



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



# 146<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

*Washington, D.C., E-U, du 21 au 25 juin 2010*

---

*Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire*

CE146/9 (Fr.)  
9 juin 2010  
ORIGINAL : ANGLAIS

**ÉVALUATION DU BUDGET-PROGRAMME 2008-2009 EN FIN DE PÉRIODE  
BIENNALE / RAPPORT DE SITUATION INTÉRIMAIRE SUR LE PLAN  
STRATÉGIQUE 2008-2012 DE L'OPS**

**(PROJET)**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>I. SYNTHÈSE .....</b>	<b>4</b>
<b>II. INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>III. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>6</b>
<b>IV. PERFORMANCE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE .....</b>	<b>8</b>
(A) Vue d'ensemble de santé publique dans la Région.....	8
(a) <i>Principales réalisations au cours de la période biennale, 2008-2009</i> .....	8
(b) <i>Principaux défis pendant la période biennale 2008-2009</i> .....	18
(B) Évaluation programmatique.....	23
Progrès sur la voie de la réalisation des OS.....	23
Progrès sur la voie de la réalisation des RER .....	23
Statut des indicateurs RER.....	27
(C) Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources .....	27
Présentation d'ensemble du budget .....	27
Exécution budgétaire globale.....	29
Mobilisation des ressources .....	30
Évaluation budgétaire par OS .....	31
(D) Analyse de la priorisation des objectifs stratégiques .....	34
(E) Rapports de situation sur les objectifs stratégiques .....	37
OS1 : Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies contagieuses .....	37
OS2 : Lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.....	52
OS3 : Prévenir et réduire les maladies, les handicaps et les décès précoces dus à des pathologies chroniques non transmissibles, à des troubles mentaux, à la violence et à des traumatismes .....	65
OS4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant les principales étapes de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé pour tous les individus .....	75
OS5 : Réduire les conséquences sur la santé des urgences, des catastrophes, des crises et des conflits, et réduire au minimum leur impact social et économique .....	82
OS6 : Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque tels que l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psycho-actives, les régimes alimentaires malsains, l'inactivité physique et les rapports sexuels non protégés, qui affectent les conditions de la santé .....	90

## TABLE DES MATIÈRES *(suite)*

OS7:	Aborder les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, répondant aux différences des sexes et fondées sur les droits humains.....	99
OS8:	Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à traiter les causes fondamentales des menaces environnementales pour la santé.....	107
OS9:	Améliorer la nutrition, la sécurité et la sûreté des aliments pendant le cycle de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable .....	113
OS10:	Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.....	123
OS11:	Renforcer le leadership, la gouvernance et les données probantes des systèmes de santé .....	126
OS12:	Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage de produits et de technologies médicaux .....	132
OS13:	Assurer du personnel sanitaire disponible, compétent, réactif et productif pour améliorer les résultats de la santé.....	137
OS14:	Étendre la protection sociale à travers un financement équitable, approprié et durable .....	143
OS15:	Fournir le leadership, renforcer la gouvernance et encourager le partenariat et la collaboration avec les États Membres, le système des Nations Unies et les autres parties concernées pour s'acquitter du mandat de l'OPS/OMS en faisant progresser l'agenda mondial de la santé, tel qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et l'Agenda de la Santé pour les Amériques .....	147
OS16:	Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation d'apprentissage et flexible, lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement.....	153
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>163</b>

**ÉVALUATION DU BUDGET-PROGRAMME 2008-2009 EN  
FIN DE PÉRIODE BIENNALE / RAPPORT DE SITUATION  
INTÉRIMAIRE SUR LE PLAN STRATÉGIQUE 2008-2012**

**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. Le rapport présente l'évaluation en fin de période biennale du budget-programme 2008-2009. 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 PASB à la fin de la période biennale 2008-2009. 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 PASB afin de couvrir l'écart de financement du budget-programme 2008-2009, et une analyse de priorisation des OS sont également fournies.

2. À la fin de la première période de mise en œuvre du plan stratégique (période biennale 2008-2009), l'Organisation est en bonne position pour atteindre les cibles futures. L'évaluation montre que 12 OS étaient « sur la bonne voie » et 4 « présentant des risques ». Sur les 88 RER, 76 % étaient « sur la bonne voie » et 24 % « présentant des risques ». La majeure partie des RER « présentant des risques » avaient trait à des interventions de haut niveau sur le plan des politiques et au macro-niveau destinées à intensifier et à maintenir les acquis exigeant un engagement politique continu des États membres. Sur 324 cibles d'indicateurs de RER, 85 % ont été réalisées, 13 % n'ont pas été atteintes et 2 % étaient sans objet ou non évaluées.

3. Le budget-programme approuvé était de 626 millions USD, dont 559 millions USD (89 %) étaient disponibles pour la période biennale. Les fonds disponibles étaient également distribués entre le budget ordinaire (BO) et d'autres sources (AS) ; il y avait toutefois des différences dans la répartition au sein de chacun des 16 OS. En outre, l'attribution des ressources du BO entre les niveaux organisationnels a suivi la politique budgétaire du programme régional (RPBP). Cette politique a également servi de guide pour la distribution des fonds AS.

4. À la fin de la période biennale, 94 % (525 millions USD) des fonds disponibles étaient mis en œuvre, ce qui représente une augmentation significative par rapport au taux moyen d'exécution des deux dernières périodes biennales (79 %). L'exécution par OS était de 90 % ou plus, hormis pour les OS4 et OS10 pour lesquels le niveau était de 85 %. Un taux d'exécution de plus de 75 % était considéré comme acceptable, conformément à la méthodologie adoptée pour évaluer le plan stratégique.

5. Sur le budget-programme approuvé de 626 millions USD, 279 millions USD provenaient du budget ordinaire. La différence, 347 millions USD, correspondait à l'écart de financement initial. Avant la fin de la période biennale, l'Organisation a été en mesure de mobiliser 281 millions USD, ramenant ainsi l'écart de financement à 66 millions USD (19 %).

6. Une analyse visant à déterminer dans quelle mesure l'allocation des ressources a été guidée par la priorité programmatique assignée aux OS 1 à 14 figure dans le rapport (pages 34 à 36). La plupart des allocations de ressources correspondent à la priorité assignée aux OS.

7. Il y a eu plusieurs conclusions et recommandations identifiées dans l'évaluation de fin de période biennale ; la principale étant la nécessité de renforcer la surveillance continue du plan stratégique et de ses composants.

## **II. INTRODUCTION**

8. Le plan stratégique 2008-2012 de l'OPS a été approuvé par la 27<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en octobre 2007 (résolution CSP27.R4). Ce plan stratégique a été modifié pour l'aligner sur la version révisée du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS, y compris le budget-programme 2010-2011, tel qu'approuvé par la 62<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé (résolution WHA62.11). La version amendée du plan stratégique 2008-2012 de l'OPS a été approuvée par le 49<sup>e</sup> Conseil directeur en septembre 2009 (résolution CD49.R3). Elle comprenait des changements apportés aux résultats escomptés pour l'ensemble de la Région (RER) et aux indicateurs RER en vue d'en faciliter le suivi et l'évaluation.

9. Comme défini dans le plan stratégique 2008-2012, le Bureau sanitaire panaméricain (PASB) est tenu de présenter des rapports de situation aux Organes directeurs sur l'exécution du plan tous les deux ans. Le présent rapport couvre l'évaluation en fin de période biennale du budget-programme 2008-2009 et le rapport de situation intérimaire sur le plan stratégique 2008-2012.

10. Le rapport se fonde sur les informations fournies dans le cadre du processus de suivi et d'évaluation de la performance (PMA) mené dans l'ensemble du PASB à la fin de la période biennale 2008-2009. Il comprend des analyses programmatiques et d'exécution budgétaire de la performance de l'Organisation, y compris une analyse en fonction des niveaux organisationnels (entités au niveau du pays, sous-régional et régional) et en fonction des objectifs stratégiques (OS). Des informations sur les efforts de mobilisation de ressources du PASB afin de couvrir l'écart de financement du budget-programme 2008-2009, et une analyse de priorisation des OS sont également fournies.

11. Il convient de noter que le rapport est basé sur la version originale du plan stratégique 2008-2012 (approuvé en 2007). Cette solution a été retenue du fait que l'exécution des plans de travail biennaux 2008-2009 était déjà bien avancée au moment où la version modifiée du plan stratégique 2008-2012 a été approuvée. Cependant, il est fait référence aux indicateurs modifiés, comme nécessaire.

12. Le rapport est composé de cinq sections : les sections I, II et III couvrent la synthèse, l'introduction et la méthodologie, respectivement ; la section IV comprend l'analyse institutionnelle de la performance programmatique et budgétaire de chaque OS ; et la section V couvre les principales conclusions et recommandations de l'évaluation

### **III. MÉTHODOLOGIE**

13. Le présent rapport reflète l'évaluation menée par les 81 responsables d'entité du PASB et les équipes des objectifs stratégiques en fonction des progrès réalisés sur le plan de la réalisation des 16 OS, des 88 RER, et des 324 cibles d'indicateur de RER, à la fin de la période biennale 2008-2009. Cette évaluation comprend à la fois des méthodes quantitatives et des méthodes qualitatives, décrites ci-dessous.

14. Premièrement, la réalisation des cibles d'indicateurs des RER au cours de l'année 2009 est évaluée sur la base des informations fournies par les responsables d'entité. Cette partie de la méthodologie est quantitative –la cible a été atteinte ou non- et les responsables d'entité doivent rendre des comptes sur la réalisation des résultats qui sont sous leur responsabilité ainsi que sur les informations qu'ils fournissent. Pour les indicateurs du type « nombre de pays... », les rapports des responsables d'entité du pays sont agrégés pour déterminer si le nombre de pays devant atteindre la cible de l'indicateur de RER a été obtenu.

15. 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 des indicateurs RER qui ont été atteintes est traité.

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

- taux d'exécution de 90-100 % = vert, ou « sur la bonne voie » : on ne prévoit pas d'empêchements ou de risques qui pourraient affecter de manière significative les progrès.
- taux d'exécution de 75-89 % = jaune ou « présentant des risques » : les progrès sont menacés et une action est nécessaire pour remédier aux retards, aux empêchements, et aux risques.

- taux d'exécution <75% = rouge ou « en danger » : les progrès sont gravement menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher d'atteindre les cibles.

17. Un taux de 75 % et plus en termes d'exécution programmatique ou budgétaire est considéré comme une performance acceptable à la fin de la période de planification, comme défini dans le plan stratégique 2008-2012.

18. Une brève description de la méthodologie utilisée dans chaque composante du rapport est incluse ci-dessous.

### **Évaluation programmatique**

19. Analyse par OS – les progrès vers la réalisation des objectifs stratégiques (OS), définis pour la fin du plan stratégique, sont évalués par les facilitateurs OS. Les facilitateurs analysent le niveau agrégé de réalisation des différents RER et des facteurs contribuant aux avancées ou faisant obstacle à la réalisation des OS (évaluation qualitative), en prenant en considération les cibles d'indicateurs de RER atteintes (évaluation quantitative). Le facilitateur OS évalue le statut de l'OS à la fin de la période biennale et détermine si la réalisation d'ici à 2013 se situe dans la catégorie « sur la bonne voie », « présentant des risques » ou « en danger ».

20. Analyse par RER—l'évaluation des RER est menée par les facilitateurs RER. Ils évaluent le niveau de réalisation des cibles d'indicateurs RER (évaluation quantitative) et des facteurs contribuant aux avancées ou faisant obstacle à la réalisation des RER (évaluation qualitative). Le facilitateur RER évalue le statut du RER à la fin de la période biennale et, par rapport à sa réalisation d'ici à 2013, détermine s'il est « sur la bonne voie », « présentant des risques » ou « en danger ».

21. L'analyse par les cibles d'indicateurs RER —la réalisation des indicateurs RER est mesurée selon que leurs cibles respectives définies pour chaque période biennale ont été atteintes ; elles sont donc soit atteintes soit non atteintes.

### **Évaluation budgétaire**

22. *L'exécution budgétaire* - est évaluée pour l'ensemble de l'Organisation, par niveau organisationnel (entités au niveau pays, sous-régional et régional), et par OS. Le taux d'exécution budgétaire est obtenu en divisant les dépenses par le montant total de fonds disponibles pour la période biennale.

23. *Mobilisation de ressources* - le budget-programme définit la quantité estimée de fonds nécessaires pour chacun des OS au début de la période biennale. Pendant la période biennale, le PASB mobilise des ressources pour combler l'écart de financement de

chaque OS. En conformité avec la GAR, chaque entité projette le coût de son plan de travail biennal (sans tenir compte de la source des fonds) en fonction du montant estimé de ressources nécessaires pour obtenir les résultats et les produits escomptés au cours de cette période biennale. À tout moment au cours de la période biennale, la différence entre l'estimation initiale et les ressources alors disponibles, quelle qu'en soit la source, pour la réalisation du programme correspond à l'écart de financement. Le rapport comprend une analyse de l'état de l'écart de financement.

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

##### **(A) Vue d'ensemble de la santé publique dans la Région**

24. L'analyse ci-dessous est présentée dans le cadre des huit domaines d'action du Programme de santé pour les Amériques 2008-2017.

##### ***(a) Principales réalisations au cours de la période biennale, 2008-2009***

##### ***RENFORCEMENT DE L'AUTORITÉ DE SANTÉ NATIONALE***

25. Les chefs d'État et de gouvernement des pays des Amériques réunis à l'occasion du cinquième Sommet des Amériques (Trinité-et-Tobago, avril 2009) ont avalisé les déclarations de leurs Ministres de la Santé et les résolutions des Organes directeurs de l'OPS et de l'OMS. Les engagements pris lors du Sommet couvrent les domaines de la sécurité alimentaire, la protection sociale et des services de santé complets de qualité, la santé des nouveau-nés, les maladies transmissibles, les maladies chroniques (y compris le régime alimentaire et l'activité physique), l'utilisation illicite de drogues, le renouvellement des soins de santé primaire, le rôle de la nutrition dans la santé et le développement, l'application du Règlement sanitaire international, le VIH/SIDA, la prise en charge des personnes plus âgées, l'état de préparation face aux catastrophes naturelles, la planification urbaine, le changement climatique, la prévention de la violence, et la création d'environnements et de communautés sûrs, sains, et durables.

26. Le leadership intersectoriel des autorités sanitaires nationales a permis de progresser vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans la Région, en termes d'indicateurs moyens ; cependant, le défi visant à réduire les inégalités dans la réalisation de ces objectifs à l'intérieur des pays et entre eux subsiste. L'initiative « Visages, voix et lieux » a aidé certains États membres à cibler des actions techniques globales de coopération sur les municipalités les plus vulnérables, de sorte qu'elles puissent progresser sur la voie de la réalisation des OMD pour 2015.



27. Le leadership sectoriel a énoncé des lignes directrices importantes en termes d'équité. En 2009, le plan d'action pour la mise en œuvre de la politique d'égalité des genres, adopté par le Conseil directeur et les États membres en 2005, a été lancé. Les axes actuels comprennent le travail sur l'intégration du genre, des perspectives ethniques, de la diversité culturelle, et des droits de l'homme dans les politiques et les programmes de la santé de divers États membres. Cela comprend l'intégration des indicateurs de genre dans les politiques et des plans nationaux.

28. Le PASB a aidé les autorités nationales de la santé dans le cadre de l'évaluation de la performance des systèmes d'information de la santé conformément aux normes de l'OPS/OMS. Chaque pays de la Région a intégré les orientations du plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé (CD48.R6) dans ses programmes. Une attention particulière a été accordée à l'amélioration des statistiques de santé au niveau infranational pour faciliter l'analyse des inégalités dans la santé. Le Bureau a mis en place l'Observatoire régional de la santé ayant pour but de faciliter l'accès par les autorités nationales de la santé à toutes les données, statistiques, et informations de la santé pour la Région des Amériques afin d'appuyer le processus décisionnel.

### *TRAITER DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ*

29. En réponse à la crise alimentaire mondiale de 2007-2008, les Directeurs régionaux des Nations Unies ont créé l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement (juillet 2008, OPS/OMS). L'objet de cette alliance est de proposer et de mener, de pair avec les États membres, des programmes complets, coordonnés et intersectoriels durables dans le cadre des droits de l'homme, avec une approche basée sur le genre et interculturelle. Ce faisant, l'Alliance contribue à accélérer le processus vers la réalisation des OMD. L'Alliance se concentre sur les centres urbains défavorisés, les populations rurales, et les peuples autochtones, où les inégalités sont les plus concentrées.

30. Les États membres ont encouragé le développement d'espaces sains dans les écoles, les municipalités et sur les lieux de travail, et le développement de foyers sains. Cette stratégie est basée principalement sur l'autonomisation de la communauté au moyen de programmes d'information et d'éducation. La coopération de l'OPS/OMS avec les pays se concentre sur les déterminants de la santé, l'équité, et l'action intersectorielle. Les engagements et les actions ultérieures de la première réunion des Ministres de la Santé et de l'Éducation pour arrêter le VIH et les IST en Amérique latine et dans les Caraïbes (Mexique, 2008) constituent des exemples de l'action intersectorielle en vue de définir des politiques publiques conjointes pour la santé et l'éducation.

31. Au cours de cette période, cinq États membres ont ratifié la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, portant le total à 27 dans la région. Onze États membres exigent maintenant des avertissements en image sur les paquets de produits du tabac ; six

pays ont mis en application l'interdiction de fumer dans les espaces publics fermés et sur les lieux de travail ; et deux ont complètement interdit la publicité, la promotion, et le parrainage du tabac.

32. Au cours du cinquième Sommet des Amériques, les Chefs d'État ont pris l'engagement de fournir aux travailleurs des environnements de travail sûrs et sains. Les États membres de l'OMS ont approuvé le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs (OMS, 2008-2017). Les États membres mettent actuellement en œuvre l'initiative contre la silicose dans les Amériques, qui a facilité l'élaboration de politiques nationales visant l'élimination de cette pathologie. L'Observatoire régional des ressources humaines dans la santé facilite le suivi des conditions de santé et de sécurité des travailleurs de la santé.

33. Vingt-neuf pays ont mené à bien l'évaluation des systèmes de santé mentale, à l'aide de la méthodologie de l'OMS et de l'instrument normalisé. Les Organes directeurs ont adopté la résolution CD49.R17 sur la stratégie et le plan d'action sur la santé mentale.

### *ACCROÎTRE LA PROTECTION SOCIALE ET L'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ DE QUALITÉ*

34. Le cadre opérationnel pour le réseau de protection sociale dans la santé a été approuvé lors de la 10<sup>e</sup> Conférence ibéro-américaine des Ministres de la Santé en 2008. Le réseau de protection sociale interaméricain a été lancé à l'occasion du cinquième Sommet des Amériques. L'OPS/OMS a poursuivi ses efforts pour soutenir les pays sur le plan de la formulation et de la mise en œuvre de politiques pour la protection sociale dans la santé afin de combattre l'exclusion, d'améliorer l'accès équitable aux produits, aux services, et aux technologies de la santé, et de faire de la santé un droit universel. Certaines de ces politiques visaient à octroyer une protection à des groupes spécifiques de population, comme le système qui fournit des services obstétricaux gratuits aux femmes enceintes en Haïti.

35. La politique de réseaux intégrés de services de santé (résolution CD49.R22 d'octobre 2009) a opérationnalisé l'approche de soins de santé renouvelés (PHC) au niveau des services de santé. L'OPS est parvenue à consolider l'appui de partenaires clés pour cette initiative, y compris le Ministère de la Santé brésilien, l'Agence allemande pour la coopération technique, le Health and Social Care Consortium, la coopérative des hôpitaux d'Antioquia, l'Agence des États-Unis pour le développement international, et l'Agence espagnole pour la coopération internationale.

36. La Région a réalisé des progrès sur la voie de modalités d'accès universel en mettant l'accent sur les groupes vulnérables. Plusieurs exemples sont présentés ci-après. En juillet 2007, la Bolivie a adopté la loi établissant l'assurance maladie universelle, qui offre une couverture complète à l'ensemble de la population jusqu'à l'âge de 21 ans. En

En mars 2009, le Pérou a voté la loi-cadre pour la couverture universelle, qui place tous les régimes d'assurance actuellement disponibles dans le pays dans le cadre d'un système unique de protection sociale dans la santé. En 2007, l'Uruguay a adopté une loi créant le système national de santé intégré et le Fonds national de la santé, et, au cours de la période biennale 2008-2009, a travaillé sur la rédaction d'un Plan de santé global. Au Chili, neuf pathologies ont été ajoutées au Plan pour l'accès universel avec des garanties explicites entre 2008 et 2009, élargissant ainsi le plan, qui est universel et obligatoire pour les assureurs, le nombre de pathologies définies passant de 65 à 80.

37. Le marché commun du Sud (MERCOSUR), l'Amérique Centrale, la Communauté andine, et la Communauté des Caraïbes ont une politique pharmaceutique en place ou sont en train d'en adopter une. En 2007, 22 pays avaient une politique pharmaceutique officielle en place. Entre 2008 et 2009, un pays, le Panama, a approuvé sa première politique pharmaceutique nationale, et deux pays, l'Équateur et le Paraguay, ont commencé à passer en revue leurs politiques pharmaceutiques. La Région a enregistré des progrès sur le plan de la promotion et de l'utilisation des médicaments génériques : 23 pays ont fait savoir qu'ils avaient des dispositions permettant d'assurer la prescription de médicaments en utilisant le nom générique, et 27 ont des dispositions visant à assurer le remplacement d'un produit par un médicament générique dans le secteur public.

38. Le Fonds régional renouvelable pour les approvisionnements stratégiques de la santé publique (Fonds stratégique de l'OPS), avec 22 États membres participants, a soutenu ses membres en assurant l'accès aux approvisionnements et médicaments stratégiques de santé publique. En favorisant l'accès aux antirétroviraux VIH/SIDA, le Fonds stratégique a obtenu une baisse des prix régionaux de 21 % pour le panier des médicaments essentiels, par rapport aux prix de référence publiés par la Fondation Clinton. L'OPS a mis en place un groupe de travail, comprenant des représentants des États membres, afin de progresser vers la mise en place d'une base de données régionale sur les prix des médicaments pour compléter celles qui existent déjà dans certains pays comme le Brésil et la Colombie, ainsi qu'en Amérique Centrale, dans la Sous-région andine, et le MERCOSUR.

39. Les États membres ont commencé à évaluer les fonctions essentielles pour la réglementation des produits pharmaceutiques. Des organismes de réglementation ont été évalués dans cinq pays. Un processus pour que soient reconnues les agences de réglementation de référence de l'OPS est en cours. Des liens sont établis entre le programme de coopération et le travail en cours dans le cadre du Réseau panaméricain pour l'harmonisation réglementaire des médicaments.

40. La résolution CD48.R7 sur l'amélioration de la disponibilité de sang et la sûreté des transfusions dans les Amériques a permis aux Ministères de la Santé de concentrer leurs actions sur l'organisation et la planification des systèmes nationaux du sang et sur la création de réseaux communautaires formés pour promouvoir les dons de sang. Les tests sérologiques externes pour détecter des infections transmises par le sang se sont poursuivis, avec l'appui de l'Agence espagnole pour la coopération internationale, le Centre de transfusion d'Andalousie, le Centre sanguin de São Paulo, et le mécanisme d'évaluation de la qualité externe du Royaume-Uni. En termes de disponibilité du sang, on a constaté une augmentation significative des taux de dons de sang pour 10 000 habitants. Aucun pays de la Région n'a désormais un taux inférieur à 10.

### *RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DANS LA SANTÉ ENTRE LES PAYS ET AU SEIN DES PAYS*

41. En 2009, 33,7 millions de personnes ont été immunisés au cours de la semaine de la vaccination dans les Amériques. Le dernier cas de transmission de rubéole s'est produit en février 2009. Tous les ans, 174 000 décès dus à des maladies immunitaires pouvant être prévenues sont évités chez les enfants de moins de 5 ans, et on estime que plusieurs milliers de cas et de décès supplémentaires peuvent être évités grâce à l'utilisation universelle de nouveaux vaccins (le rotavirus et le vaccin pneumococcique conjugué). Les États membres ont défini la vaccination comme un bien public et ont alloué des budgets qui assurent la durabilité financière du Fonds renouvelable pour la fourniture de vaccins. La couverture vaccinale avec le DPT 3+Hib3 chez les enfants âgés < 1 an est demeurée supérieure à 91 % dans la Région. Cependant, on estime que 44 % des municipalités en Amérique latine et dans les Caraïbes ont une couverture inférieure à 95 %, en utilisant la couverture DPT3 comme indicateur. Le défi pour la période biennale 2010-2011 consiste à cibler les interventions sur les municipalités ayant une mauvaise performance. Entre autres acquis, 35 pays emploient le vaccin saisonnier contre la grippe dans le secteur public. En 2009, le plan régional pour la vaccination contre la grippe A (H1N1) pandémique a été mis en œuvre. En avril 2010, 23 pays de la Région ont notifié avoir commencé la vaccination des groupes à risque, avec 170 millions de doses du vaccin H1N1 déployées pour couvrir les populations à risque identifiées par les Ministères de la Santé.

42. Le pourcentage des femmes enceintes qui ont subi un dépistage du VIH/SIDA a augmenté, passant de 19 % en 2004 à 46 % en 2008. De même, le traitement prophylactique des mères séropositives a été administré dans plus de la moitié des cas détectés, contre seulement un tiers en 2004. Deux facteurs qui ont contribué à ces réalisations sont la mise en place d'un système d'information régional basé sur la surveillance du VIH et des IST et une approche multisectorielle, inter-agences en matière de coopération technique et de mobilisation des ressources au niveau sous-régional et national.

43. La Stratégie régionale et le Plan d'action pour la prévention et le traitement du cancer du col de l'utérus (CD48/R10) ont été mis en œuvre. Les pays avec une prévalence élevée de cancer du col de l'utérus ont renforcé leurs programmes nationaux en mettant l'accent sur la prévention et les actions intégrées avec d'autres programmes de santé primaire, y compris les programmes de santé sexuelle et génésique et de santé adolescente. Quelque 27 500 décès dus au cancer du col de l'utérus se produisent tous les ans, ce qui représente une perte économique de l'ordre de 3,3 million USD.

44. L'adoption de la résolution CD49.R9 a réaffirmé l'engagement des États membres d'éliminer ou de réduire les maladies négligées et d'autres infections liées à la pauvreté d'ici à 2015. Dans un effort commun avec la Banque interaméricaine de développement (BID) et le Réseau mondial pour les maladies tropicales négligées, un fonds fiduciaire a été créé en tant que modèle novateur combinant des ressources publiques, privées, et philanthropiques pour soutenir des efforts rentables dans ce domaine. L'éradication de l'onchocercose, de la rage humaine transmise par les chiens, et du paludisme est possible dans certaines régions. L'élimination du tétanos néonatal, de la maladie de Chagas, de la syphilis congénitale, de la filariose lymphatique, du trachome, et de la lèpre est également réalisable. Dans le cas de la maladie de Chagas, l'interruption de la transmission par l'élimination du vecteur a été réalisée dans neuf pays, et le dépistage des banques de sang est mené dans 18 États membres. Les maladies exigeant une plus grande attention incluent la schistosomiase. Approximativement 25 millions de personnes dans la Région sont menacées. La lutte contre d'autres helminthiases exige le déparasitage obligatoire d'environ 26 millions d'enfants d'âge scolaire à risque en Amérique latine et dans les Caraïbes chaque année.

45. Actuellement, 19 États membres de l'OPS et Puerto Rico produisent des indicateurs de santé infranationaux pour opérer un suivi des inégalités dans la santé.

### ***RÉDUIRE LE RISQUE ET LE FARDEAU DE LA MALADIE***

46. Dix-neuf pays ont adopté la stratégie intégrée pour la prévention et la lutte contre la dengue et ont mis en œuvre des plans de réponse et de lutte contre cette maladie. Dix (10) pays ont mené une évaluation externe des stratégies mises en œuvre, avec l'appui de l'OPS/OMS. La participation de la communauté et l'éducation sanitaire ont joué un rôle clé dans la lutte contre ces épidémies. Des mesures de communication destinées à changer les comportements au sein de la population ont été mises en application avec des résultats positifs. Le réseau de laboratoires contre la dengue des Amériques a été créé. Du personnel des pays a reçu une formation en épidémiologie, soins cliniques, entomologie, travail de laboratoire, et communication de masse.

47. Le fardeau de la maladie pour le paludisme a diminué de 53 % dans les Amériques depuis 2000. Cette réduction a été constatée dans 18 des 21 pays de la Région où le paludisme est endémique. Plus de 200 millions de personnes risquent encore de

contracter la maladie, et la réalisation des cibles se trouve menacée par les catastrophes naturelles et des questions liées aux déterminants sociaux de la santé.

48. Pour la prévention et le contrôle de la fièvre jaune, les pays enzootiques, y compris tous ceux d'Amérique du Sud (excepté le Chili) et Trinité-et-Tobago, utilisent maintenant de façon routinière les mécanismes recommandés pour la surveillance épidémiologique chez l'homme et les primates et pour la surveillance des événements post-vaccination. Ces mêmes pays ont mis en œuvre des plans pour la vaccination universelle des adultes et ont introduit le vaccin contre la fièvre jaune dans les programmes de vaccination infantile de routine, au moins dans les régions où la maladie est enzootique. En dépit de progrès significatifs, le risque de la ré-urbanisation de la fièvre jaune subsiste, compte tenu de la présence répandue d'*Aedes aegypti*, souvent avec des taux d'infestation élevés dans les centres urbains à forte densité de population.

49. Vingt-six pays sur 34 ont atteint le but consistant à détecter 70 % des cas de tuberculose (TB) et d'en traiter 85 %. Les activités mises en œuvre font partie de la « Stratégie STOP TB » et du plan régional pour la lutte contre la tuberculose, qui visent les populations extrêmement vulnérables.

50. Depuis que la stratégie régionale et le plan d'action pour une approche intégrée pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques, y compris le régime alimentaire, l'activité physique, et la santé sont entrés en vigueur en 2006, tous les États membres ont réalisé des progrès pour ce qui est de créer ou de renforcer leurs programmes nationaux pour combattre les maladies chroniques en exécutant leurs plans. Par exemple, 24 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont mis en place un point focal national au sein de leurs ministères de la santé respectifs, ont formé du personnel, et ont créé des associations intersectorielles. Dix pays mettent en œuvre des politiques nationales multisectorielles visant à promouvoir un régime alimentaire sain et l'activité physique, 19 pays ont appliqué des stratégies de soins de santé primaires intégrées pour améliorer la qualité de la prise en charge pour les personnes vivant avec des maladies chroniques. Dix pays mettent en œuvre des interventions multisectorielles visant à favoriser la réduction des facteurs de risque des maladies chroniques.

51. La Région des Amériques est la seule qui ait un programme spécifique pour le suivi et la limitation de la résistance antimicrobienne, ce qui reflète la préoccupation de ses États membres qui souhaitent évaluer et préserver l'efficacité des médicaments antimicrobiens pour le traitement clinique et la lutte contre les maladies infectieuses. Pendant la période biennale 2008-2009, le réseau latino-américain pour la surveillance de la résistance aux médicaments antimicrobiens a consolidé ses opérations. Le réseau se compose de 19 pays, qui fournissent des données annuelles sur la résistance des micro-organismes isolés. Un programme de contrôle de la qualité externe, coordonné par l'Institut national des maladies infectieuses et l'Administration des laboratoires et Instituts de santé nationaux « Dr. Carlos G Malbrán » d'Argentine, opère un suivi de la

qualité des résultats en laboratoire au moyen d'enquêtes périodiques. Les rapports annuels sur le Réseau ont fourni des données tangibles sur l'amélioration dans la prévalence de la résistance parmi les pathogènes acquis en communauté et nosocomiaux.

### ***RENFORCER LA GESTION ET LE DÉVELOPPEMENT DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ***

52. Des plans des ressources humaines qui aident à renforcer les systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires sont élaborés dans la Région. Des changements importants ont été apportés sur le plan de la formation et de l'éducation du personnel de santé, selon une approche intersectorielle santé-éducation. La migration du personnel de santé a été ajoutée à l'ordre du jour d'un grand nombre de pays par l'entremise de la discussion du Code de pratiques de l'OMS sur le recrutement international du personnel de santé.

53. Une réalisation dans le domaine du développement des travailleurs de la santé a été l'initiative du campus virtuel de la santé publique (VCPH), qui a progressivement intégré les concepts de la formation permanente et des réseaux d'apprentissage. Le VCPH est maintenant la principale ligne d'action de l'Organisation pour encourager et soutenir les pays de la région dans l'élaboration de politiques et de plans d'apprentissage, la conception de systèmes de formation permanente et de réseaux d'apprentissages, et la production et l'échange de ressources éducatives ouvertes. Le Campus facilite la création de plateformes pour la coopération entre les autorités sanitaires et les établissements universitaires pour mettre en application le plan d'apprentissage. Le VCPH orchestre l'utilisation intensive des technologies de l'information et de la communication et le concept de l'enseignement à distance.

### ***TIRER PARTI DE LA CONNAISSANCE, DE LA SCIENCE, ET DE LA TECHNOLOGIE***

54. En octobre 2009, après une large consultation avec les pays, le Conseil directeur a approuvé la Politique sur la recherche pour la santé (CD49/10). Des équipes d'EVIPNet (réseau de politiques reposant sur des bases factuelles) ont été mises en place dans quatre pays et ont été formées à la gestion des projets de recherche, la préparation de dossiers de politiques, et le dialogue.

55. En 2008, l'OMS a adopté la Stratégie mondiale et le plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (GSPA) dans la résolution WHA61.21. L'OPS a approuvé la *Stratégie mondiale sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle : une perspective régionale* (CD48.R15). En novembre de la même année, l'OPS a organisé le 1<sup>e</sup> Séminaire international sur l'accès aux médicaments onéreux et aux sources limitées qui a débouché sur une publication de référence pour la Région. L'Argentine, le Brésil, l'Uruguay et les pays d'Amérique centrale ont élaboré ou

élaborent actuellement des stratégies pour traiter de cette question prioritaire. En mars 2009, le premier Séminaire panaméricain sur les réglementations économiques des produits pharmaceutiques et des médicaments a été organisé avec la participation de 13 États membres de l'OPS et a débouché sur la création d'ECONMED, une plateforme pour l'échange de connaissances. À ce jour, environ 200 responsables de la santé publique de 30 pays de la Région participent à ECONMED. Plus de 70 représentants des Ministères de la Santé ont été formés sur les questions de santé publique et de gestion des droits de propriété intellectuelle et du commerce. Des cours de formation et des exercices de renforcement des capacités, en collaboration avec d'autres agences de l'ONU et des parties prenantes, ont été organisés dans les Caraïbes, en Amérique Centrale et dans le Cône Sud.

56. Dans le domaine des maladies tropicales négligées, des lacunes et des outils pour le diagnostic et le suivi de la maladie de Chagas sont en cours d'identification. Une étude pilote sur les capacités d'innovation dans la santé, qui est en cours dans trois pays latino-américains, permettra la construction d'un cadre pour des capacités d'innovation pouvant être étendues au reste de la Région.

57. Aux termes de la résolution WHA60.29 sur l'évaluation de la technologie de la santé, des efforts dans les pays des Caraïbes sont déployés en vue de renforcer la gestion technologique et l'ingénierie clinique. En association avec le Collège américain de l'ingénierie clinique, une équipe de 18 ingénieurs cliniques des nations des Caraïbes sont devenus membres d'« INFRACARIB », un réseau d'échange d'informations se concentrant sur l'infrastructure physique et la technologie des services de santé. Le Collège de la Communauté de la Barbade (BCC), avec l'appui de l'Université du Vermont, a organisé deux modules d'enseignement à distance sur la gestion des équipements et de la technologie médicaux, y compris la formation des formateurs. En 2010, le transfert de l'infrastructure du cours d'enseignement à distance du BCC sera mené à bien et complété par un cours sur place qui se tiendra au BCC.

58. Un plan d'action pour améliorer l'imagerie de diagnostic et les services de thérapie par rayons dans les Caraïbes a été également élaboré. Suite aux recommandations de la Réunion du secteur de la santé d'Amérique Centrale et de la République dominicaine (RESSCAD), le plan sous-régional pour la prévention du cancer et la lutte contre la maladie, qui a une composante de thérapie radiologique et de thérapie par rayons oncologique, a été mis en œuvre. Vingt-deux pays d'Amérique latine et des Caraïbes participent à un service de dosimétrie postal pour le calibrage des unités de thérapie par rayons, avec la production de plus de 150 unités par an. Dans le domaine normatif, le PASB a participé à l'élaboration de nouvelles normes de sécurité de base internationales pour la protection contre les rayons ionisants et la sécurité des sources de rayons. Un plan est actuellement élaboré pour mettre à jour l'état de préparation et la réponse d'urgence nucléaires et radiologiques.



## ***RENFORCER LA SÉCURITÉ DE LA SANTÉ***

59. Au début de 2009, tous les pays et territoires de la Région avaient élaboré leur plan d'action pour une pandémie potentielle de grippe aviaire (H5N1), avec la coopération technique du PASB. Quand la pandémie 2009 H1N1 a frappé en avril 2009, le mécanisme régional de réponse a été immédiatement activé en coordination avec l'OMS. Dix-huit pays de la Région ont reçu l'appui technique direct de 80 experts régionaux et mondiaux déployés par le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). L'équipement, les matériaux de laboratoire, et d'autres fournitures pour l'action en cas d'épidémie nécessaires pour gérer la situation d'urgence ont été donnés aux pays touchés. Les activités de préparation face à la pandémie doivent continuer à faire partie des systèmes d'alerte et d'action de routine face aux épidémies dans tous les pays.

60. La pandémie a testé l'application du Règlement sanitaire international (RSI) dans les pays de la Région. Les pays se sont servis de leurs capacités de base de surveillance, d'alerte et de réponse sur le plan épidémiologique. Trente quatre des 35 pays ont mené à bien leur évaluation de ces capacités. En décembre 2009, 28 pays avaient élaboré des plans d'action RSI, et chaque pays avait un plan national de préparation face à la pandémie de grippe (NIPPP). Vingt-huit centres nationaux contre la grippe (CNI) ont été désignés pour la surveillance virologique dans la Région. Les points focaux nationaux du RSI (PFN) ont joué un rôle clé au niveau de la surveillance, à la fois à l'intérieur des pays et avec d'autres pays, et l'OMS. D'autres mesures intégrées de réponse ont également été testées, comme les soins médicaux, le diagnostic virologique, la lutte contre les infections, la recherche épidémiologique, le déploiement des équipes de réponse rapide, la communication sur les risques, et l'application des plans d'urgence de point d'entrée.

61. En 2008, le rapport *Changement climatique et santé humaine - risques et réponses* a été publié par l'OMS en réponse à l'impact du changement climatique sur la sécurité sanitaire. Dans le contexte de la journée mondiale de la santé 2008, le plan-cadre régional pour protéger la santé humaine contre le changement climatique a été mis en œuvre. Un plan a été rédigé avec le MERCOSUR. L'Observatoire brésilien sur le climat et la santé a été mis en œuvre. Le projet de lutte contre le paludisme sans DDT (DDT PNUE FEM/OPS) applique les stratégies de soins de santé primaires et de soins environnementaux primaires. Ce projet est mené dans huit pays de la région. L'OPS s'est jointe à l'institut de la santé environnementale des Caraïbes et aux pays des Caraïbes de l'Est dans un projet mené en collaboration sur le développement durable et la santé environnementale pour la période 2008-2012.

***b. Principaux défis pendant la période biennale 2008-2009***

*Impact de la crise économique sur le secteur de santé*

62. La crise financière mondiale 2007-2009 a débouché sur une réduction de l'activité économique en Amérique latine et dans les Caraïbes ; en 2008, elle a occasionné une réaccélération de la croissance économique et, en 2009, une réduction d'environ 2,5 % de l'économie régionale. En 2009, le revenu par habitant dans la région a baissé de 10 % par rapport aux niveaux de 2008, ce qui a constitué la première baisse de revenus après la longue période de croissance économique qui avait commencé vers la fin des années 90. La reprise est prévue pour 2010, avec une croissance économique de l'ordre de 3 % (selon le FMI). Ce niveau de croissance n'est toujours pas suffisant pour permettre de ramener le revenu par habitant dans la Région aux niveaux atteints vers la fin de 2008.

63. L'impact de la crise varie sensiblement d'un pays à l'autre. Il dépend en grande partie du degré de diversification de chaque économie, de l'importance relative des exportations de matière première, du tourisme et des envois de fonds des travailleurs à l'étranger, des flux d'investissement étranger, et du niveau de la dette publique. Tandis que dans certains pays l'impact de la crise était limité à un ralentissement de la croissance économique, dans d'autres il a entraîné une grave contraction de l'économie. Plusieurs des pays les plus touchés par la crise financière mondiale auront besoin d'au moins cinq ans (jusqu'en 2013) pour que le revenu par habitant revienne aux niveaux de 2008.

64. Selon la CEPALC, la crise économique a eu pour effet d'accroître le nombre de pauvres en Amérique latine, qui est passé de 180 millions en 2008 à 189 millions en 2009, soit 34,1 % de la population totale. Entre 2008 et 2009, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté extrême a augmenté de 71 à 76 million, soit 13,7 % de la population (CEPALC)<sup>1</sup>. La majorité des pauvres résident dans des zones urbaines, mais la pauvreté extrême est plus élevée dans les zones rurales et touche la population autochtone dans une plus grande mesure.

65. Jusqu'en 2007, des progrès encourageant sur le plan du premier OMD ont été accomplis au niveau régional. Les conséquences de la crise économique menaceront ces progrès, et plus encore ceux qui restent à accomplir. La crise économique a eu un impact sur l'amélioration des indicateurs des OMD. La crise en elle-même ne changera pas les

---

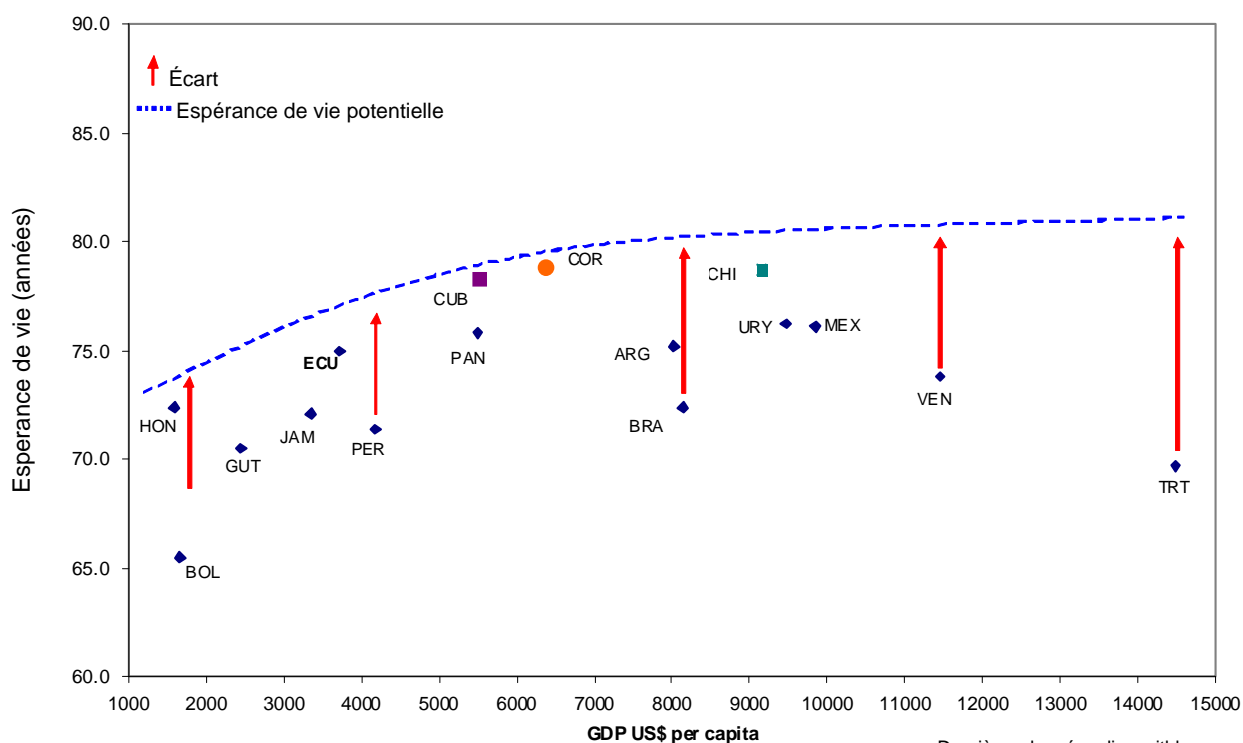
<sup>1</sup> La CEPALC définit ceux qui vivent en situation de pauvreté extrême comme étant les personnes dont le revenu est inférieur au niveau nécessaire pour répondre aux besoins caloriques quotidiens minimum d'un individu. Les pauvres sont ceux dont le revenu est 1,75 fois inférieur au seuil de pauvreté extrême dans les zones rurales et 2 fois inférieur dans les zones urbaines. Pour de plus amples informations sur la pauvreté, y compris les seuils de pauvreté ajustés en fonction des concepts de la santé, voir le recueil sur les meilleures pratiques dans la mesure de la pauvreté ; Rapport du Groupe de Rio ; CEPALC-IBGE : 2007 ; [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/26593/rio\\_group\\_compendium.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/26593/rio_group_compendium.pdf) or <http://unstats.un.org/unsd/methods/citygroup/rio.htm>.

objectifs déjà atteints par les pays développés mais constituera certainement un obstacle énorme sur la voie de la réalisation de ces objectifs dans les nations plus pauvres.

66. Une analyse du rapport entre le revenu par habitant et l'espérance de vie à la naissance montre que les acquis de la santé, tels que mesurés par l'espérance de vie, ne correspondent pas au niveau de développement économique des pays, tel que mesuré par le PIB par habitant. Ceci indiquerait que la majorité des pays de la Région serait au-dessous de leur potentiel de développement humain. Les écarts entre l'espérance de vie observée et potentielle basée sur le PIB par habitant (voir la figure 1) s'expliquent par des différences dans la distribution des revenus, le manque d'harmonisation et d'intégration des politiques sociales ; et des insuffisances dans l'organisation des systèmes nationaux de santé.

67. La crise économique récente a eu un impact sur les déterminants sociaux de la santé et pourrait retarder encore la réduction des écarts entre le potentiel de développement social et les progrès économiques des pays (figure 1).

**Figure 1. Amérique latine : Écarts d'espérance de vies**



Source : Banque mondiale, tableaux de vie de l'OMS, ECLAC, indicateurs sociaux, l'OPS, indicateurs sanitaires de base en 2009.

Dernières données disponible, aux alentours de 2009

68. Des partenariats avec d'autres secteurs sociaux et économiques doivent être mis en œuvre pour réaliser l'intégration et l'harmonisation des politiques sociales, et les réformes budgétaires nécessaires pour opérer des changements dans les systèmes nationaux de santé qui permettront une couverture universelle de la population.

*Pandémie de grippe A (H1N1)*

69. La pandémie de grippe A (H1N1) a testé la capacité de réponse des États membres et du système des Nations Unies, ainsi que du système interaméricain de la santé.

70. Au début, les cliniciens ont identifié une forme très sérieuse de pneumonie virale primaire, caractérisée par une progression rapide et une issue souvent fatale, qui ne correspondait pas à la morbidité habituellement observée pour la grippe saisonnière. Bien que les cas aient été relativement peu fréquents, ils ont constitué un fardeau lourd pour les services de réanimation.

71. Le virus H1N1 s'est propagé rapidement. Le 29 avril 2009, l'OMS a rapporté des cas confirmés en laboratoire dans neuf pays. Environ six semaines plus tard, le 11 juin, des cas avaient été rapportés dans 74 pays et territoires dans plus de deux régions de l'OMS. Cette propagation mondiale a mené l'OMS à élever le niveau de menace de pandémie et, finalement, à annoncer qu'il s'agissait d'une véritable pandémie. Au 1<sup>er</sup> juillet, des infections avaient été confirmées dans 120 pays et territoires. À ce jour, 17 919 décès ont été notifiés dans le monde entier, dont 8 316 qui sont survenus dans la Région des Amériques. L'agent étiologique était un virus nouveau dont les caractéristiques génétiques et antigéniques étaient différentes de celles d'autres virus de la grippe circulant dans la population. L'information épidémiologique fournie par le Canada, le Mexique, et les États-Unis a montré qu'il s'agissait d'une transmission de personne à personne. Les informations cliniques, en particulier du Mexique, ont montré que le virus était également capable de causer une forme grave de la maladie aboutissant souvent au décès.

72. Le 23 avril 2009, l'OPS a activé ses mécanismes d'alerte et de réponse, comme le déploiement des équipes d'action rapide et l'activation du Centre d'opérations d'urgence (EOC) au siège de l'OPS. Sous la coordination du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS, l'OPS a envoyé une délégation intersectorielle composée d'experts en matière de surveillance épidémiologique, de diagnostic de laboratoire, de gestion clinique, de lutte contre les infections, de réponse d'urgence, et de communication sur les risques, dans la plupart des pays. L'OPS a également coordonné les dons et les achats réalisés pour les pays. Ces achats comprenaient des matériaux et des réactifs de laboratoire, 50 000 équipements de protection personnelle, et plus de 589 000 traitements d'oseltamivir.

73. Dans certains pays, les services d'urgence se sont trouvés dépassés par l'épidémie et, dans certains cas, la capacité des établissements de santé à fournir des soins a été dépassée. La demande en lits d'hôpital, en particulier pour des adultes, a également augmenté de manière significative, ce qui s'est traduit par une pénurie de lits en soins intensifs et dans les services hospitaliers généraux. L'existence des plans spécifiques a contribué à la mise en œuvre de mesures de triage, réduisant ainsi le fardeau des soins aux patients. Ces mesures étaient plus efficaces quand elles avaient été programmées et soumises à des tests et à des simulations avant la pandémie.

74. En collaboration avec l'Association panaméricaine pour les maladies infectieuses, des recommandations ont été formulées pour la gestion clinique des cas graves. L'OPS a soutenu les pays latino-américains et des Caraïbes pour l'introduction du vaccin contre la grippe pandémique. L'OPS a également assuré une fonction clé en diffusant les données disponibles au cours des premières semaines de la pandémie en produisant et en traduisant des recommandations, en préparant un rapport hebdomadaire sur la surveillance de la progression de la pandémie, et en tenant des réunions virtuelles quotidiennes avec les ministères de la santé et des partenaires en vue de disséminer les informations et les données les plus récentes. En parallèle, des initiatives conçues pour atténuer les effets de la pandémie en cours ont été poursuivies. Des stratégies intégrées pour le renforcement des capacités de réponse nationales, le développement d'outils de planification, et la mise en œuvre de simulations avec la participation active des gouvernements nationaux et infranationaux, permettant aux gouvernements d'adapter ces initiatives à leurs besoins, continueront à être encouragées par l'entremise de la coopération technique.

75. En mai 2009, un programme d'apprentissage en langue espagnole sur la grippe A (H1N1) a été organisé par le Campus virtuel de la santé publique, 399 participants en ligne s'étaient enregistrés, parmi lesquels 173 ont reçu un certificat de fin de cours. En août 2009, la version anglaise du cours a été publiée ; 1 788 participants se sont inscrits à ce jour.

### *Catastrophes et urgences*

76. En 2008, environ 48 événements naturels ont été notifiés comme catastrophes. Celles-ci ont touché des millions de personnes et causé plus de 800 décès. Seize événements appelés des tempêtes se sont formés dans l'océan Atlantique en 2008 ; huit sont devenus des cyclones, dont cinq sont devenus de graves cyclones. Parmi ces derniers, c'est Hanna qui a causé le plus de dommages en termes de vies humaines et de biens en Haïti, aggravant la pauvreté et les mauvaises conditions de santé dans ce pays, et laissant quelque 200 000 personnes à Gonaïves sans salle d'urgence d'hôpital où aller chercher des soins médicaux. Cuba a été frappé quatre fois par des cyclones en peu de temps et ses régions agricoles, ses bâtiments et l'infrastructure du pays ont subi des dommages massifs. Le gouvernement a évacué plus de 2 millions de personnes avec peu

de pertes de vies humaines. Les éruptions volcaniques en Équateur et en Colombie ont provoqué l'évacuation de milliers de personnes. La vaste inondation en Bolivie a touché environ 55 000 familles. Les fortes précipitations et les inondations ont touché presque 1,8 million de personnes et six hôpitaux dans les provinces côtières d'Équateur.

77. L'arrivée précoce des tempêtes tropicales Alma et Arthur a occasionné de fortes précipitations dans la majeure partie de l'Amérique Centrale. Dans les zones à faible altitude et les régions côtières de Belize, 10 pouces de pluie en 36 heures ont touché plus de 10 000 personnes. Les routes inaccessibles ont entravé la fourniture des approvisionnements alimentaires essentiels et des soins médicaux. Au Guatemala, trois jours de pluie intense ont causé une grave inondation et des éboulements qui ont isolé Zacapa pendant plusieurs jours, compliquant considérablement les opérations de secours. La tempête tropicale Gustav a causé de graves inondations en Jamaïque qui ont entraîné la perte de biens, de récoltes et de moyens d'existence dans 160 communautés. La République dominicaine a également subi des dommages agricoles ainsi que des pertes d'infrastructure. Le seul hôpital de l'île de Grand Turk des Îles Turques-et-Caïques a été considérablement endommagé. L'île a subi de fortes inondations.

78. Bien que la saison 2009 des cyclones ait été relativement tranquille et ait offert à la majeure partie de la Région une pause dont elle avait terriblement besoin, le cyclone Ida s'est abattu sur l'Amérique Centrale causant de fortes pluies qui ont entraîné des inondations et des éboulements. Les pays les plus touchés comprenaient El Salvador, le Nicaragua et le Mexique. Un tremblement de terre de magnitude 6,2 a frappé le Costa Rica au début janvier, touchant plus de 125 000 personnes. Les fleuves de Telembi et de Mira en Colombie sont sortis de leur lit et ont causé de vastes inondations dans les municipalités côtières du département de Nariño. Au Guatemala, une augmentation spectaculaire du nombre d'admissions à l'hôpital d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë grave s'est produite, ce qui s'est traduit par environ 25 décès notifiés. Plus de 410 000 familles ont été jugées à haut ou très haut risque d'insécurité alimentaire et nutritionnelle à la suite du phénomène EL Niño. L'écosystème sec d'EL Chaco dans le sud-est de la Bolivie et le plateau andin ont également été touchés par EL Niño.

79. La pandémie (H1N1) 2009 a constitué un événement unique de santé publique dans la mesure où elle a touché tous les pays des Amériques presque simultanément, exigeant une réponse sans précédent.

80. Face à ces urgences, l'OPS/OMS a fourni un appui technique et logistique aux Ministères de la Santé des pays touchés pour évaluer les dommages et les risques sanitaires. Plusieurs spécialistes sur le terrain ont été déployés pour soutenir les opérations de secours de pair avec les Ministères de la Santé et d'autres entités nationales. Des équipements et des fournitures ont également été achetés pour soutenir les activités de contrôle du vecteur pour empêcher d'éventuelles flambées de la maladie.

La pandémie (H1N1) 2009 a exigé la mobilisation et le déploiement rapides de ressources humaines et organisationnelles de l'OPS dans des conditions extrêmement difficiles. Les bureaux régionaux et dans les pays de l'OPS, et les centres ont fourni un soutien essentiel pendant la situation d'urgence. Le siège de l'OPS a réuni son équipe spéciale pour les situations d'urgence et a organisé des briefings spéciaux pour l'OEA et d'autres agences qui appuient les secours humanitaires.

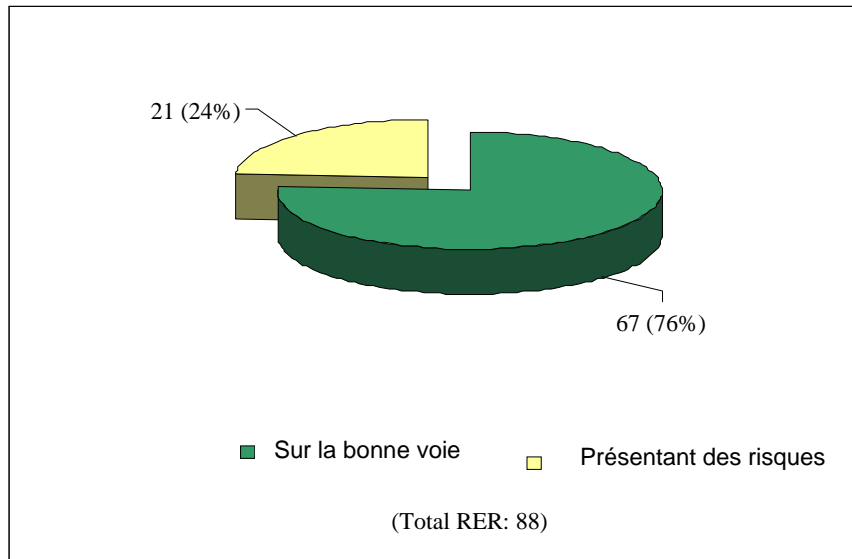
### **(B) Évaluation programmatique**

81. *Progrès sur la voie de la réalisation des OS* - À la fin de la première période d'exécution du plan stratégique (période biennale 2008-2009), 12 (75 %) des 16 OS étaient « sur la bonne voie » et 4 (25 %) étaient dans la catégorie « présentant des risques », selon l'évaluation des facilitateurs OS. Il n'y avait aucun OS évalué « en danger » (rouge). Les OS évalués « sur la bonne voie » et « présentant des risques » sont énumérés ci-dessous.

<b>Objectifs stratégiques « sur la bonne voie » :</b>	<b>Objectifs stratégiques « présentant des risques » :</b>
OS1 – Maladies contagieuses	OS 2 – VIH/SIDA, TB et paludisme
OS 4 – Santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées	OS 3 – Maladies chroniques non transmissibles (MCNT)
OS 5 – Urgences et catastrophes	OS 9 – Nutrition, salubrité des aliments et sécurité alimentaire
OS 6 – Promotion de la santé et facteurs de risque	OS 11 – Leadership et gouvernance des systèmes de santé
OS 7 – Déterminants sociaux et économiques de la santé	
OS 8 – Environnement plus sain	
OS 10 – Services de santé	
OS 12 – Technologies et produits médicaux	
OS 13 – Ressources humaines pour la santé	
OS 14 – Protection sociale et financement	
OS 15 – Leadership OMS/OPS et gouvernance	
OS 16 – Organisation souple et d'apprentissage	

82. *Progrès sur la voie de la réalisation des RER* – Sur 88 RER, 67 (76 %) étaient « sur la bonne voie » (vert) et 21 (24 %) étaient dans la catégorie « présentant des risques » (jaune) ; aucun n'avait été évalué « en danger » (figure 2).

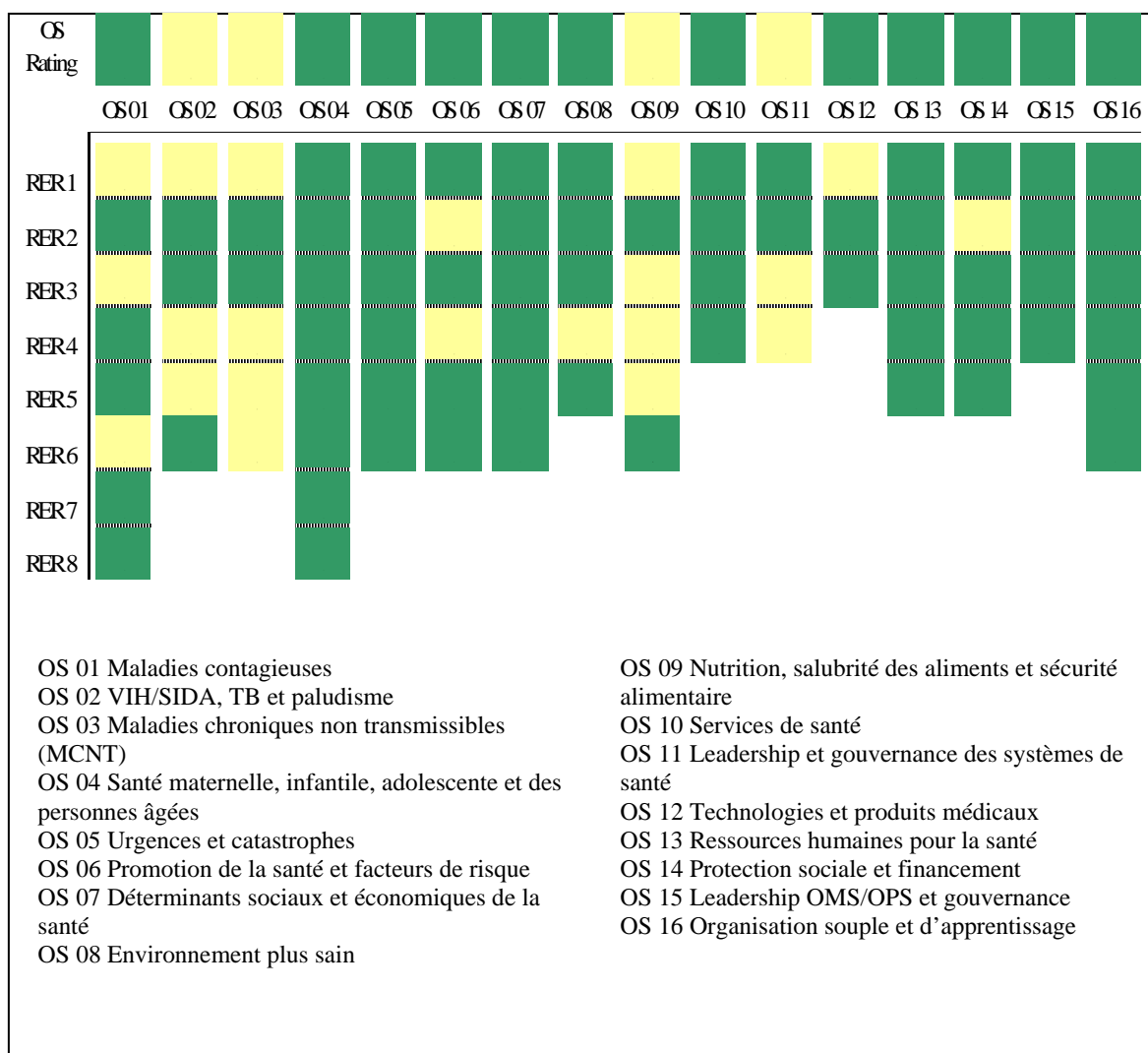
**Figure 2. Progrès sur la voie de la réalisation des RER,  
fin de période biennale 2008-2009**



83. La figure 3 montre les notations des OS et de leurs RER respectifs. Les RER « présentant des risques » sont concentrés dans les OS1, OS2, OS3, OS9 et OS11.



**Figure 3. Progrès sur la voie de la réalisation des OS et des RER,  
fin de période biennale 2008-2009**



84. Comme cela est présenté au tableau 1, la plupart des RER « présentant des risques » sont liés à des politiques de haut niveau et à des macro-interventions destinées à intensifier et à préserver les acquis, exigeant un engagement politique continu des États membres et un plaidoyer de la part du Secrétariat afin d'accroître leur priorité dans le programme national. Certains de ces RER comprennent également de nouveaux engagements qui exigent des efforts et des ressources additionnels dans le secteur de la santé et au delà. Ces considérations devraient être prises en compte pour la planification des périodes biennales futures.

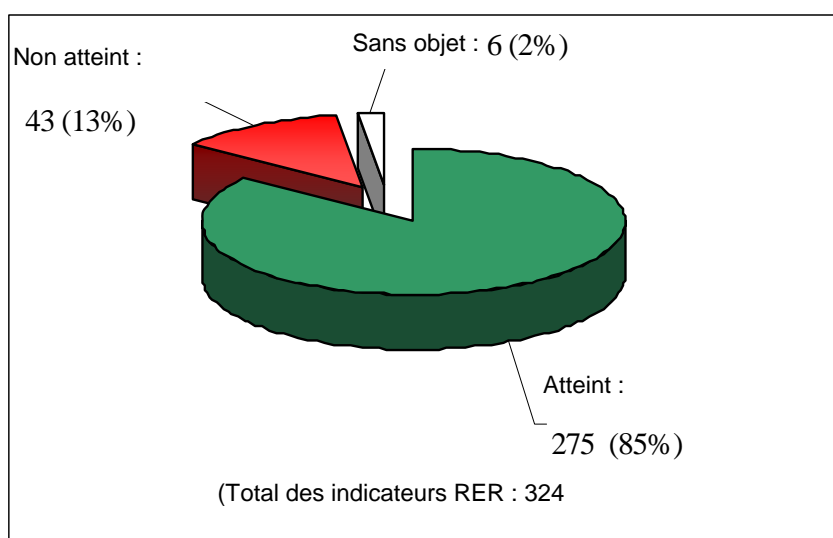
**Tableau 1. RER « présentant des risques »**

<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>RER N°</b>	<b>Résultats escomptés pour l'ensemble de la Région « présentant des risques »<sup>2</sup></b>
OS1 - Maladies contagieuses	1.1	Accès équitable à des vaccins de qualité assurée et services de vaccination renforcés.
	1.3	Prévention, contrôle et élimination des maladies transmissibles négligées.
	1.6	Règlement sanitaire international et alerte et réponse face à l'épidémie
OS 2 – VIH/SIDA, TB e paludisme	2.1	Prévention, traitement et prise en charge du VIH/SIDA, de la TB et du paludisme
	2.4	Systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation pour le VIH/SIDA, la TB et le paludisme.
	2.5	Engagement politique durable, mobilisation des ressources et partenariats pour le VIH/SIDA, la TB et le paludisme.
OS 3 - Maladies chroniques non transmissibles (MCNT)	3.1	Engagement politique, financier et technique accru pour les pathologies MCNT.
	3.4	Preuves améliorées sur la rentabilité des interventions pour les pathologies MCNT.
	3.5	Programmes multisectoriels pour l'ensemble de la population pour la santé mentale, la sécurité routière et la prévention des pathologies MCNT.
	3.6	Prévention et gestion intégrées des pathologies MCNT.
OS 6 - Promotion de la santé et facteurs de risque	6.2	Surveillance renforcée des facteurs de risque.
	6.4	Politiques et plans pour la prévention de l'alcoolisme, de la toxicomanie et de tout autre abus de drogue.
OS 8 - Environnement plus sain	8.4	Orientations, outils et initiatives créés pour soutenir le secteur de la santé afin d'influencer les politiques dans les secteurs prioritaires.
OS 9 - Nutrition, salubrité des aliments et sécurité alimentaire	9.1	Partenariats, alliances et actions intersectorielles pour accroître l'investissement dans la nutrition et salubrité des aliments et la sécurité alimentaire.
	9.3	Surveillance, suivi et évaluation de la sécurité alimentaire, de la nutrition et des options de politiques.
	9.4	Élaboration, renforcement et exécution de plans et de programmes pour améliorer la nutrition tout au long de la vie.
	9.5	Surveillance, prévention et contrôle renforcés des maladies zoonotiques et non-zoonotiques transmises par les aliments.
OS 11 - Leadership et gouvernance des systèmes de santé	11.3	Accès et utilisation accrus des informations sanitaires, des connaissances et des preuves scientifiques pour la prise de décision.
	11.4	Génération et transfert de connaissances et recherche de santé publique.
OS 12 - Technologies et produits médicaux	12.1	Élaboration et suivi des politiques nationales sur l'accès, la qualité et l'utilisation rationnelle des fournitures essentielles de santé publique.
OS 14 - Protection sociale et financement	14.2	Évaluation de la capacité des ménages à couvrir les dépenses de santé au moyen du système de protection sociale.

<sup>2</sup> La version courte des titres des RER est utilisée pour faciliter les références. La description intégrale des RER figure dans les rapports OS à la section E.

85. **Statut des indicateurs RER** - L'évaluation des cibles d'indicateurs RER montre qu'un total de 324 indicateurs RER, 275 cibles (85 %) ont été atteints, 43 (13 %) n'ont pas été atteints et 6 (2 %) n'ont pas été évalués (s/o), parce qu'ils étaient soit sans objet, soit supprimés, soit considérablement modifiés en début de période biennale (figure 4). Il convient de noter que des progrès considérables ont été accomplis sur bon nombre des indicateurs non atteints. Cependant, la méthodologie considère seulement ceux qui ont complètement atteint leur cible ; il n'y a pas de réalisation partielle. Néanmoins, des commentaires sur les progrès réalisés sur ces cibles d'indicateurs sont inclus dans le rapport de situation de chaque OS.

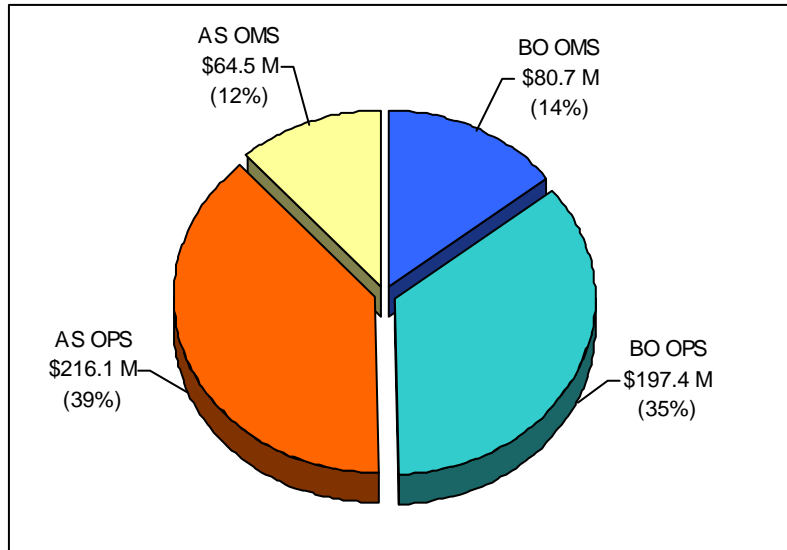
**Figure 4. Réalisation des cibles d'indicateurs RER, fin de période biennale, 2008-2009**



### (C) Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

86. **Présentation d'ensemble du budget** - Le budget-programme approuvé était de 626 millions USD, dont 559 millions USD (89 %) étaient disponibles pour la période biennale. Comme indiqué à la figure 5, la répartition des fonds disponibles était de 49 % provenant du BO (35 % l'OPS et 14 % de l'OMS) et de 51 % des AS (39 % de l'OPS et 12 % de l'OMS).

**Figure 5. Fonds disponibles pour la période biennale, 2008-2009, en fonction de la source**



87. Le tableau 2 présente la distribution des fonds disponibles en fonction du niveau organisationnel. On a noté que la répartition des fonds disponibles en fonction du niveau organisationnel (en % du total des fonds disponibles pour la période biennale) était conforme à la politique du budget-programme régional (PBPR)<sup>3</sup>. Certes, la politique s'applique au BO, mais elle a également guidé l'attribution des fonds d'AS. L'analyse des fonds disponibles par source et AS est couverte dans la section sur la mobilisation des ressources.

<sup>3</sup> La PBPR a stipulé la répartition des fonds BO : pays 37 %, sous-régional 5 % et régional 57 % pour la période biennale 2008-2009.

**Tableau 2. Présentation générale du budget par niveau organisationnel, période biennale 2008-2009**

Niveau organisationnel	Budget-programme 2008-2009 approuvé (milliers USD)	Fonds disponibles pour la période biennale (milliers USD)	Fonds disponibles pour la période biennale (en % du PB 08-09)	Répartition des fonds disponibles (en % du total des fonds disponibles)
Pays	247 537	223 933	90	40
Sous-régional	44 594	29 852	67	5
Régional	333 936	304 955	91	55
Total	626 067	558 740	89	100

88. *Exécution budgétaire globale*- L'exécution budgétaire globale s'est montée à 525 millions USD (94 % des 559 millions USD disponibles pour la période biennale) (tableau 3). Il s'agit d'une augmentation significative par rapport au taux moyen d'exécution des deux dernières périodes biennales (79%). L'exécution par niveau organisationnel était régulièrement au-dessus de 90 %.

89. Le taux élevé d'exécution des OS (89 %) par rapport à la moyenne historique (69 %) reflète la meilleure programmation des ressources nécessaires pour la période biennale, quelle que soit la disponibilité des fonds pendant la vie des projets, permettant ainsi à des fonds d' « autres sources », principalement des contributions volontaires, d'être alignés avec le cycle biennal de planification.

**Tableau 3. Exécution budgétaire en fonction des niveaux organisationnels et des sources de fonds, fin de la période biennale, 2008-2009**

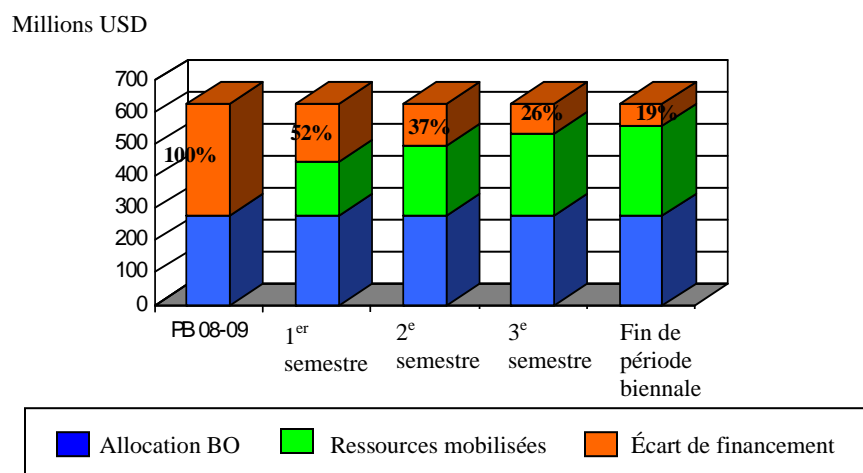
Niveau organisationnel	Fonds disponibles pour la période biennale (milliers USD)			Dépenses (milliers USD)			Taux d'exécution (%)		
	BO	AS	Total	BO	AS	Total	BO	AS	Total
Pays	103 965	119 968	223 933	103 241	103 935	207 176	99	87	93
Sous-régional	15 276	14 576	29 852	15 116	13 428	28 544	99	92	96
Régional	158 823	146 132	304 955	157 672	131 606	289 278	99	90	95
Total	278 064	280 676	558 740	276 029	248 969	524 998	99	89	94

Note : Les chiffres n'incluent pas les fonds des projets internes financés par les gouvernements, le Fonds renouvelable, le Fonds stratégique ni aucun autre fond ne finançant pas directement le plan stratégique.

90. **Mobilisation des ressources** – Sur le budget-programme de 626 millions USD approuvé, 279 millions USD devaient venir du budget ordinaire (OPS et OMS). La différence, 347 millions USD correspondait à l'écart de financement initial devant être couvert par d'autres sources. Pendant la période biennale, l'Organisation a pu mobiliser 281 millions USD, réduisant l'écart de financement de 347 millions USD à 66 millions USD (19 %). Sur ces 281 millions USD, l'OPS a mobilisé 77 % (216 millions USD) et l'OMS 23 % (64,5 millions USD). On note que le montant disponible du BO a été réduit à 278 millions USD en raison de la retenue appliquée par l'OMS. Le tableau 4 présente l'écart de financement au début et à la fin de la période biennale et la figure 6 montre la réduction progressive de l'écart de financement pendant la période biennale.

91. Les principales raisons pour lesquelles l'écart de financement n'a pas été comblé comprennent les points suivants : seulement un tiers (64,5M sur 197M USD) des contributions volontaires attendues de l'OMS ont été reçues ; une baisse du soutien aux priorités de santé publique internationales par des organisations multilatérales, une tendance qui se poursuit et sera probablement ressentie plus fortement au cours des prochaines années ; une baisse générale des fonds visant à appuyer la coopération technique dans les Amériques ; une augmentation de la tendance à grouper les questions de santé dans des programmes de développement plus généraux ; la tendance actuelle à une concurrence accrue entre un groupe croissant d'organisations concentrant leurs activités sur la santé ; et des financements attendus de dons spécifiques qui ne se sont pas matérialisés dans la mesure où les partenaires changeaient d'orientation ou les fonds étaient réaffectés à d'autres priorités. En outre, l'OPS se focalise également sur un large éventail des questions de santé publique, y compris certaines qui n'attirent pas de financement externe significatif de la part des partenaires, comme les maladies non-transmissibles, les maladies zoonotiques, la santé des personnes âgées et la recherche de santé publique, entre autres.

**Figure 6. Situation de l'écart de financement pendant la période biennale, 2008-2009**



**Tableau 4. Situation de l'écart de financement, fin de période biennale, 2008-2009**

Type de financement	Début de période biennale (milliers USD)	Fin de période biennale (milliers USD)
Budget ordinaire	279 067	278 064
Ressources mobilisées*	0	280 676
Écart de financement	347 000	66 327
Budget-programme approuvé 2008-2009 (PB 08-09)	626 067	626 067

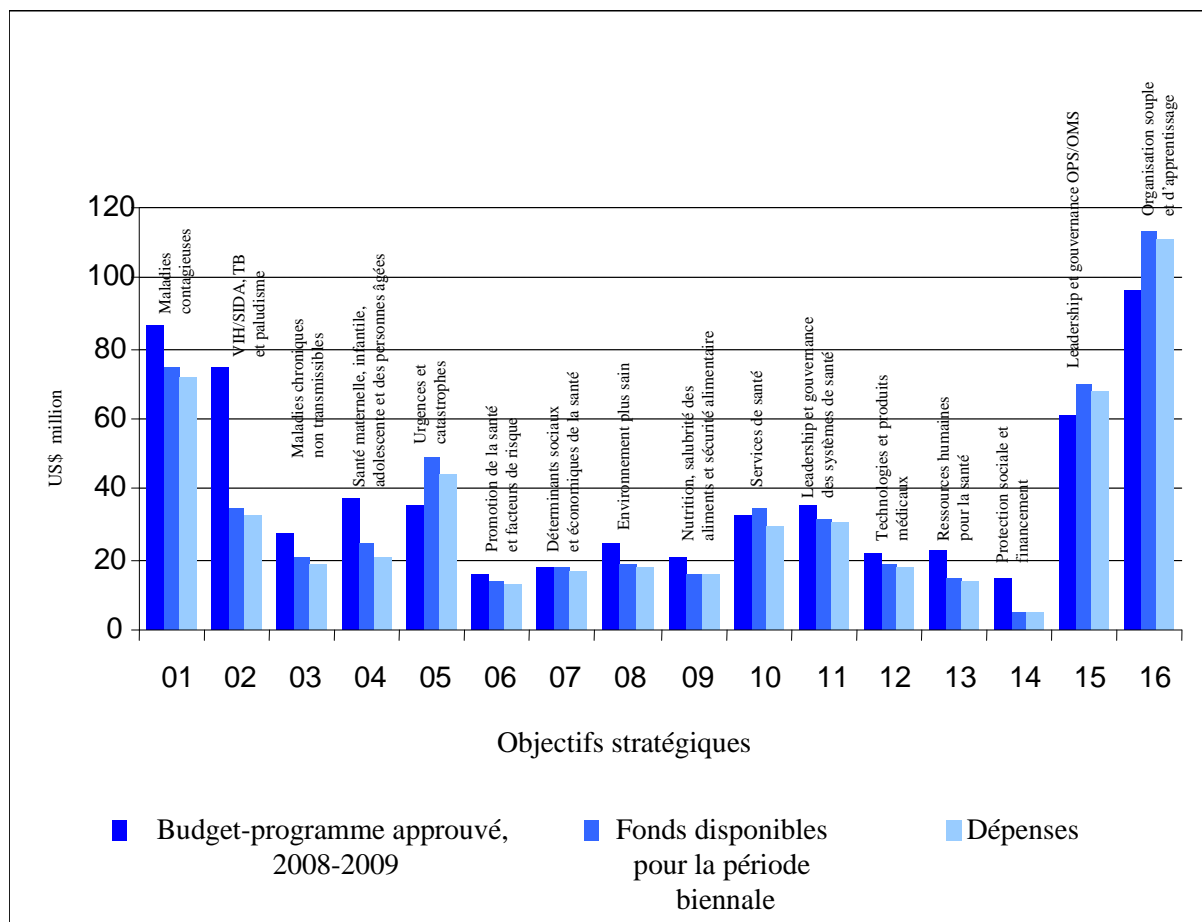
\* Ces chiffres n'incluent pas les fonds des projets internes financés par les gouvernements, le Fonds renouvelable, le Fonds stratégique ni aucun autre fond ne finançant pas directement le plan stratégique.

92. **Évaluation budgétaire par OS** – La figure 7 et le tableau 5 présentent le budget par OS, sur la base du budget-programme approuvé, des fonds disponibles pour la période biennale et des dépenses. Les OS15 et OS16 (fonctions facilitatrices) ont eu le montant le plus élevé de fonds disponibles pendant la période biennale, suivies de l'OS1 (maladies contagieuses) et de l'OS5 (urgences et catastrophes). Il convient de noter que les OS15 et OS16 reflètent une allocation de ressources traditionnelle à l'appui des OS 1-14. Les sources de fonds variaient en fonction de l'OS. À une extrémité, l'OS5 (urgences et catastrophes) a reçu plus de 90 % de ses ressources d'autres sources, suite aux diverses situations d'urgence et catastrophes qui ont frappé la région. L'OS1 (maladies contagieuses) et l'OS2 (VIH/SIDA, TB et paludisme) ont également reçu plus de 70 % de leur financement d'autres sources. D'autre part, l'OS14 (protection sociale et

financement) a reçu seulement 23 % de ses financements d'autres sources ; les OS15 et OS16 (fonctions facilitatrices) ont reçu 25 % et 28 %, respectivement, comme prévu.

93. Tous les objectifs stratégiques ont eu un taux d'exécution budgétaire global de 90 % ou plus, hormis les OS4 et OS10, qui ont eu un taux de 85 %. Le taux d'exécution du BO pour tous les OS était régulièrement au-dessus de 90 %. Tandis que la majorité des OS ont mis en œuvre plus de 90 % de fonds d'autres sources, les OS4 et OS8 étaient légèrement au-dessous de la cible de taux d'exécution de 75 % (voir le tableau 5).

**Figure 7. Présentation générale du budget 2008-2009 par objectif stratégique**





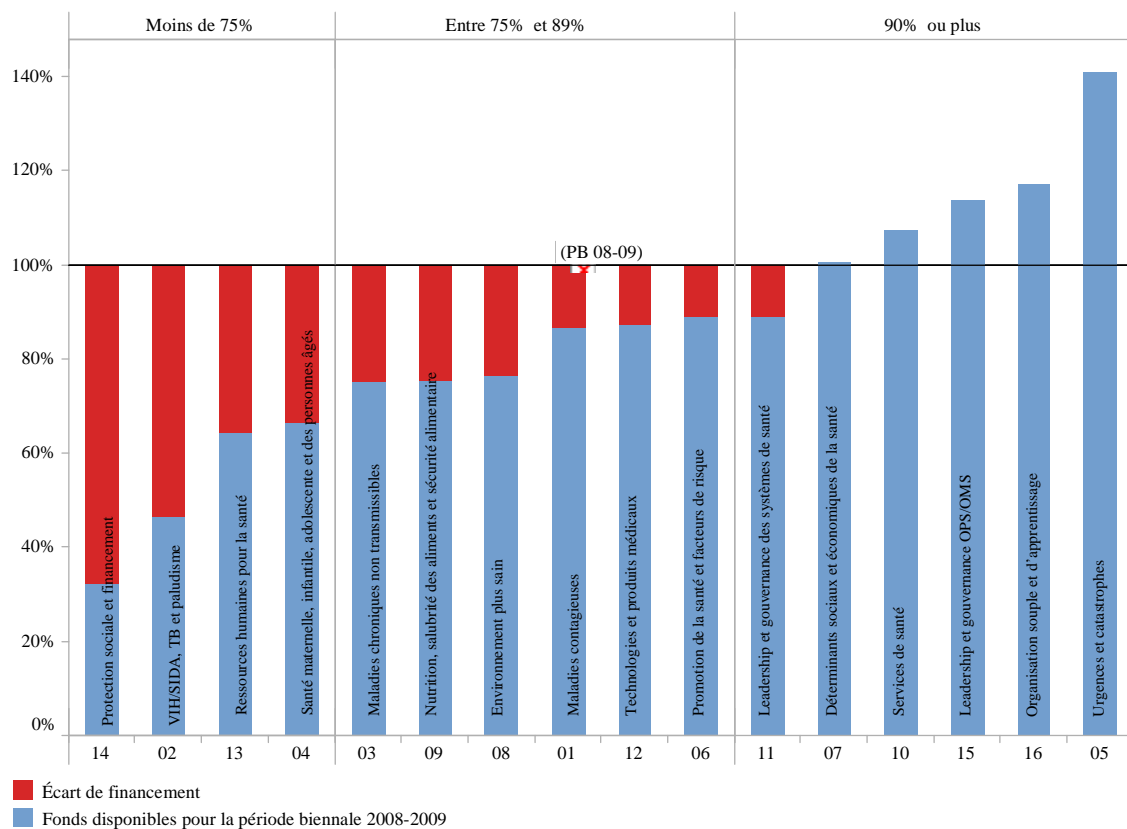
**Tableau 5. Budget par OS et source de financement,  
fin de période biennale, 2008-2009**

Objectifs stratégiques	Budget-programme approuvé (PB 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale (millions USD)				Dépenses (millions USD)			Taux d'exécution (%)		
		BO	AS	Total	%	BO	AS	Total	BO	AS	Total
OS1 - Maladies contagieuses	86.6	21.5	53.5	75.1	87	21.5	50.3	71.8	100	94	96
OS 2 – VIH/SIDA, TB et paludisme	75.1	8.4	26.5	34.9	46	8.3	24.2	32.5	99	91	93
OS 3 - Maladies chroniques non transmissibles	28.0	12.8	8.2	21.0	75	11.8	7.0	18.8	92	85	90
OS4 – Santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées	37.2	11.7	13.1	24.7	67	11.5	9.6	21.1	99	73	85
OS5 – Urgences et catastrophes	35.0	4.0	45.3	49.3	141	4.0	40.5	44.4	99	89	90
OS 6 - Promotion de la santé et facteurs de risque	16.0	6.3	7.9	14.2	89	6.3	6.9	13.2	100	87	93
OS7- Déterminants sociaux et économiques de la santé	17.4	7.3	10.2	17.5	100	7.2	9.3	16.5	99	91	95
OS8 – Environnement plus sain	25.0	13.2	5.9	19.1	76	13.1	4.2	17.4	99	72	91
OS 9 - Nutrition, salubrité des aliments et sécurité alimentaire	21.0	10.1	5.7	15.8	75	10.1	5.2	15.3	100	92	97
OS10 – Services de santé	32.0	12.9	21.5	34.4	107	12.6	16.5	29.1	98	77	85
OS11 - Leadership et gouvernance des systèmes de santé	35.0	18.1	13.0	31.1	89	18.1	12.1	30.2	100	93	97
OS 12 - Technologies et produits médicaux	22.0	5.9	13.3	19.2	87	5.8	11.4	17.2	99	86	90
OS13 - Ressources humaines pour la santé	23.0	8.8	6.0	14.8	64	8.8	4.8	13.6	100	79	92
OS14 - Protection sociale et financement	15.0	3.7	1.1	4.9	32	3.5	1.1	4.6	94	93	94
OS15 – Leadership et gouvernance OPS/OMS	61.2	52.1	17.6	69.7	114	52.0	16.0	68.1	100	91	98
OS16 – Organisation souple et d'apprentissage	96.6	81.3	31.8	113.1	117	81.3	29.9	111.2	100.0	94	98
<b>Total</b>	<b>626.1</b>	<b>278.1</b>	<b>280.7</b>	<b>558.7</b>	<b>89</b>	<b>276</b>	<b>249</b>	<b>525</b>	<b>99</b>	<b>89</b>	<b>94</b>

Note : Ces chiffres n'incluent pas les fonds des projets internes financés par les gouvernements, le Fonds renouvelable, le Fonds stratégique ni aucun autre fond ne finançant pas directement le plan stratégique.

94. Comme indiqué à la figure 8, tous les OS ont reçu au moins 75 % de leur budget approuvé, excepté les OS2, OS4, OS13 et OS14. Les ressources disponibles pour les OS5, OS10, OS15 et OS16 ont dépassé leur budget approuvé. Il convient noter que certains fonds programmés dans l'OS10 (services de santé) ont couvert certaines activités liées à l'OS13 et à l'OS14. Le tableau 5 contient les détails pour chacun des OS.

**Figure 8. Fonds disponibles par OS en pourcentage de leur Budget-programme 2008-2009 approuvé**



**(D) Analyse de la priorisation des objectifs stratégiques**

95. Le plan stratégique a classé les OS par priorité programmatique (excluant les OS15 et OS16) pour guider la mobilisation et l'attribution des ressources pendant la période biennale. Afin d'analyser dans quelle mesure il a été tenu compte de cette priorisation, on trouvera ci-après une comparaison de classement entre le classement des priorités des OS approuvé par les Organes directeurs, et le classement des OS par situation de financement (voir la figure 8).

96. Les OS ont été classés en fonction de leur priorité programmatique de 1 (une priorité plus élevée) à 14 (priorité inférieure), comme approuvé dans le Plan stratégique en employant une méthodologie modifiée de Delphes. Ils ont également été classés de 1 à 14 selon le niveau des fonds mobilisés à la fin de la période biennale (1 correspondant à l'OS ayant la plus grande couverture de son écart de financement et 14 au plus bas). Il s'agit là d'une variable de substitution pour les efforts consacrés à mobiliser les ressources nécessaires pour se conformer au programme. La différence entre ces classements<sup>4</sup> indique si les efforts en vue de mobiliser et d'allouer des ressources aux OS reflètent la priorité programmatique qui leur a été assignée. Cette différence peut être positive (la mobilisation étant plus haute que la priorité programmatique), neutre (les deux classements coïncident) ou négative (mobilisation inférieure à la priorité programmatique). Un chiffre positif implique que les efforts de mobilisation des ressources ont dépassé la priorité programmatique, alors qu'un chiffre négatif montre l'opposé.

97. Le tableau 6 montre la différence entre les classements sur la base de la priorité programmatique et des fonds disponibles. Une différence entre les deux classements de deux ou moins est acceptable. Par exemple l'OS7 a un classement selon les priorités programmatiques de 5 et un classement de financement de 3, la différence est de 2, ce qui est considéré comme acceptable. Quand la différence se situe entre 3 et 7 points, l'OS est classifié comme sous-financé (si la différence est négative) ou surfinancé (si elle est positive). Une différence de 8 points ou plus indiquerait un sous-financement ou un surfinancement considérable. Sur la base de ces critères, les OS7, OS8 et OS14 ont été jugés acceptables. Les OS1, OS3 et OS13 étaient sous-financés. Les OS 6, 9, 10, 11 et 12 étaient surfinancés. Les OS4 et OS2 étaient considérablement sous-financés, et l'OS 5 était considérablement surfinancé.

98. L'OS5 (catastrophes et urgences) est considérablement surfinancé, et cela est compréhensible car il est difficile de prévoir le financement d'opérations de secours. Pour 2010-2011, un segment spécial du budget a été défini afin de séparer le financement pour des opérations de secours pour éviter cette distorsion. L'OS2 (VIH/SIDA, TB et paludisme) et l'OS4 (santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées) étaient considérablement sous-financés en raison d'un changement de priorité de deux grands partenaires après que les plans avaient été établis, réduisant de ce fait considérablement le niveau des ressources mobilisées.

99. C'est la première fois que le plan stratégique classait les objectifs stratégiques en fonction de la priorité programmatique. L'alignement des ressources avec les priorités programmatiques exigera un processus progressif et prolongé qui traitera des facteurs

---

<sup>4</sup> Les différences de classement sont utilisées lorsque les valeurs pour produire le classement ne sont pas directement comparables. Cette méthodologie est utilisée par le PNUD dans l'analyse de l'indice de développement humain et par les publications économiques et commerciales comme *The Economist*.

suivants qui limitent la réaffectation des ressources entre les OS : 65 % de fonds du BO sont liés à des postes à durée déterminée (FTP), le niveau élevé de compétences professionnelles limite le transfert du personnel et la majorité des contributions volontaires reçues par l'Organisation sont assorties d'une affectation spéciale.

**Tableau 6. Alignement du classement des priorités programmatiques avec l'allocation de fonds disponibles, 2008-2009**

Objectif stratégique	Classement des priorités programmatiques (a)	Classement des fonds disponibles (b)	Différence entre les classements (a-b)	Financement en fonction des priorités *
OS4 – Santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées	1	9	-8	Considérablement sous-financé
OS1 - Maladies contagieuses	2	6	-4	Sous-financé
OS2 – VIH/SIDA, TB et paludisme	3	11	-8	Considérablement sous-financé
OS3 - Maladies chroniques non transmissibles	4	8	-4	Sous-financé
OS7- Déterminants sociaux et économiques de la santé	5	3	2	Acceptable
OS13 – Ressources humaines pour la santé	6	10	-4	Sous-financé
OS10 – Services de santé	7	2	5	Surfinancé
OS8 - Environnement plus sain	8	7	1	Acceptable
OS6 -Promotion de la santé et facteurs de risque	9	4	5	Surfinancé
OS14 - Protection sociale et financement	10	12	-2	Acceptable
OS11 - Leadership et gouvernance des systèmes de santé	11	4	7	Surfinancé
OS12 - Technologies et produits médicaux	12	6	6	Surfinancé
OS5 – Urgences et catastrophes	13	1	12	Considérablement surfinancé
OS9 - Nutrition, salubrité des aliments et sécurité alimentaire	14	8	6	Surfinancé

\* Critères :

- Financement acceptable : +/- 2 points de différence entre les classements
- Sous-financé/surfinancé : entre +/- 3 à +/- 7 points de différence
- Considérablement sous-financé/surfinancé : +/-8 points ou plus

## (E) Rapports de situation sur les objectifs stratégiques

<b>OS1 : Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies contagieuses</b>	<b>En bonne voie</b>
---	----------------------

### 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

#### *Progrès vers la réalisation de l'OS en 2013*

100. Les prévisions pour la réalisation des cibles 2013 sont encourageantes pour la plupart des indicateurs de l'OS1. On s'attend à ce que les cibles établies pour les indicateurs d'immunisation soient atteintes ; cependant, il serait nécessaire de renforcer la coopération technique pour les opérations dans les États membres qui connaissent des difficultés au niveau municipal. La résolution CD49.R9 a réaffirmé l'engagement d'éliminer les maladies négligées. La pandémie de grippe a testé la capacité de préparation et de réponse de la Région. Les efforts de préparation pour une éventuelle pandémie due au H5N1 se sont avérés très efficaces face à la pandémie de 2009. Même si la réponse était efficace, la pandémie a également révélé des lacunes en termes d'accès et de qualité des services de santé. La pandémie a également fourni une occasion d'améliorer le diagnostic en laboratoire des États membres, une composante clé du Règlement sanitaire international.

101. Il est important de garantir les acquis dans le domaine de la recherche sur les maladies contagieuses par une mobilisation plus sûre des ressources financières. Des progrès significatifs sont prévus dans l'application du Règlement sanitaire international (RSI) par les États membres au cours des prochaines périodes biennales ; cependant, il sera très difficile d'obtenir une exécution à 100 %. Il est donc essentiel de continuer d'encourager l'engagement politique à mettre en œuvre ce Règlement dans les pays. Alors que les pays commencent à mettre en œuvre les plans et les stratégies actuels contre la grippe, les lacunes et les besoins identifiés devraient être corrigés. L'OPS continue à soutenir la réponse régionale face aux flambées et aux épidémies de dengue et considère qu'il est primordial de renforcer et d'amplifier la capacité de l'Organisation à alerter et répondre en conséquence.

#### *Évaluation 2008-2009*

102. En général, les RER de l'OS1 font apparaître une réalisation adéquate (5 RER sur la bonne voie (vert) et 3 présentant des risques (jaune). Cependant, les efforts doivent être intensifiés, en particulier pour ce qui est d'améliorer la couverture vaccinale dans certaines municipalités où elle continue à être très basse. La rage transmise par les chiens a diminué dans certains pays. Cependant, la réintroduction de la maladie s'est produite dans des pays où elle n'existait pas précédemment. La lutte contre la transmission par vecteur de la maladie de Chagas, bien que n'ayant pas atteint la cible, a enregistré des progrès de plus de 90 %. Bien que l'exécution du Règlement sanitaire international n'ait pas été entièrement réalisée, l'évaluation des capacités essentielles a été menée dans 34 États membres sur 35. La pandémie de grippe a

exigé des pays qu'ils parachèvent, actualisent et activent leurs plans de préparation, et des procédures opérationnelles normalisées (SOP) sont mises en œuvre dans plusieurs pays. La stratégie intégrée de gestion pour la prévention de la dengue et la lutte contre la maladie (IMS-dengue) a été élargie et renforcée avec des plans d'urgence nationaux en réponse aux flambées de dengue dans la Région.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget-programme approuvé (PB 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du PB 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
86 600 000	75 079 214	87 %	71 775 774	96 %

103. Sur le total des fonds disponibles pour la période biennale, 53,5M USD (71 %) provenaient d'autres sources.

104. À la fin de la période biennale, l'OS enregistrait un écart de financement d'environ 11 millions USD. Ceci indique une mobilisation des ressources relativement réussie. Un financement considérable a été mobilisé pour la vaccination et la pandémie de grippe. Bien qu'un don important ait été obtenu de la Fondation Gates (par l'intermédiaire de l'Institut Sabin) pour les maladies négligées, des ressources additionnelles sont encore nécessaires pour s'occuper de ces maladies comme il se doit.

105. Les principaux partenaires pour cet OS en 2008-2009 comprenaient les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des Etats-Unis (US/CDC), l'Agence pour le développement international des Etats-Unis (USAID), l'Agence canadienne pour le développement international (ACDI-Canada), le Gouvernement espagnol, Sabin, la Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation (PAHEF), la Banque inter-américaine (BID) et le Fonds des Nations Unies pour les enfants (UNICEF).

#### Enseignements tirés

- Pour les immunisations, les progrès ont été relativement bons, mais pas complètement satisfaisant, puisque des municipalités continuent à enregistrer une couverture inférieure au niveau idéal. Il est important de comprendre les raisons pour lesquelles certaines personnes ne sont pas couvertes pour adapter les interventions. Par l'exemple, les populations rurales sont différentes des communautés périurbaines marginalisées et ont besoin de types d'intervention différents. L'OPS devra suivre de plus près l'élaboration de plans et de stratégies ciblant les municipalités prioritaires, avec une approche globale et considérant l'immunisation comme faisant partie des actions essentielles au cours de la vie. Le but était de parvenir à l'élimination du tétanos chez les nouveau-nés en Haïti, seul pays à avoir encore du retard par rapport à cet objectif, et il pourrait ne pas être réalisé. Les enseignements tirés comprennent la nécessité d'une plus grande participation de la part des autorités nationales (Ministères de la Santé) en étroite coordination avec les partenaires (OPS, UNICEF, ACDI).

- Les interventions visant à éliminer la rougeole, la rubéole, et le SRC se sont traduites par un grand nombre d'enseignements qui sont actuellement partagées avec d'autres Régions, y compris la vaccination au delà de l'enfance, l'importance de l'appui politique, l'élaboration de stratégies de communication sociale visant les groupes non traditionnels, la valeur des alliances pour répondre aux situations de crise, entre autres.
- Les efforts de préparation pour le H5N1 se sont avérés très efficaces pour répondre à la pandémie de 2009. La pandémie a également mis en exergue les secteurs exigeant d'être renforcés dans le système de la santé pour mieux préparer les États membres à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international et à répondre ainsi plus efficacement à des événements futurs.
- Bien que la stratégie de gestion intégrée de la dengue (SGI-dengue) se soit avérée efficace pour intégrer les secteurs clés qui ont un impact crucial sur la prévention et le contrôle de la dengue, de plus grands efforts intra et extra sectoriels pour assurer leur durabilité deviennent nécessaires afin d'améliorer la réponse actuelle face aux flambées de la maladie.
- L'engagement politique des États membres pour éliminer les maladies négligées réaffirmé dans la résolution CD 49.R9 et les efforts entrepris pour mobiliser des ressources, par l'entremise du Fonds fiduciaire avec la Banque interaméricaine de développement et l'Institut Sabin, représentent une excellente occasion de mettre en œuvre des initiatives d'élimination au niveau national et infranational.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

RER 1.1: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour maximiser l'accès équitable de toutes les personnes aux vaccins de qualité assurée, y compris des produits et technologies d'immunisation nouveaux ou peu employés ; renforcer les services d'immunisation ; et intégrer d'autres interventions essentielles de santé infantile et familiale avec l'immunisation					Présentant des risques
<p><b>Évaluation RER :</b> Trois cibles d'indicateur sur six atteintes et des progrès significatif sur les trois autres.</p> <p>Les progrès ont été généralement bons mais pas complètement satisfaisant, puisque des municipalités continuent à avoir une couverture sub-optimale. L'OPS devra suivre de plus près l'élaboration de plans et de stratégies ciblant les municipalités prioritaires, avec une approche globale et considérant l'immunisation comme faisant partie des actions essentielles au cours de la vie. Les avancées sur le plan des composants de la surveillance épidémiologique de nouveaux vaccins, du processus décisionnel fondé sur des éléments factuels, et du soutien pour l'adoption de lois, ont enregistré des progrès significatifs et les États membres ont fait du bon travail à cet égard.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.1.1	Nombre de pays obtenant une couverture vaccinale de plus de 95 % au niveau national (DPT3 comme traceur)	17	20	NON	18 pays ont atteint la cible ; 26 pays ont notifié DTP3 >=90%. La moyenne régionale pour la couverture DTP3 est demeurée à 93 %. Cependant, les niveaux au niveau des pays ont fluctué. Le défi principal reste le fait d'atteindre et de maintenir un niveau de couverture vaccinale de 95 %. Maintenir le programme d'immunisation en bonne place dans le programme national de la santé ; suivre systématiquement la performance au niveau local pour ajuster rapidement les stratégies en seulement pour les vaccins, mais aussi pour les opérations des programmes constituent les fonction des besoins ; et assurer des fonds non éléments clés pour atteindre ces cibles.
1.1.2	Proportion de municipalités avec un niveau de couverture vaccinale inférieur à 95 % en Amérique latine et dans les Caraïbes (DPT3 comme traceur)	38 % (5 729)	35 % (5 277)	NON	Selon données les plus récentes (2008) disponibles, 44 % des municipalités ont notifié des niveaux de couverture DTP3 <95% (ceci ne tient pas compte de la taille de la population de la municipalité). Il convient de noter que ceci reflète également l'ajustement opéré dans la méthodologie employée par l'OMS et l'UNICEF pour le rapport 2008.  Plusieurs défis subsistent, y compris le renforcement de la gestion locale des programmes d'immunisation, le maintien et le renforcement d'une supervision régulière de qualité et le fait de pouvoir opérer un suivi précis en temps opportun des données sur la couverture au niveau municipal. Les plans d'action nationaux et locaux sont importants pour cibler des zones où des poches de personnes non vaccinées demeurent.



Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.1.3	Nombre de pays soutenus pour prendre des décisions basées sur des éléments factuels pour l'introduction de vaccins nouveaux et peu employés	9	10	OUI	L'utilisation d'éléments factuels pour prendre des décisions éclairées a été activement encouragée, en particulier au moyen des activités ProVac.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.1.4	Nombre d'interventions essentielles de santé infantile et familiale intégrées avec l'immunisation, pour lesquelles des directives sur la gestion commune des programmes sont disponibles	4	6	OUI	L'indicateur a été tenu avec diverses interventions qui ont été intégrées à la semaine pour la vaccination des Amériques (VWA). La VWA constitue une excellente plateforme pour l'intégration d'autres interventions préventives de santé à mener conjointement avec les campagnes de la VWA. Ceci continuera à être encouragé et des stratégies devraient être normalisées et disséminées pour maximiser l'impact dans la Région.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.1.5	Nombre de pays qui ont mis en place une législation ou une ligne budgétaire nationale spécifique afin d'assurer le financement durable de l'immunisation	30	32	NON	Ni El Salvador ni le Guatemala n'ont pu promulguer une législation sur l'immunisation pendant la période biennale. Des projets de loi sont à l'étude dans les deux pays.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.1.6	Nombre de pays qui ont inclus les nouveaux vaccins (RV, NEUMO, FNI, YF, HPV) dans leur système de surveillance épidémiologique national	0	5	OUI	Dépassé : 15 pays.  <i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

<b>RER 1.2: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour maintenir l'élimination de la rougeole et l'éradication de la poliomyélite ; et parvenir à éliminer la rubéole, le syndrome congénital de rubéole (SCR) et le tétanos néonatal</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<b>Évaluation RER :</b> Quatre cibles d'indicateur sur cinq atteintes.					
Toutes les cibles définies pour les indicateurs RER ont été atteintes excepté l'élimination du tétanos néonatal en Haïti (1.2.5). Les efforts devraient être maintenus, à la fois de la part de l'OPS et dans les pays, pour poursuivre les progrès vers ces cibles.					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible Atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.2.1	Nombre de pays utilisant le vaccin oral contre la poliomyélite (OPV) selon un calendrier et un processus convenus au niveau international pour la cessation de son utilisation de routine	35	35	OUI	Quelques pays optent pour l'utilisation de l'IPV (vaccin inactivé contre la poliomyélite) pour éviter l'occurrence rare de paralysie associée à l'OPV. L'appui continu de l'OPS à l'éradication mondiale de la poliomyélite et au suivi continu de la situation, et le maintien de niveaux élevés de couverture contre la poliomyélite à tous les niveaux aidera à formuler des recommandations concernant l'utilisation de l'OPV/IPV. <i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.2.2	Pourcentage des rapports finals des pays ou des mises à jour sur la limitation de la poliomyélite certifiés par la Commission régionale pour les Amériques	100 %	100 %	OUI	En 2010, la commission devrait parachever l'approbation des inventaires de laboratoires des pays, ou la phase 1, de la limitation en laboratoire de la poliomyélite. <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.2.3	Nombre de pays ayant une surveillance durable de la paralysie flasque aiguë	39/39	39/39	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.2.4	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des interventions pour parvenir à éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC)	36/39	39/39	OUI	Alors que le virus endémique de la rougeole et de la rubéole continue à circuler dans d'autres régions du monde, les Amériques sont confrontées à la menace constante d'importations et doivent rester vigilantes pour détecter et répondre rapidement aux importations.
1.2.5	Nombre de pays parvenant à éliminer le tétanos néonatal (TNN)	38/39	39/39	NON	Le but était de parvenir à éliminer le TNN en Haïti, seul pays en suspens, et cela n'a pas été possible pendant la période biennale. Une plus grande participation des autorités nationales (Ministère de la Santé) sera nécessaire en étroite coordination avec les partenaires (OPS, UNICEF, ACIDI, etc.). <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

<b>RER 1.3: États membres 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</b>					<b>Présentant des risques</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Deux cibles d'indicateur atteintes et progrès significatifs sur les deux autres.</p> <p>Des progrès significatifs ont été constatés sur le plan de l'application du Règlement sanitaire international (RSI) bien que la cible n'ait pas été entièrement atteinte. Les composants du contrôle de qualité dans les laboratoires et du renforcement des capacités pour la détection et le contrôle des flambées sont essentiels pour une mise en œuvre adéquate du RSI.</p> <p>On s'attend à ce que d'ici à 2013 des progrès significatifs aient été accomplis sur le plan de la réalisation des indicateurs ; cependant, il est très difficile d'obtenir la pleine exécution des capacités essentielles pour le RSI dans 100 % des pays. Il est important de maintenir l'engagement politique, en se concentrant sur les pays qui n'ont pas encore entamé les évaluations et de maintenir des programmes de contrôle de la qualité dans les laboratoires et la formation à la détection et au contrôle des flambées.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.3.1	Nombre de pays maintenant la certification d'éradication de la dracontiasse	40	40	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.3.2	Nombre de pays qui mettent en œuvre la stratégie mondiale de l'OMS pour réduire encore le fardeau de la lèpre et soutenir des activités de lutte contre la lèpre	0/25	5/25	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le PS modifié avec pour but d'éliminer la lèpre au premier niveau infranational.</i>
1.3.3	Population à risque (en millions) pour la filariose lymphatique dans quatre pays endémiques recevant une chimiothérapie de masse (MDA) ou la chimiothérapie préventive	2,4	4,7	OUI	<p>À la suite de l'examen des estimations de l'OMS (en 2008), la cible a été abaissée à 3,2 millions. On estime que 3,4 millions de personnes environ ont été traitées à la fin de 2009. Par conséquent la nouvelle cible a été dépassée. Cela a été possible grâce à la mise en œuvre et à l'intensification de la chimiothérapie de masse en Haïti, au Guyana et au Brésil.</p> <p><i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i></p>

Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.3.4	Couverture des enfants d'âge scolaire à risque dans les pays endémiques avec un traitement régulier contre la bilharziose et l'helminthiase transmise par le sol (STH)	38 %	50 %	OUI	<p>La population originale de référence de l'OMS (dénominateur) était de 110 millions d'enfants d'âge scolaire (EAS) en danger de morbidité du fait de la STH ; la population entière d'EAS dans la Région. Ce chiffre a été abaissé par l'OPS à 26,3 millions d'EAS, pour refléter seulement le nombre d'EAS qui n'ont pas accès à l'assainissement de base dans la Région, une évaluation plus réaliste du risque pour cette Région. Selon des données fournies par les programmes nationaux, des ONG et des groupes confessionnels, des partenaires bilatéraux et d'autres partenaires, 25,4 millions d'EAS environ dans 11 des 35 pays ont été vermifugés contre la STH en 2009. Ceci représente 97 % des 26,3 millions d'EAS considérés comme exposés à un risque direct de morbidité dû à la STH dans la Région.</p> <p><i>Cet indicateur RER a été combiné à l'indicateur 1.3.5 dans le PS modifié.</i></p>
1.3.5	Nombre de pays en Amérique latine et dans les Caraïbes qui ont éliminé la rage humaine transmise par des chiens	11/21	12/21	NON	<p>La cible était d'ajouter un pays à la liste pendant la période biennale sur une base de 11 (ARG, BLZ, CHI, COL, COR, TYPE, HON, NIC, PAN, SUR et URU). Cependant, ARG, COL, et HON ont enregistré une réémergence des cas de rage humaine transmise par les chiens. On s'attend à ce qu'ARG, COL, PER et PAR certifient que cette cible a été atteinte avant juin 2010.</p>

Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.3.6	Nombre de pays en Amérique latine et dans les Caraïbes qui maintiennent la surveillance et la préparation pour les maladies zoonotiques émergentes ou réémergentes (par exemple, la grippe aviaire et l'encéphalopathie spongiforme bovine)	10/33	13/33	OUI	Il y a encore des pays qui doivent mettre davantage l'accent sur les municipalités prioritaires.
1.3.7	Nombre de pays avec un indice d'infestation domiciliaire par le <i>T. infestans</i> (Cône sud) et le <i>R. prolixus</i> (Amérique Centrale) inférieur à 1 %	3/21	11/21	NON	9 pays ont atteint la cible.
1.3.8	Nombre de pays avec dépistage total de la maladie de Chagas dans les banques de sang pour empêcher la transmission par la transfusion	14/21	20/21	NON	18 pays ont atteint la cible. <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.3.9	Nombre de pays où l'onchocercose est endémique avec des foyers où la transmission a été déclarée interrompue et qui connaissent une période de surveillance d'interruption post-transmission de trois ans	1/13	2/13	OUI	Dépassé : 7 pays. <i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

RER 1.4: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour accroître leur capacité à assurer une surveillance des maladies transmissibles et une réponse, en tant qu'élément d'un système complet de surveillance et d'information sur la santé					En bonne voie
<p><u>Évaluation RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>Des progrès significatifs ont été réalisés sur le plan de la réalisation des objectifs liés à l'amélioration des systèmes de surveillance ; cependant, les indicateurs des objectifs ne sont pas suffisamment précis et détaillés pour évaluer de façon adéquate ces progrès.</p> <p>La pandémie de grippe a montré des insuffisances dans les systèmes qui devraient être traitées au cours de la prochaine période biennale. Au nombre des défis les plus importants, on compte la diffusion du guide de surveillance pour toutes maladies contagieuses prioritaires et l'amélioration de la qualité de la surveillance existante, qui exigera l'élaboration d'une proposition d'évaluation méthodologique des systèmes de surveillance.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.4.1	Nombre de pays avec surveillance accrue pour les maladies contagieuses importantes sur le plan de la santé publique, selon les lignes directrices d'évaluation de l'OPS/OMS	13/39	15/39	OUI	En dépit des progrès enregistrés dans le fonctionnement des systèmes de surveillance dans plusieurs pays de la Région, la pandémie a montré la nécessité de continuer de renforcer les activités d'alerte précoce, de recherche, et de réponse aux flambées de la maladie ; en particulier au niveau infranational et dans des zones frontalières.
1.4.2	Nombre de pays adaptant les outils de la surveillance générique et du suivi des maladies contagieuses ou des protocoles aux situations spécifiques dans les pays	2/35	15/35	OUI	Dépassé : 17 pays.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.4.3	Nombre de pays qui soumettent les formulaires de rapport conjoint sur la surveillance de l'immunisation et le suivi au PASB, selon le calendrier établi	15/35	18/35	OUI	Les rapports de routine et en temps opportun sur l'immunisation demeurent un défi compte tenu des priorités en concurrence et, dans certains pays, des retards dans la production des données, en particulier pour la consolidation des données de couverture à tous les niveaux locaux. Un autre défi consiste à opérer un suivi adéquat des changements de données.
1.4.4	Nombre de pays mettant en œuvre une surveillance de routine de la résistance antimicrobienne (RAM) et des interventions de routine pour la limiter	14/35	17/35	OUI	

<b>RER 1.5 : Nouveaux savoir, outils d'intervention et stratégies répondant aux besoins prioritaires en termes de prévention et de contrôle des maladies contagieuses qui sont élaborés, validés, disponibles et accessibles</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.</p> <p>Des progrès considérables ont été accomplis sur les indicateurs de ce RER, en dépit de l'annulation des activités dues à la pandémie et au manque de ressources humaines. Des progrès ont été réalisés sur le plan des approches originales pour lutter contre la maladie dans les zones ayant des problèmes pour atteindre les cibles, comme la région de Gran Chaco. Les revues systématiques constituent un excellent point de départ pour définir un programme sur les besoins et les priorités de la recherche sur des maladies négligées pour le plan d'élimination de ces maladies.</p> <p>Bien que des progrès considérables aient été réalisés sur le plan des thèmes de recherche dans la Région, un grand défi subsiste sur le plan du personnel et du financement pour maintenir les acquis réalisés jusqu'ici. Au cours de la période biennale 2008-2009, 90 % des fonds ont été levés par l'entremise du TDR. Qui plus est, il est nécessaire d'intensifier le plaidoyer pour la recherche au niveau interne et externe de l'Organisation, et d'améliorer la coordination avec d'autres secteurs et unités de l'Organisation qui encouragent la recherche et la formation dans le domaine des maladies contagieuses.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.5.1	Nombre de rapports de consensus publiés sur les besoins et les priorités de la recherche au niveau sous-régional, régional ou mondial sur une maladie ou un type d'intervention	0	3	OUI	Dépassée - quatre revues systématiques ont été effectuées sur les maladies non transmissibles (leishmaniose viscérale, onchocercose, schistosomiase et filariose lymphatique.  <i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS) pour inclure la recherche.</i>
1.5.2	Nombre d'interventions et de stratégies d'exécution nouvelles ou améliorées dont l'efficacité a été évaluée et validée	1	2	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.5.3	Nombre de pays qui ont développé leur capacité opérationnelle de recherche en partenariat avec les institutions scientifiques régionales et mondiales	3/33	5/33	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

<b>RER 1.6: États membres 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 réponse à utiliser en cas d'épidémies et d'autres urgences de santé publique de portée internationale</b>					<b>Présentant des risques</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Deux cibles d'indicateur atteintes et des progrès significatifs sur deux autres.</p> <p>On observe des progrès significatifs dans l'application du Règlement sanitaire international (RSI) bien que la cible n'ait pas été entièrement atteinte. Les composantes du contrôle de qualité dans les laboratoires et du renforcement des capacités pour la détection et le contrôle des flambées sont essentielles pour une exécution adéquate du RSI.</p> <p>On s'attend à ce que d'ici à 2013 des progrès considérables aient été accomplis sur le plan de la réalisation des indicateurs ; cependant, il est très difficile de parvenir à la pleine exécution des capacités fondamentales pour le RSI dans 100 % des pays. Il est important de maintenir l'engagement politique, en se concentrant sur les pays qui n'ont pas encore lancé des évaluations et de maintenir des programmes de contrôle de la qualité dans les laboratoires et la formation en matière de détection et de contrôle des flambées.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.6.1	Nombre de pays qui ont mené à bien l'évaluation des capacités fondamentales pour la surveillance et la réponse, conformément à leurs obligations aux termes du Règlement sanitaire international (2005)	3/35	35/35	NON	34 cibles sur 35 ont été atteintes (97 %) ; non atteinte en Haïti.  <i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS). Le nouvel indicateur mesurera l'exécution et la portée des compétences RSI de base dans les pays.</i>
1.6.2	Nombre de pays qui ont élaboré des plans d'action nationaux pour répondre aux impératifs de capacités fondamentales minimum pour l'alerte précoce et la réponse conformément à leurs obligations aux termes du Règlement sanitaire international	0/35	32/35	NON	28 pays (87 %) ont des plans d'action nationaux pour répondre aux impératifs de capacités de base minimum pour l'alerte précoce et la réponse conformément à leurs obligations aux termes du RSI.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.6.3	Nombre de pays dont le système national de laboratoire est engagé dans au moins un programme de contrôle de qualité interne ou externe pour les maladies contagieuses	20/39	24/39	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>



Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.6.4	Nombre de pays participant aux programmes de formation se concentrant sur le renforcement des systèmes d'alerte précoce, des laboratoires de santé publique ou des capacités de réponse aux flambées de maladies	38	38	OUI	

<b>RER 1.7 : États membres et communauté internationale équipés pour détecter, contenir et répondre efficacement aux grandes épidémies 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>					Sur la bonne voie
<p><u>Évaluation RER</u> : Trois cibles d'indicateur RER sur quatre atteintes.</p> <p>La pandémie (H1N1) 2009 a exigé des pays qu'ils parachèvent, mettent à jour et activent leurs plans nationaux de préparation face à la pandémie de grippe. Des procédures opérationnelles normalisées (SOP) sont mises en place mais pas toujours au moyen de procédures officielles. Avec la mise en œuvre des plans et des stratégies actuels, des lacunes et des besoins ont été identifiés. La correction de ces lacunes définit la stratégie pour la prochaine période biennale, y compris la documentation des leçons apprises et des SOP. Dans le cas de la dengue, des stratégies de gestion intégrée ont été mises en place au niveau national et régional et une coopération technique a été fournie pendant les flambées de la maladie dans la Région.</p> <p>La coopération technique jusqu'en 2013 suivra trois lignes stratégiques pour renforcer la capacité des pays à détecter les urgences de santé publique telles que la grippe. La première se concentrera sur la mise en œuvre de la surveillance sentinelle qui intègre pleinement les données virologiques et épidémiologiques de façon à guider l'action de santé publique. La deuxième ligne de l'action visera la mise en œuvre de la surveillance des événements au moyen de la formation des travailleurs de la santé au niveau local. La formation sur une modalité de surveillance améliorée pour l'ensemble de la nation inclura l'identification, la présentation de rapports, et la gestion d'événements inhabituels en utilisant l'expérience avec la grippe comme principe directeur pour le renforcement des capacités au niveau local. Enfin, la troisième ligne visera à maintenir et renforcer les énormes gains régionaux qui ont été réalisés sur le plan de la capacité de laboratoire pour le diagnostic des virus respiratoires. La coopération technique sur le renforcement des laboratoires comprendra désormais la décentralisation de la capacité diagnostique.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.7.1	Nombre de pays qui ont des plans nationaux de préparation et des procédures opérationnelles normalisées en place pour la grippe pandémique	22/35	28/35	OUI	La vérification de la mise en place d'équipes nationales de réponses rapides (ERR) dans les plans nationaux d'état de préparation des pays face à la pandémie de grippe (NIPPP) a exigé des pays qu'ils envoient une liste complète des membres de cette équipe. Avec la pandémie actuelle (H1N1) 2009, les ERR nationales ont été mises en place, activées, et déployées pour des enquêtes sur le terrain et une réponse dans 28 pays.

Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.7.2	Nombre de mécanismes internationaux de soutien mis en place pour la surveillance, le diagnostic et les interventions de masse (par exemple, réseaux de surveillance des laboratoires et mécanismes de constitution de stocks de vaccins pour la méningite, les fièvres hémorragiques, la peste, la fièvre jaune, la grippe, la variole)	5	6	OUI	Le moyen de vérification pour la réalisation de cet indicateur était la création d'une banque de plasma pour les fièvres hémorragiques en Bolivie, objectif qui a été atteint.  <i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.7.3	Nombre de pays ayant la capacité de base en place pour la manipulation sûre en laboratoire des pathogènes dangereux et l'isolement sûr des patients qui sont contagieux	22	25	NON	Un soutien a été fourni pour la création des Centres nationaux de la grippe (CNG) dans les États membres. Sur les trois pays cibles (GUT, NIC et BOL), GUT et NIC ont reçu la désignation de l'OMS/Siège pour le CNG. BOL doit encore remettre la documentation requise à l'OMS.  <i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.7.4	Nombre de pays mettant en œuvre des interventions et des stratégies pour la lutte contre la dengue (communication pour impact comportemental [COMBI])	15	17	OUI	Des progrès significatifs ont été réalisés sur le plan de l'élaboration de stratégies de gestion intégrée pour la dengue (EGI-Dengue) dans les pays de toutes les sous-régions.

<b>RER 1.8 : Capacité régionale et sous-régionale coordonnée et mise rapidement à la disposition des États membres pour la détection, la vérification, l'évaluation des risques et la réponse aux épidémies et à d'autres urgences de santé publique de portée internationale</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>Ce RER reflète la capacité d'avertissement et de réponse de l'Organisation, une condition requise essentielle pour le bon fonctionnement du RSI, en réponse à l'engagement pris par le Secrétariat. Les progrès réalisés sont plus que satisfaisants, avec la mise en œuvre des capacités nécessaires pour fonctionner 24h sur 24, 7 jours sur 7. En outre, pendant la pandémie toutes les capacités du Secrétariat ont été testées -alerte, capacité à mobiliser les experts, et utilisation du système de gestion d'urgence, permettant de répondre à toutes les demandes reçues.</p> <p>Sur la base du niveau de performance actuel, une réalisation adéquate des cibles est attendue pour le reste du plan stratégique. Cependant, il est nécessaire d'accroître la coordination et la participation de toutes les entités. Il sera également nécessaire de renforcer les capacités en ressources humaines, principalement pour assurer la durabilité de ces fonctions importantes.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible. atteinte ?	Commentaires sur les progrès
1.8.1	Nombre d'entités du PASB (siège régional et bureaux dans les pays) avec le système mondial de gestion des événements en place pour soutenir la coordination de l'évaluation des risques, les communications et les opérations sur le terrain	1/30	10/30	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.8.2	Nombre de pays ayant au moins un établissement partenaire participant au réseau mondial d'alerte et de réponse en cas de flambée de maladies, et à d'autres réseaux régionaux pertinents	26	30	OUI	Pendant la pandémie, des professionnels des différents réseaux dans la région ont été mobilisés.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
1.8.3	Proportion de demandes de soutien de la part des États membres pendant une urgence ou une épidémie, pour lesquelles le PASB mobilise une réponse internationale complète et coordonnée (y compris les efforts de lutte contre la maladie, la recherche et la caractérisation des événements, et l'endiguement durable des flambées de maladie)	100%	100%	OUI	Des missions de soutien ont été menées à bien en réponse à la pandémie et aux flambées de dengue, de fièvre jaune, et de maladie de Chagas, entre autres.
1.8.4	Durée médiane (en jours) pour la vérification des flambées d'importance internationale, y compris la confirmation en laboratoire de l'étiologie	7 jours	5 jours	OUI	Pour les 202 événements enregistrés le délai de réponse moyen observé pour la vérification était de 1,5 jour.  <i>Cet indicateur a été intégré au 1.8.1 et au 1.9.1 dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

**OS2 : Lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme**

**Présentant  
des  
risques**

**1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE**

***Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013***

106. Les efforts actuels doivent être maintenus et stratégiquement orientés afin d'atteindre les cibles désirées en 2013. L'OS a été révisé et les indicateurs ont été abaissés de 36 à 24 dans le plan stratégique modifié.

***Évaluation 2008-2009***

***Principales réalisations pendant la période biennale :***

107. **VIH/SIDA** – Une coopération technique directe a été fournie à 26 pays dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Des groupes de travail nationaux HIVDR ont été constitués dans 16 de ces pays. D'ici à la fin de 2009, 15 pays ont notifié des indicateurs d'alerte précoce pour la prévention de la résistance aux médicaments à l'OPS/OMS et quatre ont élaboré des protocoles nationaux pour le suivi ou la surveillance HIVDR sur la base des directives de l'OMS. Le travail avec la plupart des groupes en situation de risque a débouché sur l'élaboration du modèle pour des services de santé destinés aux hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (MSM). Des activités sont en cours pour s'occuper des besoins des transgenres. L'initiative pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (MTCT) du VIH et de la syphilis congénitale a été approuvée par les pays des Caraïbes et la plupart des pays d'Amérique latine. Des plans dans les pays et un suivi sont mis en place.

108. **Paludisme** - Les objectifs pour le paludisme dans la région consistent à réduire de 50 % le fardeau de la maladie d'ici à 2010 (pour le recul du paludisme) et de 75 % d'ici à 2015 (objectifs du Millénaire pour le développement de l'ONU). Sur la base des derniers rapports annuels des pays (2008), la morbidité due au paludisme dans les Amériques a diminué de 53 % par rapport au taux en 2000. Une diminution du fardeau du paludisme a été notifiée dans 18 des 21 pays endémiques : sept de ces pays indiquent une réduction des cas >75 %, ce qui permet d'atteindre à la fois les objectifs du programme pour le recul du paludisme et les objectifs du Millénaire pour le développement de l'ONU (OMD) ; cinq des pays font état d'une réduction >50 % à 75 % des cas, qui atteignent les objectifs du programme pour le recul du paludisme ; et six autres, d'une réduction < 50 % des cas, qui sont encore en bonne voie pour atteindre les objectifs du programme pour le recul du paludisme d'ici à 2010. Malheureusement, trois pays font état d'augmentations du nombre total des cas : la République Dominicaine, Haïti, et le Venezuela.

109. Pour les pays d'Amazonie, la collaboration de l'OPS avec divers partenaires et parties prenantes dans le cadre de l'initiative contre le paludisme en Amazonie (AMI)/réseau amazonien pour la surveillance de la résistance aux médicaments antipaludéens (RAVREDA), avec l'aide financière d'USAID, a facilité le renforcement des capacités des pays sur le plan de la surveillance de la résistance aux médicaments, de la mise en œuvre des politiques sur les médicaments, de la gestion des vecteurs, de la stratification épidémiologique, de la gestion de la chaîne d'approvisionnements, et en mettant en place une collaboration Sud-Sud. L'élargissement des efforts d'AMI-RAVREDA à l'Amérique Centrale a débuté en 2009.

110. **Tuberculose** - Le taux de détection de 70 % des cas de TB pulmonaires par frottis d'expectoration positif de TB a été atteint par 21 pays. Cette réalisation résulte de la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe), d'une meilleure réalisation des activités de collaboration TB/VIH, d'une gestion inscrite dans le cadre des plans nationaux stratégiques, d'une meilleure mobilisation des ressources économiques, et de la coopération technique permanente de l'OPS au niveau national et régional. Bien que l'indicateur de traitement réussi de 85 % des cas notifiés n'ait pas été atteint, il a été amélioré dans plusieurs pays. Au cours de la période biennale, 12 pays ont mobilisé des ressources économiques auprès du Fonds mondial dans le cadre de projets approuvés qui sont en cours d'exécution. Un grand nombre de pays ont actualisé leurs lignes directrices techniques, qui devront être continuellement actualisées sur la base de nouveaux éléments factuels, outre le renforcement des mécanismes de participation de la communauté et de mobilisation sociale.

*Défis ayant une incidence sur la performance :*

111. Les progrès sur le plan des preuves scientifiques indiquant la nécessité d'un traitement plus tôt affectera l'indicateur de couverture du traitement antirétroviral (ART) dans tous les pays. Les « cibles mobiles » pour certains des indicateurs (ceux qui sont basés sur des évaluations modélisées) compliquent considérablement le suivi des progrès sur le plan du VIH.

112. La possibilité que les pays à revenu intermédiaire et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ne soient plus admis à avoir accès aux dons du Fonds mondial peut poser de graves difficultés pour certains programmes nationaux de lutte contre le VIH et pour la suite des interventions actuelles.

113. Dans le contexte actuel de baisse du nombre de cas de paludisme dans la Région, l'engagement des pays et des diverses parties prenantes risque également de diminuer - une erreur vitale qui s'est produite au cours de l'ère précédente d'éradication du paludisme. Pour faire face à cette situation, l'OPS a travaillé au premier plan avec les pays et divers partenaires pour renforcer le plaidoyer pour la lutte contre le paludisme à divers niveaux de travail - les communautés, les pays, la Région, et au niveau mondial. En outre, l'OPS a adopté une approche proactive, passant en revue ses stratégies actuelles pour la lutte contre le paludisme dans le cadre de ses efforts continus en vue de l'élaboration et de la consolidation du Plan stratégique régional 2011-2015 contre le paludisme dans les Amériques.

114. Le tremblement de terre qui a frappé Haïti en janvier 2010 constitue un recul potentiel pour la proposition conjointe avec la République Dominicaine en vue d'éliminer le paludisme de

l'île d'Hispaniola. Néanmoins, les deux pays, ainsi qu'un certain nombre d'autres pays de la Région, ont eu des propositions de financement acceptées par le Fonds mondial.

115. Tandis que l'OPS contribuait à mobiliser le plus grand investissement de la communauté internationale pour appuyer les efforts nationaux de lutte contre le paludisme, au moyen de collaborations techniques en matière de développement et de l'approbation ultérieure des propositions contre le paludisme par le Fonds mondial et un certain nombre d'autres institutions de financement, l'appui budgétaire effectif reçu par le Programme régional contre le paludisme émanant des circuits de l'OMS a considérablement diminué. L'OPS/OMS devrait plaider plus fortement en faveur du rôle important qu'ils jouent sur le plan de la coordination des divers efforts et de la mobilisation des ressources nécessaires pour remplir ce mandat.

116. Les progrès accomplis par les programmes de TB sont menacés par l'intégration insuffisante des DOTS dans le système de santé primaire dans certains pays et l'augmentation des taux d'incidence, de prévalence de TB et de mortalité due à la coïnfection de TB-VIH dans les pays où l'épidémie de VIH est importante. Le manque d'engagement politique et les budgets nationaux limités peuvent également nuire aux gains dans la prévention et le contrôle de la TB.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget-programme approuvé (PB 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du PB 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
75 090 000	34 857 420	46 %	32 510 240	93 %

- Cet objectif stratégique dépend fortement du financement sur les contributions volontaires. En fait, pendant la période 2008-2009, 76 % (26,5 millions USD) du total des fonds disponibles pour la période biennale provenaient des contributions volontaires.
- L'attribution budgétaire du Budget unifié et plan de travail de l'ONUSIDA pour la Région diminue en termes réels et d'autres contributions volontaires sont incertaines.
- Le travail pour l'OS2 a été soutenu par l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID). Le financement de l'AECID devrait se poursuivre au cours de la prochaine période biennale.

### Enseignements tirés

- Haïti est le pays ayant le fardeau de VIH le plus élevé et le pays étant le plus éloigné dans la Région de la réalisation de l'accès universel pour la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH. Il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur la prévention efficace, le traitement et la prise en charge du VIH et les questions connexes (comme la violence sexuelle) dans la préparation aux désastres. Dans d'autres cas, des événements politiques, comme ceux qui se sont produits au Honduras, ont exigé de redéfinir les priorités et de re-planifier la coopération technique, et il est possible que cela ait également compromis des avancées préalables sur le plan des indicateurs de l'OS2.

- L'Amérique latine et les Caraïbes ont une couverture de thérapie antirétrovirale (ART) plus élevée que d'autres régions à faible et moyen revenu (54 %, contre une moyenne mondiale de 42 %). Élément préoccupant, la région a enregistré la plus faible augmentation globale de la couverture entre décembre 2007 et décembre 2008 (14 %), soit moins de la moitié de l'augmentation enregistrée au niveau mondial (36 %). Il est nécessaire de mieux identifier les obstacles qui empêchent un accroissement soutenu. Ces obstacles semblent inclure un accès limité aux tests VIH et aux conseils sur la maladie, la faible disponibilité de médicaments pour le VIH dans des régions reculées, et le stigmata et la discrimination dans les établissements de santé, entre d'autres. Ces obstacles peuvent cependant varier considérablement entre les pays et même à l'intérieur des pays. Davantage d'efforts doivent être consacrés à mieux atteindre toutes les personnes séropositives ayant besoin d'un traitement.
- Bien que l'initiative d'élimination visant à empêcher la transmission de la mère à l'enfant (MTCT) du VIH et de la syphilis congénitale ait été avalisée par les pays, la prise en charge et la surveillance de la syphilis congénitale n'ont pas été définies comme une priorité. Les données tirées de la syphilis ne sont pas suffisantes pour en certifier l'élimination dans quelque pays que ce soit. Les prochaines étapes consistent à opérer un suivi de la mise en œuvre des stratégies pour améliorer la couverture des tests et du traitement au niveau des soins primaires et pour améliorer la surveillance. Il est également nécessaire d'intégrer dans la MTCT du VIH le plaidoyer pour l'élimination de la syphilis congénitale. Il est nécessaire de continuer à mettre l'accent sur la qualité de DOTS et de la stratégie Arrêter la TB tout en élargissant la couverture.
- Il est nécessaire d'accroître les synergies entre la TB, le VIH et le paludisme et les autres initiatives de prévention des maladies contagieuses dans les pays.
- Les phénomènes naturels dévastateurs, comme le tremblement de terre en Haïti, ont occasionné un recul important dans la lutte contre la TB. Une réponse intégrée et bien coordonnée par tous les acteurs est nécessaire.
- Le renforcement de la capacité des ressources humaines pour la lutte contre le paludisme dans les pays est un effort qui exige des ressources adéquates à la fois pour les programmes de l'OPS et des pays. L'OPS a pour mandat de collaborer à ces efforts et est stratégiquement placée pour cela, mais la réduction du budget pour des programmes techniques au sein de l'OMS/OPS nuit à la capacité de l'Organisation d'entreprendre et de fournir une réponse efficace et effective.
- Des systèmes d'information de la santé de routine dans les pays doivent être encore renforcés pour faciliter le suivi des progrès et de l'impact des efforts de prévention et de lutte contre la maladie. Des capacités solides de surveillance du paludisme deviennent encore plus importantes dans les zones où l'élimination du paludisme est considérée comme réalisable.
- La menace émergente de la résistance aux médicaments antipaludéens et aux insecticides continue à constituer une menace sérieuse pour les efforts mondiaux de lutte contre le paludisme.
- Dans les trois pays (République Dominicaine, Haïti, et Venezuela) qui ont fait état d'une augmentation des cas de paludisme, il sera nécessaire d'accroître les efforts spécifiques pour mobiliser des ressources, identifier et combler comme il se doit les lacunes existantes, et renforcer les capacités pour la réalisation et la durabilité des résultats désirés.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 2.1 : États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour la prévention et le traitement, le soutien et la prise en charge des patients infectés par le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, y compris des approches novatrices pour accroître la couverture des interventions chez les pauvres, les populations difficiles à atteindre et les populations vulnérables</b>					<b>Présentant des risques</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Quatre des sept indicateurs atteints.</p> <p>Le défi principal demeure l'accès au traitement pour le VIH. Tandis que les pays fournissent des traitements pour les personnes diagnostiquées, les estimations sur les personnes infectées par le VIH évoluent constamment, et les modifications des lignes directrices pour le traitement rendent sa réalisation encore plus difficile.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.1.1	Nombre de pays ayant atteint les cibles d'accès universel national pour le VIH/SIDA	0	5	NON	Dans le PS modifié cet indicateur a été modifié pour traiter de la complexité résultant des cibles d'accès universel multiples. Il a été ventilé en deux points : un pour opérer un suivi de l'accès à la prévention et un pour opérer un suivi de l'accès au traitement. L'accent a été mis sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PMTCT) du VIH et l'obtention d'une couverture ART de plus de 80 % de la population dont on estime qu'elle a besoin du traitement.
2.1.2	Nombre de pays mettant en œuvre les composantes de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme, dans le contexte de l'initiative pour le recul du paludisme et du plan régional 2006-2010 de l'OPS contre le paludisme dans les Amériques, dans le cadre de leurs programmes nationaux		23	OUI	



Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.1.3	Nombre de pays détectant 70 % des cas estimés de tuberculose pulmonaire au moyen d'un frottis positif d'expectoration	13/27	21/27	OUI	
2.1.4	Nombre de pays avec un taux de réussite du traitement de 85 % pour des patients de la cohorte avec tuberculose	10/27	21/27	NON	La raison pour laquelle cette cible d'indicateur n'a pas été atteinte est due à l'expansion rapide des DOTS, qui a entraîné à une diminution sa qualité.
2.1.5	Nombre de pays qui ont atteint la cible régionale pour l'élimination de la syphilis congénitale	1	10	NON	La plupart des pays dans la région ont élaboré des plans et des stratégies pour réduire la syphilis congénitale (SC) avec différents degrés de mise en œuvre. Certains pays n'ont notifié aucun cas au cours des dernières années. Les critères pour la certification de l'élimination de la SC sont en cours d'élaboration. <i>Cet indicateur a été modifié dans le PS modifié et la cible pour 2009 a été réduite à 7 et la cible 2011 est de 15.</i>
2.1.6	Nombre de pays qui ont atteint les cibles pour la prévention et le contrôle des infections transmises sexuellement (70 % des personnes avec des ITS ont été diagnostiquées, traitées et conseillées dans des établissements de soins primaires)	5	7	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le PS modifié.</i>
2.1.7	Nombre de pays qui ont élaboré des politiques intégrées/coordonnées sur la tuberculose	0/27	8/27	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>

<b>RER 2.2: États membres 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 TB</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Trois cibles sur trois atteintes.</p> <p>Les indicateurs dans ce RER correspondaient à une tentative de suivre la sensibilité au genre dans les politiques et les plans pour la TB, le paludisme et le VIH. Ils se sont avérés trop restrictifs : ceux pour le paludisme et la TB ont été annulés, et pour le VIH, ils ont été reformulés pour traiter des politiques et des plans où le genre est l'une des caractéristiques utilisées dans le suivi (2.2.3).</p> <p>Pour le VIH, les indicateurs 2.2.1 et 2.2.3 n'ont pas été considérés utiles pour suivre la sensibilité au genre des politiques, des lignes directrices et des services parce qu'ils étaient en réalité un amalgame de différents indicateurs (existence de politiques et lignes directrices, existence de services de suivi et la sensibilité au genre). On a considéré qu'il serait plus approprié d'avoir accès à la sensibilité au genre dans le contexte de l'évaluation globale des programmes, des politiques et des plans, et non comme un indicateur isolé.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.2.1	Nombre de pays ayant des politiques et des lignes directrices avec une composante genre sur le VIH/SIDA	15	17	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le PS modifié.</i>
2.2.2	Nombre de pays avec des plans stratégiques nationaux pour les professionnels de la santé, y compris des politiques et des procédures de gestion sur les incitations, la réglementation et la rétention, en se penchant sur les questions spécifiques soulevées par le VIH/SIDA, la TB et le PALUDISME	3	7	OUI	Cible atteinte pour la TB. <i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>
2.2.3	Nombre de pays opérant un suivi de l'accès aux services de santé avec une composante sexospécifique pour le VIH/SIDA	3	10	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>

<b>RER 2.3: États membres 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 autres produits pour la prévention et le traitement du VIH, de la TB et du paludisme.</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
Évaluation RER : Sept cibles sur sept atteintes.					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.3.1	Nombre de pays mettant en œuvre des lignes directrices révisées/mises à jour pour le diagnostic et le traitement de la TUBERCULOSE	0/27	15/27	OUI	Alors que l'indicateur a été atteint, de nouvelles lignes directrices mises à jour ont été élaborées. En conséquence, <i>les cibles ont été révisées dans le PS modifié.</i>
2.3.2	Nombre de pays mettant en œuvre des lignes directrices révisées/mises à jour pour le diagnostic et le traitement du PALUDISME	16/21	18/21	OUI	<i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le PS modifié.</i>
2.3.3	Nombre de pays ayant une incidence élevée de PALUDISME causé par le P. falciparum qui utilisent une polythérapie à base d'artémisinine	6/13	8/13	OUI	<i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le PS modifié.</i>
2.3.4	Nombre de pays recevant un soutien pour accroître l'accès aux médicaments essentiels abordables pour la TUBERCULOSE	27	29	OUI	<i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le PS modifié.</i>
2.3.5	Nombre de pays où le paludisme est endémique recevant un soutien pour accroître l'accès à des médicaments abordables pour le PALUDISME	21/21	21/21	OUI	<i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le PS modifié.</i>
2.3.6	Nombre de pays qui participent au mécanisme du Fonds stratégique pour des médicaments essentiels abordables pour le VIH/SIDA.	18	19	OUI	
2.3.7	Nombre de pays mettant en œuvre un dépistage de qualité assurée de tous les dons de sang pour le VIH	32	35	OUI	

<b>RER 2.4 : Systèmes régionaux et nationaux de surveillance, de suivi et d'évaluation renforcés et élargis afin de suivre les progrès sur la voie des cibles et les allocations de 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 résistance aux médicaments</b>					<b>Présentant des risques</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Huit des neuf cibles d'indicateur atteintes.</p> <p>Ce RER porte sur la surveillance pour le VIH, la TB, et le paludisme. Les indicateurs sur le suivi des allocations financières ont été annulés dans le PS modifié. Le RER fait maintenant uniquement référence à la surveillance, qui demeure un défi.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.4.1	Nombre de pays qui collectent, analysent et communiquent régulièrement des données sur la couverture de la surveillance, les résultats et les données d'impact sur le VIH en utilisant les méthodologies normalisées de l'OPS/OMS, y compris une désagrégation appropriée en fonction de l'âge et du sexe	27	30	OUI	
2.4.2	Nombre de pays qui collectent, analysent et communiquent régulièrement des données sur la couverture de la surveillance, les résultats et les données d'impact sur la TUBERCULOSE en utilisant les méthodologies normalisées de l'OPS/OMS, y compris une désagrégation appropriée en fonction de l'âge et du sexe	28	30	OUI	
2.4.3	Nombre de pays qui collectent, analysent et communiquent régulièrement des données sur la couverture de la surveillance, les résultats et les données d'impact sur le PALUDISME en utilisant les méthodologies normalisées de l'OPS/OMS, y compris une désagrégation appropriée en fonction de l'âge et du sexe	21/21	21/21	OUI	
2.4.4	Nombre de pays fournissant à l'OPS/OMS des données annuelles sur la surveillance, le suivi et les allocations financières pour qu'elles soient incluses dans les rapports mondiaux annuels sur la lutte contre la TUBERCULOSE, et les cibles atteintes	27	30	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
2.4.5	Nombre de pays fournissant à l'OPS/OMS des données annuelles sur la surveillance, le suivi et les allocations financières pour qu'elles soient incluses dans les rapports mondiaux annuels sur la lutte contre la coinfection TB/VIH, et les cibles atteintes	18	25	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.4.6	Nombre de pays fournissant à l'OPS/OMS des données annuelles sur la surveillance, le suivi et les allocations financières pour qu'elles soient incluses dans les rapports mondiaux annuels sur la lutte contre le PALUDISME et les cibles atteintes	21/21	21/21	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
2.4.7	Nombre de pays faisant rapport sur la surveillance et le suivi de la résistance aux médicaments contre le VIH, avec des données désagrégées par sexe et par âge	0	10	OUI	Dépassée : 20 pays.
2.4.8	Nombre de pays faisant rapport sur la surveillance et le suivi de la résistance aux médicaments contre la TUBERCULOSE, avec des données désagrégées par sexe et par âge	14/27	19/27	OUI	
2.4.9	Nombre de pays faisant rapport sur la surveillance et le suivi de la résistance aux médicaments contre le PALUDISME, avec des données désagrégées par sexe et par âge	9/21	13/21	NON	11 pays ont atteint les cibles liées à l'indicateur; 1 (BOL) a terminé le projet de rapport; 1 (VEN) a notifié l'absence de progrès en raison des contraintes en ressources

<b>RER 2.5 : États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour:            (a) appuyer l'engagement politique et la mobilisation des ressources au moyen de            plaidoyers et en encourageant des partenariats sur le VIH, le paludisme et la            tuberculose au niveau du pays et au niveau régional ; (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>					Présentant des risques
<p><u>Évaluation RER</u> : Huit cibles d'indicateur sur neuf atteintes.</p> <p>Couvrir les besoins de financement pour le VIH/SIDA représente un défi.            Ces indicateurs ont été réduits à quatre dans le PS modifié. Les indicateurs modifiés ou supprimés sont            identifiés ci-dessous.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référenc e 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.5.1	Nombre de pays avec des partenariats pour la lutte contre le VIH	40	40	OUI	
2.5.2	Nombre de pays avec des partenariats pour la lutte contre la TUBERCULOSE	5/27	8/27	OUI	
2.5.3	Nombre de pays avec des partenariats pour la lutte contre le PALUDISME	21/21	21/21	OUI	<i>Le texte de cet indicateur est modifié dans le PS modifié comme suit : Nombre de pays avec mécanismes de coordination fonctionnels pour le paludisme</i>
2.5.4	Nombre de pays mettant en œuvre des stratégies pour assurer des ressources et une capacité d'absorption adéquates pour la réponse face au VIH	12	15	OUI	<i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le PS modifié.</i>
2.5.5	Nombre de pays mettant en œuvre des stratégies pour assurer des ressources et une capacité d'absorption adéquates pour la réponse face à la TUBERCULOSE	14/27	17/27	OUI	<i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le PS modifié.</i>
2.5.6	Nombre de pays mettant en œuvre des stratégies pour assurer des ressources et une capacité d'absorption adéquat pour la réponse face au PALUDISME	13/21	17/21	NON	Taux de réalisation de 94 % - 16 pays sur 17 ont atteint cet indicateur. <i>Cet indicateur RER a été supprimé dans le PS modifié.</i>

Ind. No.	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.5.7	Nombre de pays qui ont fait participer les communautés, le milieu universitaire, les personnes touchées par la maladie, les organisations de la société civile, et le secteur privé dans la planification, la conception, l'exécution et l'évaluation des programmes VIH	40	40	OUI	
2.5.8	Nombre de pays qui ont fait participer les communautés, le milieu universitaire, les personnes touchées par la maladie, les organisations de la société civile, et le secteur privé dans la planification, la conception, l'exécution et l'évaluation des programmes TUBERCULOSE	3/27	12/27	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
2.5.9	Nombre de pays qui ont fait participer les communautés, le milieu universitaire, les personnes touchées par la maladie, les organisations de la société civile, et le secteur privé dans la planification, la conception, l'exécution et l'évaluation des programmes PALUDISME	13/21	17/21	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

**RER: 2. 6. Nouveaux savoir et outils et stratégie d'intervention élaborés, validés, disponibles et accessibles pour répondre aux besoins prioritaires pour la prévention et le contrôle du VIH, de la tuberculose et du paludisme, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes participant de plus en plus à cette recherche**

**Sur la bonne voie**

Évaluation RER : Cinq cibles d'indicateurs sur cinq atteintes.

Les indicateurs se rapportant à des publications d'examen par les pairs ont été supprimés dans le plan stratégique modifié.

Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.6.1	Nombre d'interventions et de stratégies d'exécution nouvelles ou améliorées pour la TUBERCULOSE dont l'efficacité a été déterminée et pour lesquelles des preuves ont été mises à la disposition des établissements appropriés pour des décisions de politiques	1	2	OUI	
2.6.2	Nombre d'interventions et de stratégies d'exécution nouvelles ou améliorées pour le PALUDISME dont l'efficacité a été déterminée et pour lesquelles des preuves ont été mises à la disposition des établissements appropriés pour des décisions de politiques	0	1	OUI	

Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
2.6.3	Nombre de publications examinées par des pairs résultant de la recherche appuyée par l'OPS/OMS sur le VIH/SIDA pour lesquelles l'établissement de l'auteur principal est basé en Amérique latine ou dans les Caraïbes	0	3	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
2.6.4	Nombre de publications examinées par des pairs résultant de la recherche appuyée par l'OPS/OMS sur le PALUDISME pour lesquelles l'établissement de l'auteur principal est basé en Amérique latine ou dans les Caraïbes	0	2	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
2.6.5	Nombre de publications examinées par des pairs résultant de la recherche appuyée par l'OPS/OMS sur la TB pour lesquelles l'établissement de l'auteur principal est basé en Amérique latine ou dans les Caraïbes	0	2	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>



**OS3 : Prévenir et réduire les maladies, les handicaps et les décès précoces dus à des pathologies chroniques non transmissibles, à des troubles mentaux, à la violence et à des traumatismes**

**Présentant  
des  
risques**

## **1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE**

### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

117. Afin de réaliser les cibles de l'OS en 2013, des efforts continus en vue d'augmenter l'engagement financier et politique sont nécessaires, ainsi que la mise en œuvre de programmes comprenant une approche multisectorielle et intégrée pour la prévention des maladies chroniques, de la violence, des handicaps, des troubles mentaux et des maladies orales.

### *Évaluation 2008-2009*

#### *Principales réalisations au cours de la période biennale :*

118. L'approbation de la Résolution du Conseil directeur en octobre 2008 CD 48.R20, « Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : appel à l'action dans la Région » a constitué une étape importante pour améliorer l'engagement des ministères de la santé en matière de prévention de la violence et des traumatismes. Des réunions annuelles (2008 et 2009) ont été organisées avec tous les points focaux des Ministères de la Santé dans la région pour aligner les objectifs stratégiques de l'OPS avec les programmes des pays. L'appui des Centres de collaboration de l'OPS/OMS (CC) a également été demandé. Un programme de formation virtuel sur la prévention de la violence et des traumatismes est disponible pour le renforcement des capacités pour les points focaux des Ministères de la Santé. Les pays qui ont accompli des progrès dans ce domaine comprennent le Brésil, le Mexique, le Panama, le Paraguay et l'Uruguay.

119. La première Réunion ministérielle des Amériques sur la prévention de la violence et des traumatismes, organisée par le Ministre mexicain de la Santé et l'Organisation panaméricaine de la santé à Mérida (Mexique), 14 mars 2008, a adopté la Déclaration ministérielle sur la prévention de la violence et des traumatismes dans les Amériques, soulignant la nécessité de déployer des efforts additionnels pour résoudre ce grave problème de santé publique/développemental.

#### *Défis ayant une incidence sur la performance :*

- Ressources insuffisantes pour prévenir et contrôler comme il se doit les maladies chroniques non transmissibles (MCNT) et leurs facteurs de risque, y compris des capacités et des compétences limitées à tous les niveaux.
- Approches multisectorielles et intégrées limitées pour élargir les interventions en vue de traiter efficacement les MCNT et leurs facteurs de risque.

- Capacité limitée de développer ou renforcer des politiques basées sur des données factuelles, la législation et des stratégies pour traiter les MCNT et leurs facteurs de risque, y compris des informations insuffisantes sur les facteurs de risque.
- Nécessité de renforcer et de consolider les programmes nationaux de santé mentale, y compris les ressources financières et humaines ;
- Nécessité d'accroître la priorité de la santé mentale et des handicaps dans les programmes de santé, y compris la promotion et la prévention chez les enfants et les jeunes. La recherche dans ces domaines doit également être renforcée.
- La majeure partie des preuves actuelles d'interventions efficaces pour la prévention de la violence est concentrée dans des pays à revenu élevé. Ceci constitue un défi puisqu'il reste à voir si des interventions efficaces dans le contexte de pays à revenu élevé seront aussi efficaces dans d'autres pays.
- La durabilité de l'approche intersectorielle dans la sécurité routière reste un défi.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget-programme approuvé (PB 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du PB 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
28 000 000	21 011 216	75 %	18 810 239	90 %

120. Il y avait un écart de financement de 7 millions USD entre le budget approuvé et les ressources allouées. Bien que le taux d'exécution de 90 % soit satisfaisant, les efforts importants de formation et d'affectation du personnel aux programmes dans les pays devraient se traduire par un niveau d'exécution plus élevé. Le budget au cours des périodes biennales à venir devrait être légèrement augmenté, même si l'on pense qu'il ne sera pas néanmoins à la hauteur du fardeau que ces maladies représentent pour les services de santé. Les principaux partenaires pour cet OS comprenaient Bloomberg, le Gouvernement de l'Espagne, PHCA, US/CDC et la Fondation mondiale pour le diabète (WDF).

### Enseignements tirés

- Des changements de gouvernement ainsi que la rotation du personnel technique ont eu une incidence sur la performance. Pour remédier à cette situation, il est nécessaire de nommer des points focaux fixes au sein des Ministères de la Santé pour garantir la durabilité des engagements et des interventions.
- Un grand nombre de pays utilisent la Stratégie régionale pour les maladies chroniques pour développer leur plan national ; il est nécessaire d'élaborer des lignes directrices de gestion des programmes pour poursuivre ce processus.

- Il est important d'intégrer les maladies et les pathologies chroniques dans les services de soins de santé primaires, et de favoriser une approche intégrée et multisectorielle pour aborder leurs facteurs de risque et les déterminants sociaux de la santé.
- La priorité accordée aux MCNT au niveau des pays augmente. La plupart des nouvelles unités de coordination et des points focaux ont besoin de formation et d'outils pour exécuter leurs fonctions. La prévention des handicaps devrait faire partie intégrale des programmes de prévention.
- Les pays ont mis en place des programmes de santé mentale ; cependant, l'exécution est inefficace et faible, en particulier sur le plan de l'élaboration d'un modèle communautaire pour la santé mentale. Les capacités normatives et de gestion dans la santé mentale au sein des Ministères de la Santé doivent également être renforcées.
- Les pays n'ont pas la capacité adéquate pour collecter, analyser et utiliser les informations sur la santé mentale. Des indicateurs pour le suivi de la mise en œuvre des résolutions sur les handicaps et la réadaptation doivent être élaborés.
- Jusqu'à récemment, l'accent dans le domaine de la violence était essentiellement mis sur l'atténuation de ses effets par l'entremise d'actions telles que l'amélioration des services aux victimes. Bien que ce travail doive continuer, il est nécessaire de renforcer à la fois les preuves et les capacités de la santé et d'autres secteurs pour mettre en exergue la prévention primaire de la violence.
- Davantage d'attention doit être accordée aux interventions pour prévenir la violence parmi les jeunes.
- Davantage d'attention doit être accordée au renforcement de la capacité des principales parties prenantes pour suivre et évaluer de façon adéquate les programmes liés à la violence.
- La violence est intrinsèquement liée à divers autres domaines liés à la santé, comme l'alcool, le VIH/SIDA, la mortalité maternelle, entre autres. Des efforts plus importants doivent être déployés pour promouvoir des politiques et des programmes qui reconnaissent ces liens et les abordent dans une perspective intégrée.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 3.1: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour accroître l'engagement politique, financier et technique en vue de traiter des pathologies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, de la sécurité routière, et des handicaps</b>					<b>Présentant des risques</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Six cibles d'indicateur sur six atteintes.</p> <p>L'engagement politique et financier a sensiblement augmenté pour traiter l'épidémie de maladies chroniques au niveau national, sous-régional et régional bien qu'il doive encore s'intensifier pour faire face au fardeau. Des efforts additionnels doivent être faits dans les secteurs de la santé mentale, des traumatismes, de la violence et des handicaps.</p> <p>Bien que toutes les cibles d'indicateur RER aient été réalisées, la portée du RER n'a pas été entièrement couverte. Il est nécessaire d'accroître l'engagement politique et financier pour assurer la réalisation du RER au cours des périodes biennales futures. Les indicateurs ont été modifiés dans le plan Stratégique modifié pour mesurer de façon adéquate toute la portée du RER.</p>					
3.1.1	Nombre de pays dont les Ministères de Santé ont un point focal ou une unité pour la sécurité routière et la prévention de la violence dans leur propre budget	9	14	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
3.1.2	Nombre de pays dont les Ministères de la Santé ont une unité pour la santé mentale et l'abus de substances psychoactives dans leur propre budget	24	28	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
3.1.3	Nombre de pays dont les Ministères de la Santé ont une unité ou un département pour les pathologies chroniques non transmissibles dans leur propre budget	21	26	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
3.1.4	Nombre de pays où une campagne de plaidoyer intégrée pour les pathologies chroniques et la promotion de la santé a été entreprise	3	10	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
3.1.5	Nombre de pays qui ont une unité ou un point focal au sein du Ministère de la Santé (ou l'équivalent) sur la prévention des handicaps et la réadaptation	10	13	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
3.1.6	Forum de partenaires pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques mis en place, y compris le secteur public, privé et la société civile	0	1	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

<b>RER 3.2: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations sur les pathologies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, la sécurité routière, les handicaps, et les maladies orales</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Sept cibles d'indicateur sur sept atteintes (il est nécessaire de vérifier la réalisation du 3.2.4), y compris une qui a été dépassée.</p> <p>Des politiques, des stratégies et des réglementations concernant les pathologies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, la sécurité routière, les handicaps et les maladies orales sont rapidement élaborées et mises en œuvre. Les systèmes de suivi des politiques et des lois sont renforcés.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
3.2.1	Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux pour la prévention de la violence et des traumatismes dus aux accidents de la circulation	15	17	OUI	La résolution du Conseil directeur (CD48/20 – « Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : appel à l'action dans la Région ») a constitué une étape importante pour renforcer l'engagement des Ministères de la Santé dans les activités de prévention de la violence et des traumatismes et a contribué à l'élaboration de plans nationaux.
3.2.2	Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux pour les handicaps, y compris la prévention, la gestion et la réadaptation conformément aux lignes directrices de l'OPS/OMS et aux résolutions du Conseil directeur	5	8	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le nouveau plan stratégique (PS) approuvé en septembre 2009</i>

Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
3.2.3	Nombre de pays qui mettent en œuvre un plan national de santé mentale conformément aux lignes directrices de l'OPS/OMS et aux résolutions du Conseil directeur	26	29	OUI	
3.2.4	Nombre de pays qui mettent en œuvre une politique et un plan nationaux pour la prévention et le contrôle des pathologies chroniques non transmissibles	15	32	OUI	Dépassée : 33 pays. <i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
3.2.5	Nombre de pays dans le réseau CARMEN (une initiative pour la prévention et le contrôle intégrés des maladies non transmissibles dans les Amériques)	22	27	OUI	Dépassée : 29 pays sont maintenant membres du Réseau CARMEN. <i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
3.2.6	Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux globaux pour la prévention de la cécité et des troubles visuels	7	11	OUI	Plan régional approuvé lors du 49 <sup>e</sup> Conseil directeur en 2009.
3.2.7	Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans nationaux globaux pour la prévention des maladies orales	27	29	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

<b>RER 3.3: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour améliorer la capacité à collecter, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des pathologies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes dus aux accidents de la circulation et des handicaps</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : F=Quatre cibles d'indicateur sur cinq atteintes et une non évaluée.</p> <p>Il n'y a pas de risque prévu de compromettre la réalisation des cibles futures.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
3.3.1	Nombre de pays qui ont un document publié contenant une compilation nationale des données sur la mortalité et la morbidité dues à la violence et aux traumatismes des accidents de la circulation	12	16	OUI	Le rapport de situation mondial et le rapport de situation régional sur la sécurité routière ont été réalisés avec la contribution de 32 pays de la région.
3.3.2	Nombre de pays avec des systèmes d'information et des rapports officiels publiés sur l'incidence, la prévalence et d'autres indicateurs de handicaps, selon la classification internationale des critères de fonctionnement, de handicap et de santé (ICF)	8	10	OUI	
3.3.3	Nombre de pays avec des systèmes d'information nationaux et des rapports annuels qui incluent les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'abus de substance psychotiques	20	24	OUI	
3.3.4	Nombre de pays avec un système national de rapports sur la santé et de rapports annuels qui comprennent des indicateurs des pathologies chroniques non transmissibles et de leurs facteurs de risque	15	28	OUI	
3.3.5	Nombre de pays documentant le fardeau des troubles de l'audition et visuels comprenant la cécité	8	10	s/o	<i>Non évalué puisque cet indicateur a été supprimé au début de la période biennale.</i>

<b>RER 3.4 : Meilleures données factuelles compilées par le Bureau sur la rentabilité des interventions en matière de pathologies chroniques non transmissibles, de troubles mentaux et comportementaux, de violence, de traumatismes dus aux accidents de la circulation, de handicaps, et de santé orale</b>					<b>Présentant des risques</b>
<u>Évaluation RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.					
Des progrès satisfaisants ont été accomplis sur le plan des indicateurs de rentabilité de la santé mentale, de la réadaptation et de la santé orale.					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
3.4.1	Nombre d'interventions rentables pour la gestion de certains troubles mentaux et neurologiques (dépression, psychose, et épilepsie) préparées et mises à disposition	1	2	OUI	
3.4.2	Nombre de pays avec des études de rentabilité sur la violence et la sécurité routière réalisées et diffusées	8	10	OUI	
3.4.3	Nombre d'interventions de santé orale rentables avec une évaluation du coût régional de leur mise en œuvre	4	6	OUI	

<b>RER 3.5: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour la préparation et l'exécution de programmes multisectoriels et sur l'ensemble de la population pour promouvoir la santé mentale et la sécurité routière et pour prévenir les pathologies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, et les traumatismes, ainsi que les troubles de l'audition et visuels, y compris la cécité</b>					<b>Présentant des risques</b>
<u>Évaluation RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes.					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
3.5.1	Nombre de pays mettant en œuvre les stratégies recommandées par l'OPS/OMS pour la prévention des handicaps sur l'ensemble de la population, y compris les troubles de l'audition et visuels, et la cécité	6	8	OUI	
3.5.2	Nombre de pays mettant en œuvre des programmes multisectoriels sur l'ensemble de la population pour la prévention de la violence et des traumatismes et la promotion de la sécurité routière	13	15	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>



Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
3.5.3	Nombre de pays mettant en œuvre un plan national de santé mentale qui intègre la promotion de la santé mentale, et la prévention des troubles comportementaux et de l'abus de substances psychotiques	0	5	OUI	
3.5.4	Nombre de pays mettant en œuvre la stratégie régionale pour une approche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies chroniques, y compris le régime alimentaire et l'activité physique	2	10	OUI	

<b>RER 3.6: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer leurs systèmes de santé et sociaux pour la prévention et la gestion intégrées des pathologies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes dus aux accidents de la circulation, et des handicaps</b>					<b>Présentant des risques</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur cinq atteintes, dont une dépassée.</p> <p>Les indicateurs liés à la santé mentale, aux handicaps et à la réadaptation ont été atteints et des progrès ont été accomplis sur les indicateurs restants, bien qu'il y ait quelques problèmes ou retards dans certains pays, ou sur un certain nombre de jalons et de cibles initialement prévus pour établir des liens.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
3.6.1	Nombre de pays qui appliquent les lignes directrices de l'OMS sur la prévention de la violence et des traumatismes dans leurs services de santé	12	15	NON	Bien qu'au niveau régional les lignes directrices de l'OMS aient été largement diffusées, il est difficile de savoir quels sont les pays qui les avaient appliquées.
3.6.2	Nombre de pays qui utilisent les recommandations du rapport mondial sur les handicaps et la réadaptation et les résolutions connexes de l'OPS/OMS, et ont élaboré et mis en œuvre des directives nationales, des protocoles et des normes pour la prévention des handicaps et la prise en charge des personnes souffrant de handicaps.	5	9	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
3.6.3	Nombre de pays procédant à une évaluation systématique de leurs systèmes de santé mentale au moyen des outils OMS-AIMS (instrument d'évaluation pour les systèmes de santé mentale)	8	12	OUI	Dépassée avec 15 pays.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
3.6.4	Nombre de pays mettant en œuvre les stratégies intégrées de soins de santé primaires recommandées par l'OMS dans la gestion des pathologies chroniques non transmissibles	10	17	OUI	
3.6.5	Nombre de pays ayant des services renforcés du système de santé pour le traitement du tabagisme résultant des recommandations de politique de l'OMS	6	12	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>

**OS4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant les principales étapes de la vie, y compris la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, et améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé pour tous les individus**

**Sur la bonne  
voie**

## 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

121. Le programme est sur la bonne voie pour réaliser les RER de l'OS4 en 2013. Les pays devraient accorder la priorité à cet objectif stratégique au cours de la prochaine période biennale. Une importance particulière sera accordée aux « pays à fort impact »<sup>5</sup> pour la réalisation des cibles et indicateurs de l'OS4 en 2013.

### *Évaluation 2008-2009*

122. Au cours de cette période biennale, il a été possible de commencer le processus de diffusion des interventions néonatales basées sur des preuves (EBNI) avec l'approche de continuum de soins dans les pays prioritaires et à fort impact pour ce qui est de l'OMD 4. Parmi les outils fournis aux pays pour rassembler des données infranationales on trouvait le « Profil de la santé infantile et néonatale en vue de réaliser l'OMD 4. »

123. Dans quatre (la Bolivie, le Guyana, le Honduras, le Nicaragua) des cinq pays prioritaires, l'expansion de la stratégie de gestion intégrée des maladies infantiles (IMCI) est en cours, liée à d'autres secteurs multisectoriels dans le pays. D'autres pays élargissent également l'IMCI aux groupes vulnérables.

124. Les plans régionaux pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes adultes, et pour promouvoir le vieillissement en bonne santé ont été approuvés. Le Partenariat pour la santé et le développement a été mis en place, avec la participation des agences du Système des Nations Unies.

---

<sup>5</sup> Les « pays à fort impact » sont les 10 pays qui ont les taux de mortalité infantile et maternelle les plus élevés dans la région. Parmi eux, on trouve les 5 pays clés.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget-programme approuvé (PB 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du PB 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
37 190 000	24 742 913	67 %	21 134 170	85 %

125. Sur le total des fonds disponibles pour la période biennale, 13M USD (54 %) provenaient d'autres sources.

- L'OS était nettement sous-financé, avec seulement 67 % de son budget approuvé pour la période biennale bien qu'il figure comme priorité n° 1 dans le Plan stratégique. Cependant, le taux d'exécution des fonds disponibles s'est situé au-dessous de la moyenne par rapport aux autres OS.
- Au cours de la période biennale 2008-2009, l'OS4 a reçu un appui fort de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et de l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo -AECID). Ces contributions devraient se poursuivre au cours de la prochaine période biennale.

#### Enseignements tirés

126. Les enseignements tirés au cours de cette période biennale sur le plan de la réalisation des RER et des indicateurs dans le cadre de cet OS s'appliquent également à l'OS2 et à l'OS9 (tous sous le même coordonnateur).

- Le niveau de financement de l'OS n'a pas été conforme à la priorité assignée dans le Plan stratégique (PS).
- L'intégration de différents programmes et entités utilisant une approche sur le cours de la vie pour obtenir les résultats du PS constituera un défi important pour la prochaine période biennale.

127. Les OMD 4 et 5 exigeront une priorisation au niveau des pays avec le renforcement des services de santé et des soins de santé primaires.

- Le développement au niveau de la petite enfance doit être inclus dans un plan d'action pour la santé infantile.
- La prévention de la malnutrition aiguë et chronique devrait être une grande priorité pour tous les partenaires et les Ministères de la Santé. Plus d'attention devrait également être accordée aux besoins de santé des personnes âgées.
- À la lumière de la priorité assignée à cet OS, des efforts considérables seront nécessaires pour mobiliser le niveau nécessaire de ressources et pour accroître le taux d'exécution.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 4.1: États membres 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 continuum de soins tout au long de la vie ; à intégrer la fourniture de services ; et à renforcer la coordination avec la société civile, le secteur privé et des partenariats avec les agences de l'ONU et du système interaméricain et d'autres (par exemple des ONG)</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Trois indicateurs sur trois ont été atteints.</p> <p>Les progrès à la fin de la période biennale indiquent que le RER est sur la bonne voie pour atteindre ses cibles en 2013.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
4.1.1	Nombre de pays qui ont des programmes nationaux intégrés de santé maternelle, néonatale, et infantile	2	6	OUI	<i>Cet indicateur a été modifié dans le plan stratégique modifié (PS).</i>
4.1.2	Nombre de pays qui ont une politique d'accès universel à la santé sexuelle et génésique	7	11	OUI	
4.1.3	Nombre de pays qui ont une politique pour promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé	11	15	OUI	

<b>RER 4.2 : États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer la capacité nationale/locale pour produire de nouvelles preuves et interventions ; et pour améliorer la surveillance avec un système d'information sur la santé sexuelle et génésique, et la santé maternelle, néonatale, infantile, adolescente et des personnes âgées</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Trois cibles d'indicateurs sur trois ont été atteintes.</p> <p>Le RER est sur la bonne voie pour atteindre ses cibles en 2013.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
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 adolescente, avec des informations désagrégées sur la base de l'âge, du sexe et de l'appartenance ethnique	11	15	OUI	
4.2.2	Nombre de revues systématiques du PASB sur les pratiques exemplaires, la recherche opérationnelle, et les normes de soin	0	5	OUI	
4.2.3	Nombre de centres d'excellence responsables de la recherche opérationnelle, de la fourniture des services, et cours de formation qui renforcent la capacité nationale	12	15	OUI	

<b>RER 4.3: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer les actions qui assurent des soins qualifiés pour chaque femme enceinte et chaque nouveau-né, pendant l'accouchement et les périodes postpartum et postnatales</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<u>Évaluation RER</u> : Deux des deux cibles d'indicateur ont été atteintes.					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
4.3.1	Nombres de pays qui ont mis en œuvre des stratégies nationales pour assurer des soins qualifiés à la naissance, y compris les soins prénataux, postnataux, et aux nouveau-nés	10	12	OUI	
4.3.2	Nombre de pays qui adaptent et utilisent des normes et lignes directrices de gestion et techniques avalisées par l'OPS/OMS pour la gestion intégrée de la grossesse et de l'accouchement	5	9	OUI	

<b>RER 4.4: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour améliorer la santé néonatale</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<u>Évaluation RER</u> : Deux des deux cibles d'indicateur atteintes.					
<p>Au cours de cette période biennale, il a été possible de commencer le processus de diffusion des interventions néonatales basées sur des preuves (INBE) avec l'approche de continuum des soins dans les pays prioritaires et à fort impact pour ce qui est de l'OMD 4. Parmi les outils fournis aux pays pour rassembler des données infranationales, on trouvait le « Profil de la santé infantile et néonatale en vue de réaliser l'OMD 4. » En dépit de l'épidémie H1N1 qui a changé l'orientation des actions du personnel des Ministères de la Santé pendant plusieurs mois en 2009, on conclut que les progrès sur la voie de la réalisation des cibles 2013 sont satisfaisants. Les résultats indiquent que les progrès sont sur la bonne voie pour atteindre les cibles en 2013.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
4.4.1	Nombre de pays avec des stratégies néonatales utilisant l'approche de continuum des soins, y compris la composante néonatale de la gestion intégrée des maladies infantiles (IMCI)	4	8	OUI	
4.4.2	Nombre de lignes directrices et d'outils élaborés et diffusés pour améliorer les soins et la survie néonataux	4	6	OUI	

<b>RER 4.5: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour améliorer le développement et la santé infantiles, en tenant compte des accords internationaux</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Deux cibles d'indicateur sur deux atteintes.</p> <p>Des progrès considérables ont été accomplis sur le plan de la réalisation des indicateurs dans des pays cibles pour 2013. Des progrès significatifs ont été accomplis dans quatre (la Bolivie, le Guyana, le Honduras, et le Nicaragua) des cinq pays prioritaires, où une vaste expansion de la stratégie IMCI est en cours, liée à d'autres secteurs multisectoriels dans les pays. La Colombie, le Paraguay, le Pérou, et l'Équateur élargissent aux secteurs les plus vulnérables les activités transversales IMCI auprès des populations autochtones, contre la TB, la maladie de Chagas, les activités pour la nutrition, et la sexospécificité. Au Paraguay, les composantes IMCI et syphilis congénitale seront intégrées en 2010. Au Nicaragua, en Équateur, en République Dominicaine, et au Guyana, l'IMCI est liée aux composantes pédiatriques du VIH. La composante communautaire de la stratégie IMCI est liée dans le cadre du renouvellement des soins de santé primaires, tout particulièrement au Paraguay, à la stratégie nationale des unités de soins de santé primaires (Unidades de Atención Primaria De Salud) en utilisant l'IMCI comme cadre pour l'élargissement. Au Pérou, en Colombie, et en Équateur, les gouvernements allouent plus de ressources financières et humaines pour la santé infantile en utilisant des fonds nationaux en raison du succès et des enseignements tirés de la stratégie IMCI. Des facilitateurs communautaires cliniques ont été formés pour renforcer la capacité locale et pour soutenir les actions. Une approche Sud-Sud est employée pour le partage des expériences et des ressources entre les pays, en particulier entre les écoles de personnel infirmier en Bolivie et au Paraguay. Le Panama, le Guatemala, El Salvador, et Belize (pays cibles 2013) continuent à élargir l'IMCI avec des ressources et la coopération techniques. De nouveaux outils ont été élaborés pour soutenir l'expansion dans les pays (<i>Guía de Planificación Operacional, Guía de Población Indígena en el contexto de AIEPI Comunitario, et Guía de Capacitación para los Agentes Comunitarios de Salud</i> (avec A (H1N1)). Les technologies de formation cliniques IMCI à distance (SMS et ICATT) ont été davantage testées sur le terrain dans la Région et le travail avec l'Église adventiste du septième jour s'est poursuivi. Au cours de la période biennale, le financement pour ces RER et l'OMD4 était limité. Les perspectives futures sont bonnes.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
4.5.1	Nombre de pays qui ont élargi la couverture géographique de la gestion intégrée des maladies infantiles (IMCI) à plus de 75 % des entités infranationales ciblées dans leurs services de santé	8	10	OUI	
4.5.2	Nombre de pays mettant en œuvre l'approche des pratiques familiales clés de l'OMS/OPS au niveau de la communauté pour renforcer les soins de santé primaires	9	10	OUI	

<b>RER: 4.6 : États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies sur le développement et la santé des adolescents</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Deux cibles d'indicateur sur deux atteintes.</p> <p>Les résultats sont prometteurs pour la réalisation des cibles 2013. Les acquis et la focalisation devraient être maintenus dans les pays cibles au cours de la prochaine période biennale. On pense qu'avec le nouveau Plan régional pour la santé adolescente il sera possible de renforcer les plans nationaux et d'améliorer la gestion clinique des services de santé.</p> <p>Le soutien de l'initiative Norvège-Sida, qui a financé le Plan d'action régional, a joué un rôle essentiel pour la réalisation des indicateurs.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
4.6.1	Nombre de pays avec des programmes nationaux dans le développement et la santé des adolescents	10	12	OUI	
4.6.2	Nombre de pays mettant en œuvre une série complète de services dans la santé des adolescents et le développement des jeunes (gestion intégrée des besoins des adolescents [IMAN]).	3	10	OUI	

<b>RER 4.7: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de la santé génésique, en mettant l'accent en particulier sur l'accès équitable aux services de santé génésique</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Deux cibles d'indicateur sur deux atteintes.</p> <p>Les résultats indiquent que des progrès satisfaisants sont accomplis sur le plan de la réalisation des cibles en 2013.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
4.7.1	Nombre de pays qui ont passé en revue les politiques de santé publique liées à la santé génésique	7	10	OUI	Dépassée : 13 pays
4.7.2	Nombre de pays qui ont adopté la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé génésique	5	8	OUI	



<b>RER 4.8: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour accroître le plaidoyer en faveur du vieillissement comme question de santé publique, et maintenir une capacité fonctionnelle maximum tout au long de la vie</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Deux cibles d'indicateur sur deux atteintes.</p> <p>On estime que les cibles d'indicateur seront atteintes en 2013. L'approbation de la Stratégie et du Plan d'action pour le vieillissement en bonne santé devrait devenir une incitation importante pour les pays. Les indicateurs ont été fusionnés dans la version modifiée du Plan stratégique, pour aligner le processus de suivi avec celui de l'OMS.</p>					
Ind. N°	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
4.8.1	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques communautaires axées sur le renforcement de la capacité des soins de santé primaires à favoriser le vieillissement en bonne santé	5	7	OUI	<i>Indicateur modifié dans le PS modifié.</i>
4.8.2	Nombre de pays qui ont des programmes multisectoriels pour renforcer la capacité des soins de santé primaires à favoriser le vieillissement en bonne santé	9	10	OUI	<i>Indicateur modifié dans le PS modifié.</i>

**OS5 : Réduire les conséquences sur la santé des urgences, des catastrophes, des crises et des conflits, et réduire au minimum leur impact social et économique**

**Sur la  
bonne  
voie**

## 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

128. Tout les RER dans le cadre de cet OS sont sur la bonne voie pour être réalisés d'ici à 2013. Cette situation reflète non seulement le niveau de l'engagement dans le processus de planification, mais également la capacité de l'Organisation à appuyer les pays pour qu'ils obtiennent un meilleur niveau de préparation. Toutes les cibles d'indicateur ont été atteintes pour la période biennale 2008-2009 et, à ce rythme, les buts de 2013 seront également atteints. Un défi important pour cet OS a trait au fait que les États membres modifient constamment leurs priorités, opèrent des rotations de personnel ou remplacent le personnel en place, font face à de nouvelles priorités, ou subissent des réorganisations importantes au sein de leurs Ministères de la Santé et d'autres établissements connexes.

129. L'OS5 a été minutieusement planifié et basé sur des données obtenues dans le cadre de l'enquête sur l'état de préparation face aux catastrophes et du rapport sur l'état d'avancement de la réponse, réalisés avec le soutien de PED en 2006-2007. De plus, de petites révisions ont été apportées à certains indicateurs et d'autres indicateurs ne concernant pas la région ont été supprimés dans la dernière révision approuvée du Plan stratégique de l'OPS. Il convient de noter, toutefois, que des catastrophes majeures, telles que le tremblement de terre en Haïti du 12 janvier 2010 et le tremblement de terre au Chili du 27 février 2010, pourraient retarder la réalisation de certaines cibles dans des pays spécifiques. Dans certaines circonstances, dans la mesure où du personnel de l'Organisation et des experts de la Région sont affectés pour répondre à ces situations d'urgence graves, des retards peuvent se produire au niveau des cibles définies au niveau régional.

### *Évaluation 2008-2009*

#### *Principales réalisations au cours de la période biennale :*

130. La principale réalisation a été la réponse coordonnée face à la pandémie H1N1. Cela a été possible grâce au travail effectué par les bureaux dans les pays, les différents départements administratifs de l'Organisation, HSD, PED et des centaines de membres du personnel qui ont fait des heures supplémentaires et se sont parfois exposés à des risques inconnus. Au nombre des autres progrès réalisés au cours de la période biennale sur cet OS, on peut mentionner : la mise en place d'un indice de sécurité hospitalière en tant qu'outil de mesure, la mise en œuvre du pôle santé lorsque cela est nécessaire, et l'augmentation des alliances pour la réduction des catastrophes avec de nouveaux partenariats, y compris le leadership du groupe multi agences des

agences des Nations Unies et d'ONG qui ont élaboré une initiative modèle sur les dons appropriés (voir [www.saberdonar.org](http://www.saberdonar.org)).

*Défis ayant une incidence sur la performance :*

131. Le défi principal au cours de cette période biennale a été la réponse à la pandémie H1N1, la première pandémie comme défini par le Règlement sanitaire international. Cette réponse a été encore compliquée par le fait que cette pandémie a commencé dans la Région, et les conséquences et la gravité n'ont pas été connues pendant les premières semaines. La participation de toute l'Organisation et la coopération entre les pays de la Région ont contribué à rendre la réponse possible et ont permis de poursuivre la mise en œuvre du Plan stratégique.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget-programme approuvé (PB 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du PB 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
35 000 000	49 264 502	141 %	44 403 494	90 %

- Le niveau de mise en œuvre est élevé (90 %), en particulier si on le mesure par rapport au montant élevé de fonds disponibles et au montant limité du BO et de personnel à temps plein affecté à la préparation et la réponse face aux catastrophes.
- La mobilisation des ressources a été extrêmement réussie. L'OS5 a eu le plus fort pourcentage de mobilisation de ressources dans le budget approuvé (141 %) et le second en montant total (41 millions USD d'autres sources). Ce succès est dû à la participation importante de la communauté internationale dans des opérations de réponse et, au cours de cette période biennale, à la réponse à la pandémie. L'intérêt des partenaires dans des opérations de réponse au-delà de la préparation et de l'atténuation est préoccupant. Des fonds de réponse ne peuvent pas être utilisés pour couvrir les activités fondamentales et les dépenses en personnel.
- Les principaux partenaires/donateurs pour la préparation et la réponse aux catastrophes sont actuellement : l'Agence canadienne de développement international (ACDI), l'Office de l'aide aux catastrophes étrangères des États-Unis (OFDA), l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (Agencia Espanola de Cooperación Internacional para el Desarrollo -AECID), le département d'aide européen de la Commission européenne (ECHO), le Département d'État des États-Unis, l'Agence suédoise de coopération au développement international (ASDI), la Banque interaméricaine de développement (BID) et la Banque mondiale (BM).

### Enseignements tirés

- L'Organisation ne peut répondre aux urgences à grande échelle que si toutes les parties de l'Organisation, y compris les entités techniques, stratégiques et administratives, sont impliquées dans les opérations.

- Le maintien de niveaux élevés de réponse efficace et rapide exigera une participation croissante de l'ensemble de l'Organisation, la révision des mécanismes régionaux de réponse et une aide financière croissante pour la préparation face aux situations d'urgence.
- Les projets de reconstruction durent en général plus de six mois, donc l'identification d'experts et de coordonnateurs de pôles d'activités est difficile. Les bureaux dans les pays doivent également recevoir une formation additionnelle sur les responsabilités et procédures d'activités multiples.
- Même si les projets de reconstruction à la suite des catastrophes (comme les centres de santé, les hôpitaux, les systèmes d'eau) ont été mis en œuvre avec succès, les mécanismes institutionnels et administratifs ne sont pas en place au sein du PASB pour faciliter leur exécution. L'Organisation doit décider de son niveau de participation dans les phases de reconstruction après les catastrophes.
- Au cours des dernières années, une augmentation de la participation de la communauté internationale et des partenaires financiers aux opérations de réponse au détriment des activités de préparation et d'atténuation a été constatée. Cela est préoccupant, dans la mesure où les catastrophes ne peuvent être atténuées qu'avec des investissements dans l'état de préparation.
- Des communications et des partenariats efficaces avec une vaste gamme d'acteurs sont essentiels pour obtenir des gains sur le plan de la réduction des risques de catastrophe et de l'état de préparation.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS POUR L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 5.1 : États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour l'élaboration et le renforcement des plans et programmes de préparation d'urgence à tous les niveaux</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes et dépassées.</p> <p>Bien que la Région ait eu à faire face au début d'une pandémie de gravité inconnue et que, par conséquent, la majeure partie des ressources humaines de la santé de l'OPS et des ministères aient été allouées pour répondre à cette urgence, le niveau de préparation et d'atténuation dans la Région a continué d'augmenter grâce à la mobilisation rapide de financements additionnels et au recrutement de personnel. Tous les indicateurs ont été réalisés au cours de la période biennale 2008-2009 et, à ce rythme, les indicateurs RER 2013 seront également réalisés. Néanmoins, afin d'atteindre les cibles programmées, il est nécessaire d'améliorer la qualité des réalisations et d'intégrer de nouveaux pays (ce qui sera encore plus difficile) avec lesquels travailler au cours des deux prochaines périodes biennales.</p>					
Ind. No.	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
5.1.1	Nombre de pays qui ont élaboré et évalué des plans de préparation aux catastrophes pour le secteur de la santé	23	30	OUI	Dépassée. 31 pays
5.1.2	Nombre de pays où des plans complets de gestion d'un grand nombre de blessés sont en place	14	16	OUI	Dépassée. 21 pays
5.1.3	Nombre de pays élaborant et mettant en œuvre des programmes pour réduire la vulnérabilité de la santé, de l'eau et des infrastructures d'assainissement	9	20	OUI	Dépassée. 21 pays

Ind. No.	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
5.1.4	Nombre de pays qui déclarent avoir un programme sanitaire en cas de catastrophe avec du personnel à temps plein et un budget spécifique	10	11	OUI	Dépassée. 13 pays

<b>RER 5.2 : Soutien en temps opportun et approprié fourni aux États membres pour une assistance immédiate aux populations touchées par les crises</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>Au cours de cette période biennale, l'Organisation a dû faire face non seulement aux catastrophes traditionnelles comme les cyclones et les inondations, mais également à des épidémies générant une déclaration d'urgence nationale, comme la fièvre jaune au Paraguay et la dengue dans plusieurs pays d'Amérique Centrale. Qui plus est, la Région a connu sa première pandémie aux termes du nouveau Règlement sanitaire international. Cela a déclenché, pour la première fois, une réponse qui était non seulement multisectorielle mais à laquelle ont participé tous les pays et tous les établissements de santé de la Région et du monde. La collaboration a eu lieu à tous les niveaux de l'Organisation, non seulement au niveau des unités techniques, mais également des départements administratifs et stratégiques. L'Organisation a répondu à tous les besoins de santé des États membres comme indiqué dans l'évaluation externe récente. Tous les indicateurs ont été réalisés pendant la période biennale 2008-2009. Il ne s'agit pas d'un RER traditionnel, puisque la réalisation des cibles d'indicateur se rapporte à des activités qui se poursuivent, comme le soutien pendant des catastrophes et crises actuelles et futures.</p>					
Ind. No.	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
5.2.1	Proportion d'urgences pour lesquelles des évaluations de la santé et de la nutrition sont mises en œuvre	40 %	65 %	OUI	<i>Indicateur supprimé dans le PS modifié.</i>
5.2.2	Nombre de mécanismes et de groupes de travail régionaux inter agences relatifs aux urgences auxquels l'OPS/OMS participe activement	4	6	OUI	
5.2.3	Proportion d'urgences pour lesquelles des interventions pour la santé maternelle, infantile et des nouveau-nés sont en place	50 %	75 %	OUI	<i>Indicateur supprimé dans le PS modifié.</i>
5.2.4	Proportion d'urgences pour lesquelles une réponse aux situations d'urgence démarre dans les 24 heures qui suivent la demande	100 %	100 %	OUI	

<b>RER 5.3 : États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour réduire le risque dans le secteur de la santé en cas de catastrophe et assurer la récupération la plus rapide pour les populations touchées</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.</p> <p>Dans aucune autre période biennale l'OPS ne s'est engagée aussi profondément dans la reconstruction selon une approche qui dépasse les activités de secours. Des fonds ont été mobilisés pour le rétablissement du secteur de la santé dans tous les événements pertinents comme le tremblement de terre au Pérou, les cyclones en République Dominicaine et à Cuba. Des mesures de réduction des risques de catastrophes ont été intégrées aux nouvelles constructions et/ou aux réparations des installations de santé. Tous les indicateurs ont été réalisés pendant la période biennale 2008-2009. Tous les projets ont été mis en œuvre de manière satisfaisante mais pour un coût institutionnel élevé, dans la mesure où les mécanismes administratifs et autres mécanismes d'exécution sont en phase de développement.</p>					
Ind. No.	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
5.3.1	Proportion d'évaluations des besoins post-conflit et post-catastrophe menées qui contiennent une composante santé sexospécifique	100 %	100 %	OUI	
5.3.2	Proportion de plans d'action humanitaires pour des urgences complexes et d'appels consolidés comprenant des composantes stratégiques et opérationnelles pour la santé	100 %	100 %	OUI	
5.3.3	Proportion de pays dans des situations de transition ou de récupération post-catastrophe bénéficiant des évaluations des besoins et d'appui technique dans les domaines de la santé maternelle et des nouveau-nés, de la santé mentale et de la nutrition	100 %	100 %	OUI	<i>Indicateur supprimé dans le PS modifié.</i>

<b>RER 5.4: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer la préparation, la récupération et la réduction des risques dans des domaines comme les maladies contagieuses, la santé mentale, les services de santé, la salubrité des aliments, et les radiations nucléaires</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<u>Évaluation RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.					
<p>Au cours de cette période biennale, les activités inter programmatiques ont augmenté par rapport à l'état de préparation et à la réduction des risques avec des secteurs comme HDM, SDE, PED, HSS, et GEH. Un plan d'action spécifique a été élaboré conjointement par toutes ces unités et des activités ont été identifiées pour le reste du Plan stratégique, par exemple : développement du cours d'accidents nucléaires et radiologiques ; Équipe régionale de réponse au sein de SDE ; et élaboration d'une politique pour des services d'urgence avec HSS. Tous les indicateurs ont été réalisés pendant la période biennale 2008-2009. Il n'y a aucune raison de croire que l'un quelconque des indicateurs de ce RER pourrait ne pas être réalisé ; cependant, c'est probablement le plus difficile de tous les résultats escomptés sous l'OS5. Pour sa bonne exécution, il exige une vraie volonté de coopération et d'engagement par rapport aux objectifs de l'Organisation de la part de tous les secteurs. Ce RER a des implications inter agences, ce qui se traduit par des activités et des mécanismes de coordination supplémentaires mis en place au niveau régional et sous-régional, en particulier dans le domaine de la réduction des risques.</p>					
Ind. No.	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
5.4.1.	Proportion de pays frappés par des situations d'urgence où une évaluation complète des risques de maladie contagieuse a été menée et où un profil épidémiologique et une trousse à outils ont été élaborés et disséminés auprès des agences partenaires	90 %	100 %	OUI	
5.4.2.	Proportion de situations impliquant des catastrophes naturelles graves ou des conflits pour lesquels un système de surveillance des maladies et d'alerte précoce a été activé et où des interventions de lutte contre les maladies contagieuses ont été mises en œuvre	90 %	100 %	OUI	<i>Indicateur supprimé dans le PS modifié.</i>
5.4.3.	Proportion d'urgences où une coopération technique coordonnée (équipe spéciale du PASB) est fournie, lorsque cela est nécessaire	100 %	100 %	OUI	

<b>RER 5.5: États membres soutenus au moyen de la coopération technique pour renforcer l'état de préparation national et pour établir des mécanismes d'alerte et de réponse pour la salubrité des aliments et les urgences sanitaires environnementales</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>Il a été très difficile de réaliser tous les indicateurs car ce RER comprend trois questions techniques non reliées entre elles : la salubrité des aliments, les urgences chimiques, et les urgences radiologiques, qui sont coordonnées et surveillées par trois secteurs différents du PASB. En outre, une faible priorité a été accordée à ce RER, comme en témoignent les allocations de fonds supplémentaires limitées, en particulier pour la composante de salubrité des aliments. Qui plus est, un grand nombre d'activités programmées pour le deuxième semestre 2009 ont été reportées à la prochaine période biennale en raison de la pandémie de grippe. Des ressources additionnelles sont nécessaires pour s'assurer que les cibles 2013 de ce RER seront atteintes. Les progrès préalables et l'intérêt manifesté par les pays indiquent que les cibles pour la préparation aux urgences chimique et radiologique seront atteintes ou dépassées d'ici à 2013.</p>					
Ind. No.	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
5.5.1.	Proportion d'urgences de santé publique liées à la salubrité des aliments et environnementales où une réponse a été organisée	50 %	60 %	OUI	
5.5.2.	Nombre de pays ayant des plans nationaux pour les activités de préparation, d'alerte et de réponse en ce qui concerne les urgences sanitaires chimiques, radiologiques et environnementales	20	24	OUI	
5.5.3.	Nombre de pays avec des points focaux pour le réseau international des autorités de la salubrité des aliments et pour les urgences sanitaires environnementales	28	29	OUI	
5.5.4.	Nombre de pays parvenant à un état de préparation et menant à bien le stockage des articles nécessaires afin d'assurer une réponse rapide aux urgences chimiques et radiologiques	8	10	OUI	<i>Indicateur supprimé dans le PS modifié.</i>



<b>RER 5.6 : Communications efficaces émises, partenariats formés et coordination 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 au niveau national, régional et mondial</b>					<b>Sur la bonne voie</b>
<p><u>Évaluation RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.</p> <p>Il est intéressant de noter la grande variété d'agences avec lesquelles des partenariats ont été instaurés - des agences de l'ONU (mécanisme multi pays; rapports post-catastrophes, etc.) aux ONG et instances régionales comme le CDERA, CEPREDENAC et CAPRADE. Des établissements universitaires (par exemple, le CISMID- le Centre pour l'ingénierie sismique et l'atténuation des catastrophes et l'Université des Antilles) et des associations professionnelles (comme la Section des Caraïbes de l'Association internationale des ingénieurs de structures) contribuent également de plus en plus aux plans de travail annuels de l'OPS. Tous les indicateurs ont été atteints au cours de la période biennale 2008-2009. Depuis le début du plan stratégique actuel, les indicateurs projetés de ce résultat escompté ont été tenus. Au cours de cette même période, il n'y a eu aucune difficulté qui suggérerait qu'il pourrait y avoir des problèmes pour maintenir la même orientation positive pour le reste du Plan stratégique. En fait, on peut s'attendre à une augmentation des partenariats avec diverses agences et organisations en dehors de la Région. Ceci améliorerait la teneur et la normalisation des communications et des informations sur les catastrophes au niveau mondial et augmenterait la prise de conscience des nombreux produits et réalisations obtenus dans les Amériques.</p>					
Ind. No.	Texte de l'indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
5.6.1.	Proportion d'urgences où le système santé multi pays des Nations Unies est opérationnel, si nécessaire	100 %	100 %	OUI	
5.6.2.	Nombre de mécanismes et de groupes de travail inter agences régionaux liés aux urgences auxquels l'OPS/OMS participe activement	4	8	OUI	Initiative modèle sur les dons appropriés élaborée avec des partenaires.
5.6.3.	Proportion de catastrophes pour lesquelles les rapports de l'ONU et des pays comprennent des informations sanitaires	100 %	100 %	OUI	

**OS6 : Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque tels que l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psycho-actives, les régimes alimentaires malsains, l'inactivité physique et les rapports sexuels non protégés, qui affectent les conditions de la santé**

**En bonne  
voie**

## 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

132. Les cibles établies pour réduire le risque relatif à l'alcool, au tabac et aux maladies non transmissibles (MNT) pour 2013 devraient être atteintes. L'incorporation de la promotion de la santé a été initiée et institutionnalisée et la Foire globale sur les municipalités saines à Buenos Aires s'est avérée une stratégie importante pour promouvoir la santé dans toutes les politiques. Des politiques de lutte contre le tabac basées sur des données probantes ont été mises en œuvre tant au niveau régional qu'au niveau infrarégional. Cinq pays supplémentaires ont adhéré à la Convention cadre de l'OMS sur la lutte contre le tabac – FCTC de l'OMS (Nicaragua, Colombie, Costa Rica, Suriname et Bahamas) et des législations de lutte contre le tabac basées sur des données probantes conformes à la FCTC de l'OMS ont été approuvées en Bolivie, Colombie, au Guatemala, au Mexique, au Panama, à Trinité et Tobago et en Uruguay. Dix (10) pays ont été appuyés au moyen de la coopération technique pour développer des activités visant à réduire les problèmes liés à l'alcool. Ces pays (Argentine, Barbade, Bahamas, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, Jamaïque, Mexique, Paraguay, Pérou, St Kitts et Nevis et Uruguay) qui ont reconnu la surveillance du facteur de risque (FR) et l'ont incluse en tant que responsabilité du gouvernement et du MS, sont à présent les plus avancés au niveau de la promotion de la santé et de la prévention des MNT dans la Région. Il y a également une volonté politique renouvelée pour aborder la promotion de rapports sexuels plus sûrs. Des changements dans les agendas des gouvernements ont ouvert des espaces pour aller au-delà des programmes fondés sur les approches qui ne préconisent que l'abstinence. Il s'est produit une réalisation claire du fait qu'on ne pourra venir à bout du défi de l'épidémie de SIDA que si l'accent est mis très clairement sur la prévention.

133. La Foire globale sur les municipalités saines à Buenos Aires s'est avérée une stratégie importante pour promouvoir la santé dans toutes les politiques. C'était également la première activité régionale qui a pris place dans le processus de préparation de la Journée mondiale de la Santé 2010.

134. Une stratégie régionale sur l'abus de substances psycho-actives devant être discutée en 2010 au Conseil directeur aidera également à réaliser le RER 6.4, qui inclut toutes les substances psycho-actives.

135. Étant donné la crise économique et le nombre et l'importance des catastrophes naturelles récentes, les pays pourraient ne pas voir l'importance d'affronter les problèmes d'une perspective

de santé urbaine. Il faut également noter que l'approbation d'une stratégie mondiale sur l'alcool mènera éventuellement à une stratégie régionale sur l'alcool, nécessitant davantage de ressources humaines et financières aux niveaux régional et des pays. Une stratégie régionale sur l'abus des substances psycho-actives nécessitera également l'allocation de ressources pour les activités des pays. Les ressources humaines manquent dans la plupart des pays et par conséquent, la coopération technique est essentielle à la planification et l'exécution des activités et ces dernières ont besoin de ressources humaines et financières. Pour ce qui est de l'usage du tabac, le risque principal est le manque de ressources, du fait que les fonds proviennent principalement d'autres sources et que la plupart d'entre eux sont affectés à d'autres activités (par ex., le projet Bloomberg : Brésil et Mexique).

### ***Évaluation 2008-2009***

#### *Principales réalisations au cours de la période biennale :*

- Progrès considérables dans la réduction du risque relatif à l'alcool, au tabac et aux MNT ;
- Engagement politique renouvelé en termes de promotion du comportement sexuel sûr ;
- Intégration de la promotion de la santé initiée et institutionnalisée ;
- La Foire globale sur les municipalités saines tenue à Buenos Aires, est une stratégie importante pour promouvoir la santé dans toutes les politiques.

#### *Défis affectant la performance :*

- Manque d'une stratégie mondiale et régionale sur l'alcool ;
- Besoin de renforcer la coordination avec le siège de l'OMS en ce qui concerne les fonds Bloomberg pour la lutte contre le tabac.
- Malgré le fait que la majorité des pays de la Région sont légalement liés à la FCTC de l'OMS (résolution DC 48/12 en 2008), le tabac n'est pas toujours visiblement compris dans les plans nationaux.
- La surveillance des maladies chroniques est un nouveau domaine de travail pour la majorité des pays de la Région.

### **Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources**

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
16 000 000	14 220 998	89%	13 195 514	93%

136. Des \$14,2M disponibles pour la période biennale, \$7,9M (56%) provenaient d'autres sources. La majorité du financement pour cet OS continue à provenir des contributions volontaires, telles que Bloomberg et OMS/CDC. Ces fonds sont affectés, ce qui limite la flexibilité pour fournir la coopération technique aux pays dans quelques domaines.

### Enseignements tirés

- Il est important d'avoir des « champions, » tels que les équipes de pays du Brésil, du Chili ou des Bahamas, pour faire savoir à d'autres pays « comment ils l'ont fait » et diriger le processus.
- Dans la prochaine période biennale, il faut accorder une attention spéciale à l'importance de l'information en santé dans le processus de planification et l'établissement des priorités, et au rôle des professionnels de la santé pour garantir cette information.
- La coopération avec d'autres secteurs est cruciale pour améliorer l'efficacité et éviter la duplication.
- L'engagement politique aux niveaux mondial, régional et des pays est nécessaire pour accroître l'allocation de ressources humaines et financières en vue de l'accomplissement de l'OS6. Les intérêts concurrentiels des opérateurs économiques constituent une force importante qui influence la décision au niveau du pays et qui ne peut être surmontée que par l'engagement et une solide coopération technique. En ce qui concerne l'abus de substances, une approche de santé publique n'a pas été encouragée dans la Région et a à peine commencé au niveau mondial (un programme conjoint de travail entre l'OMS et l'ONU DC est un exemple). Par conséquent, assumer un rôle de chef de file et travailler avec d'autres organisations internationales facilitera la réalisation de l'OS et des indicateurs de RER en 2013.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 6.1 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour renforcer leur capacité à promouvoir la santé au sein de tous les programmes concernés; et établir des collaborations efficaces multisectorielles et multidisciplinaires pour promouvoir la santé et empêcher ou réduire les facteurs de risque majeurs</b>	<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois des cibles des indicateurs réalisées, y compris une ayant dépassé les résultats.</p> <p>Alors que les pays se sont engagés à renforcer leur capacité de promotion de la santé, l'établissement d'une collaboration efficace multisectorielle et multidisciplinaire continue à être un défi au niveau des pays et ce problème sera pris en main au cours de la prochaine période biennale. Dans le domaine des politiques et des ressources de la promotion de la santé, la cible pour 2009 a été largement dépassée et les pays ont clairement reconnu le besoin de développer des politiques solides appuyées par les ressources requises pour les mettre en œuvre. Plus concrètement, dans les espaces sains tels que les écoles qui font la promotion de la santé, les pays ont également dépassé la cible attendue et ceci continuera à être une priorité pendant la prochaine période biennale. Le domaine de la santé urbaine est encore nouveau, et bien que les pays aient reçu des informations préliminaires, ils ne le considèrent pas encore comme une priorité.</p> <p>En 2009, il y a eu une conférence mondiale majeure de l'OMS sur la promotion de la santé. Dans cette</p>	

Région, tous les pays ont eu l'opportunité de contribuer et de faire des commentaires sur les documents d'information et le projet d'appel à action. Ceci a aidé à stimuler l'intérêt et l'engagement aux différents aspects de la promotion de la santé.

Il existe un nombre d'activités et de stratégies prévues pour la période 2010-2011 qui aideront grandement à faire progresser ces agendas. Un nombre de cours sont en développement pour le campus virtuel, qui permettront à tous les pays intéressés de développer des compétences et de mieux préparer le personnel avec les outils nécessaires pour faire progresser ces stratégies de promotion de la santé. La bibliothèque virtuelle de l'OPS sera fortement agrandie pour y inclure de nombreuses autres stratégies, approches et de nombreux autres outils qui faciliteront la planification et la mise en œuvre de politiques, initiatives et activités concrètes. Avec la Journée mondiale de la santé 2010 axée sur la santé urbaine et une vie saine en milieu urbain, le domaine de la santé urbaine recevra un grand élan.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
6.1.1	Nombre de pays qui ont des politiques et des plans de promotion de la santé dotés de ressources	11	15	OUI	Cible dépassée : 25 pays
6.1.2	Nombre de pays avec des réseaux d'écoles saines (ou équivalent)	7	10	OUI	
6.1.3	Nombre de pays qui adoptent le cadre conceptuel de santé urbaine de l'OPS/OMS	0	2	OUI	Il est à noter que les pays de la Région sont encore en train de conceptualiser ce cadre du fait qu'il est un nouveau thème pour l'OPS.

**RER 6.2 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour renforcer les systèmes nationaux pour la surveillance des facteurs de risque majeurs à travers le développement et la validation de cadres, d'outils et de procédures opérationnelles et leur diffusion**

**À risque**

Évaluation du RER : Une des quatre cibles d'indicateur réalisée, deux non réalisées et une qui n'a pas été évaluée.

On peut en conclure que la coopération technique de l'OPS continue à fournir des cadres, outils et procédures opérationnelles pour la surveillance des MNT. Un nombre limité de pays de la Région ont assuré des ressources pour l'accomplissement continu de ce RER.

Il y a une augmentation du nombre de pays de la Région qui reconnaissent l'importance de la surveillance des facteurs de risque (FR) pour la planification du programme de surveillance des maladies non transmissibles. Des exemples de systèmes de surveillance des FR réussis au niveau des pays sont le Brésil, le Chili, l'Argentine, la Colombie et les Bahamas, qui ont des ressources (humaines et financières) affectées à la surveillance et qui ont réalisé plus qu'une étude de FR.

Néanmoins, une sensibilisation accrue à l'importance de la surveillance des FR dans la Région n'est pas assortie dans plusieurs pays des ressources humaines et financières suffisantes qui sont requises pour appuyer la surveillance des FR. Des situations d'urgence ou des menaces de pandémie de H1N1 dans la Région ont incité les gouvernements et les ministères de la santé à déplacer les ressources et les affecter à ces urgences.

L'importance de la surveillance des FR gagne de la reconnaissance et plusieurs pays l'utilisent dans les décisions de politique et la planification à l'appui de l'objectif stratégique, de sorte qu'il est prévu que les cibles de 2013 seront atteintes.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
6.2.1	Nombre de pays qui ont développé un système de surveillance national qui fonctionne en utilisant la méthodologie STEPS Pan Am (approche progressive panaméricaine de la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques) pour les rapports réguliers sur les facteurs de risque sanitaire majeurs chez les adultes	6	10	NO	8 pays sur 10 ont atteint la cible. Retardée au Paraguay et à Trinité et Tobago. Le processus préparatoire est bien avancé et les études sur les facteurs de risque dans les deux pays seront réalisées en 2010.
6.2.2	Nombre de pays qui ont développé un système national de surveillance qui fonctionne en utilisant l'enquête sanitaire des étudiants basée sur l'école (Enquête globale de santé scolaire) et qui produisent des rapports réguliers sur les facteurs de risque de santé majeurs chez les jeunes	11	15	OUI	
6.2.3	Nombre de pays produisant des informations sur les facteurs de risque (au moyen de registres et d'études démographiques); à être incluses dans la banque de données régionale d'information sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque (Infobase NCD)	0	15	S.O.	Pas évalué, <i>étant donné que cet indicateur a été éliminé dans le PS modifié.</i>
6.2.4	Nombre de pays qui ont mis en œuvre (utilisation et analyse) les indicateurs de santé de base normalisés pour les maladies chroniques et les facteurs de risque avec d'autres informations statistiques	0	8	NON	90% réalisé avec 7 sur les 8 pays ciblés.

**RER 6.3 : États Membres appuyés à travers la coopération technique sur des politiques, stratégies, programmes et directives basés sur des données probantes et déontologiques pour empêcher et réduire l'usage du tabac et les problèmes apparentés**

**En bonne voie**

Évaluation du RER : Quatre des cibles d'indicateur atteintes.

Dans l'ensemble, des progrès solides ont été accomplis sur la voie de la prévention et de la réduction de l'usage du tabac en 2009, et au vu de ces progrès solides et réguliers, il est prévu que les cibles pour 2013 seront atteintes.

Si l'engagement politique actuel des pays est maintenu, les cibles pour 2011 et 2013 seront atteintes, même si les ressources insuffisantes constitueront un défi pour la coopération technique.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
6.3.1	Nombre de pays qui ont adopté des interdictions de fumer dans les centres de soins de santé et les installations scolaires, conformément à la Convention cadre sur la lutte antitabac	4	10	OUI	
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 sur la lutte antitabac	0	5	OUI	
6.3.3	Nombre de pays avec des réglementations sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac, conformément à la Convention cadre sur la lutte antitabac	8	21	OUI	
6.3.4	Nombre de pays qui ont établi ou renforcé un mécanisme de coordination national ou un point focal pour la lutte antitabac	18	20	OUI	

**RER 6.4 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour formuler des politiques, stratégies, programmes et directives basés sur des données probantes et déontologiques pour prévenir et réduire l'usage de l'alcool, des drogues et autres substances psycho-actives et les problèmes apparentés**

**À risque**

Évaluation du RER : Une des cibles d'indicateur non atteinte.

Le nombre attendu de pays a été appuyé à travers la coopération technique pour développer une série d'activités visant à réduire les problèmes liés à l'alcool. Toutefois, quelques pays se sont heurtés à des contraintes politiques et de ressources humaines (RH), y compris l'engagement politique limité d'autres secteurs, pour mettre en œuvre les activités à part entière. Étant donné qu'il existe un manque de stratégie régionale ou mondiale sur l'alcool ou l'abus de substances psycho-actives, l'exécution des activités est considérée très importante.

Il y a une pression exercée sur les gouvernements par les opérateurs économiques en relation au développement de la politique sur l'alcool, ce qui rend plus difficile de passer des nouvelles lois et de développer des politiques nationales au niveau des pays, un manque de capacité dans les ministères de la santé pour traiter les problèmes de l'alcool d'une perspective de santé publique, et des ressources humaines limitées pour prendre en main plusieurs domaines de travail. Un certain travail sur l'alcool et les substances psycho-actives peut avoir été lié à l'OS3, qui traite de la santé mentale et des troubles mentaux.

Une stratégie mondiale sur l'alcool fournira un appui politique aux activités des pays et aidera à atteindre la cible en 2013. Une stratégie régionale sur l'abus de substances psycho-actives fournira de nouvelles occasions pour la coopération technique et contribuera à la réalisation de la cible. L'atteinte du RER 6.4 est probable étant donné qu'une stratégie mondiale sur l'alcool devrait être approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010. Ceci augmentera l'engagement politique aux niveaux régional et des pays à travailler dans le sens de la réalisation de l'OWER et l'OSER.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
6.4.1	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques, des plans ou des programmes pour prévenir les problèmes de santé publique provoqués par l'usage de l'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives	11	13	NO	L'engagement politique et des contraintes de RH ont empêché la réalisation de la cible.

<b>RER 6.5 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour formuler des politiques, stratégies, programmes et directives basés sur des données probantes et déontologiques pour prévenir et réduire les régimes alimentaires malsains et l'inactivité physique, et les problèmes apparentés</b>					En bonne voie
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux des sept cibles d'indicateur atteintes.</p> <p>Alors que peu de politiques ont été développées dans les pays, elles se sont avérées significatives et influentes. Il y a eu des progrès dans l'ouverture d'espaces publics laissés aux vélos et dans la réduction de la commercialisation directe d'aliments pour les enfants.</p> <p>La préoccupation grandissante au sujet des MNT dans la Région se doit aux dépenses de santé montant en flèche (publiques et frais accessoires) et à la couverture accrue des média concernant les facteurs de risque pour la santé et les coûts de la santé, aux niveaux national et international. Tout aussi importantes sont : (1) l'activité de santé publique dans ce domaine qui inclut des réseaux régionaux tels que Ciclovias, RAFA, 5-A-Day, surveillance, villes saines, etc.; (2) la publication d'une déclaration conjointe de l'OPS et de l'Institut américain de recherche sur le cancer, qui identifie les politiques publiques requises pour atteindre le succès en améliorant les objectifs de régime alimentaire et d'activité physique au niveau de la population.</p> <p>Le RER qui se rapporte à des questions spécifiques telles que la réduction du sel, du sucre et des graisses dans les aliments transformés a pris de l'élan parce que l'intérêt politique grandit et que la presse populaire couvre les problèmes avec un plus grand intérêt. Les questions qui reçoivent une attention moindre sont la commercialisation des aliments pour les enfants et l'intervention de planification urbaine, qui ont un impact positif sur la santé publique. En ce qui concerne le premier point, il existe des initiatives nationales en cours, par ex., au Mexique, au titre de sa convention nationale avec tous les secteurs; au Brésil qui a mis au point une législation complète sur la commercialisation des aliments pour les enfants qui est en attente d'entrée en vigueur; et au Chili, qui commence à mettre en œuvre des mesures pour limiter la commercialisation des aliments destinés aux enfants au titre d'une campagne contre l'obésité.</p> <p>Les perspectives sont encourageantes du fait que la dynamique se développe et que le rôle de leader de l'OPS devient plus pertinent par rapport à la gamme actuelle des divers efforts accomplis par différents secteurs et différentes organisations. Le rôle du Forum des Partenaires dans l'appui aux politiques publiques, et des interventions nationales et locales réussies, est crucial.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
6.5.1	Nombre de pays qui ont développé des directives nationales pour promouvoir le régime alimentaire sain et l'activité physique y compris DPAS	8	10	OUI	
6.5.2	Nombre de pays qui ont initié ou établi des systèmes rapides de transport de masse dans au moins une de leurs villes principales	7	10	S.O.	<i>Cet indicateur a été éliminé dans le PS modifié.</i>



Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
6.5.3	Nombre de pays qui ont initié ou établi des programmes de carburants propres dans au moins une de leurs villes principales	3	7	S.O.	<i>Cet indicateur a été éliminé dans le PS modifié</i>
6.5.4	Nombre de pays qui ont créé des environnements accessibles aux piétons et aux bicyclettes, des programmes de promotion de l'activité physique et des initiatives de lutte contre la criminalité, dans au moins une de leurs villes principales	7	10	OUI	Dix pays ont adhéré à la rénovation de l'environnement bâti et 74 villes dans la Région ont des environnements accessibles aux piétons de sorte que la cible a été atteinte.
6.5.5	Nombre de pays qui ont initié des politiques pour supprimer progressivement les acides gras trans et qui ont convenu des accords avec l'industrie alimentaire pour réduire le sucre, le sel et les matières grasses dans les aliments traités	4	7	NON	Alors que la cible n'a pas été atteinte, il convient de noter que le Brésil, le Chili, le Mexique, le Canada et les USA ont initié des politiques de réglementation donnant l'exemple dans la Région.
6.5.6	Nombre de pays qui ont initié des politiques pour éliminer le marketing/la publicité directs des aliments pour les enfants âgés de moins de 12 ans	2	7	NON	Le marketing des aliments pour les enfants ne reçoit pas beaucoup d'attention de la part des pays malgré son importance, et l'OPS ne dispose pas des ressources pour créer de l'intérêt en la matière. Lors de la prochaine WHA 2010, le sujet sera discuté pour la première fois dans un forum de santé publique. Les pays chefs de file en matière de santé publique envisagent maintenant des politiques interdisant la publicité des aliments traités comportant une concentration élevée de sucre et de sel.
6.5.7	Nombre de pays qui ont initié des politiques ou des programmes destinés à accroître la consommation de produits laitiers allégés, de poisson et de fruits et légumes	5	7	OUI	

<b>RER 6.6 : États Membres appuyés à travers 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</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Une sur une cible d'indicateur atteinte.</p> <p>Alors que des progrès sont notés, les actions prévues pour encourager des pratiques sexuelles plus sûres devraient être intensifiées étant donné qu'environ 45% des nouvelles infections par le VIH se produisent parmi les gens âgés de 15 à 24 ans.</p> <p>Il y a eu une forte volonté politique pour faire progresser davantage l'agenda de prévention. Des changements dans les agendas des gouvernements ont ouvert des espaces pour aller au-delà des programmes basés sur la seule abstinence. Il a été réalisé clairement que le défi de l'épidémie du SIDA ne sera pas surmonté à moins qu'un accent solide ne soit mis sur la prévention.</p> <p>La promotion de rapports sexuels plus sûrs est une activité permanente qui doit être soutenue sur la durée, étant donné que de nouveaux segments de la population grandissent et deviennent sexuellement actifs. Par conséquent, les accomplissements dans ce domaine sont temporaires et partiels par définition.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
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	5	7	OUI	

**OS7 : Aborder les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, répondant aux différences des sexes et fondées sur les droits humains**

**En bonne  
voie**

## 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

136. En fonction des progrès accomplis en 2008-2009, l'OS est en bonne voie. L'approbation du plan d'action pour la politique d'égalité des sexes, la volonté des pays d'utiliser une approche de droits humains, l'institutionnalisation des priorités transverses et la réponse rapide au travail avec Visages, voix et lieux au niveau des pays permettront que des progrès continus soient accomplis sur la voie de l'accomplissement de l'OS.

### *Évaluation 2008-2009*

#### *Principales réalisations au cours de la période biennale :*

- L'engagement aux recommandations de la Commission pour les déterminants sociaux de la santé est évident au niveau des pays. L'OPS a mené une consultation sur les déterminants avec des représentants des populations autochtones de 20 pays pour accroître la compréhension et l'application des méthodes destinées à améliorer la santé. Un cadre spécifique pour les systèmes de santé basés sur les déterminants de la santé a été développé au Costa Rica et une Commission sur les déterminants sociaux de la santé a été mise sur pied au Brésil.
- Les pays ont accompli des efforts considérables pour produire et rendre disponibles des données désagrégées aux niveaux infranationaux afin de faciliter l'analyse des disparités en santé par reconstitution des données géographiques.
- Des équipes de 15 pays ont été formées à la production et l'analyse de données désagrégées par sexe et ethnicité avec une perspective de genre et culturelle.
- L'OPS a appuyé les pays dans le développement de politiques qui incluent les déterminants sociaux, l'équité, le développement local et les initiatives intersectorielles, et un cyber-cours d'apprentissage sur les déterminants sociaux de la santé a été lancé.
- La coopération technique de l'OPS a misé sur l'importance du travail au niveau infranational, y compris les municipalités, en accordant une attention spéciale aux communautés les plus pauvres et les plus vulnérables dans le cadre de l'initiative Visages, voix et lieux, motivant la collaboration et l'engagement inter-agences.

- Dans tous les pays ciblés pour 2009, les traités et les normes des droits humains ont été diffusés et traités, y compris l'approbation de quatre plans d'action par les États Membres de l'OPS qui sont fondés sur les traités et les normes internationaux et régionaux des droits humains : santé mentale, vieillissement actif, exécution de la politique d'égalité des sexes, et santé des jeunes. Le BSP a continué à renforcer les capacités du personnel au siège et dans les bureaux des pays en utilisant un nouveau cours de cyber-apprentissage sur la santé et la loi des droits humains.
- La politique d'égalité des sexes a facilité l'intégration du genre dans l'analyse de situation globale, dans les systèmes d'information en santé et dans des outils destinés à mesurer les inégalités des sexes.
- La capacité a été renforcée pour inclure le genre dans la planification et la programmation au sein du BSP, ainsi que dans 20 pays

*Défis affectant la performance :*

- La cohérence interne, l'intégrité et d'autres attributs de qualité restent encore un problème majeur dans les données désagrégées au niveau infranational pour l'analyse et le suivi des inégalités en santé dans la plupart des pays.
- L'intégration du genre est encore considérée comme supplémentaire par rapport à un concept et une stratégie efficaces pour atteindre l'équité.

**Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources**

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
17 400 000	17 466 448	100,4%	16 539 593	95%

137. Sur les \$17,47M, \$10,17M (58%) provenaient de contributions volontaires. La majorité des fonds provenait de l'OMS, la Norvège, l'Espagne et l'Union européenne. Avec le soutien de fonds espagnols, l'Organisation a été en mesure de renforcer une coopération technique intégrée au niveau national destinée aux municipalités les plus pauvres et de former les équipes locales sur la santé et le développement local à l'aide du campus virtuel de l'OPS.

**Enseignements tirés**

- L'usage répété des instruments internationaux des droits humains aux réunions des Organes directeurs et les activités de renforcement des capacités dans les pays contribuent au renforcement et au développement progressif dans la loi nationale et internationale du droit à atteindre le meilleur état de santé possible. L'un des majeurs enseignements tirés est que les États Membres sont prêts à respecter les obligations du traité des droits humains en santé. La réussite dans ce domaine requiert de la « spécificité » dans les approches, essentiellement dans les services de santé (dans les pays) plutôt qu'à un niveau théorique. La réforme des politiques et des lois utilisant les normes internationales dans des domaines très spécifiques

devrait toujours être le premier objectif, impliquant non seulement les ministères de la santé mais aussi les parlements et le système judiciaire.

- Le besoin de sources d'information meilleures et plus fiables devrait être souligné, en particulier des points focaux plus actifs pour des questions liées à l'OS7, et ses composantes, spécialement les indicateurs 7.4.1 et 7.4.2.
- Une approche décentralisée, axée sur le service avec l'accent mis sur l'amélioration de l'efficacité et de l'équité est nécessaire pour incorporer le genre et l'ethnicité au sein de l'OPS.
- La collaboration interprogrammatique au sein de l'OPS est essentielle pour faire progresser l'intégration à tous les niveaux.
- Avoir une base de données probantes solide sur le genre et l'ethnicité, des outils pratiques et des compétences techniques/analytiques améliorées favorisent l'acceptation et sont fondamentaux pour le suivi, le plaidoyer et les décisions prises en connaissance de cause : (1) Il y a un besoin de répondre aux défis des ODM dans le cadre des déterminants de la santé. (2) Il y a également un besoin de travailler au niveau local avec les maires et les services au niveau de base en utilisant une méthodologie qui habilite les membres de la communauté. (3) Il y a un besoin de développer une stratégie de renforcement des capacités pour les équipes qui travaillent au niveau local, à travers le campus virtuel de l'OPS. (4) Un panier virtuel de bonnes pratiques pour chacun des ODM devrait être développé comme réceptacle des expériences qui à son tour peut motiver d'autres communautés à faire progresser les ODM. (5) Un réseau de maires devrait être créé dans le cadre de l'initiative Visages, voix et lieux ainsi que sous le parapluie du réseau des municipalités saines pour partager les expériences et les bonnes pratiques.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 7.1 : L'importance des déterminants de la santé et des politiques sociales reconnue dans l'ensemble de l'Organisation et incorporée dans le travail normatif et la coopération technique avec les États Membres et d'autres partenaires</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux sur les deux cibles d'indicateur dépassées.</p> <p>L'indicateur du RER a été atteint avec succès et tout au long de la période biennale 2008-2009, l'importance de l'exécution à travers la stratégie de coopération avec les pays (CCS) ainsi que les stratégies et les recommandations clés de politique de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé ont été reconnues.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
7.1.1	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des stratégies nationales portant sur les recommandations clés de politique de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé	0	4	OUI	Cible dépassée : 5 pays.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
7.1.2	Nombre de pays dont les documents de stratégie de coopération avec les pays de l'OPS/OMS (CCS) incluent des stratégies explicites aux niveaux national et local qui traitent des déterminants sociaux et économiques de la santé	0	5	OUI	Cible dépassée : 6 pays.

<b>RER 7.2 : Initiative prise par l'OPS/OMS fournissant des opportunités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international pour traiter des déterminants sociaux et économiques de la santé et encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable</b>	<b>En bonne voie</b>
---	----------------------

Évaluation du RER : Trois sur trois cibles d'indicateur atteintes, dont deux dépassées.

Les trois indicateurs RER ont été réalisés avec succès et le taux d'exécution a été de 100%. Non seulement la cible a été atteinte, mais le nombre de pays engagés à traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé a augmenté.

Une attention spéciale a été accordée à l'alliance sur l'éducation et la santé au niveau local.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
7.2.1	Nombre de pays dont les politiques publiques ciblent les déterminants de la santé et la politique sociale sur une base intersectorielle et interprogrammatique	0	7	OUI	Cible dépassée : 10 pays.
7.2.2	Nombre de forums infrarégionaux organisés pour les parties prenantes concernées sur des actions intersectorielles pour traiter des déterminants de la santé, des politiques sociales et des réalisations des Objectifs de développement pour le Millénaire	0	1	OUI	
7.2.3	Nombre de pays qui ont mis à exécution l'initiative Visages, voix et lieux	6	12	OUI	Cible dépassée : 17 pays.

<b>RER 7.3: Données sociales et économiques concernant la santé rassemblées et analysées sur une base désagrégée (par sexe, âge, ethnicité, revenu et conditions de santé, telles que maladie ou handicap)</b>	<b>En bonne voie</b>
--	----------------------

Évaluation du RER : Trois sur les trois cibles d'indicateur atteintes.

Les pays ont accompli des efforts considérables pour produire et diffuser des données désagrégées aux niveaux infranationaux afin de faciliter l'analyse des disparités en santé par reconstitution des données géographiques.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
7.3.1	Nombre de pays qui produisent des données en santé d'une désagrégation et d'une qualité suffisantes pour évaluer et suivre l'équité en santé parmi les groupes clés de population	8	12	OUI	
7.3.2	Nombre de pays ayant au moins une politique nationale sur l'équité en santé qui incorpore une analyse de données désagrégées	0	3	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>
7.3.3	Nombre de pays ayant au moins un programme national sur l'équité en santé qui utilise des données désagrégées	0	2	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>

<b>RER 7.4 : Approches de la santé déontologiques et basées sur les droits humains promues au sein de l'OPS/OMS et aux niveaux national, régional et mondial</b>	<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux sur les deux cibles d'indicateur atteintes.</p> <p>Les traités et les standards des droits humains ont été diffusés dans plus de 10 pays pendant la période 2008 et 2009. Près de 200 responsables de la santé publique ont été formés sur les droits humains et 1 200 employés de l'OPS ont reçu une formation. En résultat, la Région dispose maintenant de politiques, plans ou lois nationaux qui protègent le droit à la santé et autres droits humains apparentés. Des exemples spécifiques incluent une politique nationale sur l'accès aux médicaments fondée sur les obligations des droits humains (Panama), une loi nationale sur la santé mentale fondée sur les obligations des droits humains (Argentine), une politique nationale sur le vieillissement fondée sur les obligations des droits humains (St. Kitts et Nevis), une loi nationale sur le handicap fondée sur les obligations des droits humains (République dominicaine), un plan national sur le VIH fondé sur les obligations des droits humains (El Salvador) et une déclaration infrarégionale fondée sur les normes des droits humains sur l'accès aux vaccins, médicaments, technologies et biens publics (UNASUR, 2009). Les efforts de certains domaines et équipes techniques ont été remarquables au niveau du siège, en particulier en ce qui concerne les résolutions des Organes directeurs et les documents techniques basés sur les traités et les normes des droits humains.</p> <p>Les développements pendant la période biennale 2008/2009 ont permis au Secrétariat et aux État Membres de proposer et de discuter un document technique et un projet de résolution sur l'application des instruments des droits humains dans la santé pour des groupes vulnérables spécifiques, le renforcement de la reconnaissance du droit humain au degré de santé le plus élevé possible et d'autres droits humains liés à la santé.</p>	

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
7.4.1	Nombre de pays utilisant : 1) les normes et standards internationaux et régionaux des droits humains; et 2) des outils des droits humains et des documents d'orientation technique produits par l'OPS/OMS pour réviser et/ou formuler des lois, politiques et/ou plans nationaux qui font progresser la santé	9	10	OUI	
7.4.2	Nombre de pays utilisant des outils et des documents d'orientation technique produits pour les États Membres et d'autres parties concernées sur l'usage de l'analyse déontologique pour améliorer les politiques de la santé	8	12	OUI	

**RER 7.5 : Analyse de genre et actions réactives incorporées dans le travail normatif de l'OPS/OMS et États Membres appuyés à travers la coopération technique pour la formulation de politiques et programmes sensibles au genre**

**En bonne voie**

Évaluation du RER : Trois sur les trois cibles d'indicateur atteintes.

Au cours de la dernière période biennale, le GEH de l'OPS a consolidé un grand nombre de ses initiatives d'intégration du genre et de l'ethnicité et s'est concentré sur la mise en œuvre de la politique d'égalité des sexes de l'OPS. En 2009, le plan d'action pour l'exécution de la politique d'égalité des sexes (2005) a été approuvé par le Comité exécutif, donnant à GEH un soutien politique fort pour aller de l'avant avec la mise en œuvre de la politique au sein de l'Organisation et au sein des États Membres à qui la politique et le plan d'action s'appliquent également.

GEH a travaillé énormément avec les entités de l'OPS, les États Membres, les organismes de l'ONU et les membres de la société civile pour appuyer l'intégration du genre et de l'ethnicité dans les programmes MS, plans et politiques de l'OPS. Au sein des entités de l'OPS, GEH a commencé à intégrer le genre et l'ethnicité dans des outils et des processus clés, tels que le Plan de travail biennal (BWP) et le manuel des opérations et les processus liés à la planification, dans les stratégies de collaboration des pays et dans les directives pour le développement des documents des Organes directeurs. En particulier, GEH a porté ses efforts sur le renforcement des capacités dans l'analyse du genre et sur l'intégration du genre et de l'ethnicité dans les outils de formation, les stratégies et les plans d'action de quatre domaines techniques spécifiques.

Au niveau des pays, GEH a fourni un soutien aux pays pour intégrer le genre et l'ethnicité dans les programmes et politiques de santé nationaux (stratégies de collaboration des pays), avec l'appui du Bureau régional GEH décentralisé. GEH a collaboré avec Analyse de la Santé pour améliorer les données probantes sur l'égalité des sexes en santé ainsi qu'au renforcement des capacités pour l'intégration d'une perspective de genre dans la production, l'analyse et l'utilisation des statistiques sanitaires au sein des pays. L'appui de GEH a contribué à ce qu'une perspective de genre soit incluse dans les plans et projets de santé de sept pays, dont cinq pays prioritaires. L'ethnicité a été incorporée dans les plans nationaux de cinq pays (MEX, BOL, CHI, COL et ELS).

Le fort appui politique reçu par GEH au sein de l'Organisation et des États Membres a été utile pour aller de l'avant avec la mise en œuvre de la politique d'égalité des sexes. À travers la collaboration technique, le renforcement des capacités et les partenariats stratégiques avec des réseaux régionaux, GEH continuera à appuyer l'intégration du genre et de l'ethnicité dans les politiques, plans et programmes des États Membres. Au



sein des entités de l'OPS, GEH poursuivra ses efforts pour assurer qu'une perspective de genre et d'ethnicité est incorporée et suivie dans les stratégies et les plans des domaines techniques.					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
7.5.1	Nombre de publications de l'OPS qui contribuent à créer des données probantes sur l'impact des inégalités de genre en santé	8	12	OUI	<i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>
7.5.2	Nombre d'outils et de documents d'orientation développés par le BSP pour les États Membres en utilisant l'analyse de genre en santé	0	2	OUI	<i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>
7.5.3	Nombre d'entités AMPES qui traitent et incorporent les perspectives de genre, y compris l'intégration du genre dans la conception et l'exécution de leurs programmes	3	10	OUI	<i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>

**RER 7.6: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour développer des politiques, plans et programmes qui appliquent une approche interculturelle basée sur les soins de santé primaires et qui cherche à établir des alliances stratégiques avec les parties prenantes et les partenaires concernés pour améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones**

**En bonne voie**

Évaluation du RER : Trois sur les trois cibles d'indicateur atteintes.

Un plus grand nombre de pays que prévu initialement exécute des actions et des interventions dans les domaines de l'ethnicité et de la santé des peuples autochtones, ce qui indique un plus grand soutien de la part des principales parties prenantes et des ministères de la santé. Concrètement, les résultats suivants ont été réalisés au cours de la période biennale 2008-2009 :

- Renforcement des capacités en matière de genre, d'ethnicité et de santé : Modules de formation et un cybercours d'apprentissage sur l'incorporation du genre et de l'ethnicité est disponible sur le campus virtuel et est obligatoire pour l'ensemble des membres du personnel de l'OPS. Ce cours et le manuel permettent à l'OPS et aux États Membres de mieux intégrer les approches ethniques dans le secteur de la santé et de comprendre l'ethnicité comme un déterminant social de la santé.
- Renforcement des capacités des équipes de pays. Des ateliers infrarégionaux de renforcement des capacités ont été organisés sur l'incorporation de l'ethnicité avec l'aide du manuel pour les pays d'Amérique centrale au Guatemala et pour les pays andins au Pérou. Les participants à la formation comprenaient des représentants de l'OPS, du Ministère de la Santé et des membres de la société civile (de communautés autochtones, de communautés de descendance africaine et Roms<sup>6</sup>) de 14 pays.
- Intégration de la diversité culturelle à l'OPS. GEH est en train de préparer un document pour les Organes directeurs pour mieux appuyer l'intégration de l'initiative des peuples autochtones, la diversité culturelle et l'ethnicité dans la stratégie de coopération technique de l'OPS et les changements structurels associés à cette intégration. La version préliminaire sera examinée à l'aide d'un groupe consultatif technique d'experts et de parties prenantes provenant de diverses communautés et une version finale de ce document conceptuel sera présentée aux Organes directeurs en 2010.
- Incorporation de l'ethnicité dans les plans des pays et les domaines techniques : L'ethnicité a été incorporée dans les plans nationaux de cinq pays (Mexique, Bolivie, Chili, Colombie et El Salvador).

À travers la collaboration technique, le renforcement des capacités et des partenariats stratégiques avec les réseaux régionaux, GEH continuera à appuyer l'intégration du genre et de l'ethnicité dans les politiques, les plans et les programmes des États Membres. Au sein des entités de l'OPS, GEH poursuivra ses efforts pour assurer qu'une perspective de genre et ethnique est incorporée et suivie dans les stratégies et les plans des domaines techniques.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
7.6.1	Nombre de pays qui exécutent des politiques, des plans ou des programmes pour améliorer la santé des peuples autochtones	3/21	5/21	OUI	
7.6.2	Nombre de pays qui collectent des données sur la santé des peuples autochtones dans leurs systèmes d'information en santé	3/21	5/21	OUI	
7.6.3	Nombre de pays qui intègrent l'approche interculturelle dans le développement de systèmes et politiques nationaux de santé au sein du cadre de SSP	0	3	OUI	

**OS8 : Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à traiter les causes fondamentales des menaces environnementales pour la santé**

**En  
bonne  
voie**

**1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE**

*Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

138. L'OS8 qui porte sur la santé des travailleurs, les risques environnementaux et qui favorise des environnements plus sains, est en bonne voie. Un plus grand alignement du travail au niveau mondial (OMS), régional (WDC) et des pays a été réalisé, même s'il est reconnu qu'un important travail est encore nécessaire pour un alignement plus étroit.

*Évaluation 2008-2009*

*Principales réalisations au cours de la période biennale :*

- Plus grande collaboration avec les centres collaborateurs et les centres d'excellence.
- Plus grand engagement des gouvernements à l'appui des initiatives de l'OS8.
- Plan de l'eau et la sécurité mis en œuvre à la suite du Sommet des Amériques tenu en Argentine en 2005.
- Santé des travailleurs incorporée dans la déclaration et le plan d'action lors du Sommet de 2005.
- Soutien aux progrès mondiaux et régionaux sur le changement climatique à la suite de la Journée mondiale de la santé en 2008.
- Réseau mondial et relation robustes de l'OS8 en place, ce qui facilite l'exécution de cet OS d'une manière efficace.

*Défis affectant la performance :*

139. Le principal défi pour cet OS en 2010-2011 sera la réduction considérable du budget ordinaire de l'OPS, ainsi que la crise économique et les catastrophes naturelles récentes, qui affecteront l'exécution des programmes au niveau des pays.

**Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources**

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
25 000 000	19 114 025	76%	17 353 836	91%

140. Sur les \$19,1M disponibles pour la période biennale, \$5,9 M (31%) provenaient d'autres sources. La majorité du financement provenait de l'OMS, l'Espagne et DDT/GEF. Des efforts ont été faits pour garantir des ressources dans le domaine du changement climatique et de la santé urbaine.

#### **Enseignements tirés**

- La participation du réseau de centres collaborateurs et de centres d'excellence a contribué à atteindre les cibles au cours de la présente période biennale.
- Les situations d'urgence créées par les nouvelles épidémies et pandémies conjuguées aux catastrophes naturelles ont augmenté la demande d'interventions préventives et de recherche liées au domaine de la santé et la protection des travailleurs.
- Le dialogue entre le niveau de pays et le niveau régional doit être renforcé pour assurer davantage de cohérence et de réflexion stratégique de façon à ce que les activités dans les pays soient véritablement alignées sur les RER.
- Une formation sur les procédures de planification devrait être fournie de sorte que les pays se relient aux RER d'une manière constante.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

RER 8.1 : Évaluations fondées sur des données probantes, normes et orientations sur les risques environnementaux prioritaires pour la santé (par ex., qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, eau potable, réutilisation des eaux usées) disséminées						En bonne voie
<p>Évaluation du RER : Cinq sur les six cibles d'indicateur atteintes, une n'a pas été atteinte et une a été supprimée.</p> <p>Des progrès significatifs dans tous les indicateurs et le RER est en bonne voie de réalisation en 2013. Toutefois, un meilleur alignement entre les activités et les indicateurs est nécessaire, du fait que les nombreuses activités parfois ne contribuent pas au RER d'une façon mesurable.</p> <p>Les indicateurs 8.1.3 et 8.1.4 ont été fusionnés en un seul indicateur dans le Plan stratégique modifié.</p>						
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès	
8.1.1	Nombre d'évaluations de risque nouvelles ou mises à jour ou d'évaluations environnementales du fardeau de la maladie menées par année	2	4	OUI		
8.1.2	Nombre d'accords environnementaux internationaux dont l'exécution est appuyée par le BSP	5	5	OUI		
8.1.3	Nombre de pays exécutant les directives de l'OPS/OMS sur les substances chimiques	11	15	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>	
8.1.4	Nombre de pays exécutant les directives de l'OMS sur la qualité de l'air	7	8	NON	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>	
8.1.5	Nombre de pays exécutant les directives de l'OMS sur l'eau potable	13	16	OUI		
8.1.6	Nombre de pays exécutant les directives de l'OPS/OMS sur les eaux de loisirs aquatiques	1	5	OUI		

<b>RER 8.2 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour la mise en œuvre des interventions de prévention primaire qui réduisent les risques de santé environnementaux; renforcent la sécurité; et promeuvent la santé publique, y compris dans des milieux spécifiques et parmi les groupes de population vulnérable (par ex., les enfants, les personnes âgées)</b>						<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Cinq sur les cinq cibles d'indicateur atteintes, avec trois dépassées.</p> <p>Les pays ont atteint leurs cibles au moyen de la mise en œuvre d'initiatives régionales et de programmes nationaux en matière de santé des travailleurs. La participation du réseau de centres collaborateurs et de centres d'excellence a beaucoup contribué à l'atteinte des cibles.</p>						
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès	
8.2.1	Nombre de stratégies régionales pour la prévention primaire des risques environnementaux pour la santé dans le cadre des déterminants de la santé et de la promotion de la santé exécutées dans des lieux spécifiques (lieux de travail, installations de soins de santé et santé environnementale des enfants)	4	7	OUI	Cette cible a été atteinte à travers le travail avec les Eco-clubs. Les initiatives régionales de lavage des mains et d'hygiène et santé (PROMÁS) continuent à infuser de l'énergie dans les pays.	
8.2.2	Nombre de pays dans lesquels les stratégies mondiales ou régionales pour la prévention primaire de risques environnementaux pour la santé sont exécutées dans les lieux spécifiques (lieux de travail, maisons, écoles, établissements humains et installations de soins de santé)	10	14	OUI	Cible dépassée : 16 pays	
8.2.3	Nombre d'initiatives mondiales ou régionales nouvelles ou maintenues destinées à prévenir les maladies professionnelles et liées à l'environnement (par ex., cancers par irradiation aux rayons ultraviolets ou exposition à l'amiante, et empoisonnement par pesticides ou fluorure) qui sont exécutées avec l'appui technique et logistique du BSP	1	4	OUI	Cible dépassée : 6 initiatives. L'initiative santé et sécurité pour les travailleurs du secteur de la santé; la couverture contre l'hépatite B pour les travailleurs du secteur de la santé; l'élimination du mercure des instruments médicaux; l'éradication de la silicose; et l'élimination de l'usage de l'amiante dans les processus de production en Amérique latine.	
8.2.4	Nombre d'études efficaces par rapport au coût évaluant les interventions de prévention primaire dans des lieux spécifiques dont les résultats ont été diffusés	1	2	OUI	<i>Cet indicateur a été éliminé dans le PS.</i>	
8.2.5	Nombre de pays suivant les orientations de l'OMS pour prévenir et atténuer les risques professionnels et environnementaux émergents pour la santé, promouvoir l'équité dans ces domaines de la santé et protéger les populations vulnérables	0	1	OUI	Cible dépassée : 9 pays.	

<b>RER 8.3: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour renforcer les décisions de politique en matière de santé professionnelle et environnementale, planification des interventions préventives, prestation du service et surveillance</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux sur les deux cibles d'indicateur atteintes</p> <p>Progrès mitigés mais réalisation probable des cibles en 2013. Ceci requiert un examen soigneux pour assurer l'atteinte de la cible accrue en 2013.</p> <p>L'intérêt pour la protection de la santé des travailleurs a considérablement augmenté au cours des deux dernières années. Les situations d'urgence créées par les épidémies et pandémies conjuguées aux catastrophes naturelles ont augmenté la demande d'interventions préventives et de recherche liées au domaine de la santé et la protection des travailleurs.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
8.3.1	Nombre de pays recevant un appui technique et logistique pour développer et mettre en œuvre des politiques destinées à renforcer la prestation des services de santé professionnelle, environnementale et de surveillance	10	15	OUI	Cible dépassée : 21 pays.
8.3.2	Nombre d'organisations nationales ou de centres collaborateurs ou de référence exécutant les initiatives menées par l'OPS/OMS au niveau des pays pour réduire le risque professionnel	2	4	OUI	

<b>RER 8.4 : Orientation, outils et initiatives créés pour appuyer le secteur de la santé afin d'influencer les politiques dans les secteurs prioritaires (par ex., énergie, transport, agriculture), évaluer les impacts sur la santé, déterminer les coûts et les avantages de politiques alternatives dans ces secteurs, et exploiter les investissements extérieurs au secteur de la santé pour améliorer cette dernière</b>					<b>À risque</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois sur les quatre cibles d'indicateur atteintes.</p> <p>Au cours de la période biennale, il y a eu de grands progrès dans le travail intersectoriel, en particulier celui lié à la santé et l'environnement. Il est important que dans la prochaine période biennale, les priorités soient mises en place conjointement avec les pays.</p> <p>D'importantes réalisations se sont produites au niveau du travail intersectoriel, non seulement quantitatives mais aussi qualitatives. Les guides et les outils pour l'évaluation d'impact sur la santé devraient être définis conformément aux besoins prioritaires des pays.</p> <p>Les réalisations obtenues avec le travail intersectoriel à ce jour permettront la réalisation des objectifs des indicateurs 8.4.1 et 8.4.4. L'indicateur 8.4.2 nécessitera une attention particulière et des efforts dans les périodes biennales restantes.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
8.4.1	Nombre d'initiatives régionales, infrarégionales et nationales exécutées dans d'autres secteurs qui tiennent compte de la santé, en utilisant le soutien technique et logistique du BSP	2	3	OUI	

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
8.4.2	Nombre de directives et d'outils sectoriels spécifiques produits pour l'évaluation de l'impact sur la santé	1	3	NON	Deux pays ont atteint la cible.
8.4.3	Nombre de secteurs extérieurs à la santé ayant des réseaux et des partenariats établis pour inciter au changement à l'appui des initiatives liées à la santé	1	3	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>
8.4.4	Nombre d'événements régionaux ou nationaux menés avec la coopération technique du BSP pour renforcer les capacités et les institutions en santé et dans d'autres secteurs dans le but d'améliorer les politiques ayant trait à la santé professionnelle et environnementale dans au moins un secteur sur trois.	1	2	OUI	

<b>RER 8.5 : Leadership du secteur de la santé renforcé pour promouvoir un environnement plus sain et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs afin d'aborder les causes fondamentales des menaces environnementales sur la santé en répondant aux préoccupations sanitaires environnementales émergentes et ré émergentes, aux technologies en évolution, au changement environnemental mondial, ainsi qu'aux schémas de consommation et de production</b>	<b>En bonne voie</b>
---	----------------------

Évaluation du RER : Une de deux cibles d'indicateur atteinte; l'indicateur 8.5.2 ne s'applique pas pour 2009.

Un nombre de forums de haut niveau a pris place, contribuant à accroître le leadership du secteur de la santé lié à ce RER. La célébration de la Journée mondiale de la santé 2010 sur la santé urbaine offre également une opportunité d'accroître la sensibilisation. Il est nécessaire de poursuivre le plaidoyer à tous les niveaux.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
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	1	OUI	
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	1	1	S.O.	Ne s'applique pas à 2009 – la prochaine publication est due en 2012.



**OS9 : Améliorer la nutrition, la sécurité et la sûreté des aliments pendant le cycle de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable**

**À  
risque**

**1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE**

*Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

141. La crise financière, l'augmentation des prix des aliments et l'augmentation du nombre de personnes vivant dans la pauvreté et l'extrême pauvreté compromettent la réalisation de cet OS pour 2013.

142. La nutrition et les questions de sécurité alimentaire occupent une place élevée dans l'agenda politique des États Membres. Ils reconnaissent le besoin de répondre aux déficiences nutritionnelles pour accélérer la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire. Il existe également un consensus dans la Région sur l'importance de prendre en main les déterminants sociaux de la santé pour lesquels des interventions inter programmatiques et intersectorielles sont proposées. Les actions de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement contribueront à réaliser cet indicateur et d'autres du Plan stratégique.

143. La coordination entre les ministères de la santé, de l'agriculture et du commerce afin d'améliorer la sécurité alimentaire pour la consommation nationale et les exportations demeure une préoccupation.

*Évaluation 2008-2009*

*Principales réalisations au cours de la période biennale :*

Cet objectif stratégique a été réalisé de manière satisfaisante, atteignant 80% des indicateurs.

- Au moins quatre pays supplémentaires ont développé des mécanismes de coordination intersectorielle, y compris des politiques sur les aliments, la nutrition, et/ou la sécurité alimentaire. Toutefois, peu de progrès ont été accomplis dans la création de partenariats ou de mécanismes destinés à accroître le financement ou l'investissement dans la nutrition.
- Cinq pays ont formulé des directives pour répondre aux déficiences nutritionnelles ou aux maladies d'origine alimentaire. Les plus grands progrès ont été enregistrés dans l'exécution de directives pour la fortification des aliments au moyen de micronutriments et les cinq clés pour la manipulation sans risque des aliments.
- 21 pays ont fait des progrès dans l'exécution des nouvelles normes de croissance de l'OMS, qui a dépassé ce qui avait été prévu par l'Organisation. Plusieurs pays ont entrepris des efforts importants pour mettre à jour ou incorporer des indicateurs sur l'état nutritionnel dans leurs systèmes de surveillance.

- Les pays ont fait des progrès sur la voie de l'exécution de (1) la stratégie globale pour nourrir le jeune enfant (sept pays); (2) la révision des plans ou des stratégies nationales pour la prévention des déficiences en micronutriments, y compris la révision des programmes de complément et la mise en œuvre de nouveaux programmes de fortification des aliments (cinq pays); (3) du développement de plans ou de programmes pour la prévention de maladies chroniques liées au régime alimentaire (cinq pays); et (4) l'incorporation d'interventions en nutrition dans les plans d'action pour les situations d'urgence (cinq pays).
- Cinq pays ont établi des directives pour la prévention des maladies d'origine alimentaire et les systèmes de surveillance de ces maladies.
- Les indicateurs relatifs à la mise en œuvre des normes du Codex Alimentarius ont été réalisés.
- Au cours de la période biennale 2008-2009, 28 événements ont été organisés (cyber-apprentissage) en sécurité alimentaire à travers une salle de classe virtuelle pour la transmission en ligne des cours, avec près de 4 800 participants de 23 pays. En résultat de cet effort continu, il y a eu près de 10 000 participations depuis 2003, à moins d'US\$ 2 par participant en moyenne.

*Défis affectant la performance :*

- Il y a une volonté politique dans la Région de développer des plans, des programmes ou des stratégies pour promouvoir la sécurité alimentaire et réduire la malnutrition; toutefois, les mécanismes pour assurer que les ressources financières rendent les plans ou les programmes opérationnels sur les plans de l'efficacité et de la rentabilité, restent encore à établir. Ils comprennent l'exécution d'interventions intersectorielles et intégrées pour aborder les déterminants de la santé; l'intensification d'interventions fondées sur des données probantes et efficaces par rapport au coût basées sur les SSP; et le renforcement des initiatives de protection sociale ciblant la santé maternelle et de l'enfant.
- Les pays devraient faire des efforts pour développer et mettre en œuvre des politiques et des interventions intersectorielles et inter programmatiques, axées sur le cours de la vie, les droits, le genre et l'inter culturalisme.
- La capacité de gestion des agents de santé de concevoir, administrer et évaluer les programmes et la capacité technique d'identifier et de mettre en œuvre des interventions basées sur des données probantes, devraient être renforcées pour assurer la qualité de la prestation du service et l'accès universel.
- Les interventions en matière de nutrition et de sécurité alimentaire devraient être renforcées au niveau communautaire en base aux principes de soins de santé primaires et de promotion de la santé.
- Des ressources devraient être affectées pour suivre et évaluer l'exécution des politiques, des plans ou des programmes et pour assurer l'usage de l'information dans les prises de décisions.
- Il a été observé que certaines activités proposées ne contribuent pas à la réalisation des indicateurs. Il sera nécessaire de renforcer le processus de planification pour améliorer la coordination entre le niveau régional, les bureaux des pays et les homologues nationaux et

pour évaluer la pertinence du lien avec les indicateurs.

- Des efforts plus importants sont requis dans l'incorporation des interventions nutritionnelles dans la prise en charge des patients du VIH.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
21 000 000	15 812 130	75%	15 289 659	97%

- Les contributions volontaires pour cet objectif stratégique sont limitées : des fonds disponibles, \$10,1M (64%) provenaient du budget ordinaire.
- Le taux d'exécution témoigne de l'importance croissante de cet objectif stratégique au niveau des pays. Talence33
- 
- L'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo -AECID) a fourni un niveau important de ressources pour cet objectif stratégique, dont l'appui de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement. Cette contribution devrait se poursuivre dans la prochaine période biennale.
- Il est prévu que les contributions volontaires seront disponibles pendant la période 2010-2011 pour continuer à financer les activités clés des pays au titre de cet objectif stratégique

### Enseignements tirés

- Des efforts supplémentaires sont requis pour mettre en œuvre les politiques intersectorielles, mettre à jour et exécuter des normes et des directives pour répondre à toutes les formes de malnutrition, intensifier l'exécution des nouvelles normes de croissance, développer des pratiques appropriées d'allaitement et d'alimentation complémentaire, intégrer les interventions pour prévenir et contrôler les déficiences en micronutriments et développer des approches intersectorielles pour améliorer l'accès à des directives de régime alimentaire approprié et de sécurité alimentaire.
- L'OMS-GFN (Réseau mondial des infections d'origine alimentaire de l'OMS) s'est avéré une plateforme excellente de coopération technique pour améliorer la surveillance intégrée des maladies d'origine alimentaire. L'OPS doit renforcer son rôle de secrétariat technique en utilisant la plateforme OMS-GFN pour faciliter l'interaction de la santé publique, de la santé animale et des secteurs alimentaires.
- Le Fonds fiduciaire du Codex FAO/OMS a permis une plus grande participation des pays de la Région aux activités du Codex Alimentarius, dans le cadre du Comité du Codex Alimentarius pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CCLAC) et avec la coopération de la FAO et de l'OMS.

- Il reste encore à financer le Fonds fiduciaire du Codex pour assurer la participation de certains pays de la Région. L'OPS et le Bureau régional de la FAO devraient accomplir des efforts conjoints plus importants pour améliorer l'efficacité des comités nationaux du Codex et leur donner une plus grande visibilité politique.
- L'intégration de la nutrition et de la sécurité alimentaire est essentielle pour réaliser un plus grand impact dans la réduction de la malnutrition et des maladies diarrhéiques dans les populations à risque.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<p><b>RER 9.1: Partenariats et alliances formés, leadership établi et coordination et réseautage développés avec toutes les parties concernées aux niveaux des pays, régional et mondial, pour promouvoir le plaidoyer et la communication, stimuler les actions intersectorielles, et augmenter l'investissement dans la nutrition, la sécurité alimentaire et la sûreté des aliments</b></p>	<p><b>À risque</b></p>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Une de deux cibles d'indicateur atteinte.</p> <p>La Région a accompli des progrès satisfaisants sur la voie de la réalisation de ce résultat attendu. La Bolivie et le Pérou ont mis en œuvre des politiques ou des stratégies intersectorielles. Le Brésil, le Honduras, l'Équateur, le Nicaragua et le Venezuela ont fait des progrès dans le sens du développement d'une loi et/ou l'approbation de la nutrition, ou nutrition et sécurité des aliments. Le Belize et le Chili ont mis en œuvre des politiques de sécurité alimentaire sous le parapluie d'une agence de coordination. La plupart des pays de la Région font des progrès dans l'exécution de mécanismes de coordination entre ministères de la santé et de l'agriculture pour renforcer la sécurité alimentaire pour la consommation nationale et les exportations.</p> <p>Il y a un intérêt renouvelé de la part des gouvernements et des agences de coopération, des ONG et des milieux universitaires pour promouvoir la sécurité alimentaire et prévenir les déficiences nutritionnelles; toutefois, il est nécessaire de renforcer les mécanismes de coordination intersectorielle et inter-programmatique, de proposer et de mettre en œuvre des interventions intersectorielles intégrées et d'établir des systèmes qui permettent le suivi de leur exécution et d'évaluer les réalisations.</p> <p>La nutrition et la sécurité alimentaire sont des questions qui sont présentes dans le discours et dans l'agenda politique de la Région. Tous les États Membres reconnaissent le besoin d'entreprendre des efforts intersectoriels pour aborder les déterminants sociaux et réduire les déficiences nutritionnelles afin d'accélérer la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire. Cependant, les ressources financières et humaines nécessaires ne sont pas affectées pour permettre la mise en œuvre et l'exécution des programmes de manière efficace et rentable ; aucun mécanisme n'a été créé pour étendre les interventions en nutrition et réaliser une couverture universelle. La crise financière et l'augmentation des prix des aliments compromettent les réalisations atteintes à ce jour.</p> <p>Il a été observé que certaines des activités proposées ne contribuent pas à la réalisation de l'indicateur. Par conséquent, il est nécessaire de renforcer le processus de planification et d'améliorer la coordination entre le niveau régional et les bureaux des pays ainsi que les homologues nationaux. Également, il est nécessaire d'évaluer la pertinence consistant à relier les indicateurs et de promouvoir des actions qui assurent la mobilisation des ressources ou l'investissement dans la nutrition. Étant donné la portée de cet indicateur, le plaidoyer et la coordination devraient être au niveau politique le plus élevé du pays. L'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement constitue une opportunité de faire progresser ce RER.</p>	

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
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 alimentaire, de la sûreté des aliments et dans la nutrition	18	22	OUI	
9.1.2	Nombre de pays qui ont inclus des activités de nutrition, de sécurité alimentaire et de sûreté des aliments dans leurs approches au niveau de l'ensemble du secteur, dans leurs documents de stratégie de réduction de la pauvreté, ou dans les politiques de développement, plans et budgets, y compris un mécanisme pour le financement des activités de nutrition et de sécurité alimentaire	10	15	NON	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>

<b>RER 9.2 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour accroître leur capacité d'évaluer et de répondre à toutes les formes de malnutrition, et aux maladies zoonotiques et non zoonotiques d'origine alimentaire, et promouvoir des pratiques alimentaires saines</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux des deux cibles d'indicateur atteintes.</p> <p>Quatre pays d'Amérique centrale et l'Équateur ont reçu une coopération technique et ont fait des progrès dans la révision et l'adaptation de guides et de normes pour l'exécution ou le renforcement des programmes de fortification des aliments. Toutefois, certains programmes ne disposent pas des ressources pour mettre en œuvre un système national de contrôle des aliments et appliquer les réglementations des aliments fortifiés. Le personnel technique des Ministères de la Santé et/ou les bureaux de contrôle et de réglementation des aliments sont motivés à poursuivre le processus de révision et d'adaptation des guides en vue de la mise en œuvre de systèmes de suivi réglementaire des aliments fortifiés et les efforts devraient être intensifiés pour mobiliser les ressources nationales afin de permettre l'exécution des systèmes de contrôle et de réglementation de l'État.</p> <p>Les principaux défis comprenaient : ressources limitées dans les pays pour réaliser l'exécution des guides et des normes révisés, manque de capacité analytique technique et opérationnelle des laboratoires alimentaires, et manque de ressources financières au niveau national pour faire fonctionner les systèmes de suivi réglementaire des aliments fortifiés.</p> <p>Le Guatemala et le Venezuela ont mené à bien l'adaptation et la validation d'une série de trois manuels sur les 5 clés pour la sécurité alimentaire de l'OMS. Dans ces pays, les contenus et les activités d'apprentissage/d'enseignement ont été inclus dans le programme de l'école primaire. Cette expérience est transférée à d'autres pays de la Région.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
9.2.1.	Nombre de pays appliquant des normes et des directives de nutrition et de sécurité alimentaire conformément aux mandats mondiaux et régionaux	15	20	OUI	
9.2.2	Nombre de normes, standards, directives, outils et matériels de formation nouveaux, produits par le BSP pour la prévention et la prise en charge des maladies zoonotiques et non zoonotiques d'origine alimentaire	0	1	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>

<b>RER 9.3 : Suivi et surveillance des besoins, et évaluation des réponses dans le domaine de la sécurité alimentaire, de la nutrition et des maladies chroniques liées au régime alimentaire renforcés, et capacité d'identifier des options adéquates de politique améliorée</b>					<b>À risque</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux des trois cibles d'indicateur atteintes, dont une dépassée.</p> <p>Le progrès le plus significatif est la révision, l'adaptation et l'exécution des nouvelles normes de croissance qui ont été adoptées par 21 pays. Il convient de noter que, malgré que le niveau de l'exécution varie d'un pays à l'autre, les progrès ont été considérables. Différents efforts sont en cours dans la Région pour établir des observatoires de sécurité alimentaire, des systèmes communautaires de surveillance du statut nutritionnel et/ou pour collecter des données sur les indicateurs anthropométriques et l'hémoglobine à travers les enquêtes démographiques et de santé familiale. Des pays exécutent, avec une certaine régularité, le recensement de la taille des enfants en âge scolaire, alors que d'autres pays ont des systèmes sentinelles pour suivre la déficience en iode. Toutefois, la fréquence avec laquelle l'information est rassemblée, le temps nécessaire pour l'analyse des données et la publication de ces dernières ne conviennent pas à la prise de décisions.</p> <p>Les pays produisent des informations scientifiques par le biais de différentes institutions, toutefois, ces informations ne sont pas générées annuellement et leur diffusion et leur usage dans les prises de décisions sont limités. Les bureaux des pays ont des ressources humaines et financières limitées pour fournir une coopération technique, promouvoir la recherche, ou conserver un bilan actualisé de la recherche ou des évaluations faites dans le pays.</p> <p>Il y a des structures pour continuer le processus de mise en œuvre des nouvelles normes de croissance et de systèmes nationaux de surveillance nutritionnelle. L'intérêt du personnel technique et des milieux universitaires à exécuter les nouvelles normes de croissance et à produire des informations sur la situation nutritionnelle pour les prises de décisions et l'effort conjoint des gouvernements, des banques et des donateurs, des agences de coopération bilatérale et des ONG à repositionner la nutrition comme le pilier du développement, offrent des opportunités de continuer à progresser sur la voie de la réalisation du RER</p> <p>Les principaux défis comprenaient l'expansion de l'exécution des nouvelles normes de croissance de l'OMS et la mobilisation de la volonté politique, ainsi que l'affectation de ressources pour établir des systèmes permanents et durables de surveillance nutritionnelle.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
9.3.1	Nombre de pays qui ont adopté et mis en œuvre les normes de croissance de l'enfant de l'OMS	0	10	OUI	Dépassée : 20 pays
9.3.2	Nombre de pays qui ont des données de surveillance représentatives au niveau national sur une forme majeure de malnutrition	12	15	NON	
9.3.3	Nombre de pays qui produisent et publient des preuves et des informations scientifiques pour la politique et les programmes publics sur au moins un des thèmes suivants, chaque année : 1) Déficiences nutritionnelles et facteurs de risque dans différents groupes de population; 2) Déterminants sociaux, économiques de la santé, de l'insécurité alimentaire et de la nutrition; 3) Surpoids et obésité chez les enfants et les adolescents; et 4) Efficacité du programme	11	15	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>

RER 9.4: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour le développement, le renforcement et l'exécution de plans et de programmes de nutrition visant à améliorer la nutrition tout au long du cours de la vie, dans des situations stables comme dans des situations d'urgence					À risque
<p><u>Évaluation du RER</u> : Quatre des cinq cibles d'indicateur atteintes, dont une dépassée.</p> <p>Les pays ont fait des progrès satisfaisants dans (1) l'exécution de la stratégie globale d'alimentation du jeune enfant (sept pays); (2) l'évaluation et l'exécution de nouveaux programmes de fortification des aliments (cinq pays); (3) la mise en œuvre de programmes ou de stratégies pour la prévention de maladies chroniques liées au régime alimentaire (cinq pays); et (4) l'exécution d'interventions nutritionnelles dans les plans nationaux pour la gestion des urgences ou des situations de catastrophe (cinq pays). Il n'a pas été possible toutefois d'incorporer la composante nutritionnelle dans l'enveloppe des interventions pour la prise en charge des patients du VIH; par conséquent, la coopération technique doit être renforcée pour permettre d'incorporer la composante nutritionnelle dans la prise en charge des patients du VIH.</p> <p>Les principaux défis comportaient : le besoin de mobiliser la volonté politique et les ressources humaines et financières pour étendre les programmes, améliorer la qualité de la prestation du service, assurer l'accès universel et accroître la couverture de soins ; et développer ou renforcer la capacité de gestion des agents de santé pour concevoir et incorporer des interventions intégrées et promouvoir des interventions communautaires. La crise financière, les coûts des aliments et l'augmentation du nombre de personnes vivant dans la pauvreté ou l'extrême pauvreté posent également des défis considérables.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
9.4.1	Nombre de pays qui ont développé des programmes nationaux qui exécutent au moins 3 actions de priorité élevée recommandées dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	5	12	OUI	Dépassée : 14 pays.
9.4.2	Nombre de pays ayant développé des programmes nationaux qui ont mis en œuvre des stratégies de prévention et de contrôle de malnutrition et de micronutriments	11	16	OUI	
9.4.3	Nombre de pays qui ont développé des programmes nationaux mettant en œuvre des stratégies de promotion de pratiques alimentaires saines afin de prévenir les maladies chroniques liées au régime alimentaire	11	16	OUI	
9.4.4	Nombre de pays qui ont incorporé les questions nutritionnelles dans leurs programmes globaux de réponse au VIH/SIDA et à d'autres épidémies	11	14	NON	
9.4.5	Nombre de pays qui ont renforcé la capacité nationale de préparation et de réponse aux urgences en matière d'alimentation et de nutrition	11	16	OUI	



<b>RER 9.5 : Systèmes de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies zoonotiques et non zoonotiques d'origine alimentaire et de la fièvre aphteuse renforcés et programmes de suivi des risques alimentaires établis</b>					<b>À risque</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux des trois cibles d'indicateur atteintes.</p> <p>Les progrès ont été satisfaisants dans le renforcement des capacités en matière de surveillance épidémiologique intégrée, de détection et de recherche et de réponse aux flambées de maladies d'origine alimentaire. Le réseautage a été crucial dans le renforcement des capacités des systèmes de surveillance de la Région. Le réseau mondial des infections d'origine alimentaire (OMS-GFN) et PulseNet ont également formé une communauté de personnels techniques qui sont fortement motivés dans le travail qu'ils accomplissent dans leurs pays respectifs. Tous les pays de la Région font partie de l'OMS-GFN, partagent les expériences et disposent d'un contrôle de qualité externe dans les diagnostics. Le travail mené à bien par les réseaux de l'OMS-GFN et PulseNet a été fondamental pour l'Amérique latine et les Caraïbes en renforçant (a) la collaboration entre épidémiologie et laboratoires; (b) l'exécution de programmes d'assurance de qualité des diagnostics; (c) l'amélioration de l'interface pour l'usage de SIRVETA (système régional d'information sur les maladies d'origine alimentaire) qui facilite le travail en déterminant le risque attribuable à la source alimentaire de cas et de flambées de maladies d'origine alimentaire; (d) le travail des trois centres de référence de l'OMS-GFN (Institut Malbran (Argentine), INCIENSA (Costa Rica) et CAREC (Trinité et Tobago); et (e) la participation active des pays au suivi des activités sur la résistance aux médicaments antimicrobiens, le fardeau des maladies et l'affectation de la maladies à la source. Sept études ont été menées sur le fardeau de la gastroentérite aiguë associée aux maladies d'origine alimentaire dans six îles anglophones des Caraïbes et au Chili (région métropolitaine).</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
9.5.1	Nombre de pays dotés d'une collaboration opérationnelle et intersectorielle établie pour la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies d'origine alimentaire	16	22	NON	5 des 6 pays additionnels ont atteint la cible.
9.5.2	Nombre de pays qui ont initié ou renforcé des programmes pour la surveillance et le contrôle d'au moins une maladie majeure d'origine alimentaire	2	7	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>
9.5.3	Nombre de pays d'Amérique latine qui ont réalisé au moins 75% des objectifs du plan d'éradication hémisphérique de la fièvre aphteuse	4/11	6/11	OUI	

<b>RER 9.6 : Coopération technique 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>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux cibles d'indicateur atteintes.</p> <p>HSD/FOS de l'OPS a facilité une participation plus large et plus efficace à l'exécution du programme de travail de la Commission du Codex Alimentarius (CAC), ses comités et ses groupes de travail au moyen du Fonds fiduciaire du Codex de la FAO/OMS. Les activités de la Commission du Codex pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CCLAC) ont également reçu un appui. Un atelier de renforcement des capacités FAO/OPS/OMS sur la sécurité alimentaire a été tenu avant la 16<sup>e</sup> réunion de la CCLAC en novembre 2008.</p> <p>La sécurité alimentaire et les normes alimentaires sont critiques pour la Région. Les normes alimentaires du Codex ont des implications considérables tant pour la santé que pour le commerce des aliments, et donc également pour le développement social et économique. Il est important de poursuivre le travail pour accroître la participation des pays au travail de la CAC et à l'établissement de normes de sécurité alimentaire en général.</p> <p>La possible réduction de l'assistance de la part des pays donateurs au Fonds fiduciaire de l'OMS/FAO peut avoir affecté la participation des pays au Codex.</p> <p>Au cours de la présente période biennale, plusieurs événements de santé publique ont été gérés par l'OPS/OMS (HSD/FOS) conformément au cadre du RSI, en raison d'aliments contaminés avec des implications mondiales ou régionales. Tous les pays de la Région sont reliés au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments de la FAO/OMS (INFOSAN), qui fournit les informations pertinentes au processus de décisions dans les événements de sécurité alimentaire qui ont un impact sur la santé publique dans le cadre du RSI.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
9.6.1	Nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui participent aux réunions pertinentes du Codex	36/36	36/36	OUI	
9.6.2	Nombre de pays qui ont établi des systèmes nationaux pour la sécurité alimentaire et les zoonoses d'origine alimentaire avec des liens internationaux à des systèmes de réponse aux urgences	18	22	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>

## OS10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé

**En  
bonne  
voie**

### 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

#### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

144. En fonction des progrès dans les RER et l'atteinte des cibles d'indicateur sur la période 2008-2009, le présent OS est en bonne voie pour atteindre les cibles établies pour 2013.

#### *Évaluation 2008-2009*

#### *Principales réalisations au cours de la période biennale :*

- Approbation de la résolution CD49.R22 du Conseil directeur, Réseaux intégrés de prestations des services de santé basés sur les soins de santé primaires (SSP), en octobre 2009.
- Diffusion de la stratégie de SSP (plus de 40 000 copies du document de position ont été largement circulées).
- Développement continu des aspects opérationnels clés des SSP conformément au plan : réseaux intégrés de prestation des soins de santé; accréditation des prestataires de soins de premier niveau; installations de santé/gestion des services et systèmes d'information, y compris le Système d'appui aux décisions sur la productivité, l'efficacité, les ressources et les coûts des services de santé (PERC); et services médicaux d'urgence.
- Résultats positifs des efforts inter programmatiques dans les domaines des hôpitaux sûrs; gestion de la réponse à la pandémie de H1N1; et un modèle de service pharmaceutique basé sur les soins de santé primaires (SSP).

#### **Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources**

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
32 000 000	34 381 872	107%	29 122 178	85%

145. Du total des fonds disponibles pour la période biennale, \$21,5M (63%) provenaient d'autres sources. L'OS10 a reçu un financement généreux d'une manière ponctuelle et constante de l'OMS, l'Espagne et le Canada, ainsi que par le biais d'un accord bilatéral avec USAID, permettant ainsi l'exécution des activités et des tâches programmées pendant la période biennale.

146. Les fonds venant de l'OS10 ont également couvert les activités de coopération technique relatives à l'OS14 (financement de la protection sociale et de la santé).

**Enseignements tirés**

- Les efforts inter programmatiques sont indispensables pour renforcer les systèmes de santé basés sur les initiatives de SSP.
- Il est nécessaire de forger des alliances avec d'autres domaines techniques de l'OPS, GHI et d'autres partenaires pour rechercher des synergies positives dans le but des systèmes de santé basés sur les SSP.

**2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION**

<b>RER 10.1 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour un accès équitable à des services de soins de santé de qualité, avec un accent spécial mis sur les groupes de populations vulnérables</b>					<b>En bonne voie</b>
Les pays ont fait des progrès dans la formulation de politiques, législations et plans incorporant les soins de santé primaires en tant que principe directeur pour améliorer l'accès aux services de santé.					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
10.1.1	Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques pour accroître l'accès aux services de soins de santé de base (initiatives du BSP sur le renouvellement des soins de santé primaires)	14	18	OUI	
10.1.2	Nombre de pays qui font état de progrès dans leurs programmes d'amélioration de la qualité	11	19	NON	À cause des ressources humaines limitées, les progrès ont été retardés.

<b>RER 10.2: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour renforcer les capacités organisationnelles et gestionnaires des institutions et des réseaux de prestation des services pour améliorer leur performance</b>					<b>En bonne voie</b>
<u>Évaluation du RER</u> : Une cible sur une cible d'indicateur atteinte.					
Avec la collaboration de COHAN (Cooperativa de Hospitales de Antioquia) et de PERC (Système de soutien aux prises de décisions sur la productivité, l'efficacité, les ressources et les coûts des services de santé (Sistema de Soporte a la Toma de Decisiones sobre Productividad, Eficiencia, Recursos y Costos de los Servicios de Salud)), la méthodologie et les outils sont diffusés dans l'ensemble de la Région. Les pays continuent à faire part de leur intérêt à avoir accès à des méthodologies et des outils de gestion productive.					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
10.2.1	Nombre de pays qui ont appliqué la méthodologie de gestion productive des services de santé de l'OPS et ses outils d'appui	5	14	OUI	

<b>RER 10.3 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour développer des mécanismes et des systèmes réglementaires pour assurer la collaboration et des synergies entre systèmes de prestation des services publics et non publics</b>					<b>En bonne voie</b>
<p>Évaluation du RER : Une cible sur une cible d'indicateur atteinte.</p> <p>Feuille de route pour la coopération technique en cours de mise en œuvre dans huit pays.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
10.3.1	Nombre de pays qui ont adopté les recommandations de politique de l'OPS pour intégrer le réseau de prestation des soins de santé, y compris les prestataires publics et non publics	3	12	OUI	

<b>RER 10.4 : Politiques de prestation des services et leur mise en œuvre dans les États Membres reflétant de plus en plus l'approche des soins de santé primaires (SSP)</b>					<b>En bonne voie</b>
<p>Évaluation du RER : Une cible sur une cible d'indicateur atteinte.</p> <p>Des synergies positives avec les initiatives GAVI vers le renforcement du système de santé ont été établies.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
10.4.1	Nombre de pays qui font état de progrès dans l'exécution des systèmes de santé basés sur les SSP, selon le document de position de l'OPS et la déclaration régionale sur les SSP	1	15	OUI	7 études de cas achevées et 6 pays exécutant GAVI-HSS.

**OS11 : Renforcer le leadership, la gouvernance et les données probantes des systèmes de santé**

**À risque**

**1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE**

*Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

147. En général, la majorité des indicateurs ont été réalisés de manière satisfaisante. Les plus vulnérables sont ceux liés à la recherche sur la santé en raison de la faible priorité qui lui est accordée dans les programmes nationaux de santé et du manque d'engagement auprès des milieux universitaires. Le besoin de prise de décisions fondée sur des données probantes est reconnu.

*Évaluation 2008-2009*

148. Au cours de la période biennale, les contributions de l'OPS envers le renforcement de la gouvernance du leadership et des systèmes de santé fondés sur des données probantes ont comporté une coopération technique directe ainsi qu'une utilisation accrue du campus virtuel en santé publique afin d'encourager la création de réseaux de savoir et de programmes continus d'apprentissage à distance. La mise en œuvre du cours en ligne sur les fonctions essentielles de la santé publique (FESP) en 2009, avec la participation de 63 participants de 16 pays est un exemple de coopération technique réussie.

149. L'Organisation a continué à suivre la réforme du secteur de la santé et a assisté à la mise à jour des profils des systèmes de santé de 14 pays. Les profils du système de santé servent d'outil précieux pour les prises de décisions.

150. Dans le cadre du Plan d'action régional de l'OPS pour renforcer l'information en santé et les statistiques vitales, les systèmes nationaux d'information en santé de 11 États Membres ont été évalués en utilisant les outils du Réseau de métrologie sanitaire (HMN) et l'initiative de ressources humaines pour la santé et le système d'information (PRISM). Les évaluations ont été utilisées pour élaborer des plans stratégiques destinés à renforcer les systèmes d'information nationaux de la santé.

151. Plus de 70% des indicateurs ont été réalisés en ce qui concerne les cibles établies pour 2009. Les trois indicateurs associés à la recherche et au transfert du savoir ont été révisés pour les rendre plus spécifiques et mesurables, et un indicateur a été ajouté au RER 11.3 pour la mesure des ODM.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
35 000 000	31 121 361	89%	30 188 042	97%

152. Du total des fonds disponibles pour la période biennale, \$13M (42%) provenaient d'autres sources. Le financement pour la recherche et la gouvernance repose fortement sur les contributions volontaires du Canada et de l'Espagne.

#### Enseignements tirés

- Les pays doivent mettre une plus grande emphase sur la recherche en santé et mettre sur pied des comités déontologiques nationaux. Le renforcement des synergies entre les ministères de la santé et les milieux universitaires est fondamental pour faire progresser l'agenda de recherche en santé dans la Région.
- Les systèmes d'information en santé continuent à être une priorité importante dans la Région. Alors que des progrès ont été accomplis dans le renforcement des systèmes d'information en santé, il faut continuer à les intégrer afin de faciliter la planification et la prise de décisions.
- Il faut avoir une méthodologie et des directives claires pour les analyses de surveillance sanitaire (HSA) afin de mesurer les inégalités et les ODM.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 11.1: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour renforcer la capacité de l'autorité nationale de la santé à s'acquitter de son rôle de direction; améliorer l'analyse de politique, la formulation, la réglementation, la planification stratégique, l'exécution des changements du système de la santé; et le renforcement de la coordination intersectorielle et interinstitutionnelle aux niveaux national et local</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>En général, les quatre indicateurs établis pour ce RER sont en train d'être réalisés de manière satisfaisante. Toutefois, il faut continuer à changer les indicateurs et à les ajuster pour permettre une vérification claire et précise des réalisations, ainsi que celle des étapes sur la voie des réalisations.</p> <p>Les indicateurs 11.1.1 et 11.1.2 ont été transférés à l'OS10 dans le Plan stratégique modifié.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
11.1.1	Nombre de pays qui ont évalué la performance de leurs systèmes nationaux de santé telle que mesurée par un outil convenu au plan régional et validé	0	5	OUI	<i>Indicateur modifié et transféré à l'OS10 dans le PS modifié</i>
11.1.2	Nombre de pays qui font état d'une amélioration de la performance du rôle de direction telle que mesurée par l'évaluation des fonctions essentielles de la santé publique	N/A	8	OUI	<i>Indicateur modifié et transféré à l'OS10 dans le PS modifié</i>
11.1.3	Nombre de pays qui ont des institutions ou des autorités réglementaires qui produisent des cadres légaux et des réglementations	4	8	OUI	
11.1.4	Nombre de pays qui ont développé des plans sectoriels à moyen ou long terme dotés de ressources ou défini des objectifs nationaux de la santé	3	5	OUI	



RER 11.2 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour améliorer les systèmes d'information sanitaire aux niveaux régional et national					En bonne voie
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.</p> <p>En général, les réalisations ont été maintenues. Il existe une banque de données de base et elles seront disponibles sous formats électroniques et imprimés. Le plan d'action destiné à renforcer les statistiques vitales et sanitaires est en cours d'exécution, l'accent étant mis sur les données de l'ICD.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
11.2.1	Nombre de pays qui ont mis à exécution le processus d'évaluation du suivi et de la performance des systèmes d'information en santé basés sur les normes de l'OPS/OMS et du Réseau de métrologie sanitaire	3	7	OUI	.
11.2.2	Nombre de pays qui ont des plans assortis de ressources pour renforcer les statistiques vitales et sanitaires, y compris la production de l'information et l'usage de la Famille de classifications internationales (FIC) conformément aux normes internationales établies par l'OPS/OMS et le Réseau de métrologie sanitaire	3	8	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>
11.2.3	Nombre de pays qui ont mis en œuvre l'initiative régionale de données essentielles de la santé et qui produisent et publient périodiquement les indicateurs de base de la santé aux niveaux infranationaux (premier ou deuxième niveau administratif)	18	22	OUI	

RER 11.3: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour accroître l'accès équitable à l'information, au savoir et aux données scientifiques probantes concernant la santé et à sa diffusion et son utilisation pour les prises de décisions					À risque
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur cinq atteintes.</p> <p>Il y a un intérêt constant portant sur l'exécution des activités de transfert du savoir. L'assistance technique devrait être mise en relief afin de renforcer la capacité analytique des pays en matière d'analyse de la santé, chose qui n'a pas été réalisée dans tous les pays de la Région. Le besoin persiste en matière de méthodologies et de guides pour les ASIS, la mesure des inégalités et les ODM, et à la fin de l'année il est prévu de disposer de protocoles, procédures et processus remis à jour pour les programmes techniques, avec les données probantes les plus récentes à disposition. Un indicateur spécifique pour la mesure des ODM a été ajouté.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
11.3.1	Nombre de pays qui utilisent les indicateurs de base de la santé normalisés et d'autres informations statistiques disponibles	5/33	8/33	OUI	
11.3.2	Nombre de pays qui ont amélioré leurs capacités d'analyse pour produire de l'information et du savoir en santé mesurés par des mises à jour périodiques des profils des pays	5/33	7/33	OUI	
11.3.3	Nombre de pays qui participent au Réseau de Politique d'information fondé sur les Preuves (EVIPNet)	8	12	NON	Des progrès réguliers ont été accomplis dans plusieurs pays tels que TRT et PAR sur la voie de l'exécution d'EVIPNet. Les propositions pour BRA, CHI, FEP, COR sont en cours de développement
11.3.4	Nombre de pays ayant une stratégie du secteur de la santé publique pour mettre à jour les protocoles, procédures et processus des programmes techniques avec les dernières données probantes	8	15	NON	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>
11.3.5	Nombre de pays qui ont accès à l'information et au savoir scientifiques essentiels tels que mesurés par l'accès aux bibliothèques virtuelles de santé (VHL) aux niveaux national et régional	10	15	OUI	

<b>RER 11.4: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour faciliter la production et le transfert du savoir dans des domaines prioritaires, y compris la recherche en santé publique et en systèmes de santé, et assurer que les produits respectent les normes déontologiques de l'OMS</b>					<b>À risque</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Une cible d'indicateur sur deux atteinte.</p> <p>Le travail avec les nouveaux indicateurs et avec le modèle de travail remis à jour qui normalise les données et donne aux pays le droit de gérer l'information qu'ils affichent fera progresser ce RER. Une attention insuffisante est accordée par les pays à la recherche, et plus alarmant encore est le manque d'appui à l'établissement de comités et de commissions déontologiques.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
11.4.1	Nombre de pays qui font état d'une amélioration dans l'indicateur groupé pour la fonction essentielle de la santé publique #10 (recherche en santé publique)	0	5	NON	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i> Au moins 3 pays travaillent sur l'analyse et le développement de politiques sur la recherche en santé et les priorités de recherche en santé.
11.4.2	Nombre de pays de LAC dotés de commissions nationales visant à suivre la conformité aux normes déontologiques dans la recherche scientifique	14/36	20/36	NON	Trois pays additionnels ont notifié des progrès, portant leur total à 17.

**OS12 : Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage de produits et de technologies médicaux**

**En bonne voie**

**1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE**

*Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

153. En fonction des progrès des RER et des réalisations des cibles d'indicateur dans la période 2008-2009, cet OS est en bonne voie pour atteindre les cibles en 2013.

*Évaluation 2008-2009*

154. Avec des ressources de l'Union européenne pour les ordonnances médicales dans les Caraïbes, des cibles très importantes ont été atteintes en ce qui concerne les politiques d'ordonnances médicales et dans l'identification de mécanismes réglementaires infrarégionaux pour les ordonnances médicales.

155. La stratégie mondiale et le plan d'action en santé publique, innovation et propriété intellectuelle a été intégralement discutée dans la Région et elle comportait l'adoption d'une résolution par le Conseil directeur en 2008 (CD48.R15, Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : une perspective régionale), ainsi que le développement d'une plate-forme régionale en tant que moyen d'exécution de la résolution.

156. Le réseau panaméricain d'harmonisation de la réglementation pharmaceutique (PARF) a poursuivi activement ses tâches et parmi ses produits, il y a la validation d'un guide d'évaluation pour les autorités réglementaires nationales (NRA) afin de faciliter le suivi et l'évolution de ces dernières au niveau de la performance des fonctions réglementaires essentielles.

**Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources**

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
22 000 000	19 180 095	87%	17 215 205	90%

157. Du total des fonds disponibles, \$13,3M (69%) provenaient d'autres sources. Des contributions importantes ont été reçues de l'Union européenne, en particulier pour les Caraïbes, ainsi que de CIDA-Canada, l'Espagne et l'OMS.

### **Enseignements tirés**

- La coopération inter pays et infrarégionale qui est développée à l'appui de l'exécution de l'OS est considérée comme un facteur critique de réussite. Au niveau infrarégional, l'accès à l'usage des médicaments et des technologies de la santé constitue une priorité. L'accès est une question qui est mise en priorité par tous les mécanismes d'intégration infrarégionaux, ce qui donne des résultats tangibles au niveau infrarégional.
- Les pays à revenu intermédiaire se heurtent à des problèmes concernant la prolifération de toutes les technologies sanitaires dans la Région des Amériques, indépendamment de la catégorie de technologie sanitaire (médicaments, biotechnologies, appareils médicaux). L'approche plus programmatique de ce problème général (contrairement à l'approche par catégorie de produit) a un impact plus fort sur les résultats de la coopération technique de l'OPS.
- Les RER et leurs indicateurs respectifs ont été simplifiés et ils ont été affectés à des sujets plus spécifiques. Par exemple : le RER12.1 est affecté aux politiques et réglementations pour les ordonnances médicales et les technologies, le RER12.2 à la qualité et le RER12.3 à la rationalisation. Chaque indicateur sera affecté aux ordonnances médicales et aux produits biologiques, ou aux technologies de la santé. Il est prévu qu'au cours de la prochaine période biennale, les pays peuvent être reliés de manière plus adéquate et faciliter ainsi le suivi et l'évaluation.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

RER 12.1 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour le développement et le suivi de politiques nationales globales sur l'accès, la qualité et l'usage rationnel des fournitures essentielles de santé publique (y compris médicaments, vaccins, herbes médicinales, produits sanguins, services de diagnostic, appareils médicaux et technologies de la santé)					À risque
<p>Évaluation du RER : Trois cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>La complexité de certains indicateurs devrait être soulignée parce que le manque de spécificité peut inciter à croire que la cible a été atteinte, alors qu'en fait les indicateurs citent un nombre d'actions sur différents sujets compris dans l'OS : médicaments, herbes médicinales, produits sanguins, laboratoires et technologies de la santé.</p> <p>Le RER a été changé dans le Plan stratégique modifié : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour promouvoir et assurer un accès équitable aux produits médicaux et aux technologies de la santé, et à l'innovation technologique correspondante.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
12.1.1	Nombre de pays qui ont développé ou mis en œuvre des politiques et des réglementations pour les produits médicaux essentiels et les technologies	15/36	23/36	OUI	
12.1.2	Nombre de pays qui ont conçu ou renforcé des systèmes nationaux globaux de passation de marchés et de fournitures	20/36	21/36	OUI	<i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié pour porter sur les produits médicaux.</i>
12.1.3	Nombre de pays qui disposent de 100% de dons de sang volontaires non rémunérés	5	8	OUI	
12.1.4	Nombre de pays qui ont accru l'accès aux fournitures essentielles de santé publiques (médicaments, produits sanguins, vaccins et technologies).	11	20	OUI	<i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié pour porter sur l'accès.</i>

<b>RER 12.2 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour mettre en œuvre des normes, des standards et des directives internationaux concernant la qualité, l'efficacité et le coût-efficacité des fournitures essentielles de santé publique</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux cibles d'indicateur sur deux atteintes.</p> <p>Le nombre proposé de pays dans le Plan stratégique a été atteint.</p> <p>Des changements ont été apportés à ce RER pour faciliter l'interaction des pays avec l'évaluation de la réalisation des étapes et des cibles : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour promouvoir et assurer la qualité, sécurité et efficacité des produits médicaux et des technologies de la santé, du fait qu'il est explicité que cette assistance est destinée aux fonctions de réglementation et de qualité.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
12.2.1	Nombre de pays qui ont intégré la capacité de réglementation des produits et des technologies médicaux essentiel, en application de l'évaluation standard de l'OMS	2	5	OUI	
12.2.2	Nombre de pays qui ont adapté et mis en œuvre les normes, standards et directives internationaux sur la qualité et la sécurité des produits et des technologies sanitaires	3	7	OUI	

RER 12.3: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour mettre en œuvre des politiques basées sur des données probantes pour promouvoir scientifiquement l'usage sain et efficace par rapport au coût des produits et des technologies médicaux par les agents de santé et les consommateurs					En bonne voie
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux cibles d'indicateur sur deux atteintes.</p> <p>En ce qui concerne l'usage rationnel et l'incorporation des technologies sanitaires, des gains considérables ont été acquis aux niveaux régional et infrarégional qui ne sont pas reflétés au niveau des pays. Étant donné que le nombre de pays requis pour atteindre les cibles était faible, il n'y a pas eu de problème à réaliser ces deux indicateurs.</p> <p>Le RER a été changé dans le PS modifié de la façon suivante : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour promouvoir et garantir l'usage rationnel et efficace de produits médicaux et de technologies sanitaires efficaces par rapport au coût fondés sur les meilleures données probantes disponibles.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
12.3.1	Nombre de pays qui encouragent l'usage sain et efficace par rapport au coût des produits et des technologies médicaux	11/36	16/36	OUI	<i>Les cibles d'indicateur ont été changées dans le PS modifié.</i>
12.3.2	Nombre de pays ayant une liste nationale des produits et technologies médicaux essentiels remise à jour au cours des cinq dernières années et utilisée dans les passations de marchés publics et/ou les remboursements	30	31	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>



**OS13 : Assurer du personnel sanitaire disponible, compétent, réactif et productif pour améliorer les résultats de la santé**

**En  
bonne  
voie**

## 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

158. Au vu des progrès accomplis au cours de la période biennale, il est fortement probable que les indicateurs et les cibles de l'OS seront atteints en 2013.

### *Évaluation 2008-2009*

159. Les cibles régionales en ressources humaines ont servi de guide et d'incitation à l'action et leur mesure encourage la conception et l'exécution de plans nationaux des ressources humaines qui contribuent au développement de systèmes de santé basés sur les SSP. Il y a eu un intérêt et un engagement considérables de la part des pays en ce qui concerne les changements dans la formation et l'éducation des agents de santé. Les résultats attendus en ce qui concerne la migration des agents de santé sont positifs. Ce thème a été incorporé dans l'agenda de nombreux pays, suscité par la discussion du code de pratique.

### **Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources**

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
23 000 000	14 811 737	64%	13 568 469	92%

160. Sur le total des fonds disponibles pour la période biennale, \$6M (41%) provenaient des contributions volontaires. Le Projet des ressources humaines dépend des contributions volontaires, en particulier du Brésil, du Canada et de l'Espagne. Par conséquent, la réduction éventuelle de ces contributions pourrait compromettre les réalisations atteintes au cours de la présente période biennale. Il est recommandé d'élargir la recherche de donateurs pour faciliter la coopération technique dans certains domaines clés, tels que le développement du campus virtuel de santé publique et le programme de leadership en santé internationale.

### **Enseignements tirés**

- Il faut appuyer les pays dans le développement de plans opérationnels de HRH pour répondre aux politiques du secteur de la santé. Ceci requiert le développement d'instruments plus spécifiques et plus précis dans des domaines tels que la planification et l'établissement des coûts.
- Il faut un renforcement de la coordination intersectorielle dans le développement de plans de HRH, en particulier avec les secteurs de l'économie, de l'éducation et de la fonction publique.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

RER 13.1: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour développer des plans, des politiques et des réglementations des ressources humaines aux plans national, infrarégional et régional pour améliorer la performance des systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires et la réalisation des ODM						En bonne voie
<p><u>Évaluation du RER</u> : Deux cibles d'indicateur sur cinq atteintes.</p> <p>La Région andine a développé un système de référence pour réaliser les 20 objectifs régionaux. Sept pays d'Amérique centrale et des Caraïbes ont terminé une nouvelle série de données essentielles en HRH. Le réseau des ressources humaines pour les observatoires de la santé a été lancé et relie sept pays.</p>						
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès	
13.1.1	Nombre de pays qui disposent de plans d'action de 10 ans pour renforcer les agents de santé avec la participation active des parties concernées et des gouvernements	12	16	NON	Progrès réalisés mais la préparation des plans d'action au niveau des pays est en instance.  <i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié.</i>	
13.1.2	Nombre de pays qui ont une unité dans le gouvernement responsable de la planification et de la préparation de politiques pour le développement des ressources humaines en santé	4	12	NON	Preuves de progrès dans le développement d'unités de planification sanitaire pour inclure HRH au niveau de pays/territoire.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>	
13.1.3	Nombre de pays qui ont établi des programmes pour accroître la production de ressources humaines en santé en accordant la priorité au renforcement des soins de santé primaires	7	11	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>	
13.1.4	Nombre de pays ayant des mécanismes de réglementation (contrôle de qualité) pour l'éducation en santé et les professions de la santé	12	16	NON	Progrès réalisés limités.  <i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>	
13.1.5	Nombre d'alliances stratégiques établies par le BSP pour mettre en œuvre l'appel à l'action de Toronto	2	4	OUI	<i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>	

<b>RER 13.2: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour établir une série d'indicateurs et de systèmes d'information sur les ressources humaines en santé aux niveaux national, infrarégional et régional</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.</p> <p>Plusieurs pays ont établi une série de données essentielles, ont développé un système de référence de l'information et des indicateurs pour suivre les agents de santé et un manuel.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
13.2.1	Nombre de pays qui ont établi une base de données pour suivre les situations et les tendances des agents de santé, mise à jour au moins tous les deux ans	10	18	OUI	
13.2.2	Nombre de pays qui participent à un système régional d'indicateurs sur les ressources humaines en santé (dont des indicateurs de distribution géographique, de migration, de relations du travail et les tendances de développement des professionnels de la santé)	0	10	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>
13.2.3	Nombre de pays ayant un groupe national participant au réseau des ressources humaines pour les observatoires de la santé	18	29	OUI	

RER 13.3: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour formuler et mettre en œuvre des stratégies pour produire, attirer et retenir les agents de santé (avec les compétences appropriées) se rapportant aux besoins en santé individuels et collectifs, qui tiennent compte particulièrement des populations négligées					En bonne voie
<p><u>Évaluation du RER</u> : Une cible d'indicateur sur trois atteinte.</p> <p>La réalisation de cet objectif fait partie de processus de négociation complexes d'une nature sensible dans les pays. Les pays progressent constamment dans le développement de carrières en santé et dans la création d'incitations pour la rétention et la meilleure distribution du personnel de santé.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
13.3.1	Nombre de pays qui disposent de politiques de recrutement et de rétention des agents de santé	6	15	NON	Retard dans la préparation de politiques concernant le recrutement et la rétention d'agents de santé en résultat de la crise financière mondiale.  <i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>
13.3.2	Nombre de pays qui ont mis en place des systèmes et des stratégies d'incitation pour réaliser la redistribution géographique de leurs agents de santé afin de favoriser les zones insuffisamment servies	4	10	NON	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>
13.3.3	Nombre de pays qui participent à l'initiative « voie de carrière pour les agents de santé », qui incorpore des incitations spécifiques pour l'amélioration des compétences et une distribution juste des effectifs	4	8	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>

<b>RER 13.4: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour renforcer les systèmes d'éducation et les stratégies au niveau national, dans le but de développer et de maintenir les compétences des agents de santé, axés sur les soins de santé primaires</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur cinq atteintes.</p> <p>L'accomplissement de ce résultat attendu fait partie d'une combinaison de progrès dans différents domaines. De nombreux pays ont commencé à relier le service et l'éducation en fonction du niveau correspondant d'éducation du personnel de santé; L'éducation en matière de SSP rallie un intérêt régional, et des programmes d'éducation permanente ont été établis pour le personnel de santé. Les changements positifs dans le campus virtuel, l'éducation en santé internationale et la formation au leadership des ressources humaines sont des stratégies d'impact sur la voie de la réalisation de l'objectif.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
13.4.1	Nombre de pays ayant des mécanismes de planification conjoints pour les institutions de formation et les services de santé	4	15	NON	Il y a des discussions nationales en cours au niveau des pays, mais les politiques restent encore à être concertées et mises en œuvre. <i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>
13.4.2	Nombre de pays qui font état de changements dans les programmes scolaires en résultat de l'orientation de l'éducation pré- et post-universitaire aux soins de santé primaires	4	10	OUI	<i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>
13.4.3	Nombre de pays qui ont établi des systèmes d'éducation permanente pour améliorer les compétences des agents de santé	5	10	OUI	<i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>
13.4.4	Nombre de pays qui participent au programme de leadership pour la santé internationale	0	20	OUI	La cohorte de 2009 compte plus de 30 participants de plus de 20 pays. <i>Cet indicateur a été changé dans le PS modifié</i>
13.4.5	Nombre de pays ayant une participation active dans les stratégies d'apprentissage virtuel	7	20	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié</i>

<b>RER 13.5: Promotion d'une compréhension et d'une coopération accrues pour trouver des solutions à la migration internationale des agents de santé</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.</p> <p>Des progrès ont été accomplis dans l'analyse régionale de la migration et les pays ont engagé des efforts nationaux à cette fin. Le code de pratique pour le recrutement de personnel de santé international a été discuté et appuyé. Les processus d'intégration régionale ont fait de grands progrès en accréditant les diplômes internationaux des professionnels de la santé, indiquant une plus grande compréhension dans la Région en ce qui concerne la migration du personnel de santé et en se positionnant pour l'action.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
13.5.1	Nombre de pays qui analysent et suivent la dynamique de la migration des agents de santé	5	12	OUI	
13.5.2	Nombre de pays qui participent à des accords bilatéraux ou multilatéraux portant sur la migration des agents de santé	4	10	OUI	
13.5.3	Nombre de sous-régions qui développent des accords formels sur des systèmes qui reconnaissent les diplômes et les certificats perfectionnés des professions sanitaires	1	2	OUI	<i>Cet indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>

## OS14 : Étendre la protection sociale à travers un financement équitable, approprié et durable

**En  
bonne  
voie**

### 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

#### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

161. Au vu des progrès accomplis au cours de la période biennale 2008-2009, les cibles et les indicateurs de l'OS devraient être atteints en 2013.

#### **Évaluation 2008-2009**

162. Onze (11) États Membres ont institutionnalisé des unités d'économie et de financement en santé au Ministère de la Santé. Quinze (15) pays ont accompli des progrès considérables dans la production systématique de comptes satellites de la santé et de dépenses nationales en santé et d'études de financement contribuant au renforcement de la capacité des États Membres d'améliorer le financement du système national de soins de santé et des programmes de protection sociale. Un financement pour renforcer la coopération technique dans ces domaines est requis.

163. L'accession à un financement suffisant et durable des systèmes de santé publique nationaux et des soins de santé publique, et l'extension des objectifs et des buts de protection sociale devraient être poursuivis, tel qu'établi dans le Plan stratégique.

#### **Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources**

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
15 000 000	4 866 603	32%	4 576 758	94%

164. Sur le total des fonds disponibles, \$1,14M (23%) provenait d'autres sources. Il convient de noter que de nombreuses activités menées à bien au titre de l'OS14 étaient couvertes par des fonds de l'OS10.

165. L'OPS doit mobiliser des ressources de l'OMS et de sources extérieures, en prenant parti des nouvelles initiatives, telles que le Réseau de protection sociale interaméricain (USAID).

#### **Enseignements tirés**

- Malgré le fait que le financement des systèmes nationaux de soins de santé pour fournir une couverture universelle est prééminent dans l'agenda de la politique sociale dans plusieurs pays de la Région, il existe une sensibilisation accrue du fait que la récession économique

mondiale pourrait avoir un impact négatif sur les récents gains des investissements dans le secteur social, y compris la santé. Par conséquent. Il est vital de prendre des mesures pour protéger ces gains.

- Il faut institutionnaliser le recueil d'information sur les dépenses et le financement des systèmes de soins de santé et les systèmes ou programmes de protection sociale.
- Il faut renforcer les capacités des pays d'analyser les implications budgétaires des progrès sur la voie de la réalisation de la couverture universelle des systèmes de soins de santé et de l'extension de la protection sociale dans les programmes et régimes de la santé.

## II. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 14.1 : Coopération technique fournie aux États Membres pour développer des capacités institutionnelles afin d'améliorer le financement du système national de santé et d'une protection sociale en santé</b>					<b>En bonne voie</b>
<u>Évaluation du RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes.					
Douze (12) pays ont consolidé des unités/départements économiques en santé (UES/DES) en tant que partie intégrale des divisions/départements de politique et planification des ministères de la santé. Il s'est produit des augmentations considérables dans la demande d'activités de coopération technique concernant les questions de financement de la santé : adéquation, durabilité et implications budgétaires de la réalisation de l'accès et de la couverture universels. Il y a un élan croissant vers les politiques de protection sociale dans les pays et le Réseau de protection sociale interaméricain a été lancé en septembre 2009. Le Programme mondial de l'alimentation et d'autres agences de l'ONU, ainsi que l'OPS, appuient actuellement les composantes nutritionnelles au sein des dispositifs de protection sociale. La protection sociale ibéro-américaine dans le réseau de santé est actuellement en cours de développement, le Gouvernement du Chili assumant le rôle de Secrétaire. Il est fondamentalement important de saisir cette fenêtre d'opportunité pour faire progresser la protection sociale dans les politiques de la santé afin de réaliser l'assurance de la santé universelle.					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
14.1.1	Nombre de pays disposant de plans de développement institutionnel destinés à améliorer la performance des mécanismes de financement	7	10	OUI	
14.1.2	Nombre de pays ayant des unités d'analyse de dépenses économiques, financières et fonctionnelles en santé	10	13	OUI	<i>Indicateur transféré à 14.2 dans le PS modifié</i>
14.1.3	Nombre de pays ayant mené des études de caractérisation de l'exclusion sociale en santé au niveaux national ou infranational en utilisant l'outil d'autoévaluation de l'OPS	11	13	OUI	<i>Indicateur consolidé avec 14.1.4 et transféré au RER 14.4 dans le PS modifié</i>



Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
14.1.4	Nombre de pays qui participent à l'observatoire des politiques de protection sociale en santé établi lors de la 9 <sup>e</sup> Conférence ibéro-américaine des Ministres de la Santé	0	5	OUI	Cible dépassée : 10 pays participant activement à l'observatoire  <i>Indicateur consolidé avec 14.1.3 et transféré au 14.4 dans le PS modifié</i>

<b>RER 14.2 : États Membres appuyés à travers la coopération technique pour évaluer la capacité des ménages à satisfaire les dépenses de santé par le biais du système de protection sociale</b>					<b>À risque</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Une cible d'indicateur sur une non atteinte.</p> <p>Deux seulement des trois études de cas des pays sur les dépenses relatives aux catastrophes ont été terminées. Les ressources financières et l'expertise technique restreintes ont limité le développement des activités de coopération technique pour évaluer le rôle des systèmes de soins de santé publique et de protection sociale pour empêcher les ménages de prendre en charge les dépenses de santé dues à des catastrophes.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
14.2.1	Nombre d'études de pays complétées appliquant le cadre d'évaluation de l'OPS pour évaluer la capacité des ménages à satisfaire les dépenses de santé par le biais des systèmes de protection sociale	0	3	NON	Deux études sur trois réalisées.

<b>RER 14.3 : Information sur le financement et les dépenses de santé mise à jour périodiquement et fournie aux États Membres pour la planification de la protection sociale</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur cinq atteintes et une non évaluée.</p> <p>Il n'y a pas de risques prévus pour compromettre la réalisation des cibles des périodes biennales futures.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
14.3.1	Nombre de pays qui font état d'une information actualisée sur le financement et les dépenses de santé à l'initiative régionale de données essentielles de l'OPS et à l'annexe statistique de l'OMS/WHR	28/35	31/35	OUI	

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
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	13	16	NON	Il faut améliorer la coordination pour mieux institutionnaliser l'usage des normes statistiques de l'ONU.

<b>RER 14.4: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour appuyer le développement de régimes d'assurance et d'autres mécanismes pour étendre la protection sociale en santé</b>	<b>En bonne voie</b>
---	----------------------

Évaluation du RER : Une des cibles d'indicateur sur une atteinte.

Des options de politique pour étendre la couverture/les régimes d'assurance de santé sociale basés sur les principes/l'orientation de l'OPS sur l'ESPH ont été définies par 10 pays (Aruba, Brésil, Chili, Équateur, Haïti, Mexique, Paraguay, Pérou, Uruguay et Venezuela).

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
14.4.1	Nombre de pays ayant des mécanismes d'assurance et autres pour étendre la protection sociale en santé	8	10	OUI	

<b>RER 14.5: États Membres appuyés à travers la coopération technique pour aligner et harmoniser la coopération internationale en santé</b>	<b>En bonne voie</b>
---	----------------------

Évaluation du RER : Une des cibles d'indicateur sur une atteinte.

Le BSP a adapté une trousse à outils pour les équipes de pays afin de renforcer les capacités sur ces thèmes. L'évaluation globale pour la fin de la période biennale est positive (six pays, un de plus que la cible). Quantitativement, l'indicateur a été atteint, mais qualitativement, il faut accomplir du travail supplémentaire, en particulier dans les pays clés où les questions d'harmonisation et d'alignement revêtent une importance plus grande.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
14.5.1	Nombre de pays qui indiquent une amélioration dans les niveaux d'harmonisation et d'alignement de la coopération en santé internationale, telle que mesurée par des normes et des instruments convenus au plan international	3	5	OUI	

**OS15 : Fournir le leadership, renforcer la gouvernance et encourager le partenariat et la collaboration avec les États Membres, le système des Nations Unies et les autres parties concernées pour s'acquitter du mandat de l'OPS/OMS en faisant progresser l'agenda mondial de la santé, tel qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et l'Agenda de la Santé pour les Amériques**

**En bonne  
voie**

## **1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE**

### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

166. La performance de l'OS indique qu'il est sur la bonne voie pour atteindre les cibles de 2013.

167. Les dirigeants du monde envisagent des décisions pour accélérer les progrès sur la voie de tous les Objectifs de développement pour le Millénaire (ODM) en 2015 en renforçant le cadre multilatéral. Ceci donnera un élan spécial à l'OPS/OMS pour renforcer le leadership et encourager des partenariats avec les partenaires extérieurs, y compris les agences des Nations Unies.

168. Les initiatives relatives à la santé parrainées par quelques États Membres (les États-Unis d'Amérique, l'Espagne et le Canada, entre autres) dans différents forums internationaux, tels que le G-8 et le G-20, ainsi que les efforts au niveau des pays, assurent que la Région est bien positionnée pour faire progresser les agendas de la santé régionaux et mondiaux.

### *Évaluation 2008-2009*

169. Cet OS est un objectif propice qui facilite la réalisation d'autres OS. Il comprend trois domaines majeurs : leadership et gouvernance, présence du pays pour la coopération technique et relation avec le système de l'ONU.

170. Les réalisations majeures du BSP dans cet OS comprennent :

- 60% des résolutions des Organes directeurs de l'OPS sont axées sur les politiques et les stratégies.
- Les partenariats avec les parties prenantes extérieures ont été élargis et renforcés.
- L'engagement de l'OPS au processus de réforme de l'ONU au niveau régional et au niveau des pays a été encouragé et la Stratégie de coopération avec les pays (CCS) et la Stratégie de coopération infrarégionale (SCS) ont joué un rôle plus important en définissant la coopération technique de l'OPS.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
61 210 000	69 676 767	114%	68 088 843	98%

171. L'exécution n'a pas été de 100% parce que certaines activités programmées pour la période biennale 2008-2009 et financées par les contributions volontaires, ont été remises à la période biennale 2010-2011.

172. Le Canada, l'Espagne et les États-Unis ont été les principaux partenaires bilatéraux dans le financement du plan de travail biennal du BSP. Ils continueront à appuyer le BSP pendant la période biennale 2010-2011, mais il faut rechercher de nouveaux partenaires, si l'on considère les défis anciens et nouveaux auxquels se heurte la Région.

#### Enseignements tirés

- En général, la performance des entités individuelles du BSP contribuant à cet OS a été bonne. Le BSP a promu des outils institutionnels pour promouvoir le leadership dans l'Organisation et améliorer la responsabilisation institutionnelle envers ses Organes directeurs. Il faut qu'il continue à travailler pour intégrer ces outils et incorporer les meilleurs enseignements tirés.
- En ce qui concerne l'engagement de l'OPS au processus de réforme de l'ONU, le BSP doit réviser ses procédures internes pour faciliter l'engagement des bureaux des pays au niveau opérationnel, Le BSP est intégralement engagé dans ce processus au niveau mondial et régional, mais au niveau des pays, il faut qu'il augmente sa présence institutionnelle dans ce processus.
- Concernant la présence de l'OPS dans les pays, les entités du BSP doivent renforcer leur travail en appuyant les bureaux des pays à mettre en œuvre la stratégie de coopération avec les pays.
- Pour ce qui est des stratégies de coopération infrarégionale, il faut que le BSP analyse l'approche de l'OPS de ces nouveaux processus d'intégration afin d'assurer un appui technique efficace et cohérent.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 15.1: Leadership et direction efficaces de l'Organisation exercés à travers le renforcement de la gouvernance, et la cohérence, la responsabilisation et la synergie du travail de l'OPS/OMS pour s'acquitter de son mandat en faisant progresser les agendas mondial, régional, infrarégional et national de la santé</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>Les responsables supérieurs de toutes les entités du BSP sont fermement engagés à accomplir cet objectif stratégique. Il faut continuer à appuyer les responsables supérieurs récemment nommés pour atteindre les cibles de 2011.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
15.1.1	Proportion des résolutions des Organes directeurs de l'OPS adoptées qui sont axées sur la politique et les stratégies de la santé	40%	45%	OUI	Attente dépassée. 60%.
15.1.2	Pourcentage de tous les projets de contrôle achevés qui évaluent et améliorent les processus pour la gestion du risque, le contrôle et la gouvernance	0%	40%	NON	L'Unité des services de contrôle interne (IOS) a prévu 25 tâches et en a achevé 22 (88%). Ventilé entre audits internes et évaluations, IOS a prévu 22 audits internes et terminé 17 (77%), alors qu'il avait prévu 3 évaluations et en a complété 5 (exécution complète – en fait, cible dépassée).
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, plaidoyer pour la mission de l'OPS/OMS, élaboration de CCS et de plans de travail biennaux et rapports) ponctuelles et dans les limites du budget	50/81	65/81	OUI	
15.1.4	Pourcentage d'enquêtes légales des Organes directeurs et des États Membres traitées dans les 10 jours ouvrables	70%	90%	OUI	

<b>RER 15.2 : Présence efficace de l'OPS/OMS établie dans les pays pour exécuter les stratégies de coopération avec les pays (CCS) de l'OPS/OMS qui sont 1) alignées sur les agendas nationaux de la santé et du développement des États Membres, et 2) harmonisées avec l'équipe du pays des Nations Unies et d'autres partenaires de développement</b>						<b>En bonne voie</b>
Évaluation du RER : Deux cibles d'indicateur sur cinq atteintes.						
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès	
15.2.1	Nombre de pays qui utilisent les stratégies de coopération avec les pays (CCS) comme base pour définir la présence dans le pays de l'Organisation et son plan de travail biennal respectif	20/35	30/35	OUI		
15.2.2	Nombre de pays dans lesquels la CCS est utilisée comme une référence pour l'harmonisation de la coopération en santé avec les équipes de pays de l'ONU et d'autres partenaires de développement	20/35	30/35	OUI		
15.2.3	Nombre de pays dans lesquels la contribution du BSP aux résultats nationaux de la santé est évaluée par une évaluation conjointe (BSP, gouvernement et autres parties concernées) du plan de travail biennal	10/35	23/35	OUI		
15.2.4	Nombre de sous-régions qui ont une stratégie de coopération infrarégionale (SCS)	0/4	1/4	OUI	Sous-région andine terminée et les autres sont en cours.	
15.2.5	Nombre de bureaux de pays de l'OPS/OMS avec une infrastructure adéquate et un soutien administratif (y compris la conformité aux normes minimales pour la sécurité des opérations [MOSS] pour permettre la fourniture de la coopération technique au niveau des pays	20/29	25/29	OUI		

<b>RER 15.3 : Mécanismes régionaux de santé et de développement établis, dont des partenariats, la santé internationale et le plaidoyer, afin de fournir des ressources techniques et financières plus soutenues et plus prévisibles pour la santé, à l'appui de l'Agenda de la santé pour les Amériques</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Cinq cibles d'indicateur sur cinq atteintes.</p> <p>Malgré le fait que la réalisation de ce RER dépend de divers facteurs externes, la performance des entités du BSP a été bonne.</p> <p>En ce qui concerne l'indicateur relatif au Forum pour la santé publique dans les Amériques et conformément à la recommandation d'EXM, des activités entreprises dans le cadre du dialogue multipartenaires pour la santé dans les Amériques sont envisagées</p>					
	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
15.3.1	Proportion d'accords commerciaux (multilatéraux et bilatéraux) dans les Amériques qui reflètent les intérêts en santé publique, tels que décrits dans l'orientation de l'OPS/WHO	4%	10%	S.O.	<i>L'indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>
15.3.2	Nombre de pays dans lesquels l'OPS/OMS mène ou est activement engagée dans des partenariats de santé et de développement (formels et informels) dans le contexte des réformes du système des Nations Unies	20/33	25/33	OUI	Les pays continuent à participer à l'UNDAF.
15.3.3	Nombre d'accords avec des organisations bilatérales et multilatérales et d'autres partenaires, dont les agences de l'ONU, appuyant l'Agenda de la santé pour les Amériques	0	10	OUI	Accords signés avec AECID, NORAD, CIDA, USAID, CDC, BID. Dans le cadre du Fonds des ODM de l'Espagne, le BSP a signé 12 accords pour l'exécution de projets au niveau des pays.
15.3.4	Proportion de déclarations de Sommets témoignant de l'engagement à faire progresser l'Agenda de la santé pour les Amériques 2008-2017	S.O.	50%	OUI	
15.3.5	Nombre de pays qui incorporent des recommandations de politique développées par le Forum pour la santé publique dans les Amériques	0	4	OUI	
15.3.6	Nombre de pays qui demandent l'appui de l'OPS pour mobiliser des ressources techniques et financières de partenaires extérieurs	10/33	20/33	OUI	

<b>RER 15.4 : L'OPS est la source qui fait autorité et le courtier de l'information et du savoir en santé publique basés sur des données probantes, fournissant le savoir essentiel en santé et le matériel de plaidoyer aux États Membres, aux partenaires en santé et aux autres parties concernées</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Quatre cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>En fonction de la réalisation des cibles d'indicateur du RER pour 2009, le RER est en bonne voie pour atteindre les cibles en 2013. L'OPS a fait des progrès considérables et est sur la bonne voie pour remplir son objectif d'être une source faisant autorité d'information et de savoir en santé publique en 2013, en s'alignant sur l'OMS et les résolutions suivantes de WHA; en regardant les synergies parmi et entre diverses sources et divers systèmes d'information; en promouvant le développement et l'adoption de politiques (telles que l'accès ouvert) qui favorisent l'accès universel et gratuit au contenu de la santé publique; et qui encouragent l'usage de nouveaux outils et comportements, y compris les média sociaux, les outils de collaboration du web et les communautés de méthodologies de pratique.</p> <p>Ce RER, avec ses indicateurs, a été transféré à l'OS11.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
15.4.1	Nombre de passages sur la page web de l'OPS	20 millions	30 millions	OUI	<i>L'indicateur a été transféré à l'OS11 dans le PS modifié.</i>
15.4.2	Nombre de pays qui ont accès à l'information en santé basée sur des données probantes et à du matériel de plaidoyer pour l'exécution efficace des programmes de santé tels que reflétés dans les stratégies de coopération avec les pays	8	16	OUI	<i>L'indicateur a été transféré à l'OS11 dans le PS modifié.</i>
15.4.3	Plate-forme d'information régionale de l'OPS créée, intégrant tous les systèmes techniques d'information en santé du BSP et l'information provenant des partenaires en santé et développement	Données essentielles et MAPIS	Intégration de tous les systèmes d'information technique et de cinq partenaires stratégiques de santé et de développement	OUI	<i>L'indicateur a été transféré à l'OS11 dans le PS modifié.</i>
15.4.4	Nombre de communautés de pratique établies et en usage dans les entités du BSP	2	10	OUI	<i>L'indicateur a été transféré à l'OS11 dans le PS modifié.</i>



**OS16 : Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation d'apprentissage et flexible, lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement**

**En  
bonne  
voie**

## 1. ÉVALUATION PROGRAMMATIQUE

### *Progrès sur la voie de la réalisation de l'OS en 2013*

173. Presque tous les indicateurs des RER ont été accomplis pendant la période biennale. Ceci offre un excellent début pour atteindre les indicateurs et les cibles de l'OS en 2013. Bien que de nombreux défis majeurs, tels que la gestion du risque, la gestion axée sur les résultats (RBM), le système de gestion d'entreprise (CMS), l'analyse des processus d'affaire et réingénierie, se profilent à l'horizon, un grand nombre des réalisations de la présente période biennale, comme noté ci-dessous, commencent à établir la fondation nécessaire de l'OS16 pour une exécution réussie du Plan stratégique 2008-2013.

### *Évaluation 2008-2009*

174. Un nombre d'accomplissements majeurs ont été réalisés au titre de l'OS16 au cours de la période biennale 2008-09. Les éléments suivants sont mis en relief pour démontrer l'importance de ces résultats dans l'exécution du Plan stratégique 2008-2013 :

- Approbation du Cadre RBM, y compris l'exécution intégrale des composantes évaluation du suivi de la planification et de la performance (PMA);
- Approbation par le Conseil directeur d'une augmentation de 3,5 % dans le budget programme pour la période biennale 2010-2011;
- Mise en œuvre ponctuelle des IPSAS le 1<sup>er</sup> janvier 2010, comme l'un des leaders dans ce domaine dans le système de l'ONU;
- Un résultat d'audit sans réserve pour la période biennale 2006-07;
- Des plans de ressources humaines (HR) approuvés et alignés sur le Plan stratégique;
- Un nouveau système d'évaluation de la performance du personnel devant être mis à exécution en 2010;
- Un système de gestion de l'intégrité et des conflits (ICMS) pour réduire le nombre de cas allant à l'appel formel;
- Un outil de Plan des ressources humaines mis en œuvre pour faciliter les décisions directoriales de dotations de personnel;
- Un cadre de Plan stratégique d'apprentissage quinquennal développé et approuvé;
- Un récapitulatif de tous les mécanismes contractuels/d'emploi identifiant les bénéficiaires et les responsabilités développés et disponibles pour l'ensemble de l'Organisation;
- Mise à jour du cyber manuel de l'OPS/OMS.

### Évaluation budgétaire et mobilisation des ressources

Budget programme approuvé (BP 08-09)	Fonds disponibles pour la période biennale	Fonds disponibles pour la période biennale en % du BP 08-09	Dépenses	Taux d'exécution (Dépenses/Fonds disponibles)
96 577 000	113 132 383	117%	111 225 548	98%

175. Le financement pour les fonctions habilitantes a continué à se limiter aux conditions opérationnelles minimums, l'accent étant mis sur le financement déplaçant les ressources du siège en faveur des bureaux des pays.

#### Enseignements tirés

- Le développement de la gestion axée sur les résultats a bien progressé dans l'Organisation, l'exécution de toutes ses composantes ayant été initiée, avec la planification étant la plus avancée.
- Le défi le plus important auquel se heurte la consolidation de la RBM est le changement dans la culture organisationnelle. Il existe encore de la résistance au changement, due en grande partie à l'information et la formation limitées et au manque de compréhension qui en découle de la portée et de l'importance de la RBM.
- La planification, l'évaluation et le suivi de la performance, basés sur le concept d'une organisation d'approche de matrice, requièrent le renforcement du dialogue et de la négociation entre responsables des entités et facilitateurs des objectifs stratégiques – un processus clé pour consolider la RBM.
- L'affectation de ressources supplémentaires aux objectifs stratégiques conformément à leur priorité établie dans le Plan stratégique est un processus complexe pour les raisons suivantes : 65% des fonds du budget ordinaire sont liés à des postes de durée déterminée et la majorité des contributions volontaires reçues par l'Organisation sont réservées (liées à des projets) et ne peuvent pas être transférées entre les OS.
- Il faut moderniser le système de gestion de l'information de l'Organisation. Le système actuel est dépassé et il n'est pas intégré. Il serait idéal d'avoir un système de planification d'entreprise des ressources (ERP). Un comité a été mis sur pied pour analyser et formuler des options destinées à moderniser le système de gestion de l'information, qui seront présentées aux Organes directeurs en 2010 pour leur considération.

## 2. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ATTENDUS AU NIVEAU DE L'ENSEMBLE DE LA RÉGION

<b>RER 16.1</b> : Le BSP est une organisation axée sur les résultats, dont le travail est guidé par des plans stratégiques et opérationnels qui tirent parti des enseignements appris, qui reflètent les besoins des pays et infrarégionaux, qui sont développés conjointement dans l'Organisation et qui sont utilisés efficacement pour suivre la performance et évaluer les résultats					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Six cibles d'indicateur sur six atteintes.</p> <p>Les progrès réalisés pendant la période biennale pour ce RER sont satisfaisants et par conséquent il est prévu de l'atteindre intégralement à la fin du Plan stratégique. Toutes les cibles programmées pour 2013 devraient être atteintes si le Bureau continue à travailler au rythme auquel il a travaillé pendant cette période biennale 2008-2009. La mise en œuvre du suivi et de l'évaluation de la performance (PMA), l'un des piliers du cadre de la gestion axée sur les résultats, a été consolidée pendant cette période biennale et continuera à être renforcée dans les années à venir. Cet exercice met en relief un changement fondamental dans la façon dont le BSP fonctionne et implique également un changement culturel. La PMA est reconnue non seulement par les responsables des entités du BSP comme un exercice utile mais aussi par l'Organisation mondiale de la Santé comme un modèle qui devrait être reproduit dans d'autres régions.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.1.1	Stratégie de gestion axée sur les résultats intégralement exécutée	En cours	Approuvée par les Organes directeurs	OUI	<i>Indicateur changé dans le PS modifié pour refléter l'approbation pour le cadre de la RBM par EXM, qui a été réalisée.</i>
16.1.2	Le Plan stratégique (PS) et les budgets programmes (BP) respectifs du BSP sont axés sur les résultats, tiennent compte de la stratégie d'accent sur les pays et des enseignements tirés, sont développés par tous les niveaux de l'Organisation, et sont approuvés par les Organes directeurs	En cours	Le BP 10-11 développé avec ces caractéristiques	OUI	
16.1.3	Pourcentage de progrès sur la voie des objectifs de réaffectation des ressources entre les trois niveaux du BSP en 2011, par la politique du budget programme régionale de l'OPS	33%	67%	OUI	
16.1.4	Nombre d'entités du BSP qui réalisent leurs résultats attendus, sont axées sur le client et sont axées sur les pays, tel que défini dans les CCS, et mesuré par l'évaluation des plans de travail biennaux	S.O.	20/81	OUI	Cible dépassée : 50 entités.

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.1.5	Pour chaque période biennale, proportion de rapports de suivi et d'évaluation sur les résultats attendus contenus dans le Plan stratégique et le budget programme soumis d'une manière ponctuelle, après examen des pairs	50%	80%	OUI	
16.1.6	Proportion de plans régionaux de santé publique formulés et mis en œuvre par les États Membres et le BSP, conformément aux directives établies par l'OPS	S.O.	100%	OUI	<i>L'indicateur a été supprimé dans le PS modifié.</i>

<b>RER 16.2 : Suivi et mobilisation des ressources financières renforcés afin d'assurer la mise en œuvre du budget programme, comprenant le renforcement de pratiques financières saines et une gestion efficace des ressources financières</b>					En bonne voie
<u>Évaluation du RER</u> : Six cibles d'indicateur sur six atteintes.					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.2.1	Conformité du BSP aux Normes comptables internationales du secteur public	Normes comptables internationales du secteur public non mises en œuvre	Normes comptables internationales du secteur public approuvées par les États Membres	OUI	
16.2.2	Proportion d'objectifs stratégiques avec des niveaux de dépenses respectant les cibles du budget programme	À décider à la fin de 2007	50%	OUI	

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.2.3	Proportion des contributions volontaires qui ne sont pas réservées	5%	10%	OUI	Pendant la période biennale 2008-2009, le BSP a mobilisé près de \$120 M e contributions volontaire de partenaires extérieurs (n'incluant pas les fonds de l'OMS) qui sont utilisées dans le PS de l'OPS comme un cadre stratégique et opérationnel.
16.2.4	Pourcentage de fonds de contributions volontaires de l'OPS (réservés et non réservés) retournés aux partenaires	1%	0.8%	OUI	
16.2.5	Pratiques financières saines telles que prouvées par une opinion d'audit sans réserve	Opinion d'audit sans réserve	Opinion d'audit sans réserve	OUI	
16.2.6	Nombre d'entités du BSP qui ont atteint une couverture de 75% dans l'écart de leurs ressources programmées dans leurs plans de travail biennaux	S.O.	20/81	OUI	Cible dépassée : 27 entités du BSP.

<b>RER 16.3 : Les politiques et les pratiques des ressources humaines encouragent (a) l'attraction et la conservation de personnes qualifiées dotées des compétences requises par les plans de l'Organisation, (b) la performance efficace et équitable et la gestion des ressources humaines, (c) le développement du personnel et (d) le comportement déontologique</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Cinq cibles d'indicateur sur six atteintes.</p> <p>Les principales réalisations de la période biennale 2008-2009 comprenaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La stratégie des ressources humaines (HR) a été complétée et approuvée par EXM.</li> <li>• L'outil de planification des HR a été développé et mis en œuvre par les bureaux des pays, les centres et les domaines du siège, permettant à EXM et aux responsables de haut niveau de prendre les décisions appropriées en matière de dotation de personnel dans le cycle du plan de travail biennal.</li> <li>• Le concept du bien-être du personnel a été clairement ancré dans la stratégie globale des HR avec les développements suivants : Comités de santé, de sécurité et de bien-être établis, journée du bien-être observée, et page web développée sur le bien-être.</li> <li>• Le Plan d'apprentissage stratégique quinquennal de l'Organisation a été développé et est utilisé comme cadre pour établir les plans d'apprentissage des bureaux.</li> <li>• La matrice des contrats récapitulant les divers mécanismes contractuels a été développée et distribuée dans l'Organisation.</li> <li>• Des progrès considérables ont été accomplis dans la mise à jour de la portion des HR du cyber manuel, pour clarifier davantage les processus et les procédures et éviter ainsi des conflits, des appels et des griefs potentiels.</li> <li>• Le cadre du comité de sélection a été révisé et restructuré.</li> <li>• Un nouveau système de pistage des HR a été lancé, dans lequel toutes les demandes d'autorisation au personnel de l'OPS sont soumises et pistées.</li> </ul>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.3.1	Proportion des entités du BSP ayant des plans de ressources humaines approuvés pour une période biennale, alignés sur la stratégie d'entreprise des HR	15%	50%	OUI	
16.3.2	Proportion du personnel assumant une nouvelle position (avec description de poste basée sur les compétences) ou se rendant dans un nouveau lieu pendant une période biennale en accord avec la stratégie des HR	15%	50%	OUI	
16.3.3	Les nouveaux recrutements reflètent la politique de l'OPS sur l'équilibre des sexes et la représentation géographique	OUI	OUI	OUI	

Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.3.4	Le système d'évaluation de la performance des ressources humaines est utilisé par l'ensemble du personnel, et il est relié aux plans de travail biennaux, au modèle de compétence et au plan de développement du personnel	NON	OUI	NON	Le nouveau système d'évaluation de la performance a été acquis, adapté et il est prêt à être exécuté en janvier 2010; durant la prochaine période biennale, il sera relié au modèle de compétence et au plan de développement du personnel.
16.3.5	Moins de un pour cent des effectifs a entamé une procédure formelle de grief ou a été soumis à une action disciplinaire formelle	OUI	OUI	OUI	
16.3.6	Nombre de requêtes formelles reçues par année soulevant des préoccupations déontologiques qui font état d'un niveau plus élevé de sensibilisation au comportement déontologique	40	80	OUI	

<b>RER 16.4 : Stratégies, politiques et pratiques de gestion des systèmes d'information en place pour assurer des solutions fiables, solides et efficaces par rapport au coût, tout en répondant aux besoins changeants du BSP</b>					<b>En bonne voie</b>
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur trois atteintes.</p> <p>Au cours de la période biennale 2008-2009, l'Organisation a continué à investir dans des services de qualité élevée d'appui à l'utilisateur, de temps de disponibilité du système, de services de collaboration, de connectivité, de télécommunications, de changements et d'extension du système, de services d'imagerie à l'ordinateur du poste de travail et de services de réseau, et d'orientation par des experts en questions liées à la TI.</p> <p>Des progrès ont été accomplis dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un nouveau système téléphonique installé au siège et voice over internet (VoIP) dans huit bureaux de pays/centres, réduisant considérablement les coûts des communications longue distance dans ces pays;</li> <li>• Renforcement continu des services d'accès à distance dans les bureaux des pays et au siège à des fins de continuité des affaires pour terminer le projet de virtualisation du serveur et assurer que tous les pays ont un accès direct à toutes les applications quand ils se connectent à l'extérieur du bureau;</li> <li>• Amélioration de la base de données AMPES et HRM PAS;</li> <li>• SharePoint 2007 accordé à l'Organisation, améliorant la collaboration et le flux du travail;</li> <li>• Un projet de stratégie de TI de l'OPS préparé pour discussion et parachèvement en 2010.</li> </ul> <p>Dans l'ensemble, l'Organisation a accompli de bons progrès en atteignant 100% des cibles du RER 2008-2009. Dans le cas des stratégies de gestion de l'information efficaces par rapport au coût de ITS, des politiques et des pratiques sont en place pour assurer la gestion efficace des ressources et la continuité du service de TI.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.4.1	Proportion de propositions et de projets importants relatifs à la TI et applications gérées sur une base régulière à travers des processus de gestion de portefeuille	0%	40%	OUI	
16.4.2	Niveau de conformité aux cibles du niveau de service convenu pour les services gérés liés à la TI	0%	50%	OUI	
16.4.3	Nombre de bureaux de pays et de centres de l'OP utilisant une information de gestion cohérente et pratiquement en temps réel	36	36	OUI	



<b>RER 16.5 : Services de direction et de soutien administratif, y compris la passation des marchés, renforcés pour permettre le fonctionnement efficace et efficient de l'Organisation</b>					<b>En bonne voie</b>
<u>Évaluation du RER</u> : Cinq cibles d'indicateur sur cinq atteintes.					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.5.1	Niveau de satisfaction des usagers avec des services de direction et administratifs sélectionnés (y compris la sécurité, le voyage, le transport, les services postaux, les services de santé, les services de nettoyage et alimentaires) tels que mesurés à travers les enquêtes	Faible (satisfaction classée à moins de 50%)	Moyenne (satisfaction classée à 50%-75%)	OUI	
16.5.2	Proportion de procédures opérationnelles normalisées utilisées par le personnel du BSP pendant les urgences régionales	0%	50%	OUI	
16.5.3	Proportion de points de référence internes atteints ou dépassés pour les services de traduction	60%	70%	OUI	
16.5.4	Pourcentage de développement et de mise en œuvre d'un système de gestion pour mesurer et suivre la conformité aux bonnes pratiques de passation de marchés, y compris la formation ciblée, les rapports statistiques améliorés, l'extension des listes de soumissionnaires, les accords de niveau de service et des améliorations de procédures	10%	70%	OUI	
16.5.5	Pourcentage de demandes internes du BSP pour conseil et services légaux auxquelles il a été répondu dans les 10 jours ouvrables de la réception	70%	90%	OUI	

RER 16.6 : BSP renforcé à travers les réformes de développement institutionnel et un environnement de travail physique qui est propice au bien-être e et à la sécurité du personnel					En bonne voie
<p><u>Évaluation du RER</u> : Trois cibles d'indicateur sur quatre atteintes.</p> <p>Il y a eu des améliorations dans les niveaux de sûreté et de sécurité pour tous les membres du personnel. La promulgation de la politique d'entreprise a également été réussie. Toutefois, alors que tous les domaines prédisent des succès dans les périodes biennales à venir, les contraintes budgétaires continues peuvent poser un problème pour des niveaux de financement appropriés.</p>					
Ind. No.	Texte Indicateur RER	Référence 2007	Cible 2009	Cible atteinte ?	Commentaires sur les progrès
16.6.1	Les politiques d'entreprise et la performance du personnel reflètent l'usage d'approches de développement institutionnel : gestion axée sur les résultats, partage du savoir. Travail d'équipe inter programmatique et équité des genres/ethnique, entre autres	Enquête de référence menée	20% au-dessus de la référence	OUI	
16.6.2	Proportion 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 substantiellement achevés sur une base ponctuelle	100%	100%	NON	25 des 29 projets approuvés du MCIF sont terminés – un taux d'achèvement de 88%.
16.6.3	Proportion 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 les lieux de travail, y compris la conformité aux standards minimums de sécurité opérationnelle [MOSS]	65%	75%	OUI	
16.6.4	Proportion des entités régionales et infrarégionales du BSP qui améliorent et maintiennent leur infrastructure physique, leur équipement de transport, de bureaux, de meubles et d'information de la technologie, comme prévu dans leur plans de travail biennaux	75%	90%	OUI	

## VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- L'évaluation de la fin de la période biennale 2008-2009 a constitué le premier exercice couvrant une période biennale entière dans le cadre de la RBM. Comme prévu, il y a de nombreux enseignements et expériences pour ajuster les cycles futurs. Il y a besoin d'une formation constante en RBM, planification, performance, suivi et évaluation (PMA) et dans l'usage du système d'information du BSP.
- Comme montré ci-dessous, la planification et les outils de PMA ont contribué à améliorer la performance programmatique, budgétaire et de mobilisation des ressources de l'Organisation par rapport aux périodes biennales antérieures.
- Les progrès réalisés au cours de la période biennale 2008-2009 indiquent que l'Organisation est en bonne position pour réaliser les cibles du Plan stratégique en 2013. Sur les 16 OS, 12 étaient « en bonne voie » et 4 étaient « à risque »; 67% des 88 RER étaient « en bonne voie » et 21% « à risque » et 275 (85%) des 324 cibles d'indicateur de RER étaient atteintes. Le suivi et l'évaluation permanents sont fondamentaux pour les interventions directes concernant les indicateurs de RER à la traîne en particulier le type « nombre de pays ».
- L'exécution budgétaire globale pour la période biennale 2008-2009 a été de 94% (\$525 M sur \$559 M). Les fonds du budget ordinaire et des autres sources ont excédé de 90% le taux d'exécution.
- L'Organisation a été en mesure de mobiliser des ressources financières couvrant 81% de l'écart initial de financement (\$281M sur les \$347M).
- L'exercice consistant à suivre et évaluer les OS, les RER et les cibles d'indicateur a été entrepris de manière collective, similaire à celle du processus de planification. Ceci a permis l'interaction et l'échange d'information à tous les niveaux de l'Organisation.
- La plupart des cibles d'indicateur qui n'ont pas été atteintes tombent dans la catégorie du « nombre de pays ». Ceci était prévu du fait que la réalisation de ces cibles dépendait des agendas individuels des pays, de l'appui politique et des problèmes émergents. Il faut considérer les risques et les hypothèses nécessaires, et travailler étroitement en collaboration avec les États Membres pour faire les interventions nécessaires pour atteindre les cibles prévues.
- La méthodologie quantitative utilisée pour l'évaluation des cibles d'indicateur des RER détermine si une cible a été atteinte ou non. Cependant, dans le cas d'indicateurs de type « nombre de pays », dans certains cas la cible n'était pas atteinte en raison d'un nombre minimal de pays qui n'avaient pas atteint (par exemple, l'indicateur de RER 1.6.1 : « nombre de pays qui n'ont pas terminé l'évaluation des capacités essentielles pour IHR.. », n'a pas été atteint parce que 1 sur les 35 pays n'a pas atteint la cible. D'autre part, les cibles d'indicateur peuvent avoir été dépassées. Au vu de ceci, l'évaluation qualitative permet une analyse

- complémentaire qui reflète les progrès réels et qui oriente la reprogrammation des cibles pour la prochaine période biennale.
- Des progrès ont été accomplis dans l'alignement des ressources programmées pour la période biennale, indépendamment de la vie du projet, ayant pour résultat une gestion et une exécution améliorées des fonds provenant « d'autres sources ».
  - Il faut un alignement plus étroit entre la mobilisation et l'affectation des ressources sur les priorités identifiées par le Plan stratégique.
  - La coordination et l'affectation des ressources ont été améliorées pendant la période biennale. Toutefois, il faut continuer à renforcer la coordination inter-programmatique pour assurer l'utilisation optimale des ressources disponibles et d'une mobilisation plus ciblée des ressources.
  - Le suivi et l'évaluation de la performance du Plan stratégique requiert un dialogue constant entre tous les niveaux de l'Organisation, en particulier avec les équipes des OS et les entités des pays.

- - -