurs afin d'identifier les priorités nationales, d'établir le lien entre le RER et l'indicateur dans le plan de travail et d'identifier les activités, les produits et les services qui sont inclus dans le plan de travail de nos homologues.
- Poursuivre différentes activités en même temps et assurer un produit final de qualité. Obtenir des résultats positifs en termes de financement pour les nombreuses propositions qui ont été rédigées. Il est important d'améliorer les bases de données sur les processus nutritionnels pour les très jeunes enfants (référence tirée de l'Initiative « Hôpitaux accueillants pour les bébés ») et d'autres politiques sur l'alimentation des nouveau-nés) afin d'inciter les pays à continuer d'améliorer leurs programmes.
- Mobiliser la volonté politique et obtenir les allocations budgétaires afin d'intégrer des indicateurs de l'état nutritionnel dans les systèmes de surveillance de la santé ; mobiliser des ressources pour promouvoir et soutenir la recherche et la publication d'informations fondée sur des preuves.

### Enseignements tirés

Outre la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'infection par le VIH, les urgences et la nutrition ne constituent pas une priorité pour la majorité des pays. Il est manifestement nécessaire d'améliorer la coordination avec les services de santé afin de mobiliser les ressources nationales et de les canaliser vers l'amélioration de la qualité et la couverture des programmes nutritionnels. Il convient de noter que le nombre d'indicateurs nutritionnels est très élevé par rapport aux ressources humaines disponibles pour les compiler.

## Rapport de situation sur les RER de l'OS9

**RER 9.1 : Des partenariats et des alliances sont formés, un leadership est établi et une coordination et le réseautage sont développés avec toutes les parties concernées aux niveaux national, régional et mondial, pour promouvoir le plaidoyer et la communication, stimuler les actions intersectorielles et accroître l'investissement dans la nutrition, la sécurité des approvisionnements alimentaire et la sécurité sanitaire des aliments**

**En bonne  
voie**

### Évaluation du RER

(2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)

Pratiquement la majorité des pays de la région ont mis au point, ou mettent actuellement en œuvre, des mécanismes de coordination, des politiques, des plans et des programmes intersectoriels pour prévenir la malnutrition, dont bon nombre reposent sur l'approche de la sécurité alimentaire et nutritionnelle. La stratégie et le plan d'action régionaux sur la nutrition dans la santé et le développement 2006-2015, la stratégie et le plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique et l'Alliance panaméricaine sur la nutrition et de développement ont servi de cadre de référence pour l'intégration de l'approche des déterminants sociaux dans les initiatives nationales. On constate une prise de conscience croissante de la nécessité de créer des organismes de coordination supra-ministériels qui comprennent, en plus du ministère de la santé, les ministères de l'environnement, du logement, de l'éducation, de l'agriculture, du commerce, de l'économie, des finances, du travail et du développement. Il est également nécessaire de partager les expériences entre les pays et de favoriser la coopération entre eux.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
9.1.1 : Nombre de pays qui ont des mécanismes de coordination pour promouvoir des approches et des actions intersectorielles dans le domaine de la sécurité des approvisionnements alimentaires, de la sécurité sanitaire des aliments et de la nutrition	23	26	26	30	Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, URU, USA, VEN  Cible 2011 : BAH, BAR, GUY, TRT  En plus des 23 pays qui ont atteint la cible en 2009, trois nouveaux pays l'ont atteinte en 2011, avec des progrès importants dans la mise en œuvre de programmes et de politiques intersectoriels : GUY et TRT, qui étaient initialement identifiés comme pays cibles, ainsi que HAI. BAH et BAR n'étaient pas liés à l'indicateur, mais ils ont tous deux fait des progrès considérables dans l'élaboration des politiques intersectorielles pour faire face à l'obésité et au surpoids.
9.1.2 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des interventions en matière de nutrition, de sécurité des approvisionnements alimentaires et de sécurité sanitaire des aliments	15	20	23	25	Référence 2009 : ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ECU, ELS, FEP, GUT, GUY, HON, MEX, PAN, TRT  Cible 2011 : CUB, NIC, PER, URU, VEN  Les cinq pays (CUB, NIC, PER, URU, VEN) ont atteint la cible et fait des progrès dans la mise en œuvre des programmes intersectoriels ou des interventions dans le domaine de la nutrition, de la salubrité et de la sécurité alimentaire ; BOL DOR et PAR ont aussi atteint la cible.
<b>RER 9.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour accroître leur capacité d'évaluation et de réponse face à toutes les formes de malnutrition et aux maladies zoonotiques et non zoonotiques d'origine alimentaire, et pour promouvoir des pratiques alimentaires saines</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte, 1 dépassant la cible pour 2011)					
Tant les pays cibles que les pays de référence ont progressé sur le plan de l'adoption de lignes directrices et de normes, surtout celles liées à la salubrité des aliments et aux systèmes de surveillance des maladies d'origine alimentaire. En général, les lignes directrices ou normes visant à évaluer les principales carences nutritionnelles et à y répondre sont abordées dans le cadre d'autres indicateurs.					

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
9.2.1 : Nombre de pays qui appliquent des normes et des directives de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments, conformément aux mandats mondiaux et régionaux	19	25	26	30	Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, SAL  Cible 2011 : CUB, ECU, GUY, HAI, MEX  Étant donné que, en plus de cinq des sept pays initialement inclus dans la cible (CUB, ECU, GUY, HAI, MEX), DOM et SAV ont également atteint la cible, cet indicateur est considéré comme ayant été atteint. ANI a également réalisé des progrès considérables.
<b>RER 9.3 : Le suivi et la surveillance des besoins, de même que l'évaluation des réponses, dans le domaine de la sécurité alimentaire, de la nutrition et des pathologies chroniques liées au régime alimentaire sont renforcés et la capacité à identifier des options adéquates en matière de politiques est améliorée</b>					<b>Présentant des risques</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes)					
La Région a fait des progrès considérables en ce qui concerne les informations nutritionnelles accessibles et, par ailleurs, un nombre croissant de pays utilisent déjà les courbes de croissance de l'OMS et ont: i) des enquêtes nutritionnelles nationales (BEL, COL, DOR, GUT, MEX) ; ii) des enquêtes démographique et sur la santé actualisées (ELS, GUT, PER) ; iii) des données provenant des systèmes de surveillance de la nutrition (ELS, GUT, PAN, PAR) ; iv) des informations actualisées sur les programmes de prévention des carences en iode (PAN). Néanmoins, le principal défi consiste à mobiliser la volonté politique afin d'assurer une allocation budgétaire durable permettant d'intégrer des indicateurs de l'état nutritionnel dans les systèmes de surveillance de la santé, d'une part, et de soutenir la recherche et la publication d'informations fondées sur des preuves, d'autre part. Les écarts de financement conjugués aux difficultés que rencontre l'homologue national pour mobiliser des ressources, ont retardé la mise en œuvre des activités prévues.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
9.3.1 : Nombre de pays qui ont adopté et mis en œuvre les normes de l'OMS sur la croissance de l'enfant	16	20	19	25	Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, URU, VEN  Cible 2011 : BLZ, GUY, HAI, PER  Bien que quatre pays soient liés à l'indicateur, trois seulement (BLZ, GUY, PER) ont atteint la cible. HAI a signalé qu'il ne l'avait pas atteinte, mais qu'il avait fait des progrès importants, tels que la conception et la distribution d'une nouvelle carte de santé qui intègre les nouvelles normes.

<p>9.3.2 : Nombre de pays qui ont des données de surveillance représentatives au niveau national sur une forme majeure de malnutrition</p>	15	20	21	22	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, CAN, CHI, COR, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAL, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : BLZ, COR, CUB, ECU, ELS, GUT, HAI, PAR</p> <p>La cible a été atteinte dans 21 pays : parmi les 15 pays de référence pour 2009, toutefois, COR a indiqué qu'il ne l'avait pas atteinte ; six des pays cibles pour 2011 (BLZ, CUB, ELS, GUT, ECU, PAR) l'ont atteinte, de même que COL, un pays cible pour 2013. Il est nécessaire de redoubler d'efforts pour appuyer HAI afin qu'il puisse avancer vers la réalisation de cet objectif.</p>
<p>9.3.3 : Nombre de pays qui produisent des informations fondées sur des données probantes en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments</p>	15	20	20	22	<p>Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, JAM, MEX, NIC, PAN, USA</p> <p>Cible 2011 : ECU, HON, PAR, PER, VEN</p> <p>La cible a été atteinte dans 20 pays, dont 15 pays de référence, quatre pays cibles pour 2011 (HON, PAR, PER, VEN) et un pays cible pour 2013 (BRA). Alors que l'ECU n'était pas lié à cet indicateur, il a réalisé des progrès en matière de publication de données sur l'état nutritionnel des personnes âgées.</p>

**RER 9.4 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration, le renforcement et l'exécution de plans et de programmes de nutrition visant à améliorer la nutrition tout au long de la vie, dans des situations stables comme lors de situations d'urgence**

**En difficulté**

**Évaluation du RER**

(2 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, dépassant même la cible pour 2011 ; mais 3 indicateurs n'ont pas été atteints)

En termes généraux, la Région progresse très lentement vers des politiques publiques qui garantissent des programmes nationaux de nutrition s'appliquant tout au long de la vie. La principale pierre d'achoppement est la perception que cette question n'est pas une priorité et, en conséquence, le fait qu'elle ne figure pas à l'ordre du jour des politiques de bon nombre de gouvernements.

Néanmoins, les réalisations les plus importantes sont les suivantes :

- la campagne de promotion de l'allaitement maternel réalisée dans le cadre de la Coupe du monde de football ;
- l'augmentation du nombre de banques de lait maternel ;
- la réactivation de l'initiative « hôpitaux accueillants pour les bébés » ;
- l'adoption de lignes directrices pour la mise en œuvre de systèmes de suivi internes et externes pour les

<p>programmes d'enrichissement des aliments ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'examen des programmes d'enrichissement du sel dans les pays d'Amérique centrale et des programmes sur le sucre en Équateur et en République dominicaine ;</li> <li>• la reconnaissance par les pays des accords mondiaux, régionaux et infrarégionaux pour la prévention des maladies chroniques liées au régime alimentaire.</li> </ul>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
9.4.1 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre au moins 3 actions de priorité élevée recommandées dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	12	17	19	20	<p>Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, COL, ELS, GUT, GUY, HON, NIC, PAR, PER, SAV</p> <p>Cible 2011 : COR, DOR, ECU, PAN, TRT, VEN</p> <p>Six pays sur six (COR, DOR, ECU, PAN, TRT, VEN) ont atteint cet indicateur et ont fait des progrès vers la réalisation de l'indicateur, de même que MEX. La réalisation la plus importante est l'augmentation du nombre de banques de lait maternel qui ont été créées et sont opérationnelles, en plus des rapports de suivi du Code et la certification des hôpitaux accueillants pour les bébés.</p>
9.4.2 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des stratégies de prévention et de contrôle des carences en micronutriments	16	21	19	25	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PER</p> <p>Cible 2011 : ABM, DOM, ECU, GUY, PAR, VEN</p> <p>Deux des 21 pays attendus sont manquants, puisque seulement trois des pays cibles pour 2011 (ECU, PAR, VEN) ont atteint l'indicateur. GUY n'a pas pu aller de l'avant car le projet n'a pas été approuvé. HAI a fait des progrès dans l'examen des programmes d'enrichissement des aliments, en particulier pour la farine de blé.</p>
9.4.3 : Nombre de pays qui ont élaboré des programmes nationaux qui appliquent les stratégies visant à promouvoir des pratiques	16	19	21	25	<p>Référence 2009 : ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ELS, GUT, HON, JAM, NIC, PAN, PER, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : ABM, ANI, BOL, DOM, DOR, ECU, FEP</p> <p>La cible a été atteinte dans vingt pays.</p>

alimentaires saines afin de prévenir les maladies chroniques liées au régime alimentaire					Malheureusement, BLZ, qui fait partie des pays de référence, a indiqué qu'il ne l'avait pas atteint. Cinq des sept pays cibles pour 2011 (ANI, BOL, DOM, DOR, ECU) ont atteint la cible, de même que SAL. ABM et FEP n'étaient pas liés à l'indicateur, toutefois. Il convient de noter que les pays des Caraïbes ont réalisé d'importants progrès dans les discussions des politiques de prévention des maladies chroniques liées au régime alimentaire.
9.4.4 : Nombre de pays qui ont incorporé les interventions nutritionnelles dans leurs programmes globaux de riposte au VIH/SIDA et à d'autres épidémies	15	20	17	25	Référence 2009 : ARG, BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, ELS, GUT, JAM, NIC, PAN, PER, SCN, TRT  Cible 2011 : ANI, ECU, GRA, GUY, SAV, SUR  Deux des six pays (GUY, SUR) ont atteint l'indicateur.
9.4.5 : Nombre de pays dotés de plans nationaux de préparation et de riposte aux urgences en matière d'alimentation et de nutrition	16	20	17	25	Référence 2009 : BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, NIC, PAN, PAR, PER  Cible 2011 : ANI, BAR, CUB, DOM, ECU  Parmi les pays de référence, BLZ a indiqué qu'il n'avait pas atteint l'indicateur. Seuls deux pays sur les cinq pays cibles pour 2011 (CUB, ECU) l'ont atteint.
<b>RER 9.5 : Les systèmes de surveillance, de prévention et de lutte contre les maladies zoonotiques et non zoonotiques d'origine alimentaire et de la fièvre aphteuse sont renforcés et des programmes de suivi des risques alimentaires sont établis</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
<p>Au cours de la période biennale 2010-2011, la collaboration intersectorielle a été consolidée dans toute la Région entre le secteur de la santé publique, notamment les épidémiologistes et les laboratoires cliniques, et le secteur de l'agriculture et de l'élevage et leurs laboratoires d'analyses alimentaires. Les ateliers annuels OMS-GFN et PulseNet ont joué un rôle clé dans cette progression. Huit pays d'Amérique du Sud mettent en œuvre des projets intégrés pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et des projets visant à améliorer la lutte contre la salmonelle sont en cours dans trois pays d'Amérique centrale. Plus précisément, l'Équateur met en œuvre un projet visant à renforcer la surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire dans huit provinces. La Jamaïque et la Grenade parachèvent un manuel sur le fardeau des maladies d'origine alimentaire, qui constituera la base pour le renforcement de la capacité de surveillance épidémiologique dans ces pays.</p>					

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
9.5.1 : Nombre de pays qui ont établi ou renforcé une collaboration intersectorielle pour la prévention, le contrôle et la surveillance des maladies d'origine alimentaire	21	23	23	30	Référence 2009 : ANI, ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, GUT, MEX, NIC, PAR, PER, TRT, URU, USA, VEN  Cible 2011 : ECU, GRA, JAM  Vingt-trois pays ont atteint l'indicateur, mais seulement 7 pays des Caraïbes envoient des rapports à SIRVETA (BAH, BAR, CUB, DOR, TRT). Il convient de noter que six études portant sur le fardeau de la maladie n'ont pas été numérisées dans SIRVETA (BAR, SAL, DOM, GUY, TRT, GRA) en raison d'un manque de ressources, dans la mesure où elles n'ont pas été approuvées par les CDC. Moyens de vérification : <a href="http://ww3.panaftosa.org.br/sirveta/">http://ww3.panaftosa.org.br/sirveta/</a> ; article de Pérez et al. <i>Int J Food Microbiol.</i> 2011 (sous presse).
9.5.2 : Nombre de pays d'Amérique du sud qui ont réalisé au moins 75 % des objectifs du plan d'éradication hémisphérique de la fièvre aphteuse	6/11	9/11	9/11	11/11	Référence 2009 : CHI, COL, GUY, PAR, PER, URU  Cible 2011 : ARG, BOL, BRA  L'indicateur est considéré comme ayant été atteint, comme indiqué par les neuf pays. Il est à noter, toutefois, que PAR a déclaré une urgence sanitaire relative à la fièvre aphteuse le 19 septembre 2011 et son statut de pays sans maladie a été suspendu temporairement.
<b>RER 9.6 : Une coopération technique est fournie aux Comités nationaux du Codex Alimentarius et à la Commission du Codex de l'Amérique latine et des Caraïbes</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte)					
Les 40 pays de référence continuent d'appliquer la réglementation du Codex concernant la salubrité des aliments.					

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
9.6.1 : Nombre de pays qui ont adopté les résolutions des réunions du Codex Alimentarius	40	40	40	40	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, FDA, FEP, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NEA, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : Maintien</p> <p>Les 40 pays de référence continuent d'appliquer la réglementation du Codex concernant la salubrité des aliments.</p>



## Rapport de situation sur l'OS10

OS10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé				En bonne voie	
Présentation générale du budget					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$39 960 000	\$7 904 000	\$12 779 088	\$20 683 088	83 %	52 %
Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Pourcentage de population rurale vivant à plus d'une heure d'un centre de soins de premier niveau, dans six pays de la Région où une étude a été réalisée</b>  <i>Référence</i> : 10,6 % en 2004  <i>Cible</i> : 7 % d'ici à 2013</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Pourcentage de population couverte par le réseau de soins de santé dans six pays de la Région où une étude a été réalisée</b>  <i>Référence</i> : 30 % en 2004  <i>Cible</i> : 40 % d'ici à 2013</p> <p><i>Note</i>: Le réseau de soins de santé comprend tous les services de santé (publique, sécurité sociale, communautaire, privée, etc.) dans les différents pays.</p> <p>Les indicateurs d'impact de cet OS10 étaient fondés sur l'Exclusion dans les études sur la santé menées dans 6 pays des Amériques (République dominicaine, Équateur, Guatemala, Honduras, Paraguay et Pérou) entre 2001 et 2003. Ces études ont été réalisées par les équipes nationales, à l'aide d'une analyse économétrique de l'exclusion fondée sur les variables de la santé dans les pays. Deux des indicateurs utilisés dans ces études ont été choisis comme indicateurs d'impact de l'OS10. Les données pour ces indicateurs proviennent de diverses sources (enquêtes démographiques, statistiques d'organisations internationales et rapports des pays).</p> <p>Toutefois, ces études n'ont pas été reproduites, et de ce fait, les informations pour communiquer les progrès de ces indicateurs ne sont pas facilement disponibles à ce stade. Un indicateur qui pourrait servir à montrer où se situe la Région en termes de couverture des services de santé est la « couverture de population par prestataire du secteur de la santé, pays des Amériques, sur quelques années » compilée pour la Santé dans les Amériques 2012. Ces informations figureront dans la version finale du rapport qui sera présenté en septembre 2012 à la 28<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.</p> <p>Les progrès réalisés sur l'OS 10 peuvent aussi être mesurés à l'aide d'indicateurs de résultats dans la santé qui sont très sensibles à l'accès aux services de santé et à leur couverture— tels que la réduction de la mortalité maternelle et des taux de mortalité néonatale — sur lesquels la Région a fait d'importants progrès en 2010-2011, comme indiqué dans l'OS4.</p>					

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

Les 3 RER sont en bonne voie ; et sur les 7 cibles de l'indicateur, 6 ont été atteintes. Dans l'ensemble, de très bon progrès ont été réalisés sur le plan de l'amélioration de l'organisation, de la gestion et de la prestation des services de santé dans la Région des Amériques. Les pays ont progressé sur le front de la mise en œuvre des systèmes de soins de santé primaires (SSP), de l'intégration des réseaux de prestation de services de santé et de la mise en œuvre de programmes visant à assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

#### Principales réalisations

- Des progrès importants ont été réalisés en termes de renouvellement des soins de santé primaires (SSP) : cela comprend le développement d'une communauté de pratique en soins de santé primaires (plate-forme virtuelle), une évaluation régionale des soins de santé primaires, l'élaboration d'une méthodologie/cadre analytique pour l'évaluation de la performance du système de santé focalisée sur les SSP et l'organisation d'un cours virtuel sur les soins de santé primaires en anglais sur le Campus virtuel en santé publique (CVSP).
- Cinq manuels ont été produits à l'appui de la mise en œuvre de réseaux de prestation de services de santé intégrés (IHSDN). On a constaté une revitalisation de la coopération technique dans les hôpitaux dans le cadre de l'IHSDN, au niveau mondial, régional et national — y compris une proposition portant sur un programme régional sur les hôpitaux.
- Les Caraïbes anglophones ont accompli des progrès importants sur le plan l'Initiative sur les fonctions de santé publique essentielles (EPHF) ; les évaluations de suivi menées en 2010-2011 font apparaître des progrès sensibles par rapport aux évaluations précédentes.
- Les pays progressent vers l'intégration de programmes verticaux au sein de leurs systèmes de santé. En particulier, des efforts sont déployés pour intégrer les programmes de santé mentale dans les soins de santé primaires, notamment dans les Caraïbes anglophones (Antigua et Barbuda, Barbade, Dominique, Grenade, Sainte-Lucie, Saint Vincent et les Grenadines et Trinité-et-Tobago).
- Il y a eu une relance de la stratégie sur la qualité des soins et la sécurité des patients, plusieurs activités ayant été menées pendant la période biennale. Une compilation de la législation sur cette question des pays d'Amérique latine a été préparée ; un cours virtuel pilote a été élaboré et mis en œuvre ; et un examen systématique des événements indésirables dans les soins de santé primaire a été élaboré, entre autres.

#### Principaux défis

- L'intégration améliorée et continue des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque communs, ainsi que d'autres programmes, est nécessaire pour mettre en place des plateformes intersectorielles — et réduire ainsi les inconvénients associés à une approche verticale. L'équipe transversale sur le modèle de soins pourrait contribuer à relever ce défi.
- Il est nécessaire de mobiliser davantage de ressources à l'appui de ces initiatives régionales étant donné que les fonctions essentielles de la santé publique (EPHF) et la méthodologie de gestion productive pour les services de santé (PMMHS), entre autres, ne suscitent pas l'intérêt des bailleurs de fonds.
- Des approches interculturelles doivent être intégrées au sein des systèmes et des politiques de santé (le seul indicateur de RER pour cet OS fait état des cas où la cible n'a pas été atteinte).
- Il est nécessaire de s'assurer que la qualité des soins et la sécurité des patients sont intégrées dans les programmes de santé et ne sont pas seulement considérées comme une composante séparée.
- L'interprétation des questions qui devaient être prises en compte dans le cadre de différents indicateurs de RER (notamment celles relatives aux indicateurs de RER 10.1.1 et 10.1.4) présente des difficultés. Un dialogue continu entre le niveau régional et les bureaux dans les pays devrait être en place afin de clarifier les limites entre eux.

### Enseignements tirés

- La plupart des pays continuent à évaluer l'EPHF sans élaborer de plan spécifique pour le renforcement des fonctions qui doivent être abordées. Le niveau régional peut jouer un rôle important pour apporter un soutien aux pays à mesure qu'ils l'élaborent des programmes pour renforcer l'EPHF, sur la base d'expériences réussies (comme ce fut le cas au Brésil).
- Les processus d'intégration sont difficiles, complexes et portent sur le long terme ; ils exigent de vastes changements systémiques. L'intégration ne signifie pas que toutes les composantes du réseau doivent être intégrées au sein d'une même modalité, dans la mesure où de multiples modalités et des degrés d'intégration divers peuvent coexister au sein d'un système unique. L'enseignement tiré est que les pays ont besoin d'orientations sur la façon de mettre en place des réseaux intégrés de prestation de services de santé (IHSDN) ; l'élaboration de cinq manuels pour appuyer les processus d'intégration constitue une première étape dans ce sens.
- Jusqu'à présent, l'expérience montre que les pays de référence devraient être encouragés à établir des liens avec les indicateurs et à élaborer leurs propres mesures pour préserver les progrès accomplis, faute de quoi ils peuvent connaître des revers.

## Rapport de situation sur les RER de l'OS10

**RER 10.1 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, en favorisant un accès équitable à des services de santé de bonne qualité, en accordant la priorité aux groupes de population vulnérables**

**En bonne voie**

### Évaluation du RER

(3 cibles d'indicateur de RER sur 4 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)

Dans l'ensemble, de très bons progrès ont été accomplis sur le plan de la mise en œuvre de systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires dans la région des Amériques. Au niveau des pays, un grand nombre de pays préconisent le renouvellement des soins de santé primaires et la mise en œuvre de la planification et de rapports sur la santé, de systèmes d'information, la réorganisation des services de santé et la formation du personnel de santé selon une approche axée sur les soins de santé primaires. Des progrès considérables ont également été accomplis sur le plan de l'évaluation EPHF et de l'intégration des programmes verticaux dans le système de santé. Au niveau régional, des progrès significatifs ont été réalisés en matière d'élaboration d'options de politiques et stratégies pour mettre en œuvre les quatre réformes des SSP décrites dans le Rapport sur la santé dans le monde 2008 : élaboration d'un cadre et d'une méthodologie pour l'évaluation des performances des systèmes de santé en se focalisant sur les soins de santé primaires ; évaluation de la situation des soins de santé primaires dans les Amériques ; création d'une équipe transversale en soins de santé primaires ; et documentation sur les leçons apprises sur le plan de l'intégration des programmes portant sur des maladies spécifiques dans les systèmes de santé. Les progrès ont été limités sur le plan de l'intégration de l'approche interculturelle dans les systèmes de santé.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
10.1.1 : Nombre de pays qui documentent le renforcement de leurs systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires,	18	21	21	23	Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAR, BRA, CHI, COR, CUB, DOM, ECU, GRA, GUT, NIC, SAL, SAV, SCN, URU, VEN  Cible 2011 : PAN, PAR, PER  PAN, PAR et PER ont atteint la cible pour 2011. Des progrès ont aussi été

conformément à la Déclaration de Montevideo et au Document d'orientation de l'OPS/OMS					réalisés à BAR, BRA et URU. Une évaluation de la situation de la mise en œuvre de la stratégie de renouvellement des soins de santé primaires est en cours, avec la participation de 20 pays membres. Les résultats de cette évaluation seront publiés en 2012.
10.1.2 : Nombre de pays qui présentent une amélioration de la performance de leur rôle de pilotage telle que mesurée par l'évaluation des fonctions essentielles de la santé publique	8	11	11	14	Référence 2009 : ARG, BAR, BRA, COL, GUY, MEX, NIC, PAR  Cible 2011 : ELS, PER, SCN  ELS, PER et SCN ont atteint la cible. Bien que le SCN n'ait pas encore mis en œuvre son plan d'amélioration, le pays a nettement amélioré les fonctions essentielles de la santé publique (EPHF), comme en témoignent les mesures effectuées cette année lors de la deuxième évaluation, par rapport à celles de l'évaluation précédente.
10.1.3 : Nombre de pays qui incorporent une approche interculturelle lors de l'élaboration de politiques et de systèmes de santé fondés sur les SSP	3	5	4	8	Référence 2009 : BOL, ECU, GUT  Cible 2011 : CUB, VEN  CUB a atteint la cible mais pas VEN.
10.1.4 : Nombre de pays qui utilisent la stratégie renouvelée de soins de santé primaires dans leurs programmes basés sur la population et leurs initiatives de lutte contre les maladies prioritaires	S/O	6	7	12	Référence 2009 : s/o  Cible 2011 : BLZ, BRA, CHI, COR, CUB, ECU, PER  BLZ, BRA, CHI, COR, CUB, ECU et PER ont atteint l'indicateur, dépassant la cible pour 2011. 18 autres pays font aussi état de progrès accomplis. Plusieurs pays ont fait des efforts pour appliquer la stratégie de soins de santé primaires pour le renforcement des services de santé mentale.

<b>RER 10.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer les pratiques d'organisation et de gestion dans les établissements et les réseaux des services de santé, améliorer la performance et obtenir une collaboration et des synergies entre les prestataires publics et privés</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b>					
(2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant à la fois les cibles pour 2011 et celles pour 2013)					
<p>Du fait des réalisations combinées des bureaux de l'OPS dans les pays, de l'équipe régionale et de ses collaborateurs externes, cette période biennale a été marquée par des progrès importants sur le plan du renforcement de l'organisation et de la gestion des services de santé dans la Région. Les États Membres ont pleinement adopté les réseaux de prestation de services de santé intégrés (IHSDN) comme cadre essentiel pour les services de santé. En outre, HSS/IS a achevé l'élaboration d'un cours virtuel en 5 modules sur la méthodologie de gestion productive pour les services de santé (PMMHS). Une analyse de la situation des services médicaux d'urgence a été menée à bien dans 14 pays. Il existe des programmes d'intervention stratégique dans deux hôpitaux (ECU et SAL) qui font appel au cadre et aux outils de la PMMHS. Enfin, l'Initiative pour le développement d'un programme régional pour les hôpitaux dans les IHSDN a été lancée. Les réalisations reflétées dans le présent rapport et le travail accompli par HSS/IS en vue de promouvoir le cadre de l'OPS — tant au niveau régional et que mondial — ont un impact significatif.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
10.2.1 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des stratégies pour renforcer la gestion des services de santé	14	17	17	20	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, BAH, BLZ, CHI, COL, COR, ECU, ELS, GUT, NIC, PAN, PER, TRT</p> <p>Cible 2011 : HON, MEX, SAL</p> <p>HON, MEX et SAL ont atteint la cible. HON a entamé un processus visant à renforcer la gestion des services de santé dans l'un des hôpitaux de la sécurité sociale (IHSS) du pays. SAL a organisé un atelier sur la production, l'efficacité, les ressources et les coûts (PERC).</p>
10.2.2 : Nombre de pays qui ont adopté les recommandations de l'OPS/OMS en matière de politiques afin d'intégrer les réseaux de services de santé, y compris les prestataires publics et non publics	9	10	15	13	<p>Référence 2009 : BRA, CHI, COR, CUB, ECU, GUT, MEX, PER, URU</p> <p>Cible 2011 : BLZ, COL, JAM, PAN, PAR, TRT</p> <p>Cette cible a été dépassée. Six pays ont atteint l'indicateur et réalisé des progrès considérables dans la mise en œuvre des recommandations pour intégrer les réseaux de prestation de services de santé. Au niveau régional, HSS/IS est sur le point d'achever la production de cinq guides qui étayeront la mise en œuvre des IHSDN et documenteront les</p>

					expériences dans les pays et les enseignements tirés de la mise en œuvre des IHSDN.
<b>RER 10.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer les programmes visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte)					
<p>Des avancées significatives ont été réalisées à cet égard dans la Région, avec plusieurs activités qui se sont déroulées au cours de la période biennale. Une compilation de la législation des pays d'Amérique latine et de l'Espagne a été préparée ; et un cours virtuel pilote a été mis en place avec des experts d'ARG, COL, COR et MEX. Lorsque le cours a été offert sur le Campus virtuel de la santé publique, il y a eu 53 participants de 17 pays. En outre, un document sur les systèmes de notification a été élaboré avec la participation de huit pays de la Région. En outre, un examen systématique des événements indésirables dans les soins de santé primaires a été préparé, et une proposition pour mener une enquête sur les événements indésirables dans les cadres ambulatoires a été formulée. Un défi majeur tient à l'intégration de la qualité des soins dans l'ensemble du système de santé. Une première étape dans ce sens a été une réunion régionale qui a été organisée avec la participation des ministères de la santé et des gestionnaires de programmes. Elle avait pour objectif d'identifier des mécanismes pour le renforcement de l'intégration de la qualité des soins dans les systèmes de santé.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
10.3.1 : Nombre de pays dont les programmes visant l'amélioration de la qualité des soins, y compris la sécurité des patients, affichent des progrès	19	22	22	24	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, ELS, GRA, GUT, MEX, PER, TRT</p> <p>Cible 2011 : DOR, PAN, SAL</p> <p>Les trois pays cibles ont atteint l'indicateur. En DOR, une évaluation de la biosécurité a été menée dans cinq hôpitaux jugés prioritaires. Au PAN, un réseau d'hôpitaux élabore actuellement des outils pour la sécurité des patients, comme le lavage des mains, les listes de contrôle chirurgicales, etc. Au SAL, des programmes de soins de qualité ont été élaborés pour les services de santé régionaux du pays, l'hôpital de Saint Jude, l'hôpital Victoria et l'hôpital Tapion. Le programme sur la qualité des soins et la sécurité des patients (QCPS) a enregistré des avancées dans presque tous les pays de la Région.</p>

## Rapport de situation sur l'OS11

OS11 : Renforcer le leadership, la gouvernance et les données probantes des systèmes de santé				En bonne voie	
Présentation générale du budget					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$42 482 000	\$30 227 000	\$9 545 179	\$39 772 179	93 %	93 %
Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Nombre de pays disposant d'une législation visant à accroître l'accès à la santé (services non personnels et santé publique) et aux soins de santé</b></p> <p>Référence : 5 pays en 2007 Cible : 15 pays d'ici à 2013</p> <p>Outre les pays de référence pour 2007 et 2009 (Argentine, Belize, Brésil, Colombie, Cuba, les départements français des Amériques, Pérou, et Trinité-et-Tobago), la République dominicaine, l'Équateur et le Honduras ont déclaré avoir procédé à un examen de leur législation. Le Guyana, le Mexique et le Paraguay indiquent également que des progrès ont été réalisés dans la révision de leur législation. Par conséquent, aucun problème n'est attendu pour parvenir à la cible de 2013 dans 15 pays.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Nombre de pays qui ont défini des objectifs nationaux de santé en vue d'améliorer les résultats dans la santé</b></p> <p>Référence : 3 pays en 2007 Cible : 10 pays d'ici à 2013</p> <p>Cet indicateur a été atteint. En 2011, 29 pays avaient élaboré des politiques et des plans à moyen et à long terme ou avaient défini des objectifs nationaux de santé. Il sera important de maintenir et surveiller ces politiques, plans et objectifs et de les actualiser au cours de la prochaine période biennale.</p> <p><b>Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays qui ont procédé à un suivi et une évaluation de la performance des systèmes d'information de la santé conformément aux normes de l'OPS/OMS et du Réseau de métrologie sanitaire</b></p> <p>Référence : 3 pays en 2007 Cible : 15 pays d'ici à 2013</p> <p>En 2011, dix pays ont effectué un suivi et ont mené des évaluations de la performance des systèmes d'information de la santé. Par conséquent, cet indicateur est en bonne voie pour atteindre la cible d'ici à 2013.</p> <p><b>Indicateur 4 de l'OS : Nombre de pays intégrant la gestion des connaissances et des stratégies sanitaires fondées sur la technologie en vue de renforcer leurs systèmes de santé</b></p> <p>Référence : 10 pays en 2007 Cible : 20 pays d'ici à 2013</p>					

Cet indicateur est en bonne voie pour atteindre la cible des 20 pays ayant intégré des stratégies de la santé fondées sur la gestion des connaissances et sur la technologie pour renforcer leurs systèmes de santé à la fin de 2013 (indicateur 4 de l'OS) — surtout sachant que 12 pays l'ont déjà fait en 2011.

**Indicateur 5 de l'OS : Nombre de pays qui tiennent l'engagement pris lors du sommet de Mexico de consacrer au moins 2 % du budget de la santé publique à la recherche**

Référence : 0 pays en 2006

Cible : 10 pays d'ici à 2013

Le Canada et les États-Unis ont déjà atteint cette cible dans les Amériques. En 2005, l'Argentine, le Chili, Cuba, le Mexique, le Panama et le Venezuela opéraient les plus gros investissements dans la recherche et le développement dans la santé en pourcentage de leurs dépenses (allant d'environ 0,65 % à 1,35 %) nationales de la santé. Depuis le sommet de Mexico, une tendance positive se dessine dans des pays comme l'Argentine, le Brésil et le Mexique. Des pays ont pris un retard dangereux pour atteindre la cible de 2013 et devront non seulement recevoir un soutien supplémentaire pour atteindre cet indicateur, mais ils devront aussi intensifier l'engagement national pour atteindre cette cible.

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

L'OS11 est évalué comme étant en bonne voie, ses 5 RER étant en bonne voie et ses 14 cibles d'indicateur de RER pour 2011 ayant été atteintes. D'importants progrès ont été réalisés en 2010-2011 tout en maintenant également les progrès accomplis sur le plan du renforcement des systèmes d'information, des analyses et des bases de données — et en créant et/ou en maintenant par ailleurs différentes plateformes d'accès et d'échange d'informations sur la santé à tous les niveaux. Aucune difficulté n'est attendue sur le plan de la réalisation des objectifs pour la prochaine période biennale, si des ressources suffisantes ont été allouées pour assurer la coopération technique nécessaire — en particulier pour les initiatives qui nécessitent un soutien régional solide, et si les pays continuent à déployer des efforts en vue de maintenir et d'étendre les acquis.

#### Principales réalisations

- En ce qui concerne les indicateurs des RER 11.1.1, 11.2.1 11.2.2, 11.3.1, 11.3.4 et 11.5.3, les principales réalisations incluent l'examen des cadres législatifs, le maintien des données de base sur la santé, la mise à jour et l'accroissement de l'utilisation des bases de données sur la mortalité et les naissances, 100 % des pays préparant leurs analyses de la situation de la santé à temps pour la publication de la Santé dans les Amériques 2012, le suivi des indicateurs OMD liés à la santé, le renforcement du Réseau d'Amérique latine et des Caraïbes pour les systèmes d'Information sur la santé (RELAC SIS) et l'Observatoire régional de la santé, et l'accroissement de la coopération technique destinée aux pays des Caraïbes anglophones afin d'améliorer les systèmes d'information de la santé.
- Des progrès considérables ont été réalisés dans la mise en œuvre de la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé grâce à des partenariats efficaces et à l'intégration de la recherche dans la coopération technique de l'OPS. La gouvernance de la recherche a été renforcée dans au moins cinq pays. En outre, il existe maintenant des données mieux organisées et plus accessibles pour décrire les systèmes de recherche nationaux de la santé dans les États Membres. L'OPS est à l'avant-garde du suivi et de l'amélioration des systèmes de recherche nationaux de la santé, de la mise en œuvre d'outils pour l'application des connaissances et de la promotion de l'utilisation et de l'élaboration de la recherche sur les systèmes de santé.
- Des cadres et des outils pour l'analyse de la législation sur la santé ont été mis au point et examinés. On peut citer les exemples suivants : URU a adopté une loi qui contribue à la consolidation du système national de santé intégrée, et DOR et HON ont adopté une loi pour renforcer l'intendance de l'autorité nationale de la santé et renforcer leurs réglementations sur le talent humain et les équipements



médicaux.

- Des progrès ont été accomplis sur le plan de la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des plans nationaux de la santé — initiative du Programme d'apprentissage mondial (NHPSP-GLP) dans la Région, l'OPS adaptant le matériel élaboré par l'OMS au contexte de la Région.
- Des progrès constants ont été accomplis en termes de développement de projets, produits et services visant à renforcer le rôle de l'Organisation tant au niveau régional que mondial en tant que source fiable d'informations et de connaissances liées aux sciences de la santé. Entre autres, trois grandes initiatives résultant de processus collectifs méritent d'être soulignées :
  - (1) la stratégie de *cybersanté* ;
  - (2) la stratégie de gestion des connaissances et de communication, et
  - (3) l'adoption d'un modèle de réseaux de relations stratégiques.

### **Principaux défis**

- Continuer à réduire la fragmentation des systèmes d'information de la santé, ce qui aurait pour effet d'accroître la fiabilité des données, leur production régulière et systématique au niveau national et infranational et d'améliorer la capacité d'analyse des pays. Étendre et améliorer l'accès à l'information sur la santé ainsi que l'utilisation des informations pour la prise de décision.
- Les financements externes pour la santé sont encore très fragmentés et/ou ne rentrent pas dans les budgets et les plans nationaux. Par conséquent, une coopération technique continue pour l'initiative NHPSP-GLP dans la Région est nécessaire.
- Pour mettre en œuvre la politique sur la recherche pour la santé, il est nécessaire d'accroître les ressources (y compris le financement), les partenariats, la coopération technique et l'intégration de la recherche dans la planification et la prestation des soins de santé. Il est nécessaire de rester focalisés sur la mise en œuvre et le développement des politiques ainsi que sur les mécanismes de suivi et d'évaluation. Il est également nécessaire d'améliorer les indicateurs et de prioriser les stratégies comme défini dans le plan de travail et dans les documents de politiques.
- Le travail avec les commissions nationales de bioéthique rencontre des difficultés politiques (tant en ce qui concerne leur création que leur travail en cours), qui peuvent entraver la réalisation de l'indicateur du RER 11.4.2 (qui porte sur le nombre de pays ayant des commissions nationales visant à opérer un suivi du respect des normes éthiques dans la recherche scientifique).

### **Enseignements tirés**

- Les pays se sont engagés à améliorer la législation sur différents sujets. Les ateliers avec des groupes intersectoriels se sont avérés être une mesure positive. Cependant, étant donné que la révision de la législation recouvre des composantes techniques ainsi que politiques, un suivi continu par les bureaux de l'OPS dans les pays est essentiel pour obtenir l'adoption des législations déjà rédigées.
- Des systèmes nationaux de recherche sur la santé robustes permettent aux pays de maximiser les avantages de la recherche, et la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé les renforce en suivant une approche systémique dans sa mise en œuvre. Il faut protéger les acquis, obtenir des ressources suffisantes pour la mise en œuvre de la politique, faire participer les États Membres et assurer un suivi et une évaluation. Des éléments clés pour une mise en œuvre adéquate de la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé, en vue d'atteindre ses objectifs, sont la coordination régionale et des ressources stables et suffisantes.
- Le rôle de l'OPS en tant que source faisant autorité et centre de coordination des informations et des connaissances sur la santé publique fondées sur des preuves devient de plus en plus indispensable compte tenu de la surcharge en informations sur la santé et de l'augmentation de l'utilisation des réseaux sociaux.

- Le fait de forger des alliances avec les pays et les agences a joué un rôle clé dans le développement et le lancement du réseau d'Amérique latine et des Caraïbes pour les systèmes d'information de la santé (dont le sigle espagnol est RELACSYS). RELACSYS constitue l'aboutissement de cinq années du cycle de renforcement et d'amélioration des systèmes d'information de la santé (SIS). Il résulte d'un partenariat stratégique entre l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'OPS et l'évaluation MEASURE, accompagné d'une participation active de la part de tous les pays concernés.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS11

<b>RER 11.1 Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer la capacité de l'autorité sanitaire nationale à remplir son rôle directeur, en améliorant l'analyse, la formulation et la réglementation des politiques, la planification stratégique et la mise en œuvre de changements du système de santé et en améliorant la coordination intersectorielle et interinstitutionnelle aux niveaux national et local</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)					
Des progrès ont été accomplis dans trois pays en termes d'examen et de mise à jour de la législation dans le cadre des réformes constitutionnelles, ainsi que sur des sujets spécifiques. Des ateliers ont été organisés et des analyses comparatives de la législation sur la santé produites pour améliorer le renforcement des capacités dans l'élaboration de législations sur la santé. En outre, la mise en œuvre de l'initiative sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de la santé (NHPSP) dans la Région OMS/AMRO avance progressivement. Deux ateliers liés à la phase accélérée de la NHPSP-GLP ont eu lieu dans la Région. Une grande réalisation a été l'adaptation des documents originaux élaborés par l'OMS sur les NHPSP-GLP pour répondre aux besoins régionaux. En outre, un cours virtuel sur la gestion des politiques publiques en matière de santé est en cours d'élaboration et sera mis à la disposition des États Membres en 2012.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
11.1.1 : Nombre de pays qui ont mis à jour leur législation et leur cadre réglementaire	8	10	11	12	Référence 2009 : ARG, BLZ, BRA, COL, CUB, FDA, PER, TRT  Cible 2011 : DOR, ECU  La cible a été dépassée. En plus des deux pays cibles (DOR et ECU), un troisième pays (HON) a également atteint l'indicateur. Les progrès ont également été soutenus à BLZ, BRA, CUB, FDA, PER et TRT.
11.1.2 : Nombre de pays qui ont formulé des politiques et des plans à moyen et long terme ou qui ont arrêté des	18	29	29	35	Référence 2009 : BAR, CAN, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAR, SAV, SUR, USA, VEN  Cible 2011 : ARG, BAH, BOL, BRA, CHI, COL, ECU, PAN, PER, TRT, URU

objectifs nationaux de santé					La cible a été pleinement atteinte. Des progrès ont été accomplis en termes de renforcement des capacités au niveau des bureaux de l'OPS dans les pays à l'appui de la formulation de politiques, stratégies et plans nationaux de la santé. Deux ateliers liés à la phase accélérée de la NHPSP-GPL ont été organisés pour la Région AMRO.
<b>RER 11.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour améliorer les systèmes d'information sanitaire aux niveaux régional et national</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
Les systèmes d'information de la santé ont été renforcés en continu. La création de RELACSIS a permis d'organiser des formations dans les pays et de définir des lignes directrices pour un Plan de renforcement des capacités régionales en partenariat avec la famille des classifications internationales (FIC) et les centres collaborateurs. Les activités relatives aux indicateurs de base de la santé ont été maintenues avec succès dans les pays de langue espagnole. Pour la prochaine période biennale, l'un des défis consistera à incorporer des pays des Caraïbes anglophones. Une leçon apprise tient au fait que le lancement de RELACSIS a constitué l'aboutissement de cinq années d'efforts visant à renforcer les SIS et à instaurer un cycle d'amélioration, ainsi qu'une alliance stratégique entre l'USAID, l'OPS et l'évaluation MEASURE — mais ce qui est plus important encore, une alliance avec tous les pays impliqués dans ce processus.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
11.2.1 : Nombre de pays qui ont mis en place des processus visant à renforcer la couverture et la qualité des systèmes d'information sanitaire	7	10	10	15	Référence 2009 : DOR, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER  Cible 2011 : BLZ, ECU, ELS  La cible a été pleinement atteinte. La création de RELACSIS a permis de renforcer les capacités dans les pays qui ont les lacunes les plus critiques, et de définir des lignes directrices pour un Plan de formation régional. Le Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé espère évaluer les indicateurs de couverture et de qualité d'ici à 2013, suite à la résolution applicable. Il convient de souligner les partenariats avec le CAREC, USAID, l'évaluation MEASURE, l'ACDI et la CEPALC en vue de gérer et de financer le plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé.
11.2.2 : Nombre de pays qui ont mis en	16	19	19	27	Référence 2009 : ARG, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT,

<p>œuvre l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base de l'OPS</p>					<p>HON, MEX, NIC, PAN, PER</p> <p>Cible 2011 : BOL, PAR, PUR</p> <p>La cible a été pleinement atteinte. Les activités au niveau national sur les indicateurs de base sont maintenues avec succès dans les pays de langue espagnole. Les cibles pour 2013 étendront ces activités aux pays anglophones, avec d'éventuelles difficultés comme le financement, une communication continue avec les pays par le biais des bureaux PWR et veiller à ce que la priorité soit accordée à cette question par les gouvernements nationaux.</p>
<p><b>RER 11.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour accroître l'accès équitable à l'information, aux connaissances et aux éléments de preuve scientifiques concernant la santé, ainsi que leur diffusion et leur utilisation, pour la prise de décisions</b></p>					<p><b>En bonne voie</b></p>
<p align="center"><b>Évaluation du RER</b> (4 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, et 1 non atteinte)</p>					
<p>La mise à jour des chapitres sur les pays pour la Santé dans les Amériques (HIA) 2012 a fourni une excellente occasion de suivre les progrès réalisés sur le plan des OMD et de mettre à jour l'analyse de la situation de la santé dans tous les pays de la Région. En ce qui concerne la bibliothèque virtuelle de la santé, la cible a été atteinte. Une leçon apprise est la nécessité de continuer à travailler en étroite collaboration avec les homologues techniques — à l'OPS/HQ comme dans les bureaux de l'OPS dans les pays — pour opérer un suivi des objectifs.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
<p>11.3.1 : Nombre de pays qui mettent à jour leurs analyses de situation sanitaire au moins tous les deux ans</p>	<p align="center">7</p>	<p align="center">9</p>	<p align="center">9</p>	<p align="center">10</p>	<p>Référence 2009 : BRA, CUB, ECU, FEP, MEX, NIC, VEN</p> <p>Cible 2011 : ELS, GUY</p> <p>La cible a été pleinement atteinte ; en outre, au cours de cette période biennale, la préparation des chapitres sur les pays pour la Santé dans les Amériques 2012 a permis à pratiquement tous les pays de mettre à jour leurs analyses de la situation de la santé.</p>
<p>11.3.2 : Nombre de pays qui participent</p>	<p align="center">3</p>	<p align="center">6</p>	<p align="center">6</p>	<p align="center">8</p>	<p>Référence 2009 : BRA, COR, TRT</p>

à des initiatives visant à renforcer l'appropriation, la production et l'utilisation des résultats de la recherche au niveau de l'élaboration des politiques et de la pratique					<p>Cible 2011 : FEP, PAR, PER</p> <p>La cible a été pleinement atteinte. Les pays qui ont mis en place des équipes capables de mener à bien le processus et les outils d'application des connaissances comprennent — en plus des pays cibles : — ARG, BRA, CHI et ECU.</p>
11.3.3 : Nombre de pays ayant accès aux informations et aux connaissances scientifiques essentielles, mesuré par l'accès à la Bibliothèque virtuelle de la santé (BVS) aux niveaux national et régional	15	21	23	25	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, JAM, MEX, PER, USA</p> <p>Cible 2011 : ECU, FEP, GUT, GUY, HON, PAR, NIC, URU</p> <p>La cible a été dépassée. En plus des six pays cibles (FEP, GUT, GUY, HON, PAR et URU), ECU et NIC ont également atteint l'indicateur. Les progrès ont également été soutenus à BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ELS, MEX et PER.</p>
11.3.4 : Nombre de pays qui opèrent un suivi des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	25	34	33	36	<p>Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SUR, TRT, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : ABM, ANI, BAH, BAR, GRA, SCN, SAL, SAV</p> <p>L'indicateur a été pleinement atteint dans tous les pays cibles sauf un. La mise à jour des chapitres sur les pays pour l'HIA 2012 a fourni une excellente occasion d'évaluer les progrès. À deux ans de l'échéance de 2013 pour atteindre les cibles, il est probable que les pays vont intensifier leurs efforts pour mesurer les progrès, augmentant ainsi la demande de coopération technique afin de renforcer leur capacité d'analyse. CAN et USA ne devraient pas être comptés parmi les pays cibles, puisqu'ils ne procèdent pas à un suivi des OMD conformément aux accords.</p>

<b>RER 11.4 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour faciliter la production et le transfert de connaissances dans les domaines prioritaires, y compris la recherche portant sur la santé publique et sur les systèmes de santé, et veiller à ce que les produits répondent aux normes déontologiques de l'OMS</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011)					
<p>Des progrès considérables ont été réalisés sur le plan de ce RER, avec des appels à l'action débouchant sur des activités spécifiques, ce qui a permis de renforcer les capacités dans les domaines de la gouvernance et de la gestion de la recherche – ainsi que pour la traduction de la recherche dans les politiques et les pratiques. Le renforcement des capacités s'est attaché à tirer parti de la recherche sur les systèmes de santé, et de ce fait les deux indicateurs pour cette période biennale ont été atteints. Les principales réalisations comprennent des données sur la gouvernance et les politiques organisées pour plus de 30 pays et le BSP ; 26 États Membres définissant les priorités de la recherche ; des données disponibles sur les réglementations éthiques de 16 États Membres et du BSP ; et plus de 1 000 comités d'examen éthique identifiés, rendant ainsi possible la définition d'une cible pour le renforcement des capacités pour de meilleures normes de la recherche. Les normes pour la recherche du BSP ont été renforcées. Les activités régionales ont porté sur la qualité, la gouvernance, les ressources humaines, les normes et l'application des connaissances. Elles ont été mises en œuvre par le biais de partenariats stratégiques (par exemple, des conférences sur la recherche et l'innovation pour la santé, la réunion régionale des Commissions nationales de bioéthique des Amériques, la plate-forme internationale des registres des essais cliniques (ICTRP)-Amériques, le réseau pour les politiques fondées sur des preuves dans les Amériques (EVIPNet Américas) et des lignes directrices pour les recommandations techniques formulées avec des partenaires clés comme les Centres collaborateurs OPS/OMS.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
11.4.1 : Nombre de pays qui disposent d'un système national de recherche en santé ayant les caractéristiques (indicateurs) définies par l'OPS	2	4	5	5	Référence 2009 : BRA, COR  Cible 2011 : CUB, ECU, PAR  La cible a été dépassée. Une structure a été mise en place pour une meilleure gouvernance de la recherche. Il y a plus de données qui sont par ailleurs mieux organisées et plus accessibles pour décrire les systèmes nationaux de recherche en santé dans les États Membres. L'OPS est à l'avant-garde du suivi et de l'amélioration des systèmes nationaux de recherche en santé, de la mise en œuvre d'outils pour l'application des connaissances et de la promotion de l'utilisation et du développement de la recherche sur les systèmes de santé.
11.4.2 : Nombre de pays dotés de	15	18	18	20	Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, ECU, MEX, PAN,

<p>commissions nationales veillant à la conformité aux normes déontologiques de la recherche scientifique</p>					<p>PAR, PER, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : BLZ, JAM, TRT</p> <p>La cible a été pleinement atteinte. La commission d'éthique de BLZ a été mise en place, avec des lignes directrices. JAM a une Commission nationale de bioéthique bien établie, qui est récemment devenue l'une des plus actives dans la Région. La Commission de bioéthique de TRT en est à l'étape finale et sera achevée l'année prochaine. Des défis se posent sur le plan de la mesure de cet indicateur, dans la mesure où les activités sont partagées entre l'OMS (pour le soutien pour les questions techniques) et l'UNESCO (pour la création des commissions).</p>
---	--	--	--	--	--

**RER 11.5 : L'OPS est la source reconnue et le centre de coordination en matière d'informations et de savoir en santé publique fondés sur des données probantes, fournissant un savoir essentiel et du matériel de plaidoyer dans le domaine de la santé aux États Membres, aux partenaires de la santé et aux autres parties prenantes**

**En bonne voie**

**Évaluation du RER**

(3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, 2 dépassant la cible pour 2011)

L'OPS a continué de progresser sur le plan de l'élaboration de projets, de produits et de services qui renforcent son rôle comme source faisant autorité en matière d'informations et de connaissances des sciences de la santé au niveau régional et mondial. Entre autres, trois résultats importants résultant de processus collectifs méritent d'être mis en exergue :

- (1) La stratégie *cyberSanté* a été récemment approuvée par le 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS.
- (2) La stratégie de gestion des connaissances et de communication pour toutes les entités de l'OPS a été approuvée par EXM.
- (3) Un modèle pour les réseaux de relations stratégiques a été adopté à la suite de discussions lors de la réunion annuelle des gestionnaires à Punta Cana. Cela vient renforcer d'autres initiatives, comme celles qui sont liées à la politique de la recherche, à la formulation d'une politique rédactionnelle, à diverses normes et procédures pour travailler en tant qu'organisation basée sur les connaissances.

La plateforme régionale de l'OPS pour les informations de la santé (PHIP) est opérationnelle et consolidée comme prévu. Un grand défi consistera à parvenir à l'interopérabilité entre les principales initiatives institutionnelles de l'OPS comme OPS Web 2.0, le CVSP et le VHL.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
11.5.1 : Nombre de visites sur la page Web de l'OPS	30 millions	35 millions	65,1 millions	40 millions	Bien que cette « cible » soit mal définie, étant donné que les paramètres devraient être mesurés différemment sur la base d'une analyse bibliométrique de l'utilisation des informations et non pas simplement en fonction du nombre de

					visites, la cible est néanmoins dépassée.
11.5.2 : Maintenir le nombre de pays qui ont accès à des informations sanitaires fondées sur des données probantes et au matériel de plaidoyer en vue de l'exécution efficace des programmes de santé, comme reflété dans les stratégies de coopération de chaque pays	35	33	35	33	Référence 2009 : ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, USA, VEN  Cible 2011 : Maintien  A été maintenu dans les 35 pays.
11.5.3 : Création de la plate-forme d'information régionale de l'OPS, intégrant toutes les bases de données techniques sanitaires du BSP et les informations provenant des partenaires en matière de santé et de développement	Intégration de toutes les bases de données techniques sur la santé du BSP	Intégration des informations des partenaires en matière de santé et de développement	Oui	Plateforme créée et entièrement opérationnelle	La plateforme régionale de l'OPS pour les informations de la santé (PHIP) est maintenant opérationnelle et consolidée comme conçue et planifiée. La PHIP intègre des données émanant de tous les programmes sur la santé du BSP dans toute l'Organisation ainsi que les données provenant de partenaires du développement comme la Division des statistiques des Nations Unies, la Banque mondiale (BM), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Fonds pour l'enfance des Nations Unies (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Les données et produits d'information de la PHIP sont disponibles sur le portail de l'Observatoire de la santé sur <a href="http://www.paho.org/rho">http://www.paho.org/rho</a> . Pour plus d'informations, consultez <a href="https://sites.paho.org/rho">https://sites.paho.org/rho</a> ou <a href="http://ais.paho.org">http://ais.paho.org</a> .
11.5.4 : Nombre de communautés de pratiques établies et opérationnelles parmi les entités du BSP	10	15	29	15	L'organisation a continué de mettre en œuvre la méthodologie des communautés de pratique (CP). La CP sur les soins de santé primaires mérite d'être mentionnée, car c'est l'une des plus grandes au sein de l'Organisation ; elle est actuellement en cours de développement.



## Rapport de situation sur l'OS12

<b>OS12 : Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage des produits et technologies médicaux</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$18 963 000	\$7 154 000	\$13 895 278	\$21 049 278	85 %	111 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes où l'accès aux médicaments essentiels et aux technologies est reconnu dans les constitutions ou la législation nationales</b>  Référence : 6 pays en 2006  Cible : 14 pays d'ici à 2013</p> <p>La cible pour 2013 pour cet OS a été atteinte : 19 pays ont soit le droit à la santé (qui consacre l'accès aux médicaments), soit le droit à l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé, stipulé dans les constitutions nationales. En outre, des pays comme l'Argentine, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, El Salvador, le Panama et le Venezuela ont signé des traités internationaux d'importance constitutionnelle.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes où la qualité des technologies et des produits médicaux est contrôlée par l'autorité réglementaire nationale</b>  Référence : 5 pays en 2006  Cible : 10 pays d'ici à 2013</p> <p>La cible de 2013 pour cet indicateur d'OS a été atteinte : plus de 12 pays opèrent effectivement un suivi de la qualité et de la sécurité des médicaments et des produits médicaux par l'intermédiaire de leurs autorités réglementaires nationales (ARN). En 2010, le 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a adopté la résolution CD50.R9, « Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques » appelant tous les États Membres à renforcer leurs capacités nationales et à promouvoir les échanges entre les autorités de réglementation. À l'heure actuelle, l'OPS considère que quatre ARN sont dignes d'agir en qualité d'autorités de référence régionale de l'OPS (celles de l'Argentine, du Brésil, de la Colombie et de Cuba). En outre, tant la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis que Santé Canada sont maintenant des Centres collaborateurs de l'OPS/OMS, dans les affaires réglementaires ; et le Chili, la République dominicaine, le Mexique et le Panama sont considérés comme ayant effectivement mis en œuvre des fonctions réglementaires au sein de leurs autorités de réglementation nationales.</p> <p><b>Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes où les systèmes de passation de marchés du secteur public comprennent la planification, l'achat et la distribution de technologies et de produits médicaux de qualité</b>  Référence : 6 pays en 2006  Cible : 16 pays d'ici à 2013</p> <p>À la fin de 2011, 21 pays avaient mis en place ou renforcé des systèmes de marchés publics.  (Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Costa Rica, Cuba, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Pérou, Saint Vincent et les Grenadines,</p>					

Suriname, Trinité-et-Tobago et Venezuela). Au cours de la dernière période biennale, on a constaté une évolution vers l'intégration des systèmes de passation de marchés — surtout pour les médicaments et les technologies de la santé associés au VIH, à la tuberculose et au paludisme — au sein des systèmes nationaux de passation de marchés et de gestion de l'approvisionnement. On peut citer des exemples au Brésil (pharmacie populaire), au Chili (réorganisation de l'Agence centrale d'approvisionnement pour le service de santé national [CENABAST]) et au Pérou (Direction générale des médicaments et des fournitures [DIGEMID]). Par ailleurs, l'Argentine et l'Équateur procèdent actuellement à la mise en œuvre de changements organisationnels importants dans leurs mécanismes nationaux de passation de marchés pour les médicaments essentiels. On peut aussi mentionner la façon dont les pays d'Amérique centrale travaillent ensemble sur l'harmonisation et la simplification des procédures de préqualification pour la sélection des produits et des fournitures.

**Indicateur 4 de l'OS : Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes où les autorités réglementaires nationales ont la capacité d'exécuter les fonctions de base suivantes, comme mesurées par les normes internationales : (a) octroi de licences ; (b) pharmacovigilance ; (c) système de libération des lots ; (d) accès à un laboratoire de contrôle de la qualité ; (e) inspection des fabricants ; et (f) évaluation des résultats cliniques**

Référence : 14 pays ayant un niveau de base, 6 avec un niveau intermédiaire et 2 avec des fonctions réglementaires de haut niveau en place en 2006

Cible : 10 ayant un niveau de base, 7 avec un niveau intermédiaire et 7 avec des fonctions réglementaires de haut niveau en place d'ici à 2013

À l'heure actuelle, six pays (Argentine, Brésil, Canada, Colombie, Cuba et États-Unis) ont mis en place des fonctions réglementaires de haut niveau. Quatre autres renforcent rapidement leurs capacités (Chili, République dominicaine, Mexique et Panama). L'indicateur est également en bonne voie de réalisation par les pays ayant des fonctions réglementaires de niveau intermédiaire et de base.

#### Évaluation de l'OS en 2010–2011

Cet OS est en bonne voie, avec 3 RER sur 3 en bonne voie et 8 de ses 9 cibles d'indicateurs de RER pour 2011 atteintes.

De très bons progrès sont accomplis pour atteindre l'OS12, comme en témoignent les progrès signalés à la fin de la période biennale 2010-2011. Les pays priorisent actuellement les domaines couverts par cet OS et ont atteint leurs cibles, avec le soutien du BSP/HSS. Dans tous les cas, les cibles ont été remplies entièrement ou partiellement.

La Région continue à œuvrer pour renforcer la politique de technologie pharmaceutique et de la santé, renforcer la capacité réglementaire et promouvoir l'utilisation appropriée et rationnelle des médicaments dans les technologies de la santé — une tendance dont nous estimons qu'elle se poursuivra en 2012-2013. Le RER 12.1 a bien progressé, étant donné que les pays priorisent la formulation de politiques pharmaceutiques, le renforcement des systèmes nationaux de passation de marchés et d'approvisionnement pour les médicaments, et ils utilisent de plus en plus le Fonds stratégique de l'OPS. Les pays priorisent les méthodologies d'évaluation des technologies de la santé liées à des stratégies visant à en améliorer l'utilisation. Les pays ont donné la priorité au RER 12.2, qui vise à renforcer la capacité réglementaire — en particulier pour les vaccins et les médicaments — en mettant l'accent sur les fonctions réglementaires de base.

En outre, les pays ont adopté des normes dans le cadre du Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments (PANDHR), ainsi que des normes internationales de radioprotection. On constate un niveau de coopération accru entre les pays dans ce domaine. À l'avenir, les défis comprendront la réglementation des appareils médicaux et des produits biotechnologiques.

Enfin, en ce qui concerne le RER 12.3, d'importants progrès ont été réalisés : des normes visant à intégrer des technologies de la santé liées à l'évaluation des technologies ont été priorisées dans 17 pays à la fin de 2011 (Argentine, Bahamas, Bolivie, Brésil, Colombie, Cuba, Chili, Costa Rica, Équateur, Guyana, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Suriname, Trinité-et-Tobago et Uruguay). En outre, des stratégies de promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments sont en cours d'exécution dans un certain nombre de pays, et on constate une prise de conscience des enjeux de la résistance aux antimicrobiens. Des défis demeurent pour ce qui est de la réalisation de la cible pour 2013 de l'indicateur de RER 12.1.4 ; on considère que la cible devrait être réévaluée sur la base des résultats de l'évaluation externe du Programme régional pour la sécurité des transfusions sanguines et dans le cadre de l'élaboration du futur plan.

### **Principales réalisations**

- Le 50<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD50.R9, « Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques » (2010). Cela a résulté de l'évaluation de 12 ARN, 4 d'entre elles désignées comme ARN de référence régionale. En outre, des accords de coopération ont été signés avec trois ARN (l'Agence nationale de surveillance de la santé [ANVISA Brésil], l'Administration nationale des médicaments, des aliments et des technologies médicales [ANMAT-Argentine] et la Food and Drug Administration [FDA-États-Unis]). L'OPS a organisé la VI Conférence internationale de PANDHR qui a réuni plus de 300 participants de la Région, et a permis d'identifier des domaines prioritaires de travail dans la réglementation et la qualité des médicaments et dans les technologies de la santé.
- Une évaluation du plan d'action régional pour la sécurité transfusionnelle 2006-2010 a été menée par un groupe d'évaluation externe, et les résultats en ont été présentés au 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS comme base pour l'élaboration du futur Plan régional.
- Il est prévu que la plateforme régionale pour l'accès et l'innovation pour la santé soit lancée en mai 2012 ; il s'agira d'un instrument régional à l'appui de la mise en œuvre de la stratégie globale sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.
- Le lancement de la stratégie régionale pour l'utilisation rationnelle des médicaments a eu lieu, et des propositions sont en cours de formulation dans trois pays (Bolivie, Chili et Nicaragua). Il s'agit d'une approche globale de la coordination des mesures de réglementation, d'éducation, de gestion et de recherche en suivant une approche axée sur les soins de santé primaires.
- Le réseau régional pour l'évaluation des technologies de la santé a été créé et lancé, et des accords de coopération ont été signés avec l'Agence nationale de surveillance de la santé du Brésil (ANVISA) et l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).
- Le nombre des pays participant au Fonds stratégique de l'OPS a augmenté, passant de 21 à 24.
- Une éducation et formation continues ont été offertes par l'entremise des cours virtuels sur les services pharmaceutiques et la pharmacovigilance, entre autres sujets.

### **Principaux défis**

- L'OPS doit être prête à répondre à la demande croissante de coopération technique de la part des pays, étant donné l'intérêt accru que suscite l'OS12 et les progrès réalisés par les États Membres. La perte de financement pour les Caraïbes est particulièrement préoccupante, compte tenu de l'appui politique qui a été mobilisé pour l'élaboration d'une stratégie régionale qui a été récemment approuvée par le Groupe des ministres des Caraïbes. Il est prévu que davantage d'efforts seront nécessaires en 2012-2013 pour établir des partenariats stratégiques afin d'assurer la mise en œuvre de l'OS12. Afin de mobiliser des ressources supplémentaires pour les pays, des ressources additionnelles devront être investies par les pays eux-mêmes afin de consolider leurs acquis.
- À mesure que de nouvelles priorités de santé publique sont définies, il devient plus nécessaire, de façon continue, d'apporter un soutien pour les questions liées aux politiques ainsi qu'à la réglementation et à

l'utilisation des médicaments et des technologies de la santé. Le secteur des maladies et autres priorités de santé publique (réduction de la mortalité maternelle) nécessiteront un soutien supplémentaire important dans les domaines de travail susmentionnés, à l'aide d'une approche commune fondée sur les systèmes de santé. L'intégration dans l'ensemble des secteurs techniques de l'OPS sur cette question est d'une importance cruciale. Cela s'étend aux ministères de la santé, où des liens devront être établis entre leur travail en gestion pharmaceutique et les secteurs des programmes sur les maladies et les services de santé, ainsi qu'au sein des autorités réglementaires nationales.

#### Enseignements tirés

- Une approche intégrée pour renforcer l'élaboration de politiques et la réglementation et l'utilisation des médicaments et des technologies de la santé a permis de réaliser des progrès importants dans les pays.
- À ce jour, relier le plan de travail régional avec les mécanismes d'intégration infrarégionaux et les besoins nationaux a constitué une stratégie efficace pour assurer que les cibles seraient atteintes.
- De nouveaux partenariats stratégiques, conjugués à une stratégie de mobilisation des ressources, seront nécessaires en 2012-2013 afin de compenser une réduction considérable du nombre de subventions qui appuient le plan de travail dans le domaine des médicaments et des technologies de la santé.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS12

<b>RER 12.1 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour promouvoir et garantir un accès équitable aux produits médicaux et aux technologies de la santé et à l'innovation technologique correspondante</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (4 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes).					
<p>Les pays ont bien progressé sur ce RER pendant la période biennale. Un certain nombre de pays ont adopté de nouvelles politiques pharmaceutiques pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels, tandis que d'autres ont terminé l'analyse du secteur pharmaceutique pour orienter les évolutions futures. Des efforts considérables ont été déployés par les pays pour améliorer la passation de marchés au niveau national et les systèmes de gestion des approvisionnements afin d'assurer une meilleure intégration. D'importants progrès ont également été réalisés dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé, et les pays élaborent des systèmes pour renforcer le processus décisionnel pour l'évaluation et l'incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé. Le Fonds stratégique a signalé une activité accrue en termes tant de nombre de pays y participant et que de volume total d'approvisionnement stratégique de santé publique. Une évaluation externe du plan de travail régional sur le sang au cours des cinq dernières années a mis en exergue d'importantes réalisations dans ce domaine, allant d'une augmentation des dons de sang bénévoles à l'amélioration de la qualité et du dépistage du sang et des produits sanguins — malgré le fait que cette cible très ambitieuse n'a pas été atteinte au cours de la période biennale et qu'il est peu probable qu'elle soit atteinte en 2012-2013.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
12.1.1 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques qui	23/36	25/36	27/36	27/36	Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, GUT, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, TRT, URU, VEN

favorisent l'accès aux produits médicaux ou l'innovation technologique concernant ces produits					<p>Cible 2011 : BAH, ELS, GRA, SUR</p> <p>La cible a été dépassée. BAH, ELS, GRA et SUR ont atteint l'indicateur. BAH a mis au point un profil pharmaceutique et travaille actuellement sur un plan visant à améliorer l'accès aux médicaments, y compris pour 11 pathologies chroniques. ELS a préparé un document de politiques et a élaboré le profil pharmaceutique du pays. GRA a également terminé et présenté le profil pharmaceutique du pays. SUR a produit une politique pharmaceutique, mis au point le profil et mené une étude sur la situation pharmaceutique.</p>
12.1.2 : Nombre de pays qui ont établi ou renforcé leur système national d'achat, de production ou de distribution de produits médicaux	18/36	21/36	21/36	24/36	<p>Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GUY, HAI, MEX, NIC, PER, SUR, TRT, VEN</p> <p>Cible 2011 : BAH, HON, SAV</p> <p>Les pays cibles (BAH, HON et SAV) ont atteint l'indicateur. BAH a réalisé une étude sur le prix des médicaments pour améliorer la passation de marchés du secteur public ; HON a élaboré une liste de fournitures médicales à l'appui des marchés publics. SAV a mis au point un cours de formation visant à améliorer les capacités sur les bonnes pratiques pour le stockage de produits médicaux.</p>
12.1.3 : Nombre de pays où le don de sang est 100 % bénévole et non rémunéré	5	12	6	17	<p>Référence 2009 : CAN, CUB, NEA, SUR, USA</p> <p>Cible 2011 : ANI, GUY, HAI, NIC, PAR</p> <p>La cible n'a pas été atteinte. Bien que d'importants progrès aient été réalisés par les pays cibles, seul NIC a atteint cet indicateur. Compte tenu de la situation, l'indicateur est considéré comme trop ambitieux et devrait être modifié afin de mieux refléter la réalité dans les pays et les progrès qu'il est possible de réaliser au cours de la période examinée.</p>
12.1.4 : Nombre de	10	15	15	20	Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, COL,

pays qui disposent d'outils pour évaluer l'accès aux technologies de la santé					<p>COR, CUB, MEX, PER, TRT, URU</p> <p>Cible 2011 : BLZ, BOL, HAI, NIC, VEN</p> <p>La cible a été atteinte. VEN a participé à l'adoption d'une politique infrarégionale pour l'évaluation des technologies de la santé et l'élaboration de lignes directrices méthodologiques. Il y a eu des avancées importantes sur cet indicateur au cours de la période biennale, de nouveaux accords de coopération ayant été signés avec 14 pays de la Région (le réseau panaméricain pour l'évaluation des technologies de la santé [RedETSA]) et d'autres accords bilatéraux (comme avec l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé [l'ACMETS]).</p>
12.1.5 : Nombre de pays qui utilisent le Fonds stratégique de l'OPS pour les fournitures essentielles de santé publique	11	15	15	18	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, DOR, ECU, ELS, HON, NIC, PAN, PAR, PER</p> <p>Cible 2011 : BLZ, GUT, HAI, VEN</p> <p>Les quatre pays cibles ont atteint l'indicateur. BLZ, GUT et VEN ont utilisé activement le Fonds stratégique pour acheter des fournitures stratégiques de santé publique. HAI et d'autres pays de la Région, y compris les pays des Caraïbes, utilisent les prix des offres annuelles comme référence. Le Fonds stratégique a réalisé des progrès considérables au cours de cette période biennale.</p>
<b>RER 12.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique afin de promouvoir et de garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des produits médicaux et des technologies de la santé</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
<p>Avec l'adoption et l'approbation de la résolution CD 50.R9, « Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques » lors du 50<sup>e</sup> Conseil directeur en 2010, il y a eu une activité considérable dans les pays liés à ce RER. Un certain nombre de pays se sont attachés à terminer l'évaluation des fonctions réglementaires de base ; et parmi eux, l'Argentine, le Brésil, la Colombie et Cuba ont été désignés comme autorités réglementaires nationales (ARN) capables de faire office d'autorités réglementaires de référence. En outre, des programmes de développement institutionnel pour d'autres ARN sont en cours d'élaboration en vue de renforcer les capacités, et seront soutenus par les autorités réglementaires nationales de référence. Les pays ont œuvré sur l'élaboration de nouvelles normes pour les médicaments et les appareils médicaux ainsi que sur la réglementation des produits biologiques. Ces deux derniers domaines continuent de présenter des difficultés pour les pays, surtout pour les ARN qui disposent de moins de ressources et nécessiteront une attention particulière au cours de la prochaine période biennale.</p>					

Néanmoins, le RER a été réalisé avec succès par les pays.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteint fin 2011	Cible 2013	Commentaires
12.2.1 : Nombre de pays dont les fonctions réglementaires pour les produits médicaux dont évaluées	3	9	9	13	Référence 2009 : CUB, COR, MEX  Cible 2011 : ARG, BOL, BRA, CHI, COL, PAN  La cible pour 2011 a été atteinte. ARG et COL sont considérés comme des autorités réglementaires de référence, sur la base des évaluations effectuées, de même que CUB (référence) et BRA. PAN et CHI se sont également attachés à renforcer leur capacité réglementaire.
12.2.2 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des règles, normes, standards ou directives internationales sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des technologies de la santé	7	10	10	14	Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, COL, CUB, MEX, PER  Cible 2011 : BAR, COR, URU  Les pays cibles ont atteint l'indicateur. Les pays ont adopté des normes importantes sur la qualité et la sécurité des médicaments. BAR a participé activement à PANDHR et a approuvé de nouvelles normes internationales à travers le réseau pour la réglementation des médicaments et des produits biologiques.
<b>RER 12.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour promouvoir et garantir l'utilisation rationnelle et efficace de produits médicaux et de technologies de la santé présentant un bon rapport coût-efficacité et fondés sur les meilleures données probantes disponibles</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
Des progrès ont été accomplis sur ce RER dans le domaine des lignes directrices à l'appui de l'intégration des technologies de la santé dans les systèmes de santé, ainsi que dans la promotion de l'utilisation des médicaments essentiels. Les pays de référence continuent de maintenir avec succès leur statut, et davantage de pays prennent conscience de l'importance de définir des méthodes et des normes pour l'évaluation systématique et l'incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé. Les Bahamas, la Jamaïque et le Suriname ont atteint l'indicateur de RER 12.3.1 ; et l'Argentine, le Guatemala et Saint Vincent et les Grenadines ont atteint l'indicateur de RER 12.3.2. De nombreux pays reliés au RER font état de progrès importants dans la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments, qui est essentielle à l'amélioration de la qualité des soins et à la rationalisation des produits dans les systèmes de santé.					

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
12.3.1 : Nombre de pays qui disposent de normes permettant de définir l'incorporation des technologies de la santé	14/36	17/36	17/36	20/36	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, COL, CHI, COR, CUB, ECU, GUY, MEX, NIC, PAN, TRT, URU</p> <p>Cible 2011 : BAH, JAM, SUR</p> <p>BAH, JAM, et SUR ont atteint la cible de l'indicateur. Aux BAH, une analyse de la situation a été menée à bien et des normes sont en cours d'élaboration pour intégrer les équipements dans le système de santé. SUR fait état de progrès en termes d'évaluations menées et de lignes directrices élaborées pour la radiothérapie et le diagnostic.</p>
12.3.2 : Nombre de pays qui réalisent leurs achats publics sur la base d'une liste de médicaments essentiels mise à jour au cours des cinq années précédentes	24	27	27	28	<p>Référence 2009 : BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SUR, TRT, URU</p> <p>Cible 2011 : ARG, HAI, SAV</p> <p>La cible a été pleinement atteinte. En outre, 12 pays de référence continuent de consolider l'utilisation des listes de médicaments essentiels pour guider les décisions de passation de marchés à l'échelle nationale (BLZ, BOL, BRA, CUB, ECU, GUY, HON, MEX, NIC, PAN, PAR et TRT).</p>



### Rapport de situation sur l'OS13

<b>OS13 : S'assurer que le personnel de santé soit disponible, compétent, réactif et productif pour améliorer les résultats de la santé</b>				<b>Présentant des risques</b>	
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
<b>\$19 954 000</b>	<b>\$8 832 000</b>	<b>\$6 347 033</b>	<b>\$15 179 035</b>	<b>92 %</b>	<b>76 %</b>
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b>					
<p>Indicateur d'OS : Nombre de pays où la densité des travailleurs de la santé (selon une ventilation rural-urbain, hommes/femmes et une classification en fonction des professions, lorsque cela est possible) atteint 25 travailleurs de la santé pour 10 000 habitants. Référence : 12 pays (2006). Cible : 35 (100 %) pays d'ici à 2013.</p> <p>À la fin de 2011, 22 pays avaient atteint la densité cible de 25 travailleurs de la santé (médecins, personnel infirmier et sages-femmes) pour 10 000 habitants ; trois autres pays ont le potentiel pour atteindre la cible d'ici à 2013 ; et il est peu probable que 10 pays atteignent la cible d'ici à 2013. En d'autres termes, 25 pays (71 %) ont déjà atteint l'indicateur ou devraient l'atteindre d'ici à la fin de 2013. Rétrospectivement, il était trop ambitieux de vouloir atteindre une densité minimale de travailleurs de la santé de 25/10 000 dans 100 % des pays. Et, bien qu'il s'agisse d'une mesure importante, elle est quelque peu restrictive et ne reflète pas les autres variables importantes liées aux ressources humaines pour la santé, comme la compétence du personnel de la santé, sa capacité d'intervention, sa qualité, etc. Ces variables sont mieux représentées par les indicateurs de RER qui avaient été atteints à la fin de 2011. Il ressort de l'évaluation en fin de période biennale pour cet objectif stratégique que la cible pour 2011 avait été atteinte pour 12 indicateurs sur 13.</p> <p>Il ne fait aucun doute que des progrès significatifs et durables ont été accomplis sur le plan de l'élaboration de politiques, plans et stratégies pour les ressources humaines de la santé dans la Région depuis la période biennale 2005-2006. Des préoccupations subsistent cependant pour ce qui est de maintenir les acquis au cours de la prochaine période biennale (2012-2013). Il existe des limitations structurelles à l'utilisation effective des ressources humaines de la santé pour des raisons politiques, institutionnelles et financières. La dynamique et l'expansion des ressources humaines de la santé dépendent dans une grande mesure du secteur de l'éducation et du marché de l'emploi, qui tendent à résister au changement.</p>					
<b>Évaluation de l'OS en 2010–2011</b>					
<p>Cet OS a enregistré des progrès importants au cours de cette période biennale. Sur les 5 RER, 4 sont « en bonne voie » et 1 « présente des risques », et 1 des 13 indicateurs du RER n'a pas été atteint. La question des ressources humaines pour la santé a obtenu un degré satisfaisant de visibilité et de priorité dans les politiques de la santé des pays, étant donné son rôle crucial dans l'expansion de la couverture au sein des populations vulnérables et reculées, et dans la mise en œuvre de la stratégie de soins de santé primaires. En général, cette période se caractérise par une transition de politiques vers des plans de ressources humaines pour la santé et, dans le cadre de ce processus, vers l'identification et la mise en place de mécanismes de</p>					

coordination entre le secteur de la santé et le secteur de l'enseignement supérieur et, dans une moindre mesure, avec les ministères des finances et du travail.

### **Principales réalisations**

- La capacité de pilotage des autorités sanitaires nationales dans le domaine des ressources humaines pour la santé a été consolidée en incorporant des fonctions stratégiques telles que la planification et la recherche de consensus/négociation avec d'autres secteurs et les acteurs sociaux.
- Un processus visant à connecter des programmes d'internat en médecine avec les soins de santé primaires a été mis en place. Des plans sont en cours d'élaboration pour étendre la couverture par l'entremise d'équipes de santé familiale et communautaire. Le premier Forum régional sur les ressources humaines pour la santé et les populations autochtones s'est réuni. Des progrès ont été accomplis sur le plan de l'amélioration des conditions de travail.
- Des progrès considérables ont été réalisés en matière d'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) et de réseaux de cyber enseignement ; le Réseau ibéro-américain sur la migration des professionnels de la santé (RIMPS) a été lancé. Une nouvelle modalité du Programme des chefs de file de la santé internationale (LIHP) a été consolidée, et 31 pays y ont participé au cours des 4 premières années.
- Le programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) a été très actif au cours de la période biennale, fournissant de la documentation et de l'équipement médical de base de haute qualité grâce à ses 530 centres de service dans la Région. Rien qu'en 2010-2011, son inventaire a été étendu pour inclure 58 nouvelles éditions et 93 nouveaux titres ; le programme compte maintenant un total de 739 titres. Le site Web de PALTEX a été redéfini. L'OMS et la Région de l'Afrique (AFRO) collaborent activement à l'élaboration d'une version africaine du programme (AFRITEX).

### **Principaux défis**

- La coordination entre les entités décisionnelles régionales et infrarégionales (y compris l'UNASUR) et les entités nationales pour les ressources humaines de la santé ; des partenariats renouvelés entre les principaux pays sur les questions de ressources humaines de la santé pour la coopération technique et financière horizontale, ce qui faciliterait l'expansion de la coopération Sud-Sud dans le domaine des ressources humaines de la santé.
- La résistance des secteurs de l'éducation dans la santé, surtout l'enseignement médical, à l'approche axée sur les soins de santé primaires ; la disparition du département des ressources humaines pour la santé de l'OMS/Genève.
- L'ajustement face à la réduction des fonds régionaux, l'identification de nouvelles sources de financement et la mobilisation des ressources ; l'identification des fonds pour soutenir le LIHP et sa décentralisation progressive vers les pays.

### **Enseignements tirés**

La stratégie de coopération par le biais de réseaux tels que l'Observatoire des ressources humaines de la santé et le Campus virtuel de la santé publique (CVSP) pour l'amélioration de la gouvernance, du leadership et des capacités nécessaires pour leur bonne performance est pertinente, mais exige un engagement institutionnel à moyen/long terme afin d'en assurer la durabilité et une décentralisation progressive ; la stratégie des conseillers infrarégionaux sur les ressources humaines a donné de bons résultats et a permis des progrès significatifs ; des initiatives telles que le Réseau régional des observatoires et le LIHP nécessitent une évaluation et une actualisation régulières afin de suivre le rythme de l'évolution rapide de l'environnement.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS13

<b>RER 13.1 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration de plans et politiques des ressources humaines visant à améliorer la performance des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 ont dépassé leurs cibles pour 2011)					
Les indicateurs reflètent que les objectifs fixés ont été atteints. Le principal défi consiste à poursuivre les processus de coopération horizontale qui permettent aux pays de partager leurs expériences et en particulier, d'apprendre et de partager des expériences réussies dans le domaine de l'élaboration de politiques et de la planification.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
13.1.1 : Nombre de pays qui disposent de politiques nationales en vue de renforcer le personnel de la santé, avec la participation active des parties prenantes et des gouvernements	16	19	21	28	Référence 2009 : BLZ, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, GRA, JAM, PAR, PER, PUR, VEN  Cible 2011 : BOL, GUY, NIC, SAL, URU  La cible a été dépassée. Les trois pays cibles (URU, BOL, NIC) ont atteint l'indicateur, de même que SAL et GUY. Cinq autres pays ont fait d'importants progrès sur leurs plans pour les ressources humaines de la santé, qui sont sous forme de projet ou en cours d'approbation finale (ABM, ARG, BAR, DOM, SAV).
13.1.2 : Nombre de pays qui disposent de processus de coopération horizontale en vue de la réalisation des objectifs régionaux en matière de ressources humaines de la santé	3	4	5	6	Référence 2009 : BRA, CAN, USA  Cible 2011 : CUB, ECU  La cible a été dépassée. CUB a fait la preuve d'initiatives concrètes de coopération horizontale. ECU a créé l'Agence de santé des Andes en tant que mécanisme de coopération et a atteint l'indicateur.

RER 13.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour établir une série d'indicateurs de base et de systèmes d'information concernant les ressources humaines de la santé					Présentant des risques
Évaluation du RER (1 cible d'indicateur de RER sur 2 atteinte, dépassant ses cibles pour 2011 ; mais 1 non atteinte)					
<p>En général, des progrès considérables ont été accomplis sur le plan de la mise en place de systèmes d'information sur les ressources humaines de la santé avec les indicateurs de base. La cible de l'indicateur 1 a été atteinte. La cible n'a pas été atteinte pour l'indicateur 2 ; néanmoins, les pays inclus dans la cible ont fait des progrès importants, notamment le Mexique et le Guyana. Assurer la participation de 31 pays de la Région dans le réseau des observatoires est un objectif ambitieux. Même s'il n'a pas été atteint, des progrès ont été réalisés. Il est nécessaire de garder à l'esprit le fait que l'initiative de l'Observatoire fait l'objet d'un processus de redéfinition, qui suppose une transition d'un rôle de plaidoyer à celui d'une entité pour la gestion et l'échange d'informations pertinentes sur les ressources humaines pour la santé. Néanmoins, les indicateurs reflètent un processus durable de pays qui mettent en place des systèmes d'information sur les ressources humaines pour la santé. Le défi consiste à faire des progrès pour les améliorer et normaliser les informations entre les pays. Le réseau régional des observatoires devrait également être renforcé comme mécanisme pour la coopération et l'échange d'information.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
13.2.1 : Nombre de pays qui ont établi une base de données pour assurer un suivi des situations et des tendances du personnel de la santé, mise à jour au moins tous les deux ans	18	23	24	29	<p>Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, BRA, CAN, COL, COR, CUB, DOR, ECU, ELS, FEP, GRA, JAM, MEX, PAR, PER, URU</p> <p>Cible 2011 : ABM, GUY, HON, NIC, SAL, TRT</p> <p>La cible a été dépassée. Cinq des pays cibles ont atteint l'indicateur (HON, NIC, SAL, ABM et TRT), de même que GUY.</p>
13.2.2 : Nombre de pays qui participent au réseau des observatoires des ressources humaines de la santé pour générer des informations et des données probantes pour la prise de décisions	26	31	26	36	<p>Référence 2009 : ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, CUB, DOR, COR, ECU, ELS, GRA, GUT, HON, JAM, NIC, PAR, PER, PUR, SAL, TRT, URU, USA, VEN</p> <p>Cible 2011 : FEP, GUY, MEX</p> <p>MEX va procéder à la mise en place de l'Observatoire dans les mois à venir. GUY a aussi réalisé des progrès. Il est nécessaire de garder à l'esprit que l'initiative des observatoires fait actuellement l'objet d'un processus de redéfinition.</p>

RER 13.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour la formulation et la mise en œuvre de stratégies et de mesures incitatives visant à recruter et à retenir le personnel de santé, en fonction des besoins des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires					En bonne voie
Évaluation du RER (2 cible d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
<p>Au cours de la période, le débat sur les stratégies visant à améliorer les conditions d'emploi et les contrats a été engagé dans presque tous les pays qui ont des bureaux de gestion stratégique des ressources humaines pour la santé. Les professions de la santé sont reconnues comme l'un des mécanismes principaux pour stabiliser les relations de travail. En plus de ce mécanisme, d'autres tels que les conventions collectives sont aussi utilisés. Un facteur crucial dans le développement des plans de carrière de la santé a trait au processus précédent de nationalisation des postes et des grilles de salaires.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
13.3.1 : Nombre de pays qui ont établi une politique de plan de carrière pour le personnel de la santé	8	10	10	14	<p>Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, DOR, ECU, NIC, PAR</p> <p>Cible 2011 : COL, GUT, PER</p> <p>Deux pays cibles (GUT, PER) ont atteint l'indicateur, plus COR qui a été ajouté aux pays de référence. GUT a préparé une première ébauche d'un projet de loi sur les carrières de la santé et l'a présenté au Congrès National. PER a créé une commission chargée de préparer un projet de loi. Même s'ils n'ont pas complètement atteint la cible, ils ont fait d'importants progrès. Il est recommandé que cette initiative soit relancée tant que le financement est disponible pour poursuivre ces activités.</p>
13.3.2 : Nombre de pays qui disposent de politiques et de systèmes de gestion des ressources humaines permettant d'améliorer la qualité de l'emploi dans le secteur de la santé	8	13	13	17	<p>Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, DOR, ECU, GUY, NIC, PER</p> <p>Cible 2011 : BLZ, BOL, COR, ELS, PAR</p> <p>La cible a été atteinte. Le principal défi consiste à faire en sorte que davantage de pays élaborent des politiques de rétention du personnel et des mesures incitatives liées à l'établissement d'objectifs et au fonctionnement des unités de gestion stratégique des ressources humaines pour la santé. Des contraintes</p>

					financières ont entravé un processus de coopération durable, ce qui signifie que d'autres mécanismes d'action sont nécessaires.
<b>RER 13.4 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer les systèmes et les stratégies en matière d'éducation au niveau national, en vue de développer et d'entretenir les compétences du personnel de la santé, en se concentrant sur les soins de santé primaires</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (5 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, 2 dépassant leurs cibles pour 2011)					
<p>On observe des progrès sur le plan de l'amélioration des compétences des travailleurs de la santé dans les pays et des réalisations significatives ont été obtenues avec la participation active aux cours virtuels proposés par le biais du CVSP, la demande constante en cours provenant d'un nombre croissant d'étudiants, et l'ouverture de plateformes nationales. À ce jour, 31 pays ont pris part au LIHP, avec un total de 185 participants. Les compétences de santé publique qui ont été établies avec des groupes d'institutions et d'experts contribuent à la réalisation de ce RER et elles guideront les pays dans leurs nouvelles politiques pour réorienter leurs programmes de formation. PALTEX et le programme de bourses continueront à étayer ces processus d'apprentissage. Les pays ont fait des progrès sur le plan de la réorientation de l'éducation vers les soins de santé primaires, et plusieurs d'entre eux, en collaboration avec les associations professionnelles, ont signé l'« engagement de Cartagena de Indias » afin de renforcer cette réorientation. D'importants progrès ont également été réalisés en matière d'accréditation des programmes de formation médicale et les ministères de la santé font participer des établissements d'enseignement à la prise de décision conjointe pour le développement des ressources humaines pour la santé.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
13.4.1 : Nombre de pays qui disposent de mécanismes de planification conjoints entre les institutions de formation et les organisations de services de santé	9	15	15	23	<p>Référence 2009 : ARG, BRA, CAN, COL, CUB, ECU, GUT, MEX, PER</p> <p>Cible 2011 : BLZ, FEP, GUY, HON, JAM, NIC</p> <p>La cible a été atteinte. Les pays de la Région, en particulier BRA et ARG (référence) ont fait des progrès importants pour ce qui est d'établir des mécanismes de coordination entre le ministère de la santé et le ministère de l'éducation.</p>
13.4.2 : Nombre de pays qui disposent de politiques permettant de réorienter l'éducation en matière de sciences de la santé vers les soins de santé primaires	7	10	10	13	<p>Référence 2009 : ARG, BOL, BRA, CUB, NIC, PER, VEN</p> <p>Cible 2011 : BLZ, ECU, URU</p> <p>La cible a été atteinte. URU a fait des progrès considérables pour réorienter de l'éducation médicale vers les soins de santé primaires en collaboration avec le ministère de l'éducation.</p>

<p>13.4.3 : Nombre de pays qui ont mis en place des réseaux d'apprentissage pour améliorer les compétences du personnel en matière de santé publique</p>	<p>9</p>	<p>12</p>	<p>12</p>	<p>15</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BRA, CHI, COL, COR, CUB, JAM, MEX, PER</p> <p>Cible 2011 : ECU, PAR, URU</p> <p>La cible a été atteinte. URU, PAR et ECU ont mis en place leurs campus virtuels de la santé publique. Tous les pays d'Amérique latine et certains pays des Caraïbes participent activement aux cours offerts par le CVSP. On a observé des progrès suffisants dans les pays de la Région, qui ont mis en place un type de réseau virtuel pour la formation et pour l'amélioration des compétences de santé publique. PALTEX appuie ces processus</p>
<p>13.4.4 : Nombre de pays qui participent au programme de l'OPS pour le leadership international dans la santé</p>	<p>20</p>	<p>25</p>	<p>31</p>	<p>25</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, CUB, ECU, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PER, SAV, SCN, TRT</p> <p>Cible 2011 : ABM, BAH, COR, DOM, FEP, GRA, PAN, PAR, SAL, URU, VEN</p> <p>La cible a été dépassée. L'ensemble des 11 pays cibles ont atteint l'indicateur. Il est impossible de prévoir quels pays seront des pays cibles pour cet indicateur étant donné que la participation au LIHP est décidée sur la base d'un processus compétitif. Nombre total de pays qui ont participé au LIHP : 31. Le principal défi pour 2012 sera d'avoir un financement suffisant pour soutenir les participants.</p>
<p>13.4.5 : Nombre de pays qui disposent de systèmes d'accréditation pour les programmes de formation en sciences de la santé</p>	<p>13</p>	<p>16</p>	<p>22</p>	<p>20</p>	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, BAR, BLZ, CAN, DOM, GRA, JAM, SAL, SAV, SCN, TRT, USA</p> <p>Cible 2011 : ARG, BRA, CHI, COL, COR, FEP, MEX, PAN, PAR</p> <p>La cible a été dépassée. L'ensemble des 9 pays cibles ont atteint cet indicateur. Plusieurs pays travaillent sur l'accréditation de leurs</p>

					programmes d'enseignement, en particulier sur l'enseignement médical. Au cours de la période biennale, le projet sur les ressources humaines a publié un livre contenant des renseignements pertinents et actualisés pour chaque pays.
<b>RER 13.5 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour gérer la migration internationale du personnel de la santé</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes)					
Des analyses et études de suivi sur la migration des travailleurs de la santé ont été réalisées en Amérique latine, dans la sous-région andine, dans certaines parties des Caraïbes anglophones et aux États-Unis. Les trois cibles régionales sur les ressources humaines qui se rapportent à la migration ont été mesurées pour définir le niveau de référence. Deux études régionales sur la migration du personnel infirmier ont été publiées. La majorité des pays connaissent le Code de l'OMS sur la pratique du recrutement international des travailleurs de la santé et se sont engagés à en assurer l'application. Le réseau ibéro-américain de la migration des professionnels de la santé (RIMPS) a été créé ; il comprend tous les pays d'Amérique latine, l'Espagne, le Portugal et l'Andorre. La compilation régionale des lois sur la migration a été parachevée.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
13.5.1 : Nombre de pays qui analysent et suivent la dynamique de la migration du personnel de la santé	11	15	16	20	Référence 2009 : BLZ, BOL, CHI, COL, COR, ECU, ELS, JAM, PER, URU, VEN  Cible 2011 : DOR, NIC, TRT  Les trois pays cibles ont atteint l'indicateur, ainsi que CAN et USA. Des progrès soutenus ont été réalisés dans plusieurs pays, tels que BLZ, BOL, CHI, ECU et PER. En outre, CHI, COR, JAM, URU, COL et ELS travaillent sur une analyse de la migration du personnel. Les processus régionaux liés au Code de pratique de l'OMS sont en cours.



<p>13.5.2 : Nombre de pays qui participent à des accords bilatéraux ou multilatéraux portant sur la migration des agents de santé</p>	<p>7</p>	<p>10</p>	<p>10</p>	<p>16</p>	<p>Référence 2009 : CAN, COL, JAM, PER, TRT, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : BLZ, BOL, ECU</p> <p>ECU et BOL ont atteint la cible, ainsi que USA. URU a participé activement à la création du RIMPS. La région andine a défini les lignes stratégiques de travail. Les principales réalisations régionales comprennent la création du RIMPS, auquel participent la majorité des pays d'Amérique latine, SPA, POR et Andorre, ainsi que l'engagement de la majorité des pays envers le Code de pratique de l'OMS. Le principal défi consiste à obtenir la participation active de tous les pays dans les deux initiatives.</p>
---	----------	-----------	-----------	-----------	--

## Rapport de situation sur l'OS14

OS14 : Étendre la protection sociale à travers un financement équitable, approprié et durable				Présentant des risques	
Présentation générale du budget					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$10 274 000	\$4 996 000	\$1 206 035	\$6 202 035	95 %	60 %
Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Augmentation du pourcentage de la population couverte par tout type de régime de protection sociale dans la Région</b>  Référence : 46 % en 2003  Cible : 60 % d'ici à 2013</p> <p>Les pays sont à la traîne sur cet indicateur. Selon les données de la période 2010-2011, on estime que 47,8 % de la population est couverte par un régime de protection sociale pour la santé. Les progrès réalisés depuis 2003 ont été très modestes ; et, par conséquent, on prévoit que cet indicateur ne sera probablement pas atteint d'ici à 2013.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Augmentation du pourcentage des dépenses publiques pour la santé, y compris les dépenses de soins de santé primaires pour les pays où cette information est disponible</b>  Référence : 3,1 % en 2006  Cible : 5 % d'ici à 2013</p> <p>Les pays sont à la traîne sur cet indicateur. En 2010, les dépenses publiques des pays en matière de santé en pourcentage de leur produit intérieur brut (PIB) se montaient à 4,1 %. Il sera nécessaire d'intensifier les efforts des pays et la coopération technique à l'appui de la réalisation de la cible de 5 % d'ici à 2013.</p> <p><b>Indicateur 3 de l'OS : Diminution des dépenses de santé à la charge des patients en pourcentage des dépenses totales de santé dans les pays où cette information est disponible</b>  Référence : 52 % des dépenses nationales de santé en 2006  Cible : 40 % d'ici à 2013 (la moyenne de l'OCDE pour les pays industrialisés est de 20 %)</p> <p>En 2010, les dépenses à la charge des patients en pourcentage des dépenses totales de santé se montaient à 47 %. Il sera difficile pour les pays d'atteindre la cible de 2013. Il sera donc nécessaire d'intensifier les efforts des pays et la coopération technique pour appuyer la réalisation de cet indicateur.</p>					

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

Cet OS est évalué comme présentant des risques, avec 4 de ses 5 RER en bonne voie et 1 présentant des risques. Sur un total de 10 indicateurs de RER, 8 ont atteint leurs cibles pour 2011. Bien que 8 de ces 10 indicateurs aient été atteints, de grandes questions se posent encore sur la durabilité et la qualité des processus ainsi que sur la capacité à maintenir les progrès au cours de la prochaine période biennale. La mise en œuvre de cet OS a présenté des défis tout au long de la période biennale, en partie en raison du manque de financement durable et suffisant, des pénuries en ressources humaines et d'une utilisation insuffisante des informations de financement de la santé pour la prise de décisions.

#### Principales réalisations

- Les questions de financement de la santé suscitent aujourd'hui un intérêt croissant stimulé par le lancement du Rapport 2010 sur la santé dans le monde. Cela a conduit des pays comme la Colombie, El Salvador, Haïti, le Mexique, le Pérou et l'Uruguay, à faire figurer la question de la couverture universelle et du financement des systèmes de santé à leur ordre du jour pour discussion.
- Sept études de pays (Brésil, Canada, Chili, Colombie, Jamaïque, Mexique et Pérou) ont été produites sur les inégalités dans l'accès aux services de santé et leur utilisation. Ces études sont essentielles pour appuyer l'évaluation et la mise en œuvre de politiques visant à réduire les disparités dans la santé.
- L'accès à la santé maternelle et infantile en Haïti s'est élargi grâce à la mise en œuvre des programmes de soins gratuits pour les nouveau-nés (SOG) et de soins obstétricaux gratuits (SIG), grâce au soutien financier considérable de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), dans le cadre d'un accord sur 20 millions de dollars.
- La majorité des pays produisent des informations sur les dépenses de la santé et le financement sur une base régulière, mais des difficultés demeurent sur le plan de l'utilisation de ces informations pour la prise de décisions.
- Certains pays de la Région, comme le Guatemala, le Panama et le Paraguay — font état de progrès réalisés sur le plan de l'utilisation efficace de l'aide fournie ainsi que de l'harmonisation et l'alignement, comme le montre un rapport commandé par l'équipe d'évaluation de base de la Déclaration de Paris.

#### Principaux défis

- Il y a eu peu de progrès réalisés en termes de production des preuves empiriques nécessaires pour accroître la sensibilisation sur l'impact des dépenses de santé catastrophiques et leurs conséquences sur l'augmentation du risque financier des ménages individuels en situation de pauvreté. Il sera nécessaire d'intensifier les efforts des pays et la coopération technique, y compris le financement, pour étayer la production d'éléments de preuve à cet égard.
- Les données ne sont pas suffisantes pour appuyer des études sur l'équité dans les pays où il existe de grandes disparités dans l'accès aux services de santé et leur utilisation.
- Cet OS a souffert d'un sous-financement chronique tout au long de la période biennale et a rencontré plusieurs difficultés liées au personnel (réaffectations, postes vacants et pénuries).

#### Enseignements tirés

- Le travail de collaboration entre le Bureau de l'OPS au Costa Rica et le niveau régional pour l'évaluation de la situation financière du système de sécurité sociale du Costa Rica (CCSS) a donné d'excellents résultats, fournissant des informations cruciales pour les décideurs du pays.
- Des cibles quantitatives peuvent être atteintes sur certains indicateurs ; cependant les progrès qualitatifs pourraient ne pas être assez robustes. Par exemple, les pays peuvent élaborer des plans de développement institutionnel ou concevoir des politiques publiques visant à réduire les risques financiers associés aux maladies ; mais le problème de la durabilité, de l'efficacité et de la qualité de ces plans et politiques continue à se poser.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS14

<b>RER 14.1 : Étendre la protection sociale à travers un financement équitable, approprié et durable</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte)					
<p>Les principales réalisations ont été l'intégration de représentants des pays anglophones dans le réseau des unités économiques de la santé (UES), ainsi que la mise en œuvre de la première Conférence ibéro-américaine des unités économiques de la santé. Comme indiqué dans l'évaluation de l'indicateur de RER ci-dessous, les deux pays cibles pour 2010-2011 (Équateur et El Salvador) ont atteint l'indicateur. Les facteurs entravant les progrès comprennent des changements dans les administrations gouvernementales qui ont entraîné l'élimination ou la perte de soutien pour les UES existantes. Le Costa Rica a éliminé son UES. El Salvador a fermé son UES qui vient de rouvrir au cours des six derniers mois.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
14.1.1 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour créer la capacité institutionnelle nécessaire au financement de leur système de santé	10	12	12	15	<p>Référence 2009 : BAH, BLZ, BRA, CHI, COL, COR, DOM, MEX, PAR, PER</p> <p>Cible 2011 : ECU, ELS</p> <p>Cette cible a été pleinement atteinte. Aucune difficulté majeure n'a été rencontrée pour cet indicateur. Une unité/département économique de la santé a été créée au sein du ministère de la santé de l'Équateur. À ELS, le groupe des comptes de la santé du ministère de la santé a produit des informations actualisées sur les comptes nationaux de dépenses dans la santé (NHExp).</p>
<b>RER 14.2 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour l'évaluation de la relation entre les dépenses catastrophiques en matière de santé et la pauvreté et l'élaboration de politiques publiques ou de systèmes de financement de la santé pour réduire les risques financiers associés aux maladies et aux accidents</b>					<b>Présentant des risques</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 3 atteinte et 2 non atteintes)					
<p>Il était nécessaire que les études de cas par pays sur le cadre de l'OPS pour l'évaluation de l'impact des dépenses de santé catastrophiques (indicateur de RER 14.2.1) soient achevées pour soutenir l'élaboration de politiques publiques visant à éliminer ou à réduire les risques financiers associés aux maladies et accidents (indicateur de RER 14.2.3). Ainsi, le fait que l'indicateur 14.2.1 n'a pas été atteint a eu une incidence négative sur l'indicateur 14.2.3. Peu de progrès ont été accomplis sur le plan de la production d'éléments de preuve empiriques nécessaires pour accroître la sensibilisation sur l'impact des dépenses de santé catastrophiques et leurs conséquences sur les risques financiers croissants des ménages en situation</p>					

de pauvreté. Une réalisation importante a été la production et la diffusion de sept études par pays (Brésil, Canada, Chili, Colombie, Jamaïque, Mexique et Pérou) sur les inégalités dans l'accès aux services de santé et leur utilisation. Des ressources supplémentaires devraient être consacrées à soutenir des activités liées à ce RER.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
14.2.1 : Nombre d'études de pays terminées qui appliquent le cadre d'évaluation de l'OPS pour déterminer la capacité des ménages à couvrir leurs dépenses de santé	3	5	3	7	Les principales activités pour cet indicateur n'ont pas été réalisées par manque de fonds. CHI a mené à bien une étude en utilisant le cadre de l'OPS afin d'évaluer le caractère catastrophique des dépenses de santé. BOL a commencé l'étude mais ne l'a pas encore achevée.
14.2.2 : Nombre de pays qui disposent d'études sur les dépenses catastrophiques dans la santé, la pauvreté et les inégalités	2	3	3	6	Référence 2009 : BRA, CHI  Cible 2011 : MEX  La cible a été pleinement atteinte. Le Mexique a terminé son étude sur l'équité dans l'utilisation des services de santé et a présenté les résultats lors d'une réunion de hauts responsables du Secrétariat de la santé, de l'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS) et de PWR-MEX.
14.2.3 : Nombre de pays qui disposent de politiques publiques ou de systèmes de financement visant à réduire ou à éliminer le risque financier associé aux maladies et aux accidents	2	4	3	8	Référence 2009 : CHI, URU  Cible 2011 : DOR, ECU  L'un des pays cibles (DOR) a atteint la cible relative à la création de mécanismes d'assurance sociale pour la santé afin de réduire les risques financiers ; cependant, la question de l'efficacité et de la durabilité se pose encore. ECU n'a pas atteint la cible ; néanmoins, cette question a été incluse dans le débat public sur les politiques dans le cadre des propositions en cours pour la restructuration du système de soins de santé publique.

RER 14.3 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour générer et utiliser des informations concernant les dépenses nationales en matière de santé et le financement du système de santé					En bonne voie
Évaluation du RER (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes, 2 dépassant la cible pour 2011 et 1 ayant déjà atteint la cible pour 2013)					
<p>De solides progrès ont été constatés sur ce RER. Une réalisation importante a trait au fait que la plupart des pays produisent maintenant des informations sur les dépenses de santé et le financement sur une base régulière. Un défi majeur consiste à accroître la capacité des pays à utiliser les résultats des études sur les dépenses à l'appui des changements dans le système de santé ainsi que dans les politiques publiques visant à parvenir à une couverture universelle. En effet, c'est là que le soutien supplémentaire de l'OPS peut s'avérer crucial, pour transformer les éléments de preuve en actions. Une réduction des activités sur la santé et les comptes satellites de la santé conjuguée à un financement limité et à une réorientation des priorités au cours de 2012-2013 pourrait nuire à la durabilité de ces réalisations.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
14.3.1 : Nombre de pays qui présentent des informations actualisées sur le financement et les dépenses de santé à l'initiative régionale de données essentielles de l'OPS et à l'annexe statistique du Rapport sur la santé dans le monde de l'OMS	29/35	33/35	33/35	35/35	Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAH, BAR, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NCA, NEA, NIC, PAN, PAR, TRT, URU, VEN  Cible 2011 : ECU, PER, SAL, SCN  Les 33 pays ont atteint l'indicateur et ont fait état d'informations actualisées sur les dépenses de santé lors du processus de consultation annuel de l'OMS sur les statistiques de la santé dans le monde.
14.3.2 : Nombre de pays qui ont institutionnalisé la production périodique de comptes de la santé/comptes nationaux de la santé harmonisés avec le système statistique de l'ONU	16	21	24	24	Référence 2009 : ABM, ANI, BAR, BRA, CAN, CHI, COL, DOM, ECU, GRA, MEX, PAR, SAL, SAV, SCN, USA  Cible 2011 : BAH, BLZ, BOL, ELS, GUT, HON, NIC, TRT  La cible a été dépassée, les 16 pays de référence ainsi que 8 pays cibles ayant atteint l'indicateur.

14.3.3 : Nombre de pays qui disposent d'études sur les dépenses des systèmes de santé publique ou de sécurité sociale pour la santé et leur financement	S/O	10	11	15	Référence 2009 : S/O  Cible 2011 : CAN, CHI, DOM, ECU, GRA, HON, PAR, SAL, SAV, SCN, VEN  La cible a été dépassée (11 pays ont atteint l'indicateur).
<b>RER 14.4 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour réduire l'exclusion sociale, élargir la protection sociale dans la santé, renforcer les régimes publics et sociaux d'assurance et améliorer les programmes et les stratégies pour élargir la couverture</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (2 cibles d'indicateur de RER sur 2 atteintes, 1 dépassant la cible pour 2011 et atteignant même celle pour 2013)					
D'importants progrès ont été réalisés sur ce RER dans la Région au cours de cette période biennale. Les pays continuent d'être actifs dans le domaine de la protection sociale en matière de santé (PSS), l'Uruguay ayant étendu la protection sociale pour les groupes prioritaires par l'entremise de son régime national d'assurance maladie. Haïti a élargi l'accès à la santé maternelle et infantile grâce au SIG et au SOG ; l'approbation d'un projet de 20 millions de dollars financé par le Canada pour l'accès gratuit aux soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans constitue une réalisation importante pour Haïti. L'OPS continue à assurer un leadership fort dans le domaine de la PSS ; toutefois, des ressources humaines supplémentaires sont nécessaires pour maintenir les activités au niveau régional, infrarégional et national.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
14.4.1 : Nombre de pays ayant des mécanismes d'assurance et autres pour étendre la protection sociale en matière de santé	10	11	12	12	Référence 2009 : ARG, BAR, BRA, CHI, COL, COR, ECU, MEX, NEA, PER  Cible 2011 : BLZ, HAI  La cible a été dépassée. HAI a mis en place avec succès son SOG et son SIG, disposant ainsi de mécanismes de financement pour fournir gratuitement des services obstétricaux et pédiatriques selon un modèle de gestion des contrats.
14.4.2 : Nombre de pays qui disposent d'informations mises à jour pour formuler des politiques d'élargissement de la protection sociale en matière de santé	13	15	15	16	Référence 2009 : BOL, BRA, CHI, COL, DOR, ECU, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, VEN  Cible 2011 : COR, ELS  La cible a été pleinement atteinte. COR et ELS ont considérablement amélioré les modèles d'information qui peuvent être appliqués à la formulation des politiques. Au COR, une étude récente

					a permis d'actualiser les informations sur la situation financière du système de sécurité sociale du Costa Rica (CCSS). ELS a actualisé son étude sur l'exclusion sociale en matière de santé.
<b>RER 14.5 : Les États Membres sont soutenus au moyen de la coopération technique pour aligner et harmoniser la coopération internationale dans la santé</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (1 cible d'indicateur de RER sur 1 atteinte)					
<p>Un rapport commandé par l'équipe d'évaluation de base de la Déclaration de Paris (DP) a conclu que l'efficacité de l'aide ne s'est améliorée que dans une certaine mesure, et certaines mesures doivent encore être abordées afin d'améliorer la contribution globale de l'aide au développement dans la Région. Au Panama, l'impression générale est positive : l'aide a été plus efficace ; la gestion de l'aide s'est améliorée ; la coopération avec les bailleurs de fonds a été plus inclusive et plus efficace. Le Panama estime que la DP a contribué à renforcer les capacités institutionnelles nationales ; a appuyé le renforcement du capital social ; et a contribué aux efforts visant la réduction de l'exclusion, la parité hommes-femmes et l'obtention de meilleurs résultats de développement au niveau national. Le Guatemala a aussi enregistré des progrès dans ces domaines. Dans d'autres pays, les personnes interrogées constatent peu ou pas de progrès sur le plan de la parité hommes-femmes, de l'appui au renforcement des institutions et de la réduction de l'exclusion — et encore moins pour ce qui est de l'obtention de meilleurs résultats sur le plan du développement en général. Dans le cas du Honduras, par exemple, les personnes interrogées indiquent que l'efficacité de l'aide ne s'est pas améliorée au cours des cinq dernières années, et la plupart des personnes interrogées soulignent qu'un contexte politique défavorable a limité l'efficacité de l'aide. Il en va de même en Haïti, où l'efficacité de l'aide fournie a subi le contrecoup du tremblement de terre et de la dynamique complexe de la réponse qui a suivi.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
14.5.1 : Nombre de pays qui indiquent une amélioration dans les niveaux d'harmonisation et d'alignement de la coopération internationale dans le domaine de la santé, telle que mesurée par des normes et des instruments convenus au plan international	5	7	7	8	<p>Référence 2009 : BLZ, BOL, HAI, HON, NIC</p> <p>Cible 2011 : GUT, PAN</p> <p>Les deux pays cibles (GUT et PAN) ont atteint l'indicateur. Des progrès durables ont également été réalisés à BLZ, HON et NIC. HAI a été retiré des pays de référence. ELS fait également état de contributions importantes à cet indicateur de RER.</p>



## Rapport de situation sur l'OS15

OS15 : Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les États Membres, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes pour s'acquitter du mandat de l'OPS/OMS pour faire progresser le programme d'action sanitaire mondial, tel que défini dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques					En bonne voie
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	RB	OS	Total		
\$74 885 000	\$65 555 000	\$9 749 753	\$75 304 753	93 %	101 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b>					
<b>Indicateur 1 de l'OS : Nombre de pays mettant en œuvre au moins 30 % des résolutions relatives à la politique de santé adoptées par la Conférence sanitaire panaméricaine et le Conseil directeur de l'OPS au cours de la période 2007-2011</b>					
Référence : 0 pays en 2007					
Cible : 19 pays d'ici à 2013					
La cible a été dépassée, la quasi-totalité des pays de la Région ayant mis en œuvre les résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OPS, sachant que 60 % de ses résolutions sont liées aux résolutions sur les politiques de la santé.					
<b>Indicateur 2 de l'OS : Nombre de pays faisant état d'une stratégie de coopération avec les pays (SCP) convenue par le gouvernement, avec une évaluation qualitative de la mesure dans laquelle les ressources de l'OPS/OMS sont harmonisées avec celles des partenaires et alignées sur les stratégies nationales de la santé et du développement</b>					
Référence : 0 pays en 2007					
Cible : 30 pays d'ici à 2013					
La cible a été dépassée, 34 pays et territoires ayant une stratégie de coopération avec les pays élaborée à la fin de 2011. Au cours de 2010-2011, en plus des nouvelles SCP élaborées, 9 pays ont actualisé leurs SCP.					
<b>Indicateur 3 de l'OS : Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui atteignent les cibles de l'«Aide publique au développement pour la santé» de la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'alignement, telle qu'adaptée par l'OMS et ses partenaires</b>					
Référence : 0 pays					
Cible : 5 pays d'ici à 2013					
Un total de 11 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont élaboré des rapports nationaux sur leurs progrès en matière de promotion du programme d'efficacité de l'aide, en utilisant les objectifs de la Déclaration de Paris qui ont été présentés lors du Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide à Busan, République de Corée, en 2011.					

### Évaluation de l'OS en 2010–2011

Cet OS est évalué comme étant en bonne voie, 3 RER sur 3 étant en bonne voie et 14 de ses 15 cibles d'indicateur de RER ayant été atteintes.

Les secteurs inclus dans cet OS sont le leadership et la gouvernance : en d'autres termes, la présence de l'OPS dans les pays pour fournir une coopération technique et les relations de l'Organisation avec le système des Nations Unies et la communauté internationale. La performance du BSP pour atteindre cet OS a été positive et ses cibles ont été atteintes au cours de la période biennale 2010-2011 ; toutefois, le BSP devra continuer à travailler au cours de la prochaine période biennale pour accroître ses réalisations. On peut mentionner les grandes réalisations suivantes : la présence de l'OPS à des réunions internationales de haut niveau a été améliorée au moyen d'une participation technique lors des réunions préparatoires, qui s'est reflétée dans leurs déclarations ou résolutions qui comprenaient des questions de santé ; les relations de l'OPS avec ses principaux partenaires (CAN, Espagne et USA) ont été renforcées ; et l'OPS a accompli des progrès importants sur le plan de la mise en place et du maintien d'une bonne collaboration avec un large éventail de partenaires de la société civile. L'engagement de l'OPS dans le processus de réforme des Nations Unies a été amélioré au cours de cette période biennale grâce à la participation active de l'Organisation dans la préparation du nouveau Plan-cadre d'aide au développement de l'ONU (PNUAD) dans la Région.

#### Principales réalisations

- Le leadership de l'OPS dans le cadre du système des Nations Unies a été efficace à la fois sur le plan régional et national au niveau du Groupe santé et sur les questions d'alignement et d'harmonisation.
- Toutes les équipes sur les pays ont au moins deux membres du personnel technique international. Une plus grande décentralisation et le renforcement de la présence dans les pays de l'OPS ont été réalisés dans la sous-région des Caraïbes.
- L'Amérique latine et les Caraïbes ont été pleinement associées à la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (MNT), ce qui reflète la priorité accordée aux maladies non transmissibles dans les programmes au niveau régional, infrarégional et national.
- Les ressources techniques et financières mobilisées auprès des partenaires traditionnels et non traditionnels comprennent trois grands partenaires stratégiques bilatéraux (l'AECID, l'ACDI et USAID) et s'élèvent à plus de 70 millions de dollars sur une période de trois ans (2011–2013).

#### Principaux défis

- Il n'y a pas suffisamment de financement pour garantir la présence de base dans les pays afin d'assurer des ressources humaines appropriées pour offrir des programmes de coopération technique dans le cadre de la stratégie de coopération avec les pays.
- Une stratégie de mobilisation de ressources appropriées ciblant la communauté internationale et les ressources nationales fait défaut.
- Les efforts auprès des entreprises du secteur privé qui sont considérées comme nocives pour la santé publique sont faibles ; davantage d'efforts doivent être déployés pour les convaincre d'améliorer leurs modèles d'affaires.
- Une autre faiblesse a trait à l'alignement de la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation (PAHEF) avec la mission de l'OPS.
- OPS doit œuvrer pour une plus grande participation dans le fonds fiduciaire multidonateurs du PNUD maintenant disponible pour la Région.
- La capacité de l'OPS à appuyer les activités des pays d'Amérique latine et des Caraïbes en termes de coopération Sud-Sud et de coopération triangulaire est faible.

Enseignements tirés
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De nouvelles réitérations des processus SCP se sont traduites par une nette amélioration du programme stratégique, offrant ainsi des possibilités de contribuer à une meilleure formulation du prochain Plan stratégique de l'OPS.</li> <li>• Maintenir un dialogue stratégique avec nos partenaires exige bien plus que la simple organisation de réunions publiques bien mises en scène et au script bien élaboré.</li> <li>• Les SCP peuvent apporter une contribution précieuse au processus du Plan-cadre des Nations Unies d'aide au développement (PNUAD), en particulier pour inclure les questions de santé dans l'agenda des Nations Unies au niveau des pays.</li> </ul>

### Rapport de situation sur les RER de l'OS15

RER 15.1 : Le leadership et la direction efficaces de l'Organisation sont exercés à travers le renforcement de la gouvernance, la cohérence, la responsabilisation et la synergie du travail de l'OPS/OMS pour s'acquitter de son mandat visant à faire progresser les programmes d'action sanitaire aux niveaux mondial, régional, infrarégional et national					En bonne voie
Évaluation du RER (4 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes)					
<p>La performance globale du BSP sur ce RER est positive, compte tenu des progrès réalisés par les différentes entités : Organes directeurs (GBO) ; Relations externes et partenariats (ERP) ; Contrôle interne et services d'évaluation (IES) ; Genre, origine ethnique et droits de l'homme (GDR) ; et Services juridiques (LEG). La cible de l'indicateur 15.1.5 n'a pas été atteinte (comme dans l'évaluation précédente) car 26 entités doivent se relier à cet indicateur. Néanmoins, les 17 entités effectivement liées à cet indicateur de RER ont atteint leurs cibles. Le BSP est donc en bonne voie pour atteindre ce résultat escompté d'ici à la fin de la période couverte dans le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
15.1.1 : Proportion des résolutions des Organes directeurs de l'OPS adoptées qui sont axées sur les politiques et stratégies en matière de santé	45 %	50 %	60 %	55 %	Parmi les résolutions adoptées par le Conseil directeur de l'OPS, 60 % sont directement liées aux politiques et stratégies de la santé publique.
15.1.2 : Pourcentage de tous les projets de supervision achevés qui évaluent et améliorent les processus pour la gestion des risques, le contrôle et la gouvernance	35 %	70 %	70 %	90 %	Le nombre de missions de supervision est en bonne voie pour la deuxième des trois périodes biennales. Avec son niveau actuel de ressources, le BSP estime fermement être en mesure de continuer à atteindre cette cible.

<p>15.1.3 : Nombre d'entités du BSP mettant en œuvre des initiatives de leadership et de gestion (coordination et négociation de la coopération technique avec les partenaires, coopération technique entre les pays [TCC], plaidoyer pour la mission de l'OPS/OMS et plans de travail biennaux et rapports) dans les délais voulus et dans les limites du budget</p>	<p>57/69</p>	<p>61/69</p>	<p>61/69</p>	<p>69/69</p>	<p>La cible a été atteinte par 80 % de ces entités avant la fin de la période biennale.</p>
<p>15.1.4 : Pourcentage de consultations de nature juridique des Organes directeurs et des États Membres traitées dans les 10 jours ouvrables</p>	<p>90 %</p>	<p>95 %</p>	<p>95 %</p>	<p>100 %</p>	<p>Le BSP s'est attaché à assurer la bonne mise en œuvre des règles et règlements de l'OPS. Les points saillants des réalisations du BSP sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A apporté un soutien pour l'examen, l'évaluation et le renforcement des Centres régionaux panaméricains de l'OPS par EXM</li> <li>• A apporté un soutien aux unités techniques de l'OPS, aux PWR et aux États Membres pour la formulation de législations internationales de la santé</li> <li>• A facilité l'amélioration des relations avec les entités infrarégionales</li> <li>• A élargi et promu les Fonds renouvelables et stratégiques de l'OPS</li> <li>• A négocié de nouvelles conditions favorables dans les accords conclus avec les pays</li> </ul>
<p>15.1.5 : Nombre d'entités du BSP qui ont relié chaque priorité transversale à</p>	<p>S/O</p>	<p>40/54</p>	<p>18/54</p>	<p>54/54</p>	<p>Le BSP a déployé des efforts considérables sur cet indicateur. Néanmoins, un soutien plus important est nécessaire.</p>

au moins 30% de leurs produits et services dans leurs plans de travail biennaux					
<b>RER 15.2 : Présence effective de l'OPS/OMS dans les pays pour mettre en œuvre des stratégies de coopération dans les pays (SCP) qui soient 1) alignées sur les programmes d'action sanitaire et de développement des États Membres et 2) harmonisées avec l'équipe dans le pays des Nations Unies et les autres partenaires du développement</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (6 cibles d'indicateur de RER sur 6 atteintes)					
Le BSP a continué son travail pour guider les bureaux dans les pays dans un cadre global qui garantira une présence efficace et efficiente de l'OPS dans les pays. Dans l'ensemble, la présence de l'Organisation dans les pays stratégiques a fait l'objet d'un suivi et a été appuyée par EXM. Cela a conduit à des améliorations sur le plan de la disponibilité des ressources humaines pertinentes, de l'apport de coopération technique et de l'activation des fonctions au niveau des pays, conformément à la politique axée sur les pays.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
15.2.1 : Nombre de pays qui utilisent les stratégies de coopération dans les pays (SCP) comme base pour définir la présence dans le pays de l'Organisation et son plan de travail biennal respectif	30	32	34	35	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : BAH, CAN, ECU, SUR</p> <p>La cible a été dépassée, deux autres pays l'atteignant. En plus des nouvelles SCP qui ont été élaborées, neuf pays ont mis à jour leurs SCP.</p>
15.2.2 : Nombre de pays dans lesquels la SCP est utilisée comme une référence pour l'harmonisation de la coopération en santé avec les équipes dans le pays de l'ONU et d'autres partenaires du développement	30	32	34	35	<p>Référence 2009 : ABM, ANI, ARG, BAR, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOM, DOR, ELS, GRA, GUT, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, TRT, URU, VEN</p> <p>Cible 2011 : BAH, CAN, ECU, SUR</p> <p>Il y a eu un alignement croissant entre les SCP et le PNUAD.</p>

<p>15.2.3 : Nombre de pays dans lesquels le plan de travail biennal est évalué conjointement avec les gouvernements et les autres partenaires concernés</p>	<p>20</p>	<p>30</p>	<p>31</p>	<p>35</p>	<p>Référence 2009 : ARG, BLZ, BOL, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, ECU, HON, GUT, GUY, JAM, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, URU</p> <p>Cible 2011 : ABM, ANI, BAH, BAR, DOM, GRA, MEX, NEA, SAV, SAL, SCN</p> <p>L'évaluation conjointe avec les homologues est effectuée avec une régularité précise par tous les bureaux dans les pays de l'OPS. Selon leur domaine de compétence, les entités du BSP continueront à se joindre à toutes ces procédures d'évaluation de façon sélective, virtuellement ou avec une présence physique.</p>
<p>15.2.4 : Nombre de sous-régions du BSP qui disposent d'une stratégie de coopération infrarégionale (SCI)</p>	<p>1/5</p>	<p>3/5</p>	<p>3/5</p>	<p>4/5</p>	<p>Le programme de la santé pour l'Amérique centrale reste en vigueur, et le plan stratégique connexe est en cours de mise en œuvre. Le protocole d'accord avec le MERCOSUR est mis en œuvre. La stratégie de coopération infrarégionale (SCI) pour les Caraïbes a été lancée et sert de cadre pour les programmes de coopération technique dans les Caraïbes. Il existe une SCI pour les sous-régions des Andes et des Caraïbes.</p>
<p>15.2.5 : Nombre d'unités nationales et infrarégionales du BSP qui ont amélioré le soutien administratif, l'infrastructure physique, les transports, le matériel de bureau, les meubles et l'équipement de technologie de l'information conformément à leurs plans de travail biennaux</p>	<p>25/29</p>	<p>27/29</p>	<p>27/29</p>	<p>29/29</p>	<p>Le BSP consacre un financement considérable pour améliorer les bâtiments, maintenir et améliorer l'infrastructure des technologies de l'information et d'autres activités opérationnelles contribuent à la réalisation de la coopération technique.</p>

15.2.6 : Nombre d'entités nationales et infrarégionales du BSP qui ont mis en œuvre des politiques et des plans pour améliorer la santé et la sécurité du personnel sur le lieu de travail, y compris la conformité aux normes minimales pour la sécurité des opérations (MOSS)	25/29	27/29	27/29	29/29	Cet indicateur couvre non seulement la sécurité mais aussi toute une série de procédures et de pratiques non physiques pour améliorer la situation du personnel. Depuis le siège, le BSP a fourni des fonds à 13 PWR, et un autre est en suspens.
<b>RER 15.3 : Des mécanismes régionaux de santé et de développement sont établis, y compris des partenariats, la santé internationale et le plaidoyer, afin de fournir des ressources techniques et financières plus pérennes et plus prévisibles pour la santé, à l'appui du Programme d'action sanitaire pour les Amériques</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (4 cibles d'indicateur de RER sur 4 atteintes)					
En tant que RER en cours, la performance de la part des entités du BSP est restée positive au cours de 2010-2011. En 2011, les documents du PNUAD ont été signés en République dominicaine, à El Salvador, au Honduras, en Jamaïque et au Pérou — avec la participation active de l'OPS dans le cadre de l'équipe dans les pays des Nations Unies (UNCT). La santé a été reflétée dans ces PNUAD, constituant le cadre des activités des Nations Unies au niveau des pays. Belize, la Bolivie, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, le Mexique et le Nicaragua sont en voie de parachever leurs PNUAD dans les délais prévus et ont commencé la planification pour les nouveaux financements du PNUAD en 2013.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
15.3.1 : Nombre de pays dans lesquels l'OPS/OMS maintient son leadership ou est activement engagée dans des partenariats de santé et de développement (formels et informels), y compris dans le cadre de la réforme du système des Nations Unies	27/27	27/27	27/27	27/27	Le BSP a atteint cette cible à la fin de la période biennale dans les 27 bureaux dans les pays.
15.3.2 : Nombre d'accords avec des organisations bilatérales et multilatérales et	10	17	17	25	Le BSP a finalisé des accords de financement extrabudgétaires avec trois des partenaires stratégiques bilatéraux clés de l'OPS (l'AECID, l'ACDI et USAID), se montant à

d'autres partenaires, dont les agences de l'ONU, appuyant le Programme d'action sanitaire pour les Amériques					50 millions de dollars sur une période de trois ans (2011–2013). Le BSP a fait des progrès importants sur le plan de la mise en place et du maintien d'une bonne collaboration avec un large éventail de partenaires de la société civile : par exemple, l'American Public Health Agency (APHA) ; des organisations confessionnelles comme les Frères de la charité, l'église de Jésus Christ des Saints des derniers jours (LDS) et l'Église adventiste du septième jour — ainsi qu'avec le Conseil mondial de la santé et divers « think tanks »
15.3.3 : Pourcentage de déclarations de Sommets reflétant l'engagement à faire progresser le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017	50 %	70 %	70 %	75 %	Au cours de la dernière période biennale, des sommets infrarégionaux, régionaux et mondiaux ont tous témoigné d'un engagement envers la santé. C'est ce que reflète notamment la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (UNGASS sur les MNT), qui s'est tenue à New York. L'OPS et les pays d'Amérique latine et des Caraïbes étaient bien représentés à cette occasion, et y ont participé activement.
15.3.4 : Pourcentage de demandes de pays auxquelles l'OPS a répondu en vue de la mobilisation de ressources techniques et financières provenant de partenaires extérieurs	85 %	90 %	90 %	95 %	Les demandes de soutien pour des propositions de développement émanant des pays ont été traitées systématiquement pour fournir des services continus. Il convient de noter que le temps nécessaire pour mener à bien les examens a diminué de 30 % au cours des dernières années.



### Rapport de situation sur l'OS16

<b>OS16 : Faire en sorte que l'OPS/OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et efficiente de son mandat</b>				<b>En bonne voie</b>	
<b>Présentation générale du budget</b>					
Budget approuvé (BP 10–11)	Fonds disponibles			Dépenses (%)	Financé (%)
	BO	AS	Total		
\$86 275 000	\$63 373 000	\$38 337 817	\$101 710 817	96 %	118 %
<b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation de l'OS d'ici à 2013</b>					
<p><b>Progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'indicateur de niveau d'impact de l'OS comme défini dans le Plan stratégique 2008–2012 de l'OPS</b></p> <p><b>Indicateur 1 de l'OS : Pourcentage des résultats escomptés à l'échelle de la Région (RER) réalisés dans le cadre des Objectifs stratégiques 1 à 15, comme mesuré par les indicateurs de RER</b></p> <p>Référence : s/o Cible : 80 % des RER atteints d'ici à 2013</p> <p>Le nombre de RER en bonne voie est passé de 76 % en 2008-2009 à 87 % en 2010-2011. Concernant les cibles d'indicateur de RER, 88 % ont été atteintes à la fin de 2009 et 90 % à la fin de 2011. À ce rythme, il est prévu que l'Organisation atteindra la cible pour 2013. Cependant, il est important de noter que les gains réalisés au cours des périodes biennales antérieures doivent être maintenus ; et les défis qui ralentissent les progrès des RER présentant des risques et en difficulté doivent également être relevés au cours de 2012-2013.</p> <p><b>Indicateur 2 de l'OS : Rapport coût-efficacité des fonctions de soutien de l'Organisation, comme mesuré par le pourcentage du budget total de l'OPS représenté par cet OS</b></p> <p>Référence : 17 % au cours de la période biennale 2006-2007 Cible : 15 % d'ici à 2013</p> <p>En 2010-2011, l'OS16 avait 17,5 % du total des fonds disponibles pour la période biennale (599,1 millions de dollars). Cela représentait une réduction de 20,2 % par rapport à 2008-2009, malgré le fait qu'il y avait de grands projets (comme le système d'information pour la gestion du BSP [PMIS]), avec un financement important programmé dans le cadre de cet OS.</p>					
<b>Évaluation de l'OS en 2010–2011</b>					
<p>Cet OS est en bonne voie pour ses 6 RER et 29 des 30 cibles d'indicateurs de RER ont été atteintes au cours de la période biennale. Dans l'ensemble, l'OS16 a réussi à atteindre ses cibles pour la période biennale, comme on peut le voir ci-dessous dans les principales réalisations. Toutefois, de grands défis sont à prévoir avec la préparation, la migration et la mise en œuvre du PMIS et la mise à niveau simultanée de tous les processus pertinents. Par ailleurs, en période de restrictions budgétaires, continuer à mettre l'accent sur la gestion axée sur les résultats (GAR) — avec l'introduction de la gestion des risques informatique (ERP) — devrait assurer une utilisation très efficace des ressources en vue d'atteindre les résultats escomptés, comme défini dans le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS.</p>					

### **Principales réalisations**

- Mise en œuvre des normes comptables internationales pour le secteur Public (IPSAS) ; formation en ligne sur la gestion axée sur les résultats ; Budget-programme (BP) 2012-2013 approuvé par le 51<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS.
- Opinion d'audit sans réserve pour 2010.
- Amélioration réussie et continue du processus de suivi et d'évaluation de la performance (PMA).
- Pourcentage accru des contributions volontaires qui ne sont pas affectées à une utilisation donnée.
- Amélioration de la méthodologie de planification des ressources humaines pour l'ensemble de l'organisation ; délai plus court pour le processus de sélection.
- Plan de gestion des risques informatiques (ERP) approuvé par EXM.
- Consultations accrues de la part du Bureau de l'éthique.
- Progrès significatifs de la consolidation du domaine de l'OPS avec le réseau privé de l'OPS au cours de cette période biennale ; la majorité du personnel semble être satisfait des services de soutien sur le plan de la gestion et de l'administration ; amélioration continue de l'infrastructure physique de l'OPS dans toute la Région, ce qui a pour effet d'accroître la sécurité et la sûreté de tous les employés de l'OPS.

### **Principaux défis**

- Préparation, migration et mise en œuvre du système d'Information pour la gestion du BSP (PMIS).
- Poursuite des opérations tout en recrutant pour deux postes de la haute direction dans l'administration (gestion des ressources humaines et systèmes d'information et technologiques) pendant environ la moitié de la période biennale.
- Mise en œuvre du Plan de gestion des risques informatiques dans toute l'Organisation comme outil de gestion pour toutes les entités.
- La qualité des traductions reste une source de préoccupations en raison du départ et du roulement du personnel de la traduction.

### **Enseignements tirés**

- Nécessité de continuer à faire participer activement les administrateurs au moyen de réunions périodiques des groupes administratifs optimaux qui composent le moteur qui fait fonctionner le réseau des administrateurs.
- Un retour d'information plus direct des clients par le biais d'enquêtes ou de systèmes automatisés plus réactifs, efficaces et objectifs doit être encouragé pour les services de soutien dans la gestion et l'administration.
- Nécessité d'établir un système de suivi des recommandations de tous les audits, les transferts des Bureaux dans les pays et les Centres, et les stratégies de coopération avec les pays.

### Rapport de situation sur les RER de l'OS16

<b>RER 16.1 : Le BSP est une organisation axée sur les résultats dont le travail est guidé par des plans stratégiques et opérationnels qui reposent sur les enseignements tirés, reflètent les besoins nationaux et infrarégionaux, sont élaborés conjointement par les unités de l'Organisation et sont utilisés avec efficacité pour le suivi de la performance et l'évaluation des résultats</b>					<b>En bonne voie</b>
<b>Évaluation du RER</b> (5 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, 2 dépassant leurs cibles pour 2011)					
La formation en ligne pour un cadre de gestion axée sur les résultats de l'OPS a été mise en place et est disponible pour la formation du personnel du BSP. Le nouveau Budget-programme 2012-2013 de l'OPS (BP 2012-2013) a été approuvé par le 51 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, avec une augmentation de 3,2 % des quotes-parts. L'objectif de 100 % de progrès accomplis sur la voie des objectifs de réallocation des ressources entre les trois niveaux du BSP conformément à la politique budgétaire du programme régional de l'OPS a été atteint. Environ 90 % des entités du BSP ont atteint plus de 75 % de leurs Résultats escomptés spécifiques par Bureau (OSER). Tous (100 %) les rapports de suivi et d'évaluation de la performance ont été présentés à temps au BSP/EXM. Le RER 16.1 a été pleinement atteint, comme mesuré par la réalisation de toutes les cibles d'indicateurs de RER comme illustré ci-dessous. Nous pensons que ce RER sera pleinement atteint à la fin de 2013 si la performance se maintient au niveau élevé d'aujourd'hui.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
16.1.1 : Le cadre de gestion axée sur les résultats (GAR) de l'OPS est mis en place	Cadre de gestion axée sur les résultats approuvé par EXM	Formation du personnel du BSP en GAR terminée	Formation achevée	Cadre de gestion axée sur les résultats mis en œuvre	Formation en ligne pour la GAR disponible depuis juin 2011. En outre, une autre formation a été dispensée à travers un éventail d'approches combinées au cours de la dernière période biennale. Cela comprend la formation en personne, les plans de travail biennaux (PTB) et le suivi et l'évaluation de la performance (SEP), ainsi que plusieurs sessions de formation virtuelle via Elluminate.
16.1.2 : Le Plan stratégique (PS) de l'OPS et les budgets programmes (BP) (conçus dans le cadre de la GAR, qui tiennent compte de la stratégie de coopération centrée sur les pays et des	BP 2010-2011 approuvé par les organes directeurs de l'OPS	BP 2012-2013 approuvé par les organes directeurs de l'OPS	Oui	PS 2013-2017 approuvé par les organes directeurs de l'OPS	Le BP 2012-2013 (élaboré dans le cadre de la GAR, en prenant en compte les politiques focalisées sur les pays et les leçons apprises, et avec la participation de tous les niveaux de l'OPS) a été approuvé par le 51 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS.

enseignements tirés et bénéficient de la participation à tous les niveaux de l'OPS) sont approuvés par les Organes directeurs					
16.1.3 : Pourcentage de progrès sur la voie des objectifs de réaffectation des ressources entre les trois niveaux du BSP, conformément à la politique du budget programme régionale de l'OPS	67 %	100 %	100 %	100 %	La PRBP a été mise en place pour le Budget ordinaire (BO). Alors que la politique ne s'appliquait qu'au BO, elle a aussi servi à guider l'attribution des fonds des Contributions volontaires (CV), dans toute la mesure possible.
16.1.4 : Pourcentage des entités du BSP qui réalisent plus de 75% de leurs résultats spécifiques escomptés par bureau [OSER]	50 %	75 %	90 %	90 %	62 entités (90 %) ont atteint au moins 75 % de leurs cibles d'indicateur OSER.
16.1.5 : Proportion de rapports de suivi et d'évaluation de la performance sur les résultats escomptés figurant dans les documents du Plan stratégique et du Budget programme soumis dans les délais à la direction du BSP, après examen par les pairs	80 %	90 %	100 %	100 %	Tous les rapports de suivi et d'évaluation de la performance (100 %) ont été communiqués en temps opportun.

RER 16.2 : Le suivi et la mobilisation des ressources financières sont renforcés pour assurer l'exécution du Budget programme, notamment la mise en œuvre de pratiques financières robustes et la gestion efficace des ressources financières					En bonne voie
Évaluation du RER (6 cibles d'indicateur de RER sur 6 atteintes, 3 dépassant leurs cibles pour 2011)					
<p>Au cours de la période biennale 2010-2011, des progrès considérables ont été accomplis sur le plan de la réalisation des cibles concernant les indicateurs du RER 16.2 pour la période biennale 2010-2011. Au nombre des réalisations, on peut citer les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Premiers États financiers conformes aux normes IPSAS terminés, avec des recettes totales de 932 millions de dollars et une opinion d'audit sans réserve.</li> <li>• Réalisation de la cible de 75 % des Objectifs stratégiques ayant reçu plus de 75 % de leurs montants budgétisés.</li> <li>• Finalisation des accords de contributions volontaires avec trois grands partenaires bilatéraux de l'OPS (l'AECID, l'ACDI et USAID).</li> <li>• Réduction des fonds de contributions volontaires rendus aux partenaires de 0,8 % en 2008-2009 à 0,5 % (1,5 million de dollars) en 2010-2011, dépassant ainsi la cible pour 2011 fixée à 0,70 %.</li> <li>• 89 % d'exécution budgétaire obtenue par plus de 80 % des entités (56 sur 69) au cours de 2010-2011, avec une exécution budgétaire totale pour l'Organisation au cours de la période biennale de 89 %</li> </ul>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
16.2.1 : Les normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) sont mises en œuvre à l'OPS	IPSAS approuvées par les États Membres	IPSAS mises en œuvre	Oui	IPSAS mises en œuvre	L'OPS est passée du système de normes comptables des Nations Unies (UNSAS) aux normes IPSAS à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2010. Les états financiers pour l'exercice 2010 ont été préparés, pour la première fois, conformément aux normes IPSAS.
16.2.2 : Pourcentage d'objectifs stratégiques dont la couverture atteint au moins 75 % de l'écart de capitalisation à la fin de l'exercice biennal	50 %	60 %	75 %	70 %	Environ 75 % des OS ont dépassé 75 % de leurs montants budgétisés. L'OS 2 (39 %), 10 (45 %), 13 (65 %) et 14 (60 %) n'ont pas atteint ce niveau de financement.
16.2.3 : Pourcentage de contributions volontaires non réservées (fonds souples dont les restrictions ne vont pas au-delà du niveau OS)	10 %	13 %	44 %	15 %	L'OPS a finalisé des accords de contributions volontaires avec trois partenaires bilatéraux clés (l'AECID, l'ACDI et USAID), en suivant une approche programmatique qui s'élève à plus de 78 millions de dollars sur une période de trois ans (2011–2013). Le pourcentage effectif des CV qui ne sont pas affectées est de 44 % pour 2010-2011, ce qui a dépassé la cible.

16.2.4 : Pourcentage de fonds provenant des contributions volontaires de l'OPS (réservés et non réservés) retournés aux partenaires	0,80 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %	Le total des fonds retournés aux partenaires au cours de 2010-2011 (c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre 2011) s'est élevé à 1,5 million de dollars. Ainsi, le montant retourné aux partenaires représente 0,5 % du total des fonds disponibles.
16.2.5 : Pratiques financières saines comme le prouve une opinion d'audit sans réserve	Opinion d'audit sans réserve	Opinion d'audit sans réserve	Oui	Opinion d'audit sans réserve	L'OPS a reçu une opinion d'audit sans réserve sur les États financiers 2010 conformes aux normes IPSAS. Les états financiers pour 2010 ont été présentés aux organes directeurs lors du 51 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS.
16.2.6 : Pourcentage des entités du BSP qui ont exécuté au moins 90 % des fonds programmés dans leur plan de travail biennal	75 %	80 %	80 %	90 %	Plus de 80 % (56 entités) ont mis en œuvre au moins 90 % de leur budget-programme en 2010-2011.

**RER 16.3 : Les politiques et pratiques des ressources humaines encouragent a) l'embauche et la rétention des personnes qualifiées ayant les compétences nécessaires exigées par l'Organisation, b) une performance et une gestion efficaces et équitables des ressources humaines, c) le perfectionnement du personnel et d) un comportement éthique**

**En bonne voie**

#### Évaluation du RER

(5 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, 2 dépassant leurs cibles pour 2011)

Malgré le départ de la Directrice des ressources humaines en février 2011, conjugué à la lourde charge de travail dans ce secteur, tous les indicateurs du RER 16.3 ont été atteints. Des modifications importantes ont été apportées avec l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de flux de travail importants (tels que les plans des RH). Elles ont eu un impact significatif et positif sur l'Organisation. Le défi majeur pour le département au cours de la prochaine période biennale tient à la mise en œuvre du Module RH du projet PMIS. HRM continuera de concentrer ses efforts sur son rôle en tant que partenaire stratégique au sein de l'Organisation, développant les compétences en matière de gestion grâce à une succession de pratiques de planification.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
16.3.1 : Pourcentage des entités du BSP avec des plans de ressources humaines approuvés par la direction générale	75 %	98 %	98 %	100 %	Le processus de planification s'est considérablement amélioré avec la participation active des secteurs techniques et des bureaux dans les pays de l'OPS. Cela est dû en grande partie au nouvel outil de planification. Les plans des ressources humaines qui n'étaient pas encore finalisés

					nécessitent d'autres discussions avec EXM en raison des changements structurels en cours.
16.3.2 : Pourcentage du personnel occupant un nouveau poste (avec description de poste basée sur les compétences) ou transféré dans un nouveau lieu au cours d'une période biennale conformément à la stratégie des RH	50 %	70 %	100 %	75 %	Cette cible a été dépassée, puisque le pourcentage atteint était de 100 %. Tous les membres du personnel occupant de nouveaux postes ont été engagés sur la base de leurs compétences et en conformité avec les Plans individuels, en application de la stratégie RH approuvée.
16.3.3 : Pourcentage des comités de sélection travaillant sur la base du nouveau cadre approuvé par la direction générale, qui comprend une évaluation psychométrique pour les postes clés	100 %	100 %	100 %	100 %	La cible a été atteinte pour tous les postes de direction à pourvoir au niveau P-5 et au-dessus.
16.3.4 : Pourcentage des effectifs du BSP qui a entamé une procédure formelle de plainte ou a été soumis à une action disciplinaire formelle	<1 %	<1 %	<1 %	<1 %	La cible a été atteinte. À la fin de 2011, le Conseil des appels de l'OPS (BOA) avait cinq appels en suspens — qui sont tous prêts à être examinés — et une recommandation du BOA, ce qui représente un niveau inférieur à 1 %. Avec la mise en œuvre des nouvelles procédures pour le BOA, nous prévoyons que ces cinq cas seront résolus rapidement et que toute nouvelle plainte déposée ira de l'avant.
16.3.5 : Nombre de requêtes reçues chaque année soulevant des préoccupations déontologiques qui reflète une plus grande sensibilisation au comportement déontologique	80	120	160	150	En 2011, le Bureau de l'éthique de l'OPS a reçu un total de 95 consultations ; et en 2010, 65 consultations — pour un total de 160 consultations au cours de la période biennale 2010-2011.

RER 16.4 : Des stratégies, politiques et pratiques de gestion des systèmes d'information sont en place pour assurer des solutions fiables, sûres et rentables tout en répondant aux besoins en constante évolution du BSP					En bonne voie
Évaluation du RER (3 cibles d'indicateur de RER sur 3 atteintes)					
La Consolidation du domaine et les déploiements du réseau privé de l'OPS se poursuivent, avec des dates d'achèvement estimées au 1 <sup>er</sup> et au 3 <sup>e</sup> trimestres 2012, respectivement. Des ressources considérables ont été consacrées à déployer le nouvel Intranet. Ces projets ont fourni un appui pour atteindre la cible indiquée dans ce RER. ITS a également annoncé la première étape pour un Plan d'amélioration des services de TIC qui comprend un nouvel outil de demande de services pour tous les bureaux dans les pays et les Centres régionaux panaméricains, ainsi que des outils de gestion de projet améliorés. Ces initiatives faciliteront encore les progrès réalisés sur ces indicateurs, ainsi que la réalisation des cibles des indicateurs.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
16.4.1 : Proportion de propositions, de projets et d'application importants relatifs à la TI gérés sur une base régulière au moyen de processus de gestion de portefeuille	40 %	60 %	60 %	80 %	Cette cible a été atteinte, BIREME étant le seul à ne pas pouvoir réaliser ses objectifs.
16.4.2 : Niveau de conformité aux objectifs de niveau de service convenus pour les services gérés liés à la TI	50 %	60 %	60 %	75 %	La majorité des pays ont atteint leurs cibles de niveau de service, aidés en cela par les améliorations dans les activités d'infrastructure et de télécommunications actuellement déployées par ITS.
16.4.3 : Nombre d'unités nationales et infrarégionales de l'OPS/OMS et de centres panaméricains qui utilisent des informations systématiques et pratiquement en temps réel	35/35	35/35	35/35	35/35	Tous les bureaux continueront d'avoir des informations de gestion cohérentes quasiment en temps réel. Cela est aussi continuellement renforcé par des améliorations dans l'infrastructure de télécommunications actuellement mises en œuvre dans tous les bureaux dans les pays et les centres régionaux panaméricains.



RER 16.5 : Les services de soutien de gestion et administratifs, y compris les achats, sont renforcés, permettant ainsi le fonctionnement efficace et efficient de l'Organisation					En bonne voie
Évaluation du RER (5 cibles d'indicateur de RER sur 5 atteintes, 2 dépassant leurs cibles pour 2011)					
<p>Toutes les entités axées sur les services incluses dans ce RER ont mesuré les progrès réalisés par le biais des commentaires des clients. Ce retour d'information de la clientèle a été mesuré par des enquêtes, les transactions et l'utilisation de politiques définies. Sur la base de cette gamme d'indicateurs de retour d'information, le RER a atteint les cibles de l'indicateur pour 2011. Cependant, à l'avenir, plus de commentaires directs des clients grâce à des enquêtes ou des systèmes automatisés qui collectent les réactions plus efficacement et objectivement seront encouragés. D'importantes modifications ont été apportées dans le domaine des marchés publics pour répondre à l'évolution des besoins de l'Organisation en termes d'achats et de contrats.</p>					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
16.5.1 : Niveau de satisfaction des usagers pour des services de gestion et administratifs sélectionnés (y compris la sécurité, les déplacements, le transport, les services postaux, les services de santé, les services de nettoyage et alimentaires) tels que mesurés à travers les enquêtes biennales	Moyen (satisfaction évaluée à 50 %-75 %)	Élevé (satisfaction évaluée à plus de 75 %)	75 %	Élevé (satisfaction évaluée à plus de 75 %)	La cible était d'au moins 75 % réalisés dans certains services (cafétéria, nettoyage, services de voyages et salle du courrier) à l'OPS/HQ, selon les résultats des enquêtes périodiques auxquelles participent tous les membres du personnel au siège.
16.5.2 : Pourcentage de procédures opérationnelles normalisées utilisées par le personnel du BSP pendant les urgences régionales	50 %	75 %	100 %	100 %	Tous les pays déclarant une situation de catastrophe, activant les procédures d'urgence spéciales (SEP) et demandant des prorogations l'ont fait conformément aux dispositions du manuel électronique, chapitre X.11 de l'OPS/OMS « Opérations en cas de crise ».
16.5.3 : Pourcentage de	70 %	75 %	100 %	80 %	Toutes (100 %) les demandes de traduction ont été traitées en temps

points de référence internes atteints ou dépassés pour les services de traduction					opportun. Les niveaux de contrôle de la qualité ne sont toutefois pas suffisants. Les outils de traduction assistée par ordinateur ne sont pas actualisés correctement en raison de l'attrition du personnel.
16.5.4 : Un nouveau système de gestion des achats est mis en œuvre pour mesurer et surveiller la conformité aux meilleures pratiques de passation de marchés, y compris la formation ciblée, l'amélioration des rapports statistiques, des listes de soumissionnaires élargies, des accords de niveau de service et des améliorations des procédures	Principes directeurs élaborés	Règles institutionnelles élaborées	Oui	Système de gestion des passations de marchés mis en œuvre	Les principes directeurs et les règles commerciales ont été élaborés. Les systèmes, procédures et politiques de passation de marchés ont été examinés ; et des outils de responsabilisation ont été mis en œuvre. La prochaine étape recouvre la mise en œuvre et la diffusion des nouvelles politiques et procédures. S'agissant des systèmes, plusieurs améliorations ont été apportées à notre système actuel (ADPICS) pour nous permettre de mesurer les performances et de mettre en œuvre le système d'appels d'offres électroniques afin de nous aligner sur les meilleures pratiques de passation de marchés. Une formation a aussi été réalisée.
16.5.5 : Pourcentage de demandes internes du BSP pour des conseils et des services juridiques auxquelles il a été répondu dans les 10 jours ouvrables suivant réception	90 %	95 %	95 %	100 %	LEG reçoit et répond à plus de 1 000 demandes de renseignements juridiques par an. Il procède actuellement à l'élaboration d'un nouveau processus électronique LEG pour saisir les demandes. Ce système automatisé permettra à LEG d'améliorer son délai de réponse en assurant un meilleur suivi des demandes et en les assignant. L'interaction directe et constante avec les clients internes aidera LEG à offrir un service à la clientèle vraiment amélioré.

RER 16.6 : Le BSP est renforcé au moyen de réformes du développement institutionnel et d'un environnement de travail physique qui favorise le bien-être et la sécurité du personnel					En bonne voie
Évaluation du RER (5 cibles d'indicateur de RER sur 6 atteintes, 1 dépassant sa cible pour 2011)					
Ce RER a été couronné de succès pour ce qui est de toutes les questions traitant de l'environnement physique du travail, de l'infrastructure et de la santé des employés. Étant donné que le nouveau système PMIS intégrera l'évaluation des compétences et des modules de plan d'apprentissage individuel, il a été décidé d'attendre la mise en œuvre du nouveau système des ressources humaines, qui permettra l'intégration de ces fonctionnalités dans le système d'évaluation de la performance des employés (PPES). De ce fait, l'indicateur 16.6.6 est incomplet.					
Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires
16.6.1 : Système de mesure de la performance d'entreprise mis en œuvre	Fiche d'évaluation élaborée	Fiche d'évaluation mise en œuvre	Oui	Fiche d'évaluation mise en œuvre	La fiche d'évaluation de la performance institutionnelle a été mise en œuvre en 2010.
16.6.2 : Pourcentage de contrats dans le cadre du plan directeur pour l'infrastructure du BSP pour le(s) projet(s) approuvés(s) pour lesquels tous les travaux sont essentiellement achevés dans les délais	100 %	100 %	100 %	100 %	Cette cible a été complètement atteinte (100 %), ce qui équivaut à huit projets terminés dans les délais. Des photos ont été présentées aux États Membres lors du 51 <sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en septembre 2011 (BLZ, CHI, ELS, GUY, HAI, NIC, PAN, TRT).
16.6.3 : Pourcentage des installations physiques du Siège et des centres panaméricains qui ont mis en œuvre des politiques et des plans pour améliorer la santé et la sécurité du personnel sur le lieu de travail, notamment la conformité avec les Normes minimales de	75 %	80 %	80 %	100 %	Conformément au récent rapport soumis par DSS/NY, OPS/HQ et les centres régionaux panaméricains ont appliqué des politiques et des plans pour améliorer la sûreté et la sécurité sur le lieu de travail.

sécurité opérationnelle (MOSS)					
16.6.4 : Pourcentage des entités régionales du BSP et des centres panaméricains de l'OPS qui améliorent et maintiennent leur infrastructure physique, matériel de bureau, meubles, équipement de technologie de l'information et moyens de transport, tel que programmé dans leurs plans de travail biennaux	90 %	95 %	100 %	100 %	Des ressources financières et en personnel ont été consacrées à l'amélioration de l'environnement opérationnel au siège de l'OPS, dans les départements AM et dans tous les bureaux dans les pays de l'OPS par l'entremise des PWR. ITS a fourni de nouveaux ordinateurs et logiciels pour tous les PWR et HQ. Le Fonds directeur d'investissement en capital et le Compte de dépôt axé sur les grands projets de construction, allant de la construction nouvelle du centre d'opérations d'urgence (EOC) au siège jusqu'à des rénovations pour les bureaux PWR récemment déplacés ou des réparations des bureaux existants. Dans le cadre du Compte de dépôt, le projet MOSS a fourni des radios, des téléphones satellitaires et des mises à niveau de la sécurité à de nombreux PWR.
16.6.5 : Nombre de politiques et pratiques des RH traitant de l'équilibre vie professionnelle-vie privée, de la santé et de la sécurité du personnel de l'OPS qui ont été élaborées et mises en œuvre	6	10	10	14	Les 10 programmes suivants ont été mis en œuvre : (1) Cours de Yoga gratuits (2) Journée portes ouvertes du club de sport (3) Réductions sur la gym (4) Sessions pour affronter les problèmes et s'épanouir (5) Sessions pour affronter les problèmes et s'épanouir (6) Sessions pour affronter les problèmes et s'épanouir (7) Choléra en Haïti (8) Prospectus « Il est temps de se faire vacciner contre la grippe » (9) Sensibilisation au problème de la violence domestique (10) Pandémie de grippe

<p>16.6.6 : Nouveau système de planification et d'évaluation de la performance RH mis en œuvre pour permettre la gestion efficace de la performance et intégré avec le plan stratégique de l'OPS</p>	<p>Logiciel acheté et plan de mise en œuvre en place</p>	<p>Mise en œuvre dans toutes les entités de l'OPS liées aux Plans de développement du personnel</p>	<p>Non</p>	<p>Mise en œuvre des évaluations à 360 degrés</p>	<p>Compte tenu du fait que le nouveau système PMIS intégrera l'évaluation des compétences et des modules individuels de plan d'apprentissage, il a été décidé d'attendre la mise en œuvre du nouveau système de ressources humaines (RH), qui permettra l'intégration de ces fonctionnalités avec le PPES.</p>
--	--	---	------------	---	--

**CIBLES D'INDICATEUR DE RER NON ATTEINTES EN 2010–2011**

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires <sup>6</sup>
1.1.2 : Pourcentage de municipalités ayant un niveau de couverture vaccinale inférieur à 95% en Amérique latine et dans les Caraïbes (DTC3 comme traceur en utilisant comme référence 15 076 municipalités en 2005)	44 %	34 %	42 %	32 %	Bien qu'une diminution de 2 % ait été observée entre 2009 et 2011, les données révisées au milieu de 2012 devraient faire apparaître une baisse du nombre de municipalités à faible couverture.
1.3.1 : Nombre de pays ayant éliminé la lèpre au niveau national et infranational en tant que problème de santé publique	17/24	19/24	18/24	24/24	Pour cet indicateur, il manquait un pays pour atteindre la cible de 2011. Bien que 2 autres pays aient atteint la cible de l'indicateur, un pays est passé au-dessous du niveau de référence.
1.3.4 : Nombre de pays ayant un indice d'infestation domiciliaire par leurs principaux vecteurs Triatominae inférieur à 1 %	11/21	15/21	12/21	18/21	Pour cet indicateur, il manquait 3 pays pour atteindre la cible de 2011. Bien que 3 nouveaux pays aient atteint la cible de l'indicateur, 2 sont passés au-dessous du niveau de référence. L'écart pour atteindre la cible de 2013 est noté.
1.6.1 : Nombre de pays qui ont acquis les capacités fondamentales pour la surveillance et la riposte, conformément à leurs obligations aux termes du Règlement sanitaire international (2005)	0	17	0	25	L'absence d'un outil d'évaluation globale a empêché de procéder à une mesure complète des progrès réalisés sur toutes les spécifications du RSI. Des pays envisagent de demander une prorogation de l'échéance de mai 2012 pour répondre aux capacités de base. Cet indicateur a été modifié en 2009 dans la version amendée du Plan stratégique, tant pour le rendre plus précis que pour mesurer la réalisation des capacités de base plutôt que leur évaluation ; il est ainsi plus difficile à atteindre. Étant donné qu'aucun pays n'a

<sup>6</sup> Des détails supplémentaires sur chaque indicateur figurent dans les rapports de situation sur les OS à l'annexe I.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires <sup>6</sup>
					atteint cette cible de l'indicateur de RER à la fin de 2011, et compte tenu des prorogations demandées par les pays pour mettre en œuvre les spécifications du RSI, il est peu probable que cette cible de l'indicateur soit atteinte en 2013.
2.1.2 : Nombre de pays qui fournissent un traitement antirétroviral à 80% au moins de la population en ayant besoin selon les estimations, conformément aux directives de l'OPS/OMS	7	12	9	15	En plus des 9 pays ayant une couverture de 80 %, il y a cinq pays qui ont atteint une couverture se situant entre 70 % et 79 %. Le changement des lignes directrices de l'OPS s'est traduit par une augmentation du nombre de personnes nécessitant un traitement à un stade antérieur, et il est donc devenu plus difficile d'atteindre cette cible de l'indicateur. L'écart pour atteindre la cible de 2013 a doublé, passant de 3 à 6 pays.
2.1.5 : Nombre de pays avec un taux de réussite du traitement de 85 % de la cohorte de patients souffrant de tuberculose	11/27	16/27	9/27	23/27	Malgré le fait que 3 autres pays aient atteint la cible de l'indicateur, 5 sont passés au-dessous du niveau de référence. Cela a eu pour effet de doubler l'écart pour atteindre la cible de 2013.
2.1.6 : Nombre de pays qui ont atteint la cible régionale pour l'élimination de la syphilis congénitale	7	15	8	26	Le niveau de référence a été maintenu, mais seul un pays supplémentaire a atteint la cible de l'indicateur. Des progrès importants sont signalés dans 7 autres pays. L'écart pour atteindre la cible de 2013 a triplé.
3.2.7 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux multisectoriels pour la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation, conformément aux directives de l'OPS/OMS	17	20	18	23	Un seul autre pays ne faisant pas partie des pays de référence a atteint la cible de l'indicateur.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires <sup>6</sup>
6.2.2 : Nombre de pays qui ont développé un système national de surveillance opérationnel en utilisant l'enquête sanitaire sur les étudiants au niveau des écoles (Enquête globale de santé scolaire) et qui produisent des rapports réguliers sur les principaux facteurs de risque de santé chez les jeunes	11	23	16	30	L'écart pour atteindre l'objectif a doublé étant donné que la cible de 2011 n'a pas été atteinte.
6.3.4 : Nombre de pays qui ont mis à jour au moins une des composantes du système mondial de surveillance du tabac (SMST)	20	28	24	35	Le retard dans la conduite de l'enquête par rapport aux prévisions a eu une incidence sur le taux de réussite. Cela a fait passer l'écart pour atteindre la cible de 2013 à 11 pays.
7.6.3 : Nombre de pays qui mettent en œuvre des politiques, des plans ou des programmes pour améliorer la santé de groupes ethniques/raciaux spécifiques	10	14	11	16	Alors que des progrès sont signalés dans 3 autres pays ne faisant pas partie des pays de référence, un seul a atteint la cible de l'indicateur. Cela double l'écart pour atteindre la cible de 2013.
9.3.1 : Nombre de pays qui ont adopté et mis en œuvre les normes de l'OMS sur la croissance de l'enfant	16	20	19	25	Pour cet indicateur, il manquait un seul pays pour atteindre la cible de 2011. Néanmoins, des progrès significatifs ont été signalés dans le pays qui n'a pas atteint la cible.
9.4.2 : Nombre de pays qui ont mis en œuvre des stratégies de prévention et de contrôle des carences en micronutriments	16	21	19	25	L'écart pour atteindre la cible de 2013 a doublé étant donné que la cible de 2011 n'a pas été atteinte.
9.4.4 : Nombre de pays qui ont incorporé les interventions nutritionnelles dans leurs programmes globaux de riposte au VIH/SIDA et à d'autres épidémies	15	20	17	25	Le retard dans la mise en œuvre des activités programmées dans les 4 pays cibles pour 2010-2011 a affecté la réalisation de la cible. Cela a eu pour effet d'accroître l'écart pour atteindre la cible de 2013, le faisant passer à 8 pays.
9.4.5 : Nombre de pays dotés de plans nationaux de préparation et de riposte aux urgences en matière	16	20	17	25	Malgré le fait que 2 autres pays ont atteint la cible de l'indicateur, un est passé au-dessous du niveau de référence.



Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires <sup>6</sup>
d'alimentation et de nutrition					Cela a eu pour effet de porter à 8 pays l'écart pour atteindre la cible de 2013.
10.1.3 : Nombre de pays qui incorporent une approche interculturelle lors de l'élaboration de politiques et de systèmes de santé fondés sur les SSP.	3	5	4	8	Pour cet indicateur, il manquait un pays pour atteindre la cible.
11.3.4 : Nombre de pays qui opèrent un suivi des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	25	34	33	36	Pour cet indicateur, il manquait un pays pour atteindre la cible.
12.1.3 : Nombre de pays où le don de sang est 100 % bénévole et non rémunéré	5	12	6	17	Bien que d'importants progrès aient été réalisés dans les pays cibles au cours de 2010-2011, un seul pays supplémentaire a atteint la cible. Il est à noter que cet indicateur est ambitieux et qu'il est peu probable qu'il soit atteint en 2013, puisqu'il ne reflète pas la réalité dans les pays.
13.2.2 : Nombre de pays qui participent au réseau des observatoires des ressources humaines de la santé pour générer des informations et des données probantes pour la prise de décisions	27	31	28	36	Des progrès ont été réalisés dans deux pays supplémentaires, mais un seul a atteint la cible. Il est à noter que les ressources humaines pour l'Observatoire de la santé font l'objet d'un examen.
14.2.1 : Nombre d'études de pays terminées qui appliquent le cadre d'évaluation de l'OPS pour déterminer la capacité des ménages à couvrir leurs dépenses de santé	3	5	3	7	Des difficultés liées au financement ont affecté l'achèvement de toutes les études prévues.
14.2.3 : Nombre de pays qui disposent de politiques publiques ou de systèmes de financement visant à réduire ou à éliminer le risque financier associé aux maladies et aux accidents	2	4	3	8	Pour cet indicateur, il manquait un pays pour atteindre la cible de 2011. Cependant, des progrès ont été réalisés dans le pays qui n'a pas atteint la cible.

Indicateur de RER	Référence 2009	Cible 2011	Atteinte fin 2011	Cible 2013	Commentaires <sup>6</sup>
15.1.5 : Nombre d'entités du BSP qui ont relié chaque priorité transversale à au moins 30% de leurs produits et services dans leurs plans de travail biennaux	S/O	40/54	18/54	54/54	Bien que des progrès aient été réalisés, plus de soutien et de conseils sont nécessaires pour refléter correctement les questions transversales dans les plans de travail biennaux à tous les niveaux.
16.6.6 : Nouveau système de planification et d'évaluation de la performance RH mis en œuvre pour permettre la gestion efficace de la performance et intégré avec le plan stratégique de l'OPS	Logiciel acheté et plan de mise en œuvre en place	Mise en œuvre dans toutes les entités du BSP liées aux plans de développement du personnel	Non atteinte	Évaluation à 360 degrés mise en œuvre	La mise en œuvre a été retardée en raison de l'élaboration du nouveau Système d'information pour la gestion de l'OPS (PMIS).

**PAYS ET TERRITOIRES**

ABM	Anguilla, îles Vierges britanniques et Montserrat (territoires d'outre-mer du Royaume-Uni)
ANI	Antigua et Barbuda
ARG	Argentine
BAH	Bahamas
BAR	Barbade
BLZ	Belize
BOL	Bolivie (État Plurinational de)
BRA	Brésil
CAN	Canada
CHI	Chili
COL	Colombie
COR	Costa Rica
CUB	Cuba
DOM	Dominique
DOR	République dominicaine
ECU	Équateur
ELS	El Salvador
FDA	Départements français des Amériques
FEP	Bureau local à la frontière entre les États-Unis et le Mexique à El Paso, Texas
GRA	Grenade
GUT	Guatemala
GUY	Guyana
HAI	Haïti
HON	Honduras
JAM	Jamaïque
MEX	Mexique
NCA	Caraïbes du Nord (Bermudes et les îles Caïmans)
NEA	Antilles néerlandaises
NIC	Nicaragua
PAN	Panama
PAR	Paraguay
PER	Pérou
PUR	Porto Rico
SAL	Sainte-Lucie
SAV	Saint Vincent et les Grenadines
SCN	Saint-Kitts-Et-Nevis
SUR	Suriname
TCA	Îles Turques et Caïques
TRT	Trinité-et-Tobago
URU	Uruguay
USA	États-Unis d'Amérique
VEN	Venezuela (République bolivarienne du)

### ACRONYMES

ACDI	Agence canadienne de développement International
AECI	Agence espagnole de coopération internationale [ <i>Agencia Espanola de Cooperación Internacional</i> ]
ALC	Amérique latine et Caraïbes
AMRO	Bureau régional de l'OMS pour les Amériques
ARN	Autorité réglementaire nationale
ARV	Antirétroviral
AS	Autres sources
BO	Budget ordinaire
BP	Budget-programme
BPS	Bureau sanitaire panaméricain
CARMEN	Action concertée pour la prévention des facteurs de risque et la gestion efficace des maladies non transmissibles [ <i>Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles</i> ]
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte antitabac
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
CE	Commission européenne
CELADE	Centre démographique pour l'Amérique latine et les Caraïbes [ <i>Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía</i> ]
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes [ <i>Comisión Económica para América Latina y el Caribe</i> ]
CV	Contribution volontaire
CVN	Contributions volontaires nationales
CVSP	Campus virtuel sur la santé publique
DSS	Déterminants sociaux de la santé
DTC	Diphtérie, tétanos et coqueluche
EPHF	Fonctions essentielles de la santé publique
EXM	Direction exécutive du BSP
FDA	Food and Drugs Administration des États-Unis
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FTP	Poste à durée déterminée
GAR	Gestion axée sur les résultats
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GBO	Bureau des organes directeurs (à l'OPS)
GSHS	Enquête mondiale en milieu scolaire sur la santé des élèves
GTSS	Système mondial de surveillance du tabac
HFA	Cadre d'action d'Hyogo
IHSDN	Réseaux intégrés de prestation de services de santé
IPSAS	Normes comptables internationales pour le secteur public
JMS	Journée mondiale de la santé
MCNT	Maladies chroniques non transmissibles
MEASURE	Suivi et évaluation afin d'évaluer et d'utiliser les résultats (utilisé dans Évaluation-MEASURE)

### ACRONYMES

MeV	Maladie évitable par la vaccination
MNT	Maladies non transmissibles
MTN	Maladies transmissibles négligées
MTrN	Maladies tropicales négligées
NORAD	Agence de développement de la Norvège
OCR	Crise épidémique et réponse
OMD	Objectifs de développement pour le Millénaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Nations Unies
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
OS	Objectif stratégique
PAHEF	Fondation panaméricaine de la santé et de l'éducation
PALTEX	Programme élargi de manuels et matériel pédagogique [Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción]
PEV	Programme élargi de vaccination
PMA	Suivi et évaluation de la performance
PMIS	Système d'information pour la gestion de l'OPS
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PRBR	Politique régionale de budget-programme
PS	Promotion de la santé
RELAC SIS	Réseau d'Amérique latine et des Caraïbes pour les systèmes d'information de la santé [Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de salud]
RER	Résultat escompté à l'échelle régionale
RHS	Ressources humaines pour la santé
RSI	Règlement sanitaire international
SCI	Stratégie de coopération infrarégionale
SCP	Stratégie de coopération avec les pays
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
Sida	Agence suédoise de développement international
SPBA	Sous-comité sur le programme, le budget et l'administration
SSP	Soins de santé primaires
TARV	Traitement antirétroviral
TB	Tuberculose
TI	Technologie de l'information
TME	Transmission de la mère à l'enfant
TMM	Taux de mortalité maternelle
UNHLM	Réunion de haut niveau des Nations Unies
USAID	Agence des États-Unis pour le développement International
VIH	Virus d'immunodéficience humaine