



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
Amériques

## **56<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR**

### **70<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES**

*Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018*

---

*Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire*

CD56/5, Add. I  
12 août 2018  
Original: anglais

### **RAPPORT DE L'ÉVALUATION DE FIN DE PÉRIODE BIENNALE DU PROGRAMME ET BUDGET DE L'OPS 2016-2017/DEUXIÈME RAPPORT INTÉRIMAIRE DU PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS 2014-2019**

**Rapport sur les résultats de l'OPS : 2016-2017**

---

## Table des matières

I.	Avant-propos de la Directrice .....	3
II.	Introduction.....	5
III.	Réalisation des résultats.....	6
	Progrès sur le plan de la réalisation des objectifs d'impact du Plan stratégique .....	6
	Principales réalisations, défis et exemples de réussite dans les pays par catégorie.....	14
	Catégorie 1. Maladies transmissibles .....	15
	Catégorie 2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque.....	19
	Catégorie 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie .....	25
	Catégorie 4. Systèmes de santé .....	29
	Catégorie 5. Préparation, surveillance et intervention .....	34
	Catégorie 6. Leadership, gouvernance et fonctions essentielles .....	38
	Résumé de l'évaluation des catégories et des domaines programmatiques .....	42
IV.	Exécution budgétaire .....	48
V.	Risques, enseignements tirés, conclusions et recommandations .....	60
	Analyse des risques .....	60
	Enseignements tirés .....	63
	Conclusions et recommandations .....	67
	Annexe A : processus et méthodologie d'évaluation de fin de période biennale .....	72
	Annexe B : sigles .....	76
	Annexe C : liste des pays et territoires.....	77

## I. Avant-propos de la Directrice

Ce rapport sur les résultats de fin de période biennale intervient à un moment crucial pour la Région. Non seulement nous avons opéré la transition vers une nouvelle période biennale, mais nous nous préparons aussi à relever le défi de la mise en œuvre des engagements ambitieux pris par les États Membres dans le cadre du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Le présent rapport offre l'occasion de réfléchir aux gains, aux défis et aux enseignements tirés en matière de santé alors que la Région s'attache à réaliser le Programme d'action sanitaire durable tout en tenant les engagements pris dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS au cours de la période 2018-2019.

Ce rapport est la pierre angulaire de la responsabilisation et de la transparence pour l'Organisation, et l'expression de son engagement permanent à avoir un impact mesurable sur la santé dans tous les pays et territoires de la Région. Il répond également au mandat défini par les États Membres de l'OPS (résolution CD52.R8) en ce qui concerne la responsabilisation et la responsabilité conjointes pour la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS et de ses Programme et budgets respectifs. L'accent mis sur les résultats d'impact de haut niveau donne le ton de ce que seront, je l'espère, les discussions et une réflexion de fond sur les succès et les défis de la période biennale écoulée.

De nombreuses réalisations notables ont été obtenues sur le plan de la santé dans les Amériques au cours de la période 2016-2017 : élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans six pays et territoires supplémentaires, élimination de la rougeole dans la Région, élimination du tétanos maternel et néonatal en Haïti, vérification de l'élimination de l'onchocercose au Guatemala et validation de l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique au Mexique. Les pays ont élargi l'accès à des soins de qualité en suivant une approche axée sur les soins de santé primaires, comme le programme *Mais Médicos* qui fournit des soins à 40 millions de Brésiliens mal desservis. Des approches novatrices visant à améliorer la santé des mères et des enfants se sont révélées efficaces pour réduire la mortalité, comme en témoigne la mise en œuvre de l'initiative « Zéro décès maternels par hémorragie » et de programmes tels que *Casas Maternas (Maisons maternelles)* au Nicaragua. Des interventions efficaces fondées sur des données probantes ont été mises en œuvre dans l'ensemble de la Région, comme le fait d'apposer des avertissements nutritionnels sur le devant des emballages des produits alimentaires. Enfin, l'Organisation a fourni une réponse rapide et appropriée à toutes les situations d'urgence susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé au cours de la période 2016-2017, y compris la réponse au virus Zika.

Je voudrais saisir cette occasion pour remercier les États Membres pour leur engagement en faveur du processus d'évaluation conjointe, et je reconnais les difficultés qu'ont rencontrées certains de nos pays pour mener à bien cet exercice. Unique au sein de l'Organisation mondiale de la Santé et de la communauté des Nations Unies, ce processus est devenu un moyen essentiel pour le Bureau sanitaire panaméricain et les pays de travailler ensemble afin d'assurer la responsabilisation pour les résultats. Cette évaluation

fournit une perspective critique sur nos réalisations collectives, ainsi que sur les défis qui entravent nos progrès.

Je suis convaincue que les enseignements tirés de cette évaluation nous seront très utiles pour mener à bien le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et redoubler d'efforts pour mettre en œuvre le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.

## **II. Introduction**

1. Conformément à la résolution CD52.R8 (2013), le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a le plaisir de présenter le présent rapport sur la deuxième évaluation intérimaire de la mise en œuvre du Plan stratégique (PS) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 2014-2019 et l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget (PB) 2016-2017. Ces évaluations font partie intégrante de l'engagement de l'Organisation en matière de responsabilisation et de transparence, en s'appuyant sur la solide tradition et les meilleures pratiques de l'OPS dans la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats.

2. L'évaluation rend compte des progrès réalisés sur le plan de la réalisation des objectifs d'impact sur la santé, des résultats intermédiaires et des résultats immédiats énoncés dans le Plan stratégique 2014-2019 et le Programme et budget 2016-2017, et note les principaux défis à relever. Dans le droit fil de l'approche de l'Organisation axée sur les pays, les exemples de réussite sont mis en lumière pour mettre en évidence la coopération technique de l'OPS avec les pays. Le rapport présente également une analyse de l'exécution budgétaire, des risques gérés et des enseignements tirés qui étayent les recommandations pour la période biennale 2018-2019.

3. Il convient de noter que le présent rapport s'appuie sur les informations issues de l'évaluation conjointe et d'autres informations dont disposait le BSP en juillet 2018. À ce moment-là, environ 80 % des évaluations des indicateurs des résultats intermédiaires immédiats avaient été convenues entre les États Membres et le BSP. Certaines évaluations n'ont pu être achevées en raison de circonstances imprévues (l'impact de situations d'urgence et de flambées épidémiques, ainsi que des changements politiques dans certains États Membres). Néanmoins, le BSP a achevé ce rapport couvrant l'ensemble du PB16-17 et du PS14-19 en utilisant toutes les informations disponibles pour mesurer les réalisations.

4. Le présent rapport tient compte des recommandations formulées par les États Membres lors de la 12<sup>e</sup> session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) et de la 162<sup>e</sup> réunion du Comité exécutif. Les conclusions de ce rapport ont également servi de principale contribution de la Région des Amériques à l'évaluation du Budget programme 2016-2017 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui a été présentée lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018. Enfin, à l'avenir, le BSP collaborera avec le Groupe consultatif sur le Plan stratégique pour l'élaboration du Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS afin de veiller à ce que les résultats et les enseignements tirés de la période biennale 2016-2017 soient pris en compte lors de son élaboration.

### III. Réalisation des résultats

5. Cette section résume les progrès atteints sur le plan de la réalisation des résultats du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et du Programme et budget de l'OPS 2016-2017. Après avoir analysé la situation régionale au regard des objectifs d'impact du Plan stratégique, elle met en lumière les principales réalisations, les défis et les réussites des pays au cours de la période biennale. Enfin, cette section illustre la façon dont les interventions menées conjointement par le BSP et les États Membres contribuent aux résultats intermédiaires et aux impacts par le biais d'une chaîne de résultats à plusieurs niveaux. On trouvera à l'annexe A des détails sur la méthodologie d'évaluation des résultats en termes d'impact, de résultats intermédiaires et de résultats immédiats.

#### *Progrès sur le plan de la réalisation des objectifs d'impact du Plan stratégique*

6. Dans le Plan stratégique, les États Membres et le BSP se sont engagés à atteindre 26 cibles dans le cadre de neuf objectifs d'impact d'ici à 2019. Conformément à la vision stratégique du Plan, les indicateurs des objectifs d'impact mesurent les progrès régionaux en termes d'amélioration de la santé et du bien-être avec équité.<sup>1</sup> En plus de mesurer les tendances régionales, le Plan définit des mesures de l'équité en suivant la logique suivante :

Si l'exécution du Plan est conforme à l'orientation stratégique de l'Organisation, d'ici la fin du cycle de planification en 2019, l'OPS sera en mesure de démontrer des améliorations tangibles de la santé de la population, en particulier pour les groupes au bas de l'échelle sociale. Ceci, par définition, devrait engendrer une réduction des iniquités en matière de santé en réduisant les écarts au sein des pays et entre les pays. Cela implique une approche explicitement orientée sur l'équité en matière de santé et un engagement à mesurer l'impact sur l'équité en matière de santé. Conformément à l'objectif de réduction des iniquités en matière de santé, ce Plan définit des indicateurs et des cibles spécifiques d'équité en matière de santé.

7. Comme le démontre l'évaluation qui suit, la Région a fait de grands progrès sur le plan de l'amélioration de la santé et du bien-être, mais il reste des défis importants qui exigent une attention immédiate si la Région veut atteindre les cibles fixées d'ici à 2019. Comme le montre la figure 1, cinq des neuf objectifs sont en bonne voie (objectif 1, sur l'espérance de vie en bonne santé ; objectif 2, sur un départ en bonne santé pour les nouveau-nés ; objectif 3, sur une maternité sans risque ; objectif 8, sur les maladies transmissibles et objectif 9, sur les décès, les maladies et le handicap découlant d'urgences). Trois présentent des risques (objectif 4, sur la mortalité due à la mauvaise qualité des soins ; objectif 5, sur la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et objectif 7, sur la mortalité prématurée due à la violence et aux blessures).

---

<sup>1</sup> Organisation panaméricaine de la Santé, 2014. Document officiel 345 : Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019.

L'objectif 6, sur la mortalité due aux maladies transmissibles est en difficulté. Par ailleurs, 11 des 26 cibles d'impact sont en bonne voie pour être atteintes d'ici à 2019.

**Figure 1. Projection de la situation des cibles des objectifs d'impact en 2019<sup>2</sup>**



<sup>2</sup> La figure 1 présente les cibles définies dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et la situation projetée pour 2019. Comme expliqué à l'annexe A, les valeurs de référence et les valeurs cibles peuvent avoir changé, les informations sur la mortalité étant continuellement mises à jour.

8. Pour les objectifs d'impact dans lesquels la dimension d'équité a été explicitement prise en compte, un cadre de suivi commun a été adopté pour évaluer simultanément l'évolution dans le temps de la tendance moyenne régionale de l'indicateur de santé ainsi que son degré d'inégalité. La figure 2 illustre ce cadre de façon schématique, en mettant en évidence quatre résultats possibles. Un seul de ces scénarios est idéal, à savoir le numéro 1 dans le quart supérieur gauche. Si nous l'appliquons à une cible d'impact spécifique, tel que la cible 3 sur la maternité sans risques, le scénario idéal serait celui dans lequel la Région améliore sa santé en moyenne (par exemple, une réduction entre 2014 et 2019 du taux régional moyen de mortalité maternelle) et réduit son degré d'inégalités (par exemple, une réduction entre 2014 et 2019 de l'indice d'inégalité de la courbe de la mortalité maternelle). Lorsque nous examinons la réalisation globale d'une cible d'impact, le fait d'analyser si le scénario idéal a été réalisé indiquera si la Région atteint la cible sans personne laissé-pour-compte.

**Figure 2. Cadre d'évaluation des tendances régionales sensibles à l'équité**

		INÉGALITES SOCIALES EN SANTÉ	
		diminution	augmentation
TENDANCE MOYENNE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION	amélioration	<b>1. Plus de santé sans aucun laissé-pour-compte</b>	<b>2. Plus de santé mais avec des laissés-pour-compte</b>
	détérioration	<b>3. Moins de santé sans aucun laissé-pour-compte</b>	<b>4. Moins de santé avec des laissés-pour-compte</b>

Modifié sur la base de Minujin et Delamónica. Mind the Gap! 2002

### Cible 1. Améliorer la santé et le bien-être avec équité

9. La tendance de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) pour les Amériques fait apparaître une augmentation de 3,3 % entre 2000 et 2015.<sup>3</sup> Les estimations des valeurs de l'EVAS entre 2016 et 2019 sont calculées à partir de projections élaborées par l'OPS au moyen d'un modèle de régression. Les projections font état d'une augmentation de l'EVAS de 0,6 %, passant de 67,0 en 2014 à 67,3 en 2017. Si cette

<sup>3</sup> Les valeurs de l'EVAS sont produites par l'Institute for Health Metrics and Evaluation.



tendance se maintient, l'EVAS régionale enregistrera une augmentation allant jusqu'à 0,9 % entre 2014 et 2019 (atteignant ainsi 67,6), ce qui montre que la cible d'une augmentation de 1 % peut être atteinte en 2019.

10. Bien qu'ils ne soient pas explicitement considérés comme des objectifs de cette cible, l'écart relatif en termes d'inégalités (c'est-à-dire le ratio EVAS entre les groupes de pays en bas et en haut de l'indice des besoins en santé élargi, ou HNIe) et l'inégalité absolue du gradient (c'est-à-dire l'EVAS excédentaire sur tout le gradient HNIe telle que quantifiée par l'indice d'inégalité du gradient) devraient être réduits d'ici à 2019.<sup>4</sup> L'écart relatif se réduit, passant de 0,92 en 2014 à 0,94 en 2019 (en d'autres termes, il se rapproche de 1,8 % de la référence de l'équité) ; l'indice d'inégalité du gradient baisse de 4,3 à 2,9 ans (soit 1,4 ans de moins en situation d'inégalité entre les extrêmes inférieur et supérieur du gradient HNIe).

## **Cible 2. Assurer un départ en bonne santé pour les nouveau-nés et les nourrissons**

11. Les valeurs du taux de mortalité infantile (TMI) de 2016 à 2019 sont basées sur des projections élaborées par l'OPS à l'aide d'une modélisation statistique.<sup>5</sup> Le TMI régional a chuté d'environ 44 % entre 2000 et 2015, avec une baisse moyenne de 3,8 % par an. La réduction du TMI régional entre 2014 (12,9) et 2017 (11,6) est de 10,1 %. De plus, d'après les projections, la réduction du TMI régional entre 2014 et 2019 (10,9) devrait être de 15,8 %, ce qui indique que la cible d'une réduction de 15 % pourrait être atteinte en 2019.

12. L'objectif d'équité absolue pour cette cible est également en bonne voie pour être atteint d'ici à 2019, sur la base de la réduction absolue projetée de 4,5 décès infantiles excédentaires pour 1000 naissances vivantes entre 2014 et 2019 sur l'ensemble du gradient HNIe des pays (objectif : une réduction d'au moins 3 décès infantiles excédentaires pour 1000 naissances vivantes). Toutefois, bien que l'écart relatif en termes d'équité se réduise, les projections font état d'une réduction à un rythme plus lent que prévu (actuellement une réduction de 5,8 % au lieu de l'objectif de 10 %). De ce fait, il est nécessaire de renforcer l'intensité des interventions ciblées dans les pays clés de l'OPS.

---

<sup>4</sup> Le HNIe identifie les pays du quintile le plus défavorisé et le groupe de référence (pays du quintile le moins défavorisé) sur la base d'indicateurs socio-économiques et sanitaires. Il a été élaboré par l'OPS pour concentrer les efforts et les ressources de coopération technique sur les pays clés, c'est-à-dire les pays qui ont le plus besoin de la coopération technique de l'OPS/OMS dans la Région (Politique budgétaire de l'OPS, 2012). Il a également été adopté dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 en tant que stratifiant pour mesurer la réduction des écarts d'équité dans la santé entre les pays. Quatre des neuf cibles d'impact du Plan stratégique ont des mesures explicites des écarts d'équité et représentent l'engagement des États Membres et du BSP à aller au-delà des moyennes régionales afin d'atteindre ceux qui en ont le plus besoin – conformément aux valeurs d'équité et de solidarité de l'OPS et au mandat du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de ne laisser personne pour compte.

<sup>5</sup> Les valeurs du TMI de 2000 à 2015 sont obtenues à partir des estimations les plus récentes de la mortalité infantile par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour les estimations relatives à la mortalité des enfants (IGME).

**Cible 3. Assurer une maternité sûre**

13. Avec les données déclarées disponibles jusqu'à la fin de 2015, la tendance du taux de mortalité maternelle (TMM) estimé fait apparaître une baisse rapide, de 76,0 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 53,6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2014 et 52,0 décès pour 100 000 en 2015. Les estimations pour les années postérieures à 2015 font apparaître de nouvelles réductions, avec 50,2 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2017 et 48,2 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2019. La projection globale pour la période 2014-2019 est une réduction de 10,2 %, ce qui montre que l'objectif d'une réduction de 11 % pourrait être atteint en 2019.

14. Il y a néanmoins deux sources principales de préoccupation. Premièrement, les données préliminaires montrent que la réduction du taux de mortalité maternelle a stagné dans certains pays, et que certains ont même enregistré une augmentation de ce taux en 2017. Deuxièmement, les 10 pays des Amériques où le taux de mortalité maternelle est le plus élevé affichent peu d'améliorations de leurs chiffres de mortalité maternelle, voire une augmentation.

15. L'objectif d'équité absolu pour cette cible est en bonne voie d'être atteint d'ici à 2019 sur la base de la réduction absolue projetée de 32,4 décès maternels excédentaires pour 100 000 naissances vivantes entre 2014 et 2019 sur l'ensemble du gradient HNIe des pays (objectif : une réduction d'au moins 18 décès maternels excédentaires pour 100 000 naissances vivantes). Toutefois, bien que l'écart relatif en termes d'équité se réduise, cette réduction devrait intervenir à un rythme plus lent que prévu (actuellement une réduction de 16,7 % au lieu de l'objectif de 25 %). De ce fait, il est nécessaire de renforcer les interventions dans les pays clés de l'OPS.

**Cible 4. Réduire la mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé**

16. Le taux de mortalité attribuable aux soins de santé a été calculé en utilisant l'ensemble le plus complet de données sur la mortalité communiquées par les États Membres jusqu'à la fin de 2013. Les valeurs de 2014 à 2019 sont basées sur des projections élaborées par l'OPS à l'aide d'un modèle statistique. La tendance de la mortalité attribuable aux soins de santé fait apparaître une diminution de 22,4 % entre 2000 et 2013. On estime que le taux a encore diminué de 4,4 % entre 2014 et 2017 (passant de 118,7 à 113,5 pour 100 000 habitants). La réduction du taux régional entre 2014 et 2019 (110,1 pour 100 000 habitants) devrait être de 7,2 % ; par conséquent, l'objectif d'une réduction de 9 % risque de ne pas être atteint d'ici à 2019.

17. L'objectif d'équité absolu pour cette cible n'est pas en bonne voie pour être atteint d'ici à 2019, sur la base de l'augmentation absolue projetée de 1,9 décès évitable excédentaire pour 100 000 habitants entre 2014 et 2019 pour l'ensemble du gradient HNIe des pays (objectif : une réduction d'au moins 8 décès évitables excédentaires pour 100 000 habitants). Cependant, bien que l'écart relatif en matière d'équité se creuse - principalement du fait que la mortalité attribuable aux soins de santé diminue plus rapidement dans le groupe de pays HNIe les moins défavorisés que dans le groupe le plus défavorisé - d'après les projections il devrait néanmoins être en bonne voie d'ici à 2019

(augmentation projetée de 6,6 %, soit à peine au-dessus de l'objectif d'une augmentation ne dépassant pas 6,0 %).

### **Cible 5. Améliorer la santé de la population adulte en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque**

18. Entre 2000 et 2013, le taux régional de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles (PNMR)<sup>6</sup> a diminué de 18,4 %, avec un pourcentage annuel moyen de réduction (AAPR) de 1,4 %. Cette tendance devrait se poursuivre de 2014 à 2017 (avec une réduction de 265,4 à 254,3 pour 100 000 habitants), avec le même pourcentage annuel moyen de réduction de 1,4 %. Cependant, la réduction projetée pour le PNMR régional entre 2014 et 2019 (247,2 pour 100 000 habitants) est de 6,9 %, ce qui montre que l'objectif d'une réduction de 9 % risque de ne pas être atteint d'ici 2019.

19. L'objectif d'équité absolu pour cet objectif n'est pas en bonne voie pour être atteint d'ici à 2019 sur la base de l'augmentation absolue projetée de 6,8 décès prématurés excédentaires dus aux maladies non transmissibles pour 100 000 habitants entre 2014 et 2019 sur l'ensemble du gradient HNIe des pays (objectif : un écart absolu de pas plus de 18 décès prématurés excédentaires pour 100 000 habitants). De même, l'écart relatif en termes d'équité se creuse à un rythme plus rapide que prévu (augmentation projetée de 11,6 % par rapport à un objectif d'une augmentation ne dépassant pas 6 %). La mortalité prématurée due aux MNT devrait augmenter dans le groupe de pays HNIe les plus défavorisés, alors qu'elle devrait diminuer dans le groupe de pays les moins défavorisés, aggravant ainsi l'inégalité en termes de mortalité prématurée due aux MNT au détriment des pays les plus défavorisés.

20. Globalement, cette cible est menacée, car si on projette une baisse continue du PNMR, son taux ne sera pas aussi rapide que nécessaire pour atteindre la cible. Cependant, le fait que les deux objectifs d'équité soient en difficulté à ce stade devrait susciter un appel une accélération de l'action pendant le reste de la période du Plan stratégique et au-delà.

### **Cible 6. Réduire la mortalité due aux maladies transmissibles**

21. Malgré des progrès significatifs dans la réalisation de cette cible, compte tenu du fait que trois de ses quatre objectifs sont en difficulté et que l'un est à risque, elle ne peut être considérée en difficulté que lorsqu'on observe l'atteinte des objectifs ambitieux fixés pour 2019. Des commentaires spécifiques par maladie figurent ci-dessous.

22. *VIH/sida* : le taux régional de mortalité due au VIH/sida a diminué de 28,8 % entre 2000 et 2013, avec un pourcentage annuel moyen de réduction de 2,3 %.<sup>7</sup> Une autre réduction est projetée entre 2014 et 2017, de 3,6 à 3,3 pour 100 000 habitants, avec une

<sup>6</sup> Le PNMR a été calculé en utilisant la série la plus complète de données sur la mortalité communiquées par les États Membres jusqu'à la fin de 2013. Les valeurs de 2014 à 2019 sont basées sur des projections élaborées par l'OPS à l'aide d'un modèle statistique.

<sup>7</sup> Le taux régional de mortalité due au VIH a été calculé sur la base de l'ensemble le plus complet de données sur la mortalité communiquées par les États Membres jusqu'à la fin de 2013. Les valeurs de 2014 à 2019 sont basées sur des projections élaborées par l'OPS à l'aide d'un modèle statistique.

réduction de 6,5 % et un pourcentage annuel moyen de réduction de 2,3 %. D'après les projections, les taux de mortalité continueront à diminuer, jusqu'à 3,2 pour 100 000 habitants en 2019. Cependant, la réduction de 10,6 % pour l'ensemble de la période 2014-2019 signifie qu'il sera difficile d'atteindre l'objectif régional d'une réduction de 15 %.

23. Il convient de noter que l'augmentation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral (TARV) continue d'avoir une influence positive sur la mortalité liée au VIH/sida. Compte tenu de l'impact de ces interventions, d'autres modèles, tels que ceux utilisés par SPECTRUM<sup>8</sup> (sur la base des tendances et des estimations des pays sur les personnes qui seront sous traitement antirétroviral dans les années à venir), suggèrent qu'une diminution de plus de 20 % de la mortalité d'ici à 2019 est possible ; si tel est le cas, l'objectif régional d'une réduction de 15 % de la mortalité due au VIH/sida pourrait être atteint. L'évaluation au cours des périodes à venir tiendra compte de l'élaboration de ces nouveaux modèles et outils.

24. *Dengue* : l'objectif d'une réduction d'au moins 30 % du taux de létalité due à la dengue d'ici à 2019 (0,050 % en 2019 contre 0,070 % en 2012) montre des progrès, mais risque de ne pas être atteint d'ici 2019. Le taux global de létalité continue de diminuer dans la Région (0,053 % en 2017) ; cependant, le Brésil, la Colombie, le Pérou et la République dominicaine ont rencontré des difficultés. Pour les surmonter au cours de la période 2018-2019, l'OPS/OMS appuiera le renforcement des capacités nationales de prise en charge intégrée de la dengue et d'autres maladies à arbovirus, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires pour prévenir les cas graves et les décès dus à la dengue.

25. *Tuberculose* : le taux régional de mortalité due à la tuberculose (TB) a diminué de 22,4 % entre 2000 et 2013, avec un pourcentage annuel moyen de réduction de 3,7 %. Les projections font état d'une diminution de ce taux de 9,5 % entre 2014 et 2017 (passant de 1,27 à 1,15 pour 100 000 habitants), avec un pourcentage annuel moyen de réduction de 3,3 %. La réduction du taux régional de mortalité due à la tuberculose entre 2014 et 2019 (1,08 pour 100 000 habitants) devrait être de 15,3 %, ce qui signifie qu'il est fort probable que l'objectif d'une réduction de 24 % ne soit pas atteint d'ici à 2019. Des taux de mortalité élevés dans les cas de tuberculose/VIH et de tuberculose multirésistante (TB-MR) persistent dans plusieurs pays, ce qui a une incidence négative sur le taux global de réduction.

26. *Paludisme* : l'objectif de réduction du nombre de décès dus au paludisme d'au moins 75 % d'ici à 2019 sera difficile à atteindre. La mortalité et la morbidité dues au paludisme ont augmenté, en particulier en raison d'une augmentation de la transmission au Venezuela en 2016 et 2017. En 2016, une épidémie dans la région de la côte pacifique de la Colombie s'est également traduite par une augmentation du nombre de décès par rapport à 2015.

---

<sup>8</sup> SPECTRUM a été élaboré par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) en collaboration avec l'OMS et en coordination avec les pays.

**Cible 7. Contenir la mortalité due à la violence, aux suicides et aux accidents parmi les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans)**

27. Les taux de suicide, d'homicide et de mortalité due aux accidents de la route chez les jeunes de 15 à 24 ans ont été calculés en utilisant la série la plus complète de données sur la mortalité communiquées par les États Membres jusqu'à la fin de 2013. Les valeurs de 2014 à 2019 sont basées sur des projections élaborées par l'OPS à l'aide d'un modèle statistique.

28. Le taux régional d'homicides dans ce groupe d'âge a baissé de 0,51 % entre 2000 et 2013. Entre 2014 et 2017, la réduction a été minime, de 27,7 à 27,6 pour 100 000 habitants, et le taux devrait rester inchangé jusqu'à la fin de 2019. Cela met en péril l'objectif d'une réduction de 6 % des homicides dans ce groupe d'âge.

29. Le taux régional de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans a augmenté de 8,7 % entre 2000 et 2013. Le taux projeté de 2014 à 2017 présente la même tendance (de 7,7 à 7,9 pour 100 000 habitants), et le taux projeté pour 2019 affiche une augmentation de 3,9 % (à 9,0 pour 100 000 habitants). Cet indicateur risque donc de ne pas atteindre l'objectif d'absence d'augmentation du taux de suicide pour la période 2014-2019.

30. Le taux régional de mortalité due aux accidents de la route chez les jeunes de 15 à 24 ans a chuté de 5,3 % entre 2000 et 2013. La réduction entre 2014 et 2017 (de 17,4 à 17,2 pour 100 000) devrait être de 1,2 %, et une nouvelle réduction allant jusqu'à 2,0 % est projetée pour 2019, ce qui permettrait d'atteindre un taux de 17,1 pour 100 000. Par conséquent, l'objectif d'une absence d'augmentation de la mortalité sera très probablement atteint d'ici à 2019.

**Cible 8. Éliminer les maladies transmissibles prioritaires dans la Région**

31. *Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis* : la mesure initiale de cette cible d'impact était basée sur les données communiquées par les pays à une plateforme mondiale OMS/UNICEF/ONUSIDA appelée GAM (*Global AIDS Monitoring*). Cependant, l'un des sous-indicateurs utilisés pour l'évaluation composite (cas déclarés de VIH périnatal) a été abandonné par la plateforme mondiale. Sans cette information, il est difficile d'évaluer les progrès réalisés dans les pays comme prévu initialement. Par conséquent, l'indicateur a été modifié et est devenu « nombre de pays pour lesquels l'OMS a validé que la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis a été éliminée ».

32. En utilisant cette mesure, le niveau de référence pour 2013 était de zéro pays, et l'objectif pour 2019 est de 10 pays. Sept pays et territoires ont reçu une validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, dont six au cours de la période 2016-2017. Cela signifie que la Région est en bonne voie pour atteindre l'objectif révisé d'ici à 2019.

33. *Onchocercose* : l'élimination a été certifiée en Colombie, en Équateur, au Guatemala et au Mexique, de sorte que l'objectif d'élimination dans quatre pays est atteint.

34. *Transmission de la maladie de Chagas dans les pays d'endémie* : les deux pays qui n'ont pas pu progresser sur le plan de l'élimination de la maladie de Chagas sont le Venezuela, où l'on ne dispose pas d'informations à jour sur les interventions de prévention et de contrôle, et l'Équateur, où les activités de prévention et de contrôle n'ont pas été mises en œuvre comme prévu. Des actions sont nécessaires dans les zones côtières où *Triatoma dimidiata* est à l'origine de la transmission. Du fait de cette situation, cet objectif risque de ne pas être atteint.

35. *Paludisme* : l'élimination a été maintenue en Argentine et au Paraguay ; les deux pays devraient recevoir la certification en 2018-2019, et le Belize travaille également à l'élimination du paludisme. Malheureusement, le Costa Rica a signalé un petit nombre de cas autochtones en 2017. Néanmoins, l'objectif de l'élimination dans trois pays d'ici à 2019 est en bonne voie.

36. *Rage humaine transmise par les chiens* : l'objectif de zéro cas dans 35 pays est en bonne voie pour être atteint d'ici à 2019. En 2014, 17 États Membres n'ont signalé aucun cas humain de rage transmise par des chiens. En 2017, le nombre de pays sans cas est passé à 33 ; seuls la Bolivie et Haïti ont signalé des cas en 2017. Il est nécessaire de renforcer le plaidoyer de haut niveau et d'accroître la mobilisation des ressources pour soutenir l'engagement des pays prioritaires à lutter contre cette maladie, y compris du Guatemala et de la République dominicaine, en plus de la Bolivie et d'Haïti, qui présentent les principaux défis.

### **Cible 9. Prévenir les décès, les maladies et le handicap découlant d'urgences**

37. Entre 2014 et 2017, 41 situations d'urgence différentes dans les pays ont répondu aux critères des niveaux 2 et 3, comme indiqué dans les spécifications techniques pour la cible 9.1. Huit d'entre elles ont pu être prises en compte pour cette évaluation ; les autres ont été exclues en raison des critères des indicateurs ou du fait que les données n'étaient pas disponibles. Dans trois de ces huit situations d'urgence, le taux brut de mortalité est revenu au niveau de référence accepté (niveaux d'avant la catastrophe) dans un délai de trois mois. La cause sous-jacente de décès dans les cinq autres situations d'urgence ne présentait pas raisonnablement de relation de cause à effet avec la situation d'urgence. Sur la base de ces premières indications, la cible d'impact semble être en bonne voie. Cependant, les équipes techniques du BSP continueront de discuter des différentes options méthodologiques pour en assurer le meilleur suivi possible.

### **Principales réalisations, défis et exemples de réussite dans les pays par catégorie**

38. Cette section présente les principales réalisations, les défis et des exemples de réussite des pays par catégorie du Plan stratégique. Les rapports sur les catégories disponibles sur le portail Web du Programme et budget de l'OPS contiennent une analyse détaillée des aspects programmatiques, budgétaires et des risques.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Les rapports sur les catégories sont publiés sur le portail Web du Programme et budget de l'OPS, disponible sur : <https://open.paho.org/>.

## Catégorie 1. Maladies transmissibles

39. Au cours de la période 2016-2017, l'Organisation panaméricaine de la Santé s'est attachée à atteindre l'objectif primordial de réduire le fardeau des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, les infections sexuellement transmissibles (IST) et l'hépatite virale ; la tuberculose, le paludisme et autres maladies à transmission vectorielle ; les maladies négligées, tropicales et zoonotiques et les maladies à prévention vaccinale. Ce travail comprenait des activités de surveillance, de prévention, de contrôle et d'élimination des maladies infectieuses.

### *Principales réalisations*

- a) Six autres pays et territoires ont été certifiés par l'OMS comme ayant atteint les cibles de l'ETME pour le VIH et la syphilis congénitale.<sup>10</sup> Cuba a également été recertifié pour une autre période de deux ans.
- b) En septembre 2016, la Région des Amériques est devenue la première région de l'OMS à éliminer la rougeole. La Région a également déclaré l'élimination du tétanos maternel et néonatal en Haïti, dernier pays des Amériques à avoir atteint cet objectif.
- c) L'élimination du paludisme a été maintenue en Argentine et au Paraguay.
- d) En 2016, l'OMS a vérifié l'élimination de l'onchocercose au Guatemala et, en 2017, le Mexique a reçu la validation de l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique.
- e) Des progrès significatifs sont réalisés en vue d'atteindre les objectifs régionaux d'accès et de couverture universels pour la prise en charge et les services de traitement du VIH, appelés cibles 90-90-90. En 2016, 81 % des personnes (estimation) vivant avec le VIH connaissent leur statut ; 72 % des personnes diagnostiquées séropositives reçoivent des thérapies antirétrovirales et 79 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une suppression virale robuste. Le nombre de personnes sous TARV dans la Région a augmenté en moyenne de plus de 8 % par an au cours des cinq dernières années.
- f) Il y a eu une augmentation globale de l'introduction de nouveaux vaccins dans toute la Région. À la fin de la période biennale, 90 % de la cohorte de naissances vivent dans des pays où le vaccin antipneumococcique conjugué (PCV) est utilisé ; 85 % des pays ont introduit le vaccin antirotavirus ; 80 % de la cohorte des filles âgées de 9 à 14 ans vivent dans des pays où le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) a été introduit et 42 pays et territoires utilisent le vaccin contre la grippe.
- g) À la fin de 2017, tous les pays avaient intégré la stratégie pour éradiquer la tuberculose dans leurs plans et lignes directrices nationaux.
- h) L'approbation du Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 (résolution CD55.R7) a renforcé l'engagement des pays en faveur de l'élimination

<sup>10</sup> Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes, îles Caïman, Montserrat et Saint-Kitts-et-Nevis.

de la maladie. Des progrès significatifs ont été réalisés dans l'élaboration et l'adaptation de plans et stratégies d'élimination du paludisme, 14 des 21 pays où le paludisme est endémique ayant achevé leur plan national ou leur feuille de route pour l'élimination du paludisme.

### *Défis*

- a) **Les pays affichent des progrès inégaux sur le plan de la réalisation des objectifs en matière de prise en charge et de traitement du VIH**, avec des lacunes persistantes dans l'accès aux services de dépistage, de prise en charge et de traitement du VIH et à un suivi en laboratoire (de la charge virale du VIH) à un coût abordable. On constate une résistance du VIH au traitement antirétroviral actuellement utilisé dans le schéma thérapeutique de première intention, tandis que l'accès à la nouvelle classe de thérapies recommandées par l'OMS est limité. En outre, la durabilité des interventions de prévention du VIH pour les populations clés et la collaboration avec la société civile continuent d'être problématiques, bien que cela soit essentiel pour la réponse au VIH. La majorité des pays de la Région (27 sur 35) dépendent du financement international pour mener des activités de prévention auprès des populations clés, et seulement 60 % (15 des 25 pays d'Amérique latine et des Caraïbes communiquant des données) disposent de ressources provenant de leurs budgets nationaux pour financer des initiatives de la société civile.
- b) **Les prix élevés des médicaments et des diagnostics de l'hépatite C**, combinés aux restrictions liées à la propriété intellectuelle, empêchent la majorité des pays d'établir des programmes de lutte contre l'hépatite virale et de fournir les services nécessaires pour l'hépatite.
- c) **Des lacunes persistent dans la détection des cas de TB et de TB-MR**. Il s'agit notamment de la non-reconnaissance des symptômes de la tuberculose par la population en général, du diagnostic tardif par le personnel de santé, des obstacles à l'accès aux services de santé et, dans le cas de la tuberculose multirésistante, de la capacité de diagnostic limitée. L'étape de pré-élimination de la tuberculose présente un nouveau scénario pour les pays. Les définitions des critères et des processus liés à la pré-élimination dans les pays à faible charge de morbidité doivent être établies, en collaboration avec l'OMS, afin d'étayer la coopération technique avec les pays.
- d) **L'augmentation de la transmission du paludisme** au Venezuela représente un défi pour la réalisation des objectifs régionaux d'élimination de cette maladie. En outre, les lacunes actuelles de la couverture des systèmes de santé dans les pays où le paludisme est endémique entravent l'accès des populations rurales à un diagnostic et à un traitement rapides et doivent être comblées.
- e) **Des preuves récentes de réactions immunologiques croisées entre la dengue et le virus Zika** ont entravé le diagnostic précis et rapide en laboratoire des cas de dengue. De plus, la transmission continue du chikungunya, du Zika et de la dengue a entraîné d'importants défis financiers, techniques et de gestion.



- f) **L'élimination de la rage transmise par les chiens** en Bolivie, au Guatemala, en Haïti et en République dominicaine demeure un défi. Il faut intensifier les activités de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour améliorer l'offre d'activités de coopération technique.
- g) **L'insuffisance des investissements et du soutien aux programmes nationaux de vaccination** continue de limiter la viabilité des programmes dans certains pays. En conséquence, la Région risque maintenant de perdre sa certification de région exempte de rougeole, délivrée par le Comité international d'experts pour la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques en septembre 2016. Un soutien continu aux programmes de vaccination est également nécessaire, avec un message clair concernant les avantages du programme, compte tenu des messages contradictoires du mouvement anti-vaccination.

### *Exemples de réussite dans les pays*

#### Les Amériques | La Région déclarée exempte de rougeole



En septembre 2016, les Amériques sont devenues la première région au monde à avoir éliminé la rougeole, une maladie virale qui peut causer de graves problèmes de santé, y compris la pneumonie, l'œdème cérébral et même la mort. Cette réalisation vient couronner un effort de 22 ans de vaccination de masse contre la rougeole, les oreillons et la rubéole dans l'ensemble des Amériques. La rougeole est la cinquième maladie à prévention vaccinale à être éliminée des Amériques, après l'éradication régionale de la variole en 1971, de la poliomyélite en 1994 et de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale en 2015.

Avant le début de la vaccination de masse en 1980, la rougeole causait près de 2,6 millions de décès par an dans le monde entier. Dans les Amériques, plus de 100 000 décès ont été attribués à la rougeole entre 1971 et 1979. Une étude coût-efficacité sur l'élimination de la rougeole en Amérique latine et dans les Caraïbes a estimé que grâce à la vaccination, 3,2 millions de cas de rougeole et 16 000 décès auront été évités dans la Région entre 2000 et 2020.



## Les Caraïbes | Davantage de bébés nés sans VIH et sans syphilis

Six pays et territoires ont été certifiés par l'OMS comme ayant éliminé la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis : Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes, îles Caïman, Montserrat et Saint-Kitts-et-Nevis. Cuba ayant reçu la certification en 2015, cela fait un total de sept pays dans la Région. Cette réalisation témoigne d'un facteur clé, à savoir que l'intégration de la santé maternelle et infantile (SMI) dans les services de santé sexuelle, de santé génésique et de lutte contre le VIH a accru l'adhésion à cet effort. Une approche intégrée dans le cadre des programmes de SMI sous-tend les nouvelles stratégies du secteur de la santé de l'OPS/OMS sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles.

## Guatemala et Mexique | Élimination des maladies négligées qui persistent au sein des populations vulnérables et autochtones



Le Guatemala et le Mexique ont réalisé d'importants progrès sur le plan de l'élimination de l'onchocercose et du trachome, respectivement. L'OPS/OMS s'est engagée dans la lutte active contre l'onchocercose, une maladie causant la cécité qui touche principalement les populations autochtones du Guatemala. En réponse à la résolution CD35.R14 du Conseil directeur de l'OPS, le Programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques a été créé en 1993. Le Guatemala a obtenu la certification de l'OMS pour l'élimination de l'onchocercose à la mi-2016, devenant ainsi le quatrième pays au monde à atteindre cet objectif.

Au Mexique, le dernier foyer du trachome se situait dans cinq municipalités de l'État de Chiapas où résidaient majoritairement des populations pauvres et autochtones. En 2017, le Mexique est devenu le premier pays des Amériques et le troisième au monde à recevoir la validation par l'OMS de l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique. Cet objectif a été atteint en intensifiant les efforts de lutte contre le trachome au moyen de brigades de terrain mettant en œuvre les quatre composantes de la stratégie SAFE (chirurgie, antibiotiques, propreté du visage et amélioration de l'environnement) et en traitant des déterminants sociaux de la santé. L'OPS et d'autres partenaires ont aidé les autorités sanitaires nationales et infranationales à rassembler des données probantes sur l'élimination de la maladie.

## Catégorie 2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque

40. Au cours de la période biennale 2016-2017, les efforts se sont poursuivis pour faire face au fardeau des maladies non transmissibles, y compris les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète, les troubles mentaux, les incapacités, la violence et les traumatismes, par la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et le suivi des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque.

### *Principales réalisations*

- a) Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'un retard de croissance a chuté à 6,3 % dans la Région, dépassant la cible de 7,5 % fixée pour 2019.
- b) La prévalence régionale de la déficience visuelle est tombée à 2,78 % pour l'ensemble des groupes d'âge et à 10,37 % chez les personnes de plus de 50 ans. Ce résultat a été atteint en partie grâce à l'augmentation de la disponibilité de la chirurgie de la cataracte dans la Région (augmentation de 30 % dans certains hôpitaux publics).
- c) L'Uruguay a obtenu gain de cause dans un litige entamé par Philip Morris International qui contestait les politiques du pays en matière d'emballage et d'étiquetage des produits du tabac. Cette décision a été rendue par le Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements (CIRDI) de la Banque mondiale au motif que les politiques ne violent pas les termes d'un traité d'investissement. Le CIRDI a examiné les arguments avancés par l'OPS dans son mémoire *amicus curiae*.
- d) En février 2017, un plan stratégique sur la sécurité routière a été approuvé en République dominicaine et un organisme chef de file en matière de sécurité routière a été créé. Il s'agit là d'un progrès significatif dans un pays où le taux de mortalité due aux accidents de la route est l'un des plus élevés de la Région et du monde.
- e) L'application de mises en garde nutritionnelles sur le devant des emballages est mise en œuvre ou envisagée dans 12 pays et deux mécanismes d'intégration infrarégionale, sur la base d'informations scientifiques fondées sur des données probantes fournies par l'OPS/OMS.

- f) En partenariat avec la Harvard School of Public Health, l'OPS a été la première à produire des données probantes pour promouvoir la compréhension de l'impact économique des maladies non transmissibles, du coût de l'inaction et du rendement du capital investi, notamment en s'associant à des organisations pour former des responsables des ministères des Finances et de la Santé sur les mesures budgétaires concernant le tabac, l'alcool et les boissons sucrées.
- g) La Stratégie et le Plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022 ont été approuvés par la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine dans le but d'accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.
- h) L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires a été étendue à 34 pays et territoires. En outre, les communautés autochtones de plusieurs pays sont convenues de l'identification de la santé mentale et de la prévention du suicide comme priorités d'intervention.
- i) Le nombre de pays ayant des politiques nationales en matière d'alcool est passé de sept à 13.
- j) Avec l'adoption de la Déclaration ministérielle sur la migration et la santé en Més-Amérique et le lancement de l'Initiative conjointe pour la santé des migrants et de leur famille avec l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), les ministres de la Santé se sont mis d'accord pour la première fois sur une feuille de route globale, centrée sur les personnes et spécifique au contexte pour les interventions visant à promouvoir et à protéger la santé des réfugiés et des migrants.
- k) L'initiative REGULA, qui vise à renforcer la capacité institutionnelle des autorités sanitaires des États Membres à réglementer les facteurs de risque des maladies non transmissibles, a élaboré un registre de la législation sur les facteurs de risque pour 19 pays d'Amérique latine.

### *Défis*

- a) **Nécessité de renforcer les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles.** Les priorités nationales concurrentes contribuent à maintenir un financement insuffisant pour répondre à la charge croissante des MNT. En outre, la capacité à définir et mettre en œuvre des politiques et réglementations nécessaire concernant les MNT est faible. Il est encore difficile d'inclure les problèmes de toxicomanie dans les programmes prioritaires des ministères de la Santé, une étape clé nécessaire pour renforcer l'approche de la santé publique face au problème de la drogue dans la Région. Le thème de la violence en général et de la violence à l'égard des femmes et des enfants en particulier, bien qu'il figure en bonne place dans les programmes politiques des pays, ne se voit pas nécessairement accorder une grande priorité dans les programmes des ministères de la Santé. Les services liés à la vision, l'audition et les services de réadaptation ne bénéficient pas d'une priorité élevée et ne sont pas bien intégrés ou bien financés dans de nombreux pays, en dépit des données probantes suggérant un besoin croissant pour de tels services. La disponibilité de ces services est souvent limitée, fragmentée entre différents

- secteurs et dépend fortement, dans certains pays, du travail d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'organisations confessionnelles.
- b) **L'engagement multisectoriel pour s'attaquer aux MNT et à leurs facteurs de risque est limité**, ce qui exige un engagement politique soutenu et des efforts qui aillent au-delà du secteur de la santé. La violence, la sécurité routière et la sécurité humaine exigent également une collaboration et un engagement multisectoriels afin d'atteindre les résultats escomptés.
  - c) **En général, les systèmes d'information** sur les besoins en santé mentale, les indicateurs de consommation d'alcool et la consommation de substances psychoactives sont faibles dans les pays. Il existe d'importantes lacunes dans les données relatives aux problèmes de santé des migrants, aux accidents de la route et aux facteurs de prévention/risques connexes, ainsi qu'à la violence. Les données limitées sur les besoins et la disponibilité des services de réadaptation constituent un défi ; ces services sont mal cartographiés dans l'ensemble de la Région, ce qui complique la planification stratégique.
  - d) **La mise en œuvre très limitée des engagements nuit à la performance dans plusieurs domaines.** Malgré la participation des responsables gouvernementaux et des partenaires à l'élaboration des plans de santé mentale, la mise en œuvre de ces plans demeure faible. Dans la plupart des cas, les politiques et les plans ne se traduisent pas en actions, souvent en raison d'un engagement ou d'un savoir-faire limité. Il existe une capacité limitée de planification de la santé aux niveaux national et local pour intégrer l'approche de la sécurité humaine ainsi que pour élaborer des programmes visant à renforcer la résilience du système de santé. L'application des lois sur la conduite en état d'ébriété, de la réglementation sur les excès de vitesse et le port du casque, la ceinture de sécurité et les dispositifs de retenue pour les enfants est faible dans l'ensemble de la Région, en particulier dans les Caraïbes. Le secteur de la santé doit redoubler d'efforts pour promouvoir la législation en matière de sécurité routière et son application.
  - e) **La nature chronique et multifactorielle des MNT limite le financement** par les bailleurs de fonds externes, et les pouvoirs publics n'engagent toujours pas suffisamment de fonds nationaux pour soutenir la mise en œuvre des politiques et des programmes sur les MNT.
  - f) **Le handicap, la réadaptation, la réadaptation communautaire et l'inclusion sociale continuent d'être considérés comme une seule et même question** et sont souvent mal compris ou mal interprétés. Il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur le fonctionnement physique des personnes et d'établir un lien plus étroit entre les activités dans ce domaine et le domaine de la santé.
  - g) **La réduction de la consommation de sel est un objectif très difficile à atteindre.** Les mesures visant à réduire la teneur en sel ne sont pas populaires, et le suivi de la consommation de sel est complexe et coûteux (nécessitant la collecte d'urine de 24 heures). Par conséquent, il est difficile d'établir des niveaux de référence ou de suivre les progrès résultant des mesures mises en œuvre.

- h) **La reformulation des produits alimentaires est extrêmement difficile dans les Caraïbes**, en particulier dans les petites îles dotées de petites industries manufacturières locales.

*Exemples de réussite dans les pays*



Uruguay | Renouvellement de l'engagement de haut niveau à agir contre les MNT

La Réunion de haut niveau de 2011 sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, convoquée par l'Assemblée générale des Nations Unies, a marqué un tournant dans le programme de lutte contre les maladies non transmissibles, reflétant l'engagement politique mondial à s'attaquer aux maladies chroniques. Toutefois, un examen des progrès réalisés par l'OMS en 2015 a montré que si les tendances de la mortalité prématurée due aux principales MNT demeuraient inchangées, la cible de réduction d'un tiers de la mortalité prématurée due aux MNT d'ici à 2030 (cible 3.4 dans le cadre des objectifs de développement durable) ne serait pas atteinte.

Afin de donner un nouvel élan à l'engagement politique sur les maladies non transmissibles, l'OMS, en collaboration avec les autorités uruguayennes, a organisé une Conférence mondiale sur les maladies non transmissibles en octobre 2017, accueillie par le Président de l'Uruguay, M. Tabaré Vázquez. L'objectif de la conférence était de mettre en évidence les liens essentiels entre la réduction des décès prématurés dus aux maladies non transmissibles, la promotion de la santé mentale et du bien-être et l'amélioration de la cohérence des politiques dans les domaines qui ont une incidence sur la gouvernance, la prévention, la gestion et la surveillance des maladies non transmissibles. Quatre autres chefs d'État (de l'Argentine, du Chili, du Paraguay et du Zimbabwe), la Princesse du Maroc et des représentants des ministères de la Santé de la Région ont également assisté à la conférence qui a réuni quelque 400 participants de 90 pays environ.

L'un des principaux résultats de la conférence a été l'élaboration de la « Feuille de route de Montevideo 2018-2030 sur les MNT en tant que priorité de développement durable », qui a reçu le soutien de tous les participants. Bien qu'il soit encore trop tôt pour tirer des conclusions quant à l'impact de la conférence sur l'accroissement de l'engagement des pays

et les progrès sur le plan de la réalisation de la cible 3.4, cette collaboration souligne l'importance d'une réponse coordonnée de l'OMS, conformément à la vision d' « Une seule OMS ». Elle témoigne également du leadership de la Région dans la lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque avant la Troisième réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, qui aura lieu en 2018.



## Chili | Sensibilisation des consommateurs aux produits les plus sains

Le Chili a la consommation de boissons gazeuses par habitant la plus élevée au monde et se situe au deuxième rang pour la vente d'aliments ultra-transformés par habitant dans les Amériques. Afin de réduire la demande et l'offre de produits mauvais pour la santé, et dans le droit fil des recommandations de l'OPS/OMS, les pouvoirs exécutif et législatif ont élaboré un nouveau cadre réglementaire sur l'étiquetage et la commercialisation des aliments. L'ensemble du gouvernement a participé à ce processus qui a également bénéficié de l'appui du milieu universitaire, de la société civile et des organismes internationaux. La loi 20606 a été approuvée par l'organe législatif en 2012 et sa mise en œuvre a démarré en juin 2016.

Cette loi régleme l'environnement alimentaire par le biais d'étiquettes sur le devant des emballages qui informent les consommateurs lorsque les produits sont riches en sucres, en graisses saturées, en sodium ou en calories. Elle limite la promotion de ces produits auprès des enfants et leur vente dans les écoles. Ces politiques réglementaires ont été associées à une série d'actions visant à promouvoir l'éducation nutritionnelle et l'activité physique.

Une première évaluation montre que les Chiliens ont accueilli favorablement l'application de cette loi et ont réorienté leurs achats vers des options plus saines. Un autre effet positif de la réglementation a été la réduction de la teneur en sodium, en sucres, en graisses saturées ou en calories de nombreux produits.

Parmi les principaux facteurs de réussite de l'adoption de la loi sur l'étiquetage sur le devant des emballages au Chili, on peut citer l'engagement ferme des autorités à s'attaquer d'urgence au problème du surpoids et de l'obésité au sein de la population. Les politiques ont été élaborées sur la base de données probantes solides démontrant que de telles

mesures réglementaires constituent un moyen rentable d'améliorer les régimes alimentaires et de prévenir l'obésité. Les politiques ont été définies selon une approche fondée sur les droits de l'homme, politique et sociale. Elles ont été formulées et mises en œuvre avec la participation active de la société civile tout au long du cycle, depuis la formulation des politiques jusqu'à l'élaboration de mécanismes de suivi et de responsabilisation, garantissant ainsi l'adhésion de tous les secteurs de la population.

## République dominicaine | Des progrès décisifs dans le système de soins de santé mentale



Au cours de la période 2016-2017, la République dominicaine a procédé à une réforme des services de santé mentale pour s'adapter à la structure du modèle national de soins de santé. Avec la coopération technique de l'OPS/OMS, le ministère de la Santé est parvenu à transformer l'hôpital psychiatrique du pays en centre de réadaptation psychosociale. Cette restructuration visait à améliorer la qualité des soins, à offrir une prise en charge rapide et une réadaptation communautaire pour les patients atteints de troubles mentaux. L'accent a été mis sur les droits de l'homme et l'humanisation des soins et sur l'intégration de la santé mentale dans le système de santé, renforçant ainsi le bien-être des familles et des communautés.

Dans le cadre de cette réforme de la santé, d'autres actions ont été mises en place, notamment l'élaboration du Plan national de santé mentale 2017-2020 ; le renforcement des capacités des prestataires de santé au premier niveau de soins, sur la base de la stratégie mhGAP (Comblent les lacunes en santé mentale) ; l'intégration des troubles de santé mentale dans le Système national de surveillance épidémiologique et la définition d'un réseau de services communautaires de santé mentale. Le budget alloué à la santé mentale a été augmenté pour permettre cette transformation. Ensemble, ces actions assureront la durabilité des changements de politiques.



Grâce à ces réformes, les patients reçoivent des soins de santé mentale complets dans les services de soins primaires. Des unités d'intervention en cas de crise ont été créées dans les hôpitaux nationaux pour assurer un traitement approprié et continu des personnes souffrant de troubles mentaux selon une approche axée sur le parcours de vie, y compris l'intégration avec les unités pédiatriques et l'accès rapide aux médicaments psychiatriques.

Des centaines de personnes souffrant de troubles mentaux, y compris celles qui résident dans l'ancien hôpital psychiatrique, et leurs soignants ont reçu des conseils et des soins de santé appropriés, ce qui leur a permis de se développer sur le plan personnel et d'améliorer leur qualité de vie en retournant dans leurs communautés pour mener une vie productive et saine.

### **Catégorie 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie**

41. L'Organisation a accéléré les efforts visant à promouvoir la bonne santé à des étapes clés de la vie, compte tenu de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et de mettre en œuvre des approches fondées sur l'égalité des sexes, l'origine ethnique, l'équité et les droits de l'homme.

#### *Principales réalisations*

- a) À la suite de la mise en œuvre dans quatre pays de l'initiative « Zéro décès maternels par hémorragie », des décès maternels dus à une hémorragie ont été évités dans les hôpitaux où les interventions ont eu lieu.
- b) L'Initiative Villes et communautés amies des aînés de l'OMS a été adoptée par 66 villes au Canada et 171 villes aux États-Unis. En outre, 12 pays ont mis en place des mécanismes pour faire participer les communautés et la société civile au processus d'élaboration des politiques dans tous les secteurs, en suivant l'approche des municipalités, villes et communautés en bonne santé.
- c) Quinze pays honorent leur engagement d'examiner et de corriger les iniquités et les inégalités en matière de santé dans le cadre de la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques.
- d) Quinze pays ont élaboré ou mis à jour leurs politiques et stratégies en matière de santé des adolescents.
- e) Douze pays ont adapté et révisé leurs plans nationaux sur le vieillissement sur la base de la Stratégie mondiale et du Plan d'action de l'OMS sur le vieillissement et la santé.
- f) La politique régionale sur l'origine ethnique et la santé a été approuvée par la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en 2017. Il s'agit d'une étape importante pour promouvoir à l'échelle du système de l'OMS un engagement à s'attaquer aux inégalités ethniques en matière de santé, en reconnaissant la nécessité d'adopter une approche interculturelle de la santé.

- g) Conformément à la Stratégie et au Plan d'action de l'OPS sur le changement climatique et à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), 27 pays ont achevé leurs évaluations de leur vulnérabilité et adaptation aux changements climatiques et la santé, et cinq pays ont publié leur profil de pays OMS-CCNUCC sur les changements climatiques.

### *Défis*

- a) **Les lacunes dans les données et systèmes d'information devraient être réduites.** La couverture et la qualité des données sur la santé tout au long de la vie continuent d'être un défi dans la Région. Pour réduire les inégalités, il est nécessaire de renforcer les systèmes de surveillance et d'opérer un suivi des iniquités en matière de santé au moyen de données désagrégées et d'analyses épidémiologiques, qui ne sont pas disponibles dans la majorité des pays.
- b) **Les approches holistiques ne sont pas encore très répandues.** Les approches adoptées par les différents États Membres en matière de genre, d'équité, de droits de l'homme et d'origine ethnique sont parfois peu claires et incertaines. Il est important de continuer à travailler en vue de définir une façon cohérente et holistique d'aborder ces quatre thématiques transversales, qui sont au cœur des déterminants de la santé.
- c) **Le vieillissement et l'origine ethnique continuent de se voir attribuer une faible priorité.** Malgré des données probantes de plus en plus nombreuses démontrant que les changements démographiques modifient les tendances des maladies, certains pays n'ont pas encore défini le vieillissement comme une question de santé prioritaire. Il n'y a pas suffisamment de points focaux sur le vieillissement et, dans certains cas, les points focaux, lorsqu'ils existent, ne dépendent pas du ministère de la Santé. L'engagement à s'attaquer aux iniquités liées aux origines ethniques en matière de santé varie également d'un pays à l'autre, et il est nécessaire d'accorder plus d'attention à la consolidation d'approches cohérentes en matière de santé interculturelle dans les politiques et les plans des États Membres.
- d) **L'allocation des ressources et le développement institutionnel restent insuffisants.** L'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé continue de se heurter à un budget et une dotation en personnel insuffisants sur le plan institutionnel, ce qui nuit aux efforts déployés par certains pays pour traiter de ce domaine émergent. De même, les déterminants environnementaux ne sont pas toujours intégrés dans les activités de santé publique de base, et les projets de santé environnementale au niveau local sont souvent fragmentés. Les réponses des ministères de la Santé sont limitées en ce qui concerne la désignation de personnel et le financement d'activités spécifiques sur le changement climatique.
- e) **La collaboration avec des parties prenantes en dehors du secteur de la santé est limitée.** Travailler avec des organismes gouvernementaux extérieurs au secteur de la santé qui prennent des décisions importantes sur le droit à la santé et les droits de l'homme connexes demeure complexe. À quelques exceptions près, le secteur de la santé n'a pas participé pleinement au programme de lutte contre le

changement climatique. Dans la mise en œuvre de stratégies et de programmes nationaux visant à réduire l'utilisation de combustibles solides pour la cuisson, les progrès sont parfois ralentis par la nécessité de sensibiliser dans un domaine où le secteur de la santé n'a pas été traditionnellement impliqué.

### *Exemples de réussite dans les pays*

Trinité-et-Tobago |  
Prévenir l'hémorragie  
post-partum grâce à des  
techniques peu coûteuses  
qui sauvent des vies



À Trinité-et-Tobago, 99 % des naissances ont lieu dans des établissements de santé, tant privés que publics, et sont assistées par des professionnels de la santé qualifiés. Cependant, jusqu'à récemment, les décès maternels se produisaient encore dans les hôpitaux, généralement 48 heures après l'accouchement, principalement en raison d'une hémorragie post-partum. L'OPS a collaboré avec le ministère de la Santé et les autorités sanitaires régionales du pays sur plusieurs initiatives au cours de la période 2016-2017 en vue d'améliorer la santé maternelle et infantile. Parmi les mesures spécifiques qui ont été prises, on peut citer une mission d'évaluation et la mise en œuvre du plan d'action qui en a résulté. Quarante-cinq professionnels de la santé ont été formés à la gestion médicale de l'hémorragie post-partum, et les hôpitaux locaux ont mis en œuvre des technologies peu coûteuses pour les interventions en matière d'hémorragie post-partum afin d'éviter que les mères n'y succombent.

En utilisant les outils de l'OPS/OMS, les autorités sanitaires régionales ont évalué la performance du système de santé sur le plan de l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et les conditions clés des services obstétriques hospitaliers. Parallèlement, le système d'information périnatale a été introduit au sein de toutes les autorités sanitaires régionales afin que les cliniciens puissent disposer de données facilement accessibles pour effectuer des audits, et une formation a également été dispensée sur la surveillance des décès maternels et les interventions dans ce cadre. La mise en œuvre de cette approche globale et intégrée s'avère efficace pour prévenir les décès maternels à Trinité-et-Tobago.



## Nicaragua | Stratégie pour les Maisons d'attente de maternité: garantir une maternité sans danger et un départ en bonne santé pour les nouveau-nés

Au Nicaragua, malgré les progrès et les nombreuses interventions des pouvoirs publics, les populations rurales sont confrontées à la pauvreté et à des conditions de vie difficiles. L'OPS/OMS, en partenariat avec le ministère de la Santé, les administrations locales, les sages-femmes et les communautés locales, soutient la stratégie des Maisons d'attente de maternité (« Casas Maternas »), des établissements hospitaliers implantés dans tout le pays qui sont conçus pour réduire la mortalité maternelle et infantile.

La Maison d'attente de maternité fournit des services cliniques essentiels en matière de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile. Les femmes enceintes sont admises à la Maison maternelle pour les soins et le suivi pendant les dernières semaines de leur grossesse. Elles sont ensuite transférées dans un établissement de santé pour l'accouchement qui est assisté par un professionnel de santé qualifié. Après l'accouchement, la femme et le nouveau-né sont transférés à la Maison d'attente de maternité pour des soins post-partum, normalement pour une période de sept jours. Les équipes de santé familiale et communautaire assurent également un suivi à domicile pour assurer la continuité des soins maternels et infantiles.

Les Maisons d'attente de maternité contribuent à l'amélioration de la santé génésique et sexuelle, des soins de santé au début de la période post-partum et des soins néonataux dans un environnement culturellement approprié. L'accent est mis sur les nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale à la naissance, notamment avec la promotion de la stratégie des « soins kangourou ». La mise en œuvre a nécessité une coordination avec le ministère de la Santé, le système local de soins de santé intégrés (SILAIS), les autorités municipales, l'Association des sages-femmes et les brigades de santé. Les Maisons

maternelles soutiennent également l'éducation communautaire et les réseaux de groupes de soutien aux femmes.

Au cours des trois dernières années de la mise en œuvre de cette initiative, aucun décès maternel n'est survenu parmi les femmes qui y ont participé. En outre, les Maisons maternelles ont renforcé et autonomisé les communautés qui y ont pris part.



Cuba | Développer  
l'égalité entre les  
sexes dès le plus  
jeune âge

L'identité de genre, qui est l'un des déterminants sociaux de la santé, commence à se former dès le plus jeune âge. C'est dans cette optique que l'École nationale de santé publique et la Faculté des communications de l'Université de La Havane ont travaillé avec l'OPS/OMS pour concevoir une proposition éducative visant à développer les capacités des enseignants et des familles liées au genre. L'objectif est de progresser vers l'égalité entre les sexes, qui est l'ODD 5.

À cette fin, des produits et des interventions ont été créés et mis en œuvre dans le cadre d'un projet ciblant les filles et les garçons de 7 à 12 ans. Des supports sur le genre ont été produits, y compris un manuel pour les enfants, un manuel des bonnes pratiques, une bibliothèque virtuelle pour les enseignants, des bannières d'information pour les salles de classe, un livre de loisirs et des supports multimédias pour les filles et les garçons. Un cours sur l'égalité entre les sexes et l'éducation populaire à l'intention des enseignants a été élaboré et mis en œuvre.

Les résultats montrent que le projet a été couronné de succès. Les garçons et les filles qui y ont participé ont pu appliquer les connaissances que cette initiative leur a apportées dans leur vie quotidienne et à l'école, les aidant ainsi à voir la vie sous un autre angle.

#### Catégorie 4. Systèmes de santé

42. Au cours de la période biennale, les efforts se sont poursuivis pour renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins primaires ; améliorer la gouvernance et le financement en vue de la réalisation progressive de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle ; organiser la prestation de services intégrés et centrés sur les personnes ; promouvoir l'accès aux technologies de la santé et leur utilisation

rationnelle ; renforcer les systèmes d'information et de recherche en santé et l'intégration des données probantes dans les politiques et les soins de santé ; faciliter le transfert des connaissances et des technologies et développer les ressources humaines dans le domaine de la santé.

***Principales réalisations***

- a) Quinze pays ont élargi l'accès aux soins et augmenté leur qualité grâce à différentes stratégies ciblées, notamment en réformant le modèle de soins pour améliorer l'accès grâce à une approche axée sur les soins de santé primaires. Au Brésil, 60 millions de personnes supplémentaires bénéficient du programme *Mais Médicos*, dont 40 millions qui bénéficient des soins dispensés par des médecins cubains par l'entremise de la coopération technique de l'OPS.
- b) À la fin de 2017, 22 pays avaient élaboré des politiques, stratégies ou plans nationaux de santé complets dans le contexte de la Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture universelle de la santé ; 16 mettaient en œuvre des cadres financiers pour la santé universelle et 13 mettaient en œuvre le cadre de suivi de la santé universelle.
- c) Le Fonds stratégique de l'OPS a porté le montant de ses achats à US\$178 millions, et 23 des 30 pays signataires utilisent ce Fonds.
- d) Les États Membres ont continué à renforcer leurs systèmes d'information pour la santé (IS4H) : 21 pays ont élargi la couverture de l'enregistrement des naissances et 16 pays ont atteint leurs objectifs en matière de certification des décès, avec des améliorations importantes de la qualité des statistiques de l'état civil.
- e) La stratégie régionale sur les ressources humaines pour la santé a été adoptée en 2017. Des politiques en matière de ressources humaines pour la santé ont été élaborées dans sept pays des Caraïbes orientales et 12 pays d'Amérique latine ont mis à jour leurs politiques.
- f) La publication phare de l'OPS, *La santé dans les Amériques+ (2017)*, qui présente les progrès et les défis en matière de santé au cours des cinq dernières années en s'appuyant sur des données probantes, a été achevée en collaboration avec tous les États Membres.

## Défis

- a) **Les niveaux de financement** nécessaires pour renforcer les systèmes de santé et atteindre les objectifs fixés sont souvent **insuffisants**. L'OPS/OMS continue de fournir des conseils pour promouvoir la compréhension des défis en matière de politiques de financement de la santé et pour faciliter un dialogue éclairé et constructif sur ces questions.
- b) Des efforts sont en cours dans la Région pour mettre en œuvre des initiatives visant à transformer et à renforcer les systèmes de santé afin de progresser vers une couverture sanitaire universelle et un accès universel à la santé. Relever le défi **de la segmentation et de la fragmentation des systèmes de santé** doit être primordial pour ces initiatives.
- c) **La transparence et la responsabilité dans l'attribution des médicaments et des technologies de la santé nécessitent une plus grande réglementation**. Une information impartiale, exempte de conflits d'intérêts, est nécessaire pour la sélection, l'intégration, la prescription et l'utilisation des médicaments et des technologies de la santé.
- d) Des efforts et des ressources considérables sont nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre des technologies et des outils permettant **de combler le fossé numérique et d'accroître l'accès à l'information dans les régions reculées**.
- e) Bien que la Région ait fait des progrès en matière de ressources humaines pour la santé, **des inégalités persistent dans la disponibilité, la distribution et la qualité du personnel de santé**. Il existe des écarts au sein des pays et entre eux, entre les différents niveaux de soins et entre les secteurs public et privé. Cela nuit à l'expansion progressive des services, en particulier au niveau des soins primaires.

## Exemples de réussite dans les pays

Brésil | Le programme *Mais Médicos* étend les services de santé vers la santé universelle



L'étendue du territoire brésilien et le vaste couvert forestier du pays constituent un défi pour les efforts visant à atteindre une couverture et un accès universels en matière de santé. En raison de problèmes de recrutement et de rétention du personnel, certaines régions et populations, principalement les populations pauvres et autochtones, manquent cruellement de médecins.

En 2013, les pouvoirs publics ont créé le programme *Mais Médicos* afin de remédier à la pénurie de médecins dans les communautés mal desservies. Grâce à la collaboration entre le Brésil et Cuba, avec l'appui de l'OPS/OMS, le programme *Mais Médicos* a fait appel à environ 12 000 médecins et les a intégrés au Programme national de santé familiale dans 27 États brésiliens. Environ 700 municipalités ont reçu un médecin pour la première fois, offrant un accès à 60 millions de personnes supplémentaires. Le programme a contribué à élargir les soins de santé primaires aux populations éloignées et mal desservies.



## Nicaragua | Élargir l'accès à des produits de qualité grâce aux transferts de technologie

Garantir un accès durable à des vaccins de qualité, sûrs et efficaces est un défi auquel les pays en développement sont confrontés en raison du manque de production locale ou régionale, ce qui les rend totalement dépendants des marchés mondiaux qui ne garantissent pas toujours la disponibilité de ces produits en temps voulu. L'un des moyens de s'attaquer à ce problème consiste à promouvoir et soutenir la fabrication locale de vaccins, de pair avec le transfert de technologie.

Dans le droit fil de cette approche, un accord de coopération bilatérale entre les gouvernements du Nicaragua et de la Fédération de Russie porte sur une usine qui produira le vaccin contre la grippe au Nicaragua, et qui aura la capacité de satisfaire les besoins du pays et d'autres pays de la Région. L'OPS/OMS a fourni un soutien technique dans le cadre de ce projet de transfert de technologie. La construction de l'usine en est à sa phase finale et elle est proche de l'étape de validation et de certification, avec un démarrage de la production prévu au début de 2018.

Avec l'Institut nicaraguayen de sécurité sociale (INSS), le ministère de la Santé, l'Institut de recherche sur les vaccins et les sérums de Saint-Pétersbourg et l'Institut Mechnikov nouvellement créé, l'OPS/OMS a encouragé et soutenu la participation d'autres parties prenantes telles que l'Université nationale autonome du Nicaragua (UNAN-Managua, UNAN-León), ainsi que l'appui de pays qui ont une expérience dans la mise au point de vaccins, comme Cuba, le Venezuela et le Chili, en utilisant la modalité de coopération entre les pays pour le développement de la santé (CCHD).

Le processus de transfert de technologie pour la production de vaccins contre la grippe au Nicaragua offre la possibilité d'accroître l'accès aux vaccins antigrippaux dans le pays et dans la Région, tout en renforçant l'autorité nationale de réglementation. Il a également généré une demande pour une nouvelle main-d'œuvre qualifiée au Nicaragua et pour des infrastructures de recherche et de développement.





## Équateur et Pérou | Collaboration binationale pour améliorer la santé des populations en situation de vulnérabilité.

Le projet binational Équateur-Pérou intitulé « Améliorer la santé des groupes de population en situation de vulnérabilité » a été mis en œuvre dans l'une des cinq zones frontalières entre l'Équateur et le Pérou. Les personnes vivant dans la Région ont plus de probabilités de vivre dans des conditions de vulnérabilité et, par conséquent, souffrent de problèmes de santé plus graves. Cela se traduit par une prévalence plus élevée des maladies infectieuses, de la mortalité maternelle et néonatale, des grossesses précoces, de la violence sexiste et de la malnutrition dans la petite enfance. De plus, des obstacles géographiques et culturels ainsi que d'autres déterminants sociaux limitent l'accès de ces populations à des soins de santé complets et de qualité.

En 2017, des interventions suivant une approche interculturelle ont été mises en œuvre pour réduire les barrières culturelles à l'accès aux services. Ces interventions, qui portaient principalement sur les composantes du système et des services de santé, comprenaient des améliorations progressives dans le traitement des patients dans les centres de santé pour les urgences obstétriques et néonatales, des interventions nutritionnelles, ainsi que la promotion de la santé et la prévention pendant les soins prénatals. L'utilisation des « dialogues du savoir » a renforcé la participation des populations autochtones à la gestion de leur santé et a permis de dégager un consensus sur les stratégies d'intervention. Les interventions ont également permis d'établir un lien entre les systèmes de santé traditionnels et conventionnels, de promouvoir et de renforcer une reconnaissance culturelle mutuelle et de créer une synergie nécessaire pour traiter des problèmes de santé prioritaires.

## **Catégorie 5. Préparation, surveillance et intervention**

43. La Région a continué de réduire la mortalité, la morbidité et les perturbations sociétales résultant d'épidémies, de catastrophes, de conflits et d'urgences environnementales et alimentaires en se concentrant sur la réduction des risques, la préparation, l'intervention et les activités de relèvement qui renforcent la résilience et utilisent une approche multisectorielle pour contribuer à la sécurité sanitaire.

### *Principales réalisations*

- a) Des interventions appropriées et en temps voulu ont été mises en place dans 33 pays et plusieurs territoires dans les 72 heures suivant le début de toutes les situations d'urgence susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé.
- b) En Haïti, le taux global de létalité des cas de choléra dans les établissements de santé a été maintenu en dessous de 1 %.
- c) Les équipes médicales d'urgence de deux pays, le Costa Rica et l'Équateur, ont fait l'objet d'une vérification dans le cadre du processus de classification mondial de l'OMS et ont été ajoutées à la liste mondiale des équipes classifiées par l'OMS. Le Groupe régional des équipes médicales d'urgence des Amériques a été consolidé.
- d) Douze États parties des Caraïbes ont obtenu leur qualité de membre de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), en grande partie grâce à l'étroite collaboration continue de l'OPS/OMS avec cette agence.
- e) L'Organisation a maintenu une couverture 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les communications urgentes des États Membres et des bureaux des représentants de l'OPS/OMS et a émis des alertes sur les menaces pour la santé publique.
- f) Tous les pays font partie d'au moins un réseau régional de laboratoires établi formellement ayant la capacité de répondre aux pathogènes viraux émergents et réémergents dans la Région.
- g) Quatorze pays et territoires ont élaboré des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens (RAM).
- h) La mise en œuvre de l'initiative des Hôpitaux intelligents s'est poursuivie. Trois établissements de santé sont en cours de modernisation afin d'améliorer leur résilience aux catastrophes et de réduire leur impact sur l'environnement : l'hôpital Princess Alice à la Grenade, le Centre de santé de La Plaine à la Dominique et l'hôpital Chateaubelair à Saint-Vincent-et-les Grenadines.
- i) Pour lutter contre la fièvre aphteuse, une banque régionale d'antigènes/vaccins (BANVACO) a été créée.
- j) Le nouveau Programme pour les urgences sanitaires de l'OPS a été mis en place conformément à la résolution A69/30 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

**Défis**

- a) **L'appui politique aux priorités reste insuffisant, et la collaboration a parfois été difficile.** On constate que la présence des ONG et des bailleurs de fonds participant à la lutte contre le choléra en Haïti se réduit. La situation politique dans certains États Membres, en particulier la « verticalisation » de la réponse et du contrôle des flambées épidémiques, a eu une incidence sur la collaboration du BSP avec les structures nationales. En ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments, aucun pays de la Région n'en a fait une priorité de santé publique, ce qui a une incidence directe sur les activités de coopération technique.
- b) **Des retards dans la diffusion de l'information persistent.** Il y a eu des goulets d'étranglement dans les processus nationaux de révision des informations préparées pour être diffusées dans les États Membres au moyen des canaux mis en place par le Règlement sanitaire international (RSI). Les textes préparés en vue de leur diffusion sont souvent soumis à des responsables de haut niveau dans les États Membres pour révision et approbation, ce qui peut avoir une incidence importante sur les délais d'exécution.
- c) **Des catastrophes et des situations d'urgence ont eu une incidence négative sur la capacité de l'Organisation à mettre en œuvre certaines de ses activités prévues au cours de la période 2016-2017.** Une série d'urgences et de crises dans toute la Région au cours de la période biennale a consommé du temps et des ressources, en particulier les flambées de fièvre jaune et de maladie à virus Zika et leurs complications, le tremblement de terre en Équateur, l'ouragan Matthew en Haïti et les ouragans Maria et Irma dans plusieurs territoires des Caraïbes. Les capacités logistiques et humaines ont été fortement sollicitées pour répondre aux répercussions dans différents pays, comme lors des ouragans successifs qui ont ravagé les Caraïbes en septembre 2017. D'autres moyens de livraison des marchandises et de transport du personnel de santé essentiel doivent être mis en place. Les transactions financières avec certains fournisseurs ont été affectées par la perturbation des systèmes financiers et bancaires nationaux dans les pays touchés (il est parfois nécessaire d'effectuer des paiements en espèces).
- d) **La faiblesse des systèmes d'information reste problématique.** En raison des lacunes des systèmes d'information et des méthodologies dans certains pays, il a été difficile de mettre en œuvre des procédures établies pour demander, envoyer et coordonner des équipes médicales d'urgence afin d'assurer la continuité des soins médicaux cliniques lors des situations d'urgence et des catastrophes. Des mécanismes de gestion des données plus efficaces sont nécessaires pour intégrer les informations sur les questions de santé humaine et animale entre les différents ministères en vue d'une surveillance, d'un contrôle et d'une prévention efficaces des maladies d'origine alimentaire et zoonotique et de la RAM. Dans la plupart des pays, différents ministères sont responsables de la santé humaine et animale, ce qui entraîne des lacunes dans la collecte et l'analyse des données, ainsi que dans l'évaluation de l'analyse des risques.

- e) **Des difficultés persistent dans la mesure de l'impact des interventions liées à la RAM.** La résistance aux antimicrobiens est un problème complexe qui touche de nombreux secteurs (p. ex. la santé, l'agriculture et l'environnement). Il est difficile de démontrer l'impact sur la santé publique du programme sur la RAM en raison des défis que posent l'identification et la mesure d'indicateurs d'impact, comme une diminution de la mortalité attribuable à la RAM.
- f) **Les lacunes dans la coordination des laboratoires en matière de préparation face à la grippe** ont nui à la mise en œuvre des activités de renforcement des capacités prévues.
- g) **Les trousseaux de santé d'urgence inter-agences ne contiennent pas de médicaments et de fournitures** pour le traitement des maladies chroniques dans les situations d'urgence.

### *Exemples de réussite dans les pays*



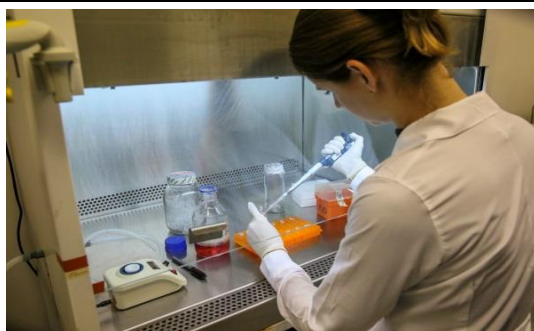
### Costa Rica et Équateur | Équipes médicales d'urgence certifiées par l'OMS

Dans une situation d'urgence, il est essentiel d'assurer le déploiement rapide d'équipes médicales internationales qui fournissent une prise en charge clinique de qualité pour sauver des vies, prévenir les incapacités et protéger la santé des populations touchées. Les équipes médicales d'urgence sont composées de professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier, physiothérapeutes, personnel paramédical et autres) qui fournissent des soins cliniques directement aux populations touchées par des situations d'urgence et des catastrophes soudaines, ainsi qu'un soutien aux systèmes de santé locaux. Les équipes travaillent selon des directives mondiales qui fixent des critères de classification et des normes minimales. L'objectif est de disposer d'un fichier mondial d'équipes médicales qui répondent aux normes minimales de l'OMS pour les équipes médicales d'urgence et qui peuvent être déployées dans les situations d'urgence aussi rapidement que possible.

Depuis 2015, l'OPS travaille avec les pays de l'hémisphère en vue de renforcer les mécanismes de demande et d'envoi d'équipes médicales d'urgence en soutien, et des outils flexibles pour développer et enregistrer les équipes, conformément au Plan d'action pour la coordination de l'aide humanitaire, approuvé par le Conseil directeur de l'OPS en 2014.

En février 2017, l'équipe médicale d'urgence de type 1 de la Caisse costaricaine de sécurité sociale est devenue la première équipe des Amériques à recevoir la classification de l'OMS. Cette équipe peut desservir au moins 100 personnes par jour en ambulatoire, et stabiliser les patients qui ont besoin d'être transférés vers des services de niveau supérieur. En septembre 2017, l'Équateur a reçu la certification de l'OMS pour deux équipes médicales d'urgence de type 2 et une cellule chirurgicale spécialisée. Ces équipes, en plus de remplir les fonctions de l'équipe médicale d'urgence de type 1, ont une capacité d'au moins 20 lits et peuvent fournir des soins d'urgence 24 heures sur 24, effectuer des chirurgies générales et d'urgence, y compris des chirurgies obstétriques, et traiter les fractures et les traumatismes.

L'Équateur est devenu le premier pays des Amériques à utiliser une Cellule d'information et de coordination médicale (CICOM) pour la coordination et le déploiement des équipes médicales d'urgence lorsque 21 équipes nationales et cinq équipes internationales ont répondu après le tremblement de terre d'avril 2016. La formation de l'OPS en Équateur pour les équipes médicales de secours, qui, par hasard, avait eu lieu quelques jours seulement avant le séisme, a permis à l'Équateur de réagir à la catastrophe en suivant les directives et les normes applicables aux équipes médicales d'urgence.



Région des Amériques |  
Amélioration de la capacité de  
diagnostic en laboratoire pour  
détecter les maladies à  
arbovirus, y compris le virus Zika.

L'infection par le virus Zika est une maladie émergente, transmise par la piqûre d'un moustique infecté (principalement *Aedes aegypti*, qui transmet également le chikungunya, la dengue et la fièvre jaune). La circulation autochtone du virus Zika dans les Amériques a été confirmée pour la première fois en février 2014 sur l'île de Pâques, au Chili. À la fin de décembre 2016, 48 pays et territoires de la Région avaient signalé une transmission autochtone et vectorielle confirmée du virus Zika (VZIK). En outre, cinq pays ont signalé une transmission non vectorielle du VZIK, probablement par contact sexuel (Argentine, Canada, Chili, États-Unis et Pérou).

L'OPS a travaillé en étroite collaboration avec les pays pour renforcer leur capacité de réaction au virus Zika. Entre autres interventions, l'OPS a fourni un appui et des conseils sur la détection du virus Zika et le diagnostic différentiel avec d'autres maladies à arbovirus, formé des professionnels de 22 pays sur le diagnostic en laboratoire de l'infection à VZIK, et acheté des réactifs et des fournitures essentiels pour les laboratoires de référence de 23 pays.

Grâce à cette coopération technique, le nombre de cas confirmés d'infection par le VZIK a augmenté régulièrement dans les pays bénéficiant d'un soutien, ce qui témoigne d'une

capacité accrue de diagnostic dans les pays pour la détection rapide de l'arbovirus, y compris le VZIK. Cette capacité accrue étayera les efforts régionaux intégrés de surveillance, de prévention et de contrôle des maladies à arbovirus importantes pour la santé publique dans les Amériques.

## Brésil | Analyse rapide de la situation, évaluation des risques et suivi de la riposte pour lutter contre la flambée de fièvre jaune



La flambée épidémique de fièvre jaune en 2016-2017 a été la plus importante déclarée au Brésil depuis des décennies, avec 777 cas humains confirmés en laboratoire, dont 261 décès et 1659 épizooties chez des primates non humains. Le dernier cas confirmé en laboratoire lors de cette flambée a été signalé le 15 juin 2017. La plupart des cas et des épizooties ont été signalés dans le sud-est du pays.

L'OPS/OMS a déployé des épidémiologistes et des gestionnaires de données dans les États brésiliens touchés pour aider les autorités locales dans la collecte, l'analyse et la communication des données. Dans tous les États touchés, des salles de coordination dotées de systèmes de gestion adéquats pour la collecte de données et les investigations des cas ont été mises en place. En outre, l'OPS/OMS a appuyé la fourniture de données pour la planification de la mise en œuvre de l'utilisation de doses fractionnées du vaccin en cas de flambée épidémique et pour la conception de plans d'action pour la détection active des poches non vaccinées dans certaines municipalités. L'OPS/OMS a également aidé les autorités nationales à renforcer la surveillance des événements indésirables consécutifs à la vaccination.

L'OPS/OMS, de par son action essentielle, a fourni une analyse rapide et faisant autorité de la situation et des évaluations de risques, ce qui a facilité le suivi de la réponse lors de cet événement de santé publique aigu.

## Catégorie 6. Leadership, gouvernance et fonctions essentielles

44. L'Organisation a continué de jouer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé et de renforcer ses fonctions essentielles et ses services institutionnels en vue d'une mise en œuvre efficace et efficiente de la coopération technique.

*Principales réalisations*

- a) Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030), élaboré avec les États Membres et approuvé lors de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, représente la première réponse régionale à long terme du secteur de la santé aux objectifs du développement durable.
- b) L'Organisation a mis en place des plates-formes et des mécanismes pour promouvoir le dialogue sur les politiques entre les secteurs aux niveaux régional et national, en maintenant une réponse efficace aux problèmes de santé qui touchent les populations des pays lors de situations politiques complexes.
- c) Seize stratégies de coopération avec les pays (CCS) ont été élaborées au cours de la période biennale, ce qui porte à 26 le nombre total de CCS actuelles.
- d) L'élaboration du Programme et budget 2018-2019 de l'OPS, selon une approche ascendante et une hiérarchisation des priorités avec les États Membres, a obtenu le plein appui des États Membres, avec une augmentation de 1,1 % de la marge budgétaire. Le nouveau portail Web du Programme et budget de l'OPS, lancé en septembre 2017 lors de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine, permet aux États Membres et aux autres parties prenantes extérieures d'obtenir un aperçu actualisé de la mise en œuvre programmatique et financière du Programme et budget de l'OPS.
- e) Le portefeuille de partenaires financiers a été diversifié et renforcé. L'Organisation a signé des accords financiers avec 11 nouveaux partenaires, ainsi qu'avec des organisations avec lesquelles il n'y avait pas eu d'accords au cours des cinq dernières années.
- f) Le Conseil directeur et la Conférence sanitaire panaméricaine ont approuvé un total de 29 résolutions portant sur les politiques, stratégies et plans d'action qui guideront les travaux de l'Organisation à moyen et long terme.
- g) L'OPS a obtenu une autre opinion d'audit non modifiée pour 2016. Cela résulte du maintien de la conformité de l'Organisation avec les Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS).
- h) Le Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) a été entièrement mis en œuvre dans les délais et sans dépassement budgétaire ; les processus ont été documentés, les utilisateurs ont été formés et le Comité consultatif sur le PMIS a été mis en place. Des améliorations continues du PMIS ont été adoptées, et les processus et les opérations ont été rationalisés.
- i) Le cadre de contrôle interne a été achevé et la fonction de conformité a été créée et dotée en personnel.
- j) Un nouveau plan stratégique de communications de l'OPS pour 2018-2022 a été approuvé à la fin de la période biennale. Le plan prévoit un changement majeur dans les communications organisationnelles basées sur une nouvelle stratégie de positionnement d'image de marque de l'OPS et une plus grande concentration sur les histoires des pays.

- k) Les communications institutionnelles sur la flambée de Zika et la réponse d'urgence ont été gérées au moyen de plates-formes efficaces et de réseaux clés pour renforcer et améliorer la sensibilisation en étroite collaboration avec les États Membres et d'autres parties prenantes essentielles.

*Défis*

- a) **Des changements dans le paysage politique des États Membres** ont nécessité des renseignements stratégiques et des analyses fréquentes aux niveaux national et régional pour que l'Organisation fournisse une coopération technique appropriée.
- b) **Un nombre sans précédent de catastrophes naturelles et de flambées épidémiques** ont touché les pays de la Région au cours de la période 2016-2017. Cela a exigé de l'Organisation qu'elle fournisse un soutien supplémentaire d'urgence tout en assurant la continuité de ses programmes réguliers de coopération technique.
- c) **Le repositionnement du système de développement des Nations Unies** pour mettre en œuvre le Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui fait partie de la réforme des Nations Unies demandée par le Secrétaire général, nécessite que l'OPS revoie sa collaboration avec le système des Nations Unies.
- d) Dans le contexte de la mondialisation, les questions prioritaires qui touchent la Région, telles que la réalisation de la santé universelle, l'impact du changement climatique sur la santé et l'accès à des médicaments et vaccins abordables et de qualité, exigent de plus en plus **une action concertée entre les régions de l'OMS**.
- e) **Les efforts de mobilisation des ressources** continuent de subir l'impact d'un environnement extrêmement compétitif et d'un contexte politique complexe.
- f) **L'introduction du SIG et les changements institutionnels, tels que l'approche budgétaire intégrée**, ont nécessité du temps supplémentaire de la part du personnel, des activités de formation et une communication continue pour assurer une transition sans heurt avec les anciens systèmes et pratiques tout en veillant à ce que la coopération technique ne subisse pas d'impact négatif de ce fait.
- g) **En raison des différents niveaux de capacité de communication**, en particulier dans les Bureaux des représentants de l'OPS/OMS, il est difficile d'établir les communications cohérentes et de haute qualité nécessaires pour soutenir la coopération technique de l'OPS.



*Exemples de réussite dans les pays*

## Région des Amériques | Approbation du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030



Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030) est devenu le document de référence au plus haut niveau en matière de politiques et de planification stratégique pour l'Organisation lorsqu'il a été approuvé par la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. Le PASDA2030 témoigne du leadership de la Région pour l'élaboration du premier programme stratégique régional à long terme du secteur de la santé en réponse aux objectifs de développement durable. Il guidera également l'élaboration de deux Plans stratégiques de l'OPS et aidera à orienter l'action collective des États Membres et des partenaires tout au long de la troisième décennie du XXI<sup>e</sup> siècle afin d'atteindre le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible, en veillant à ce que personne ne soit laissé pour compte.

Le PASDA2030 est le fruit d'une vaste consultation avec les États Membres et d'une collaboration intensive entre le BSP et le Groupe de travail des pays, qui a œuvré pendant neuf mois à l'élaboration de ce document fondateur. Le groupe comprenait 16 États Membres de toutes les sous-régions (Antigua-et-Barbuda, Argentine, Barbade, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, Équateur, États-Unis, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou et Uruguay). S'appuyant sur les bonnes pratiques de planification stratégique élaborées dans la Région, un processus démocratique et inclusif dirigé par les pays a été suivi pour parvenir à un consensus sur les objectifs et cibles fixés dans le PASDA2030. L'élaboration du PASDA 2030 a également fourni des enseignements utiles pour la négociation et l'obtention d'un consensus entre les États Membres pour le développement de la santé dans la Région.

De plus amples informations sont disponibles sur : [www.paho.org/health-agenda-americas](http://www.paho.org/health-agenda-americas).



## Région des Amériques | Soutien à la riposte des pays face au virus Zika au moyen de communications stratégiques

Au cours de la flambée du virus Zika, l'OPS a contribué à la mise en place de plates-formes et de réseaux efficaces pour gérer les communications institutionnelles et renforcer la sensibilisation de la population par la diffusion de messages en temps opportun. Un certain nombre de produits de communication sur les activités de l'OPS dans la Région ont été réalisés, et les ministères ont soit adapté ces supports en y ajoutant leurs logos, soit conçu leurs propres supports pour incorporer les messages clés de l'OPS. L'Organisation a également fourni un appui aux responsables de la communication des ministères de la Santé aux niveaux national et local. L'OPS a rendu compte des principaux aspects de la riposte à la Barbade, au Brésil, en Colombie, à Cuba, au Salvador, à Porto Rico et à Trinité-et-Tobago.

En dirigeant la réponse en matière de communication, l'OPS a maintenu une coordination étroite avec l'OMS, les bureaux des représentants de l'OPS/OMS et les bureaux régionaux des agences des Nations Unies. De nouveaux partenariats ont été forgés avec des acteurs non traditionnels, comme *Sesame Street* et le *Cartoon Network*, pour diffuser des messages clés sur le virus et la prévention. *Sesame Street* estime que plus de 40 millions de personnes en Amérique latine et dans les Caraïbes ont vu ces messages d'intérêt public.

L'OPS a également exploré des partenariats avec Facebook pour étendre sa communication sur le virus Zika. Une étude de cas de Facebook a révélé que les abonnés aux comptes nationaux de l'OPS au Brésil et en Colombie ont augmenté pendant l'épidémie. Par exemple, le nombre d'abonnés du bureau de l'OPS au Brésil sur Facebook est passé de 3000 avant l'épidémie à près de 40 000 après l'épidémie.

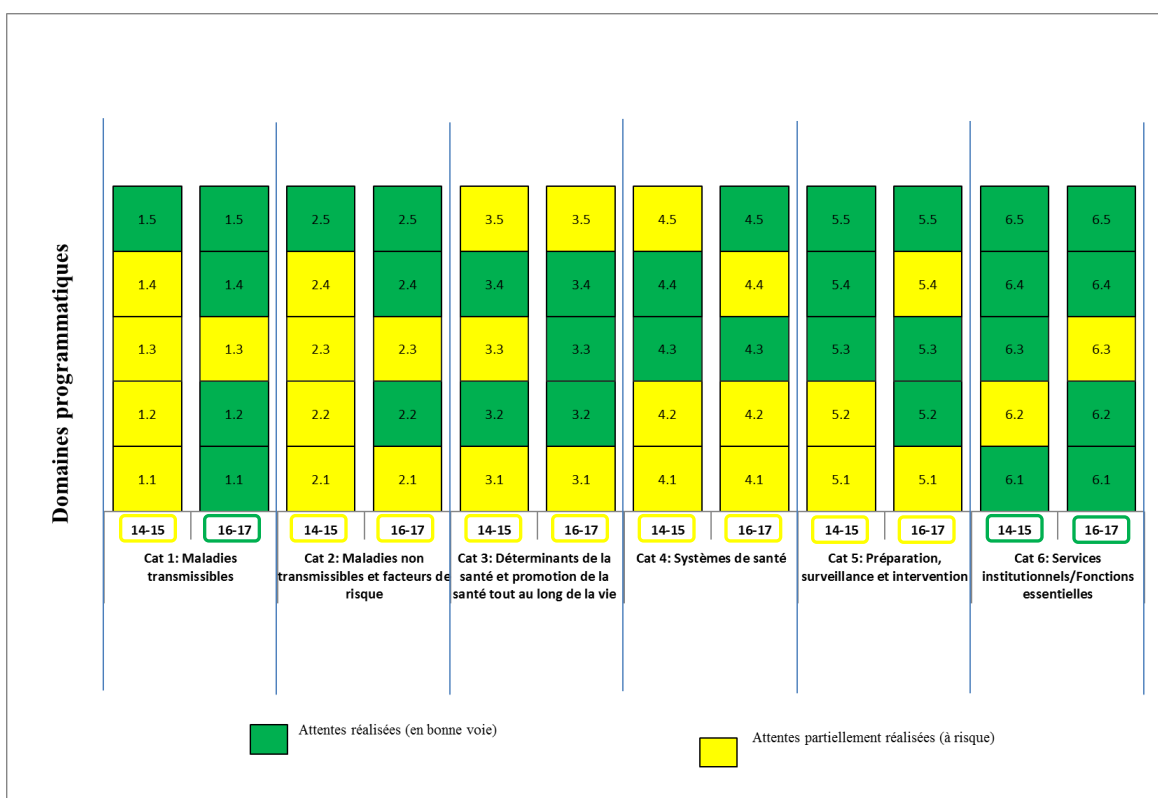
### ***Résumé de l'évaluation des catégories et des domaines programmatiques***

45. Cette section résume les résultats de la mise en œuvre du Programme et budget 2016-2017 de l'OPS et du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Elle décrit l'état d'avancement des catégories et des domaines programmatiques, y compris les progrès accomplis dans la réalisation des 83 indicateurs de résultats intermédiaires et des 122 indicateurs de résultats immédiats grâce aux efforts conjoints des États Membres et du BSP. Des rapports détaillés par catégorie et par domaine programmatique, y compris

l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats, sont disponibles sur le portail Web du Programme et budget de l'OPS.

46. Comme le montre la figure 3, deux des six catégories étaient en bonne voie au cours de la période biennale, tandis que quatre risquent de ne pas atteindre les résultats fixés pour 2019. Dix-neuf domaines programmatiques sur un total de 30 étaient en bonne voie, tandis que les onze autres domaines programmatiques ont été évalués comme présentant des risques, bien que des progrès importants aient été réalisés dans chacun d'eux. Cette évaluation globale marque une amélioration des perspectives par rapport à l'évaluation effectuée en 2014-2015, étant donné qu'à l'époque cinq catégories répondaient partiellement aux attentes (à risques) et que seuls 13 domaines programmatiques avaient été évalués comme étant en bonne voie.

**Figure 3. Évaluation des catégories et domaines programmatiques (2014-2015 et 2016-2017)**



### Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats

47. Au cours de la deuxième période biennale du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, malgré quelques revers, la Région a continué à progresser en ce qui concerne les indicateurs de résultats intermédiaires<sup>11</sup>. Comme le montre la figure 4, sept des 83 indicateurs de

<sup>11</sup> Comme défini par la chaîne de résultats dans le Plan stratégique, les résultats intermédiaires sont « des changements collectifs ou individuels dans les facteurs qui ont une incidence sur la santé des populations,

résultats intermédiaires ont déjà été atteints ou dépassés (9 %), tandis que 64 sont en progrès (77 %) et six n'ont enregistré aucun progrès (7 %). Six autres indicateurs (7 %) n'ont pu être évalués en raison de l'absence de données ou de contraintes méthodologiques, y compris des changements dans la méthodologie d'évaluation. La figure 5 indique que 43 des 122 indicateurs de résultats immédiats (35 %) ont été atteints ou dépassés, 74 (61 %) ont été partiellement atteints et 4 (3 %) n'ont enregistré aucun progrès. Un indicateur de résultat immédiat n'a pas été évalué en raison du manque de données (1 %).

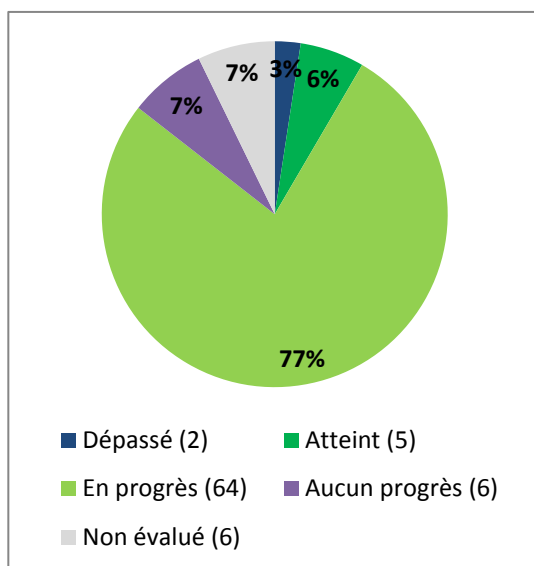
48. Les principaux problèmes qui ont eu une incidence sur la non-réalisation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats comprenaient le manque d'informations fiables, un soutien politique insuffisant, des capacités institutionnelles limitées et des actions intersectorielles faibles, ainsi que des priorités concurrentes dans les programmes régionaux et nationaux. Pour relever ces défis, les interventions dans ces programmes doivent être accélérées et suivies de près au cours des deux prochaines années. D'autres réflexions sur les enseignements tirés sont présentées à la section VII.

49. En outre, lors de la validation technique des résultats de l'évaluation conjointe, on a pu observer dans plusieurs cas que la situation du pays était potentiellement sous-évaluée. Bien que de nombreuses auto-évaluations nationales aient été révisées à la hausse dans le cadre de la validation technique, toutes les évaluations n'ont pas pu être convenues conjointement au moment de la rédaction du présent rapport. Par conséquent, la sous-évaluation potentielle des indicateurs, qui a également été signalée dans le rapport d'évaluation de fin de période biennale pour 2014-2015, reste un défi. Pour y faire face à l'avenir, une validation conjointe des liens entre les indicateurs et une vérification ultérieure des valeurs de référence et des valeurs cibles doivent être entreprises pour la période biennale 2018-2019.

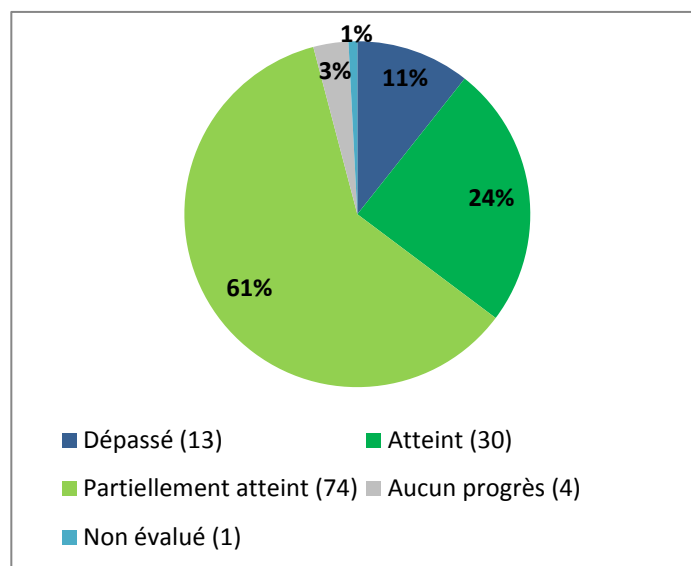
---

auxquels les activités des États Membres et du BSP contribueront. » Ils sont atteints par la réalisation cumulée de résultats immédiats, qui sont « des changements dans les systèmes, services et outils nationaux issus de la collaboration entre le BSP et les États Membres de l'OPS, dont ils sont conjointement responsables. »

**Figure 4. Vue d'ensemble de l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires**

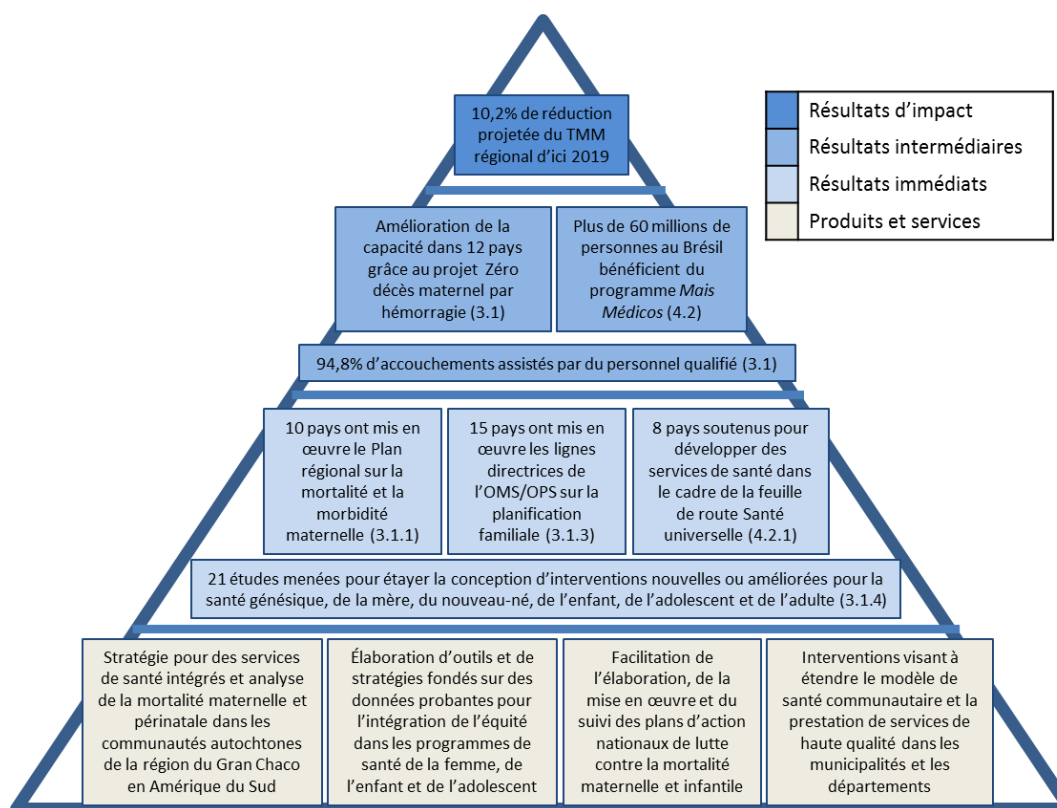


**Figure 5. Vue d'ensemble de l'évaluation des indicateurs de résultats immédiats**



***Promouvoir l'obtention d'impacts sur toute la chaîne des résultats de l'OPS***

50. Pour contribuer aux impacts, le BSP travaille en collaboration avec les pays et les partenaires, principalement au moyen de la réalisation de résultats intermédiaires et de résultats immédiats. L'analyse de différents domaines techniques a montré que la mise en œuvre des programmes contribue à l'obtention d'impacts de plus haut niveau, mais cette relation positive peut être complexe et dépend de nombreux facteurs différents qui sont extérieurs aux interventions du secteur de la santé, d'où la nécessité de collaborer avec d'autres secteurs. Pour montrer comment les interventions du BSP, menées conjointement avec les États Membres, contribuent aux résultats intermédiaires et aux impacts, la figure 6 fournit une illustration en utilisant l'objectif de la cible d'impact sur la mortalité maternelle.

**Figure 6. Illustration de la chaîne de résultats, de la contribution du BSP à l'impact**

51. Au niveau des résultats immédiats (3.1.1), les États Membres et le BSP sont conjointement responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'action nationaux sur la mortalité maternelle et périnatale, conformément au Plan d'action régional visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave, qui s'est achevé en 2017. Cette évaluation montre qu'à la fin de 2017, dix des 20 pays cibles ont mis en œuvre de tels plans, ce qui signifie que le résultat escompté n'a pas été atteint, bien que des progrès aient été réalisés.

52. Au niveau des résultats intermédiaires, l'objectif est d'accroître la capacité et la couverture des services et de réduire les risques. À cet égard, des progrès ont été enregistrés en ce qui concerne la proportion d'accouchements en milieu hospitalier assistés par du personnel qualifié (3.1).<sup>12</sup> Pour 2017, cet indicateur est évalué à 94,8 %, ce qui représente un progrès par rapport aux 94,1 % indiqués dans les Indicateurs de base 2016 de l'OPS, qui ont mesuré ce nouvel indicateur pour la première fois.

<sup>12</sup> Bien que l'indicateur de ce résultat intermédiaire (3.1.2) demeure en vigueur dans le Plan stratégique de l'OPS, l'indicateur a été modifié par l'OPS dans la publication des indicateurs de base. Depuis 2015, l'OPS mesure les naissances à l'hôpital en tant que variable de substitution de la prise en charge qualifiée lors de l'accouchement (dans la mesure où la prise en charge qualifiée est assurée par du personnel qualifié dans les hôpitaux), et les pays ont communiqué des données sur le nouvel indicateur.

53. Comme indiqué ci-dessus, une réduction de 10,2 % de la mortalité maternelle est projetée entre 2014 et 2019, ce qui montre que la cible régionale d'une réduction de 11 % pourrait être atteinte en 2019. Cependant, l'analyse montre des variations significatives entre les pays et en leur sein, ce qui suggère la nécessité d'intensifier les efforts là où ils sont le plus nécessaires, en particulier parmi les pays clés de l'OPS, afin que personne ne soit laissé pour compte. À cette fin, l'Organisation met en œuvre le projet « Zéro décès maternels par hémorragie » qui vise à améliorer la capacité de réponse aux urgences obstétricales. En outre, des projets en Colombie, au Nicaragua et au Paraguay se sont concentrés sur des communautés spécifiques en tant que modèles, mettant en œuvre des mesures visant à réduire les iniquités dans l'accès à des services de santé de bonne qualité, en particulier parmi les femmes et les enfants des groupes ruraux, autochtones et d'ascendance africaine, dans l'espoir que ces activités puissent être élargie et partagées en tant que bonnes pratiques.

54. Pour l'avenir, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent et le lancement du mouvement Chaque femme, chaque enfant – Amérique latine et Caraïbes (EWEC-LAC) fournissent un cadre pour la promotion et la mise en œuvre d'interventions spécifiques visant à améliorer la santé des femmes, des femmes enceintes et des nouveau-nés dans le cadre de l'approche du parcours de vie.

#### IV. Exécution budgétaire

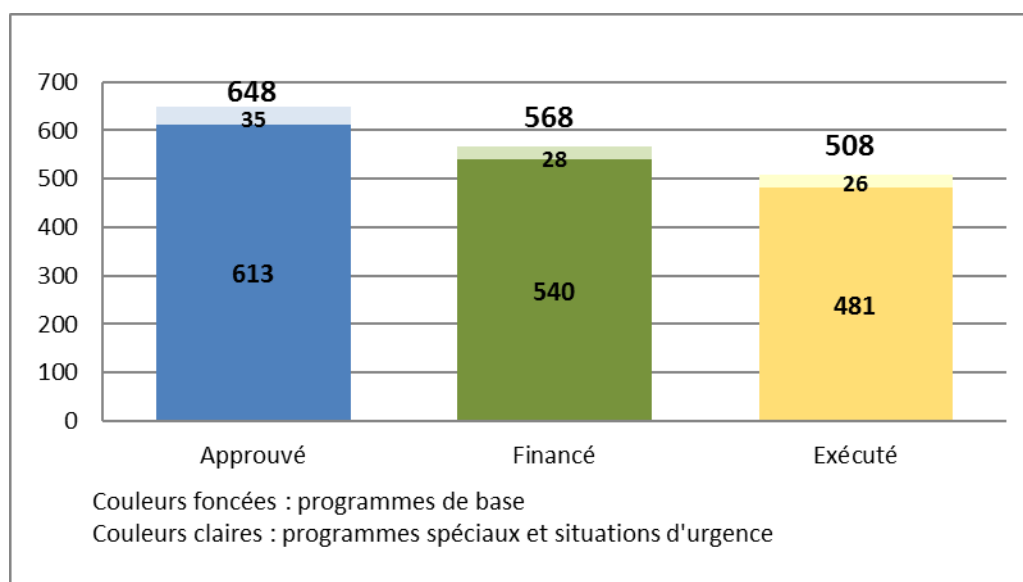
55. L'analyse de l'exécution budgétaire et des ressources tient compte des fonds disponibles pour la mise en œuvre du Programme et budget 2016-2017 approuvé, du niveau d'exécution de ces fonds, des écarts de financement et des efforts pour mobiliser des ressources afin de combler ces écarts.

56. Le Programme et budget définit le niveau estimé des ressources nécessaires au BSP pour mettre en œuvre le programme de travail, y compris les besoins en ressources estimés pour chaque catégorie et domaine programmatique. Au cours de la période biennale, des ressources sont mobilisées pour combler les écarts de financement de l'Organisation par rapport au Programme et budget approuvés. L'écart de financement institutionnel est progressivement réduit au cours de la période biennale à mesure que des ressources sont mobilisées et attribuées. L'allocation des ressources par catégorie, domaine programmatique, priorité programmatique et niveau fonctionnel est analysée afin de déterminer si l'Organisation a été en mesure de suivre les orientations des Organes directeurs pour fournir des allocations appropriées aux domaines programmatiques prioritaires.

#### Vue d'ensemble du budget : 2016-2017

57. Le Programme et budget approuvés pour la période biennale 2016-2017 se montaient à \$612,8 millions pour les programmes de base et à \$35 millions pour les programmes spéciaux et les situations d'urgence, pour un total de \$647,8 millions (figure 7). En plus des niveaux du Programme et budget, les estimations font état de \$990 millions au titre des ressources provenant d'initiatives parrainées par les gouvernements à l'échelle nationale.

**Figure 7. Programme et budget 2016-2017 de l'OPS :  
vue d'ensemble des fonds approuvés, financés et mis en œuvre (US\$ millions)**





**Tableau 1. Sources de financement du Programme et budget,  
2014-2015 et 2016-2017 (US\$)**

Sources de financement	2014-15 Financé	2016-17 Financé	Variation en % en 2016-17	Différence
<b>Contributions fixées et recettes diverses de l'OPS</b>	198 400 000	217 735 000	10 %	19 335 000
<b>Autres sources</b>	211 900 000	208 994 000	-1 %	(2 906 000)
<b>Allocation de l'OMS aux Amériques</b>	139 100 000	140 992 000	1 %	1 892 000
<b>TOTAL</b>	<b>549 400 000</b>	<b>567 721 000</b>	<b>3 %</b>	<b>18 321 000</b>

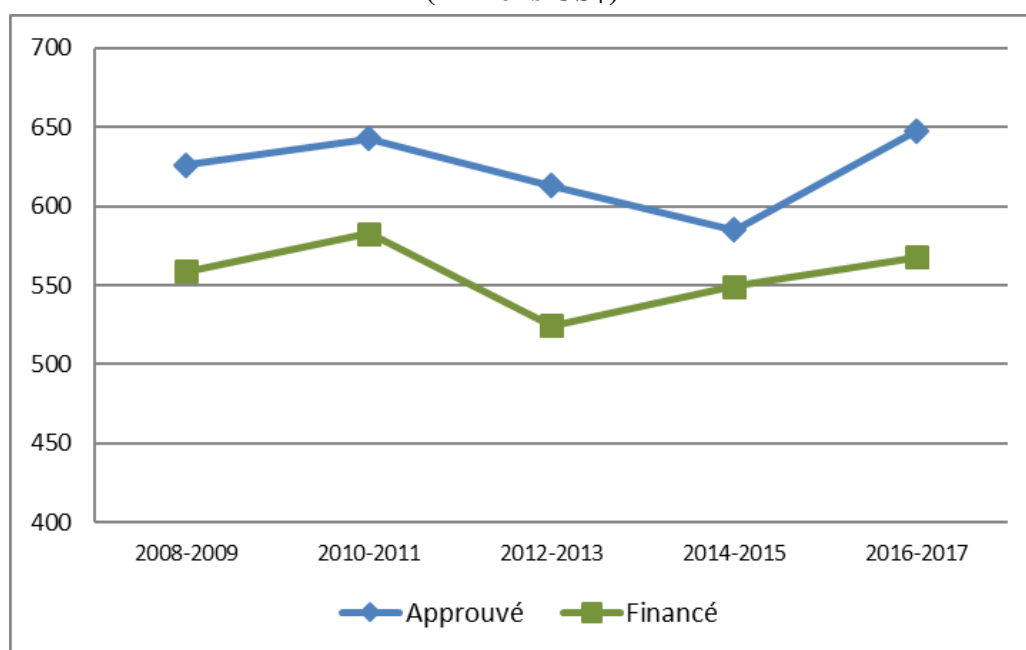
Note : comprend les fonds non distribués et les fonds reportés.

58. Comme le résume le tableau 1, le total des fonds reçus en 2016-2017 s'élevait à \$567,7 millions (y compris les fonds reportés de 2014-2015). Sur ce montant, \$521,6 millions étaient disponibles pour exécution en 2016-2017 ; les \$46,1 millions restants ont été reportés en 2018-2019.<sup>13</sup> Les \$521,6 millions disponibles représentent 81 % du Programme et budget approuvés.

59. La figure 8 montre les tendances du Programme et budget de l'OPS en termes de montants approuvés et financés au cours des 10 dernières années. Le financement du Programme et budget 2016-2017 a atteint un niveau cohérent par rapport à celui des périodes biennales précédentes, mais n'a pas atteint le niveau budgétaire approuvé.

<sup>13</sup> Les contributions volontaires ne sont pas toujours accordées pour une période qui coïncide avec le budget biennal de l'Organisation. Par conséquent, les montants reportés d'un exercice biennal à l'autre sont considérés comme une pratique normale du point de vue budgétaire. À la fin de chaque période biennale, une analyse est effectuée pour déterminer la nature des reports et pour confirmer l'utilisation opportune des fonds par l'OPS, conformément aux accords conclus avec les donateurs. Les reports de \$46,1 millions comprenaient des fonds qui étaient destinés à être mis en œuvre en 2018 et au-delà, ainsi que des fonds initialement prévus pour une mise en œuvre en 2016-2017, mais qui, pour diverses raisons n'ont pas été dépensés lors de cette période (pour ces fonds, des extensions de la période de mise en œuvre sont négociées avec le donateur respectif).

**Figure 8. Programme et budget : tendances en matière de financement (millions US\$)**



60. L'exécution globale du Programme et budget a atteint 78 % de son niveau approuvé et 97 % des fonds disponibles. Le tableau 2 donne une vue d'ensemble plus détaillée des composantes du Programme et budget, ainsi que de la disponibilité du financement et des niveaux d'exécution par catégorie et par domaine programmatique.<sup>14</sup> Une analyse de chaque segment budgétaire est présentée dans les sections suivantes.

**Tableau 2. Programme et budget 2016-2017 : fonds approuvés, disponibles et exécutés, par catégorie et domaine programmatique (millions US\$)**

Catégorie et domaine programmatique	Budget approuvé	Fonds disponibles	Exécuté	Disponible en % des fonds approuvés	Exécuté en % des fonds approuvés	Exécuté en % des fonds disponibles
<b>1. Maladies transmissibles</b>	<b>102,4</b>	<b>81,5</b>	<b>80,6</b>	<b>80 %</b>	<b>79 %</b>	<b>99 %</b>
1.1 VIH/sida et IST	15,5	9,0	9,0	58 %	58 %	100 %
1.2 Tuberculose	7,3	6,9	6,9	95 %	95 %	100 %
1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle	19,5	17,6	17,4	91 %	90 %	99 %
1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	13,4	12,1	12,1	90 %	90 %	100 %
1.5 Maladies à prévention vaccinale	46,7	35,9	35,2	77 %	75 %	98 %

<sup>14</sup> Non compris les fonds qui ont été reportés sur la période biennale 2018-2019.

Catégorie et domaine programmatique	Budget approuvé	Fonds disponibles	Exécuté	Disponible en % des fonds approuvés	Exécuté en % des fonds approuvés	Exécuté en % des fonds disponibles
<b>2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque</b>	<b>58,0</b>	<b>41,0</b>	<b>40,6</b>	<b>71 %</b>	<b>70 %</b>	<b>99 %</b>
2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque	29,9	22,1	21,9	74 %	73 %	99 %
2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	7,3	6,4	6,4	89 %	88 %	99 %
2.3 Violence et traumatismes	6,2	4,9	4,8	79 %	78 %	99 %
2.4 Incapacités et réadaptation	5,4	2,4	2,4	44 %	43 %	99 %
2.5 Nutrition	9,2	5,2	5,2	56 %	56 %	100 %
<b>3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie</b>	<b>81,2</b>	<b>48,6</b>	<b>48,3</b>	<b>60 %</b>	<b>59 %</b>	<b>99 %</b>
3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé généraliste	44,9	24,8	24,6	55 %	55 %	99 %
3.2 Vieillesse et santé	2,7	2,3	2,3	86 %	85 %	99 %
3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique	9,2	6,9	6,9	75 %	75 %	99 %
3.4 Déterminants sociaux de la santé	12,0	6,4	6,3	53 %	53 %	99 %
3.5 Santé et environnement	12,5	8,3	8,3	67 %	66 %	100 %
<b>4. Systèmes de santé</b>	<b>109,2</b>	<b>85,7</b>	<b>83,5</b>	<b>79 %</b>	<b>77 %</b>	<b>97 %</b>
4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé	17,4	17,8	17,7	102 %	102 %	100 %
4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	13,7	14,3	14,3	105 %	105 %	100 %
4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	24,7	19,8	18,1	80 %	73 %	91 %

Catégorie et domaine programmatique	Budget approuvé	Fonds disponibles	Exécuté	Disponible en % des fonds approuvés	Exécuté en % des fonds approuvés	Exécuté en % des fonds disponibles
4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes	33,3	22,8	22,6	69 %	68 %	99 %
4.5 Ressources humaines pour la santé	20,1	11,0	10,8	55 %	54 %	98 %
<b>5. Préparation, surveillance et intervention</b>	<b>59,8</b>	<b>56,1</b>	<b>54,5</b>	<b>94 %</b>	<b>91 %</b>	<b>97 %</b>
5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)	9,9	7,4	7,4	75 %	75 %	100 %
5.2 Maladies épidémiques et pandémiques	14,6	17,6	16,3	121 %	112 %	93 %
5.3 Gestion des risques d'urgence et des crises	30,3	23,9	23,9	79 %	79 %	100 %
5.4 Sécurité sanitaire des aliments	5,0	7,2	6,9	143 %	137 %	96 %
<b>Total partiel : Catégories 1-5</b>	<b>410,7</b>	<b>313,0</b>	<b>307,6</b>	<b>76 %</b>	<b>75 %</b>	<b>98 %</b>
<b>6. Services institutionnels/fonctions essentielles</b>	<b>202,1</b>	<b>181,1</b>	<b>173,9</b>	<b>90 %</b>	<b>86 %</b>	<b>96 %</b>
6.1 Leadership et gouvernance	46,5	42,3	41,6	91 %	90 %	99 %
6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques	8,3	9,4	9,0	113 %	109 %	96 %
6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports	24,0	13,0	12,5	54 %	52 %	96 %
6.4 Gestion et administration	110,8	105,4	100,0	95 %	90 %	95 %
6.5 Communication stratégique	12,5	11,1	10,8	89 %	86 %	97 %
<b>Total partiel : Programmes de base (Catégories 1-6)</b>	<b>612,8</b>	<b>494,1</b>	<b>481,4</b>	<b>81 %</b>	<b>79 %</b>	<b>97 %</b>
<b>Programmes spéciaux et situations d'urgence</b>	<b>35,0</b>	<b>27,6</b>	<b>26,1</b>	<b>79 %</b>	<b>75 %</b>	<b>95 %</b>
Maintien de l'éradication de la polio	1,2	3,1	3,0	259 %	253 %	98 %
Programme d'éradication de la fièvre aphteuse	11,8	4,4	4,4	38 %	38 %	100 %
Riposte aux flambées et aux crises	22,0	20,0	18,6	91 %	85 %	93 %

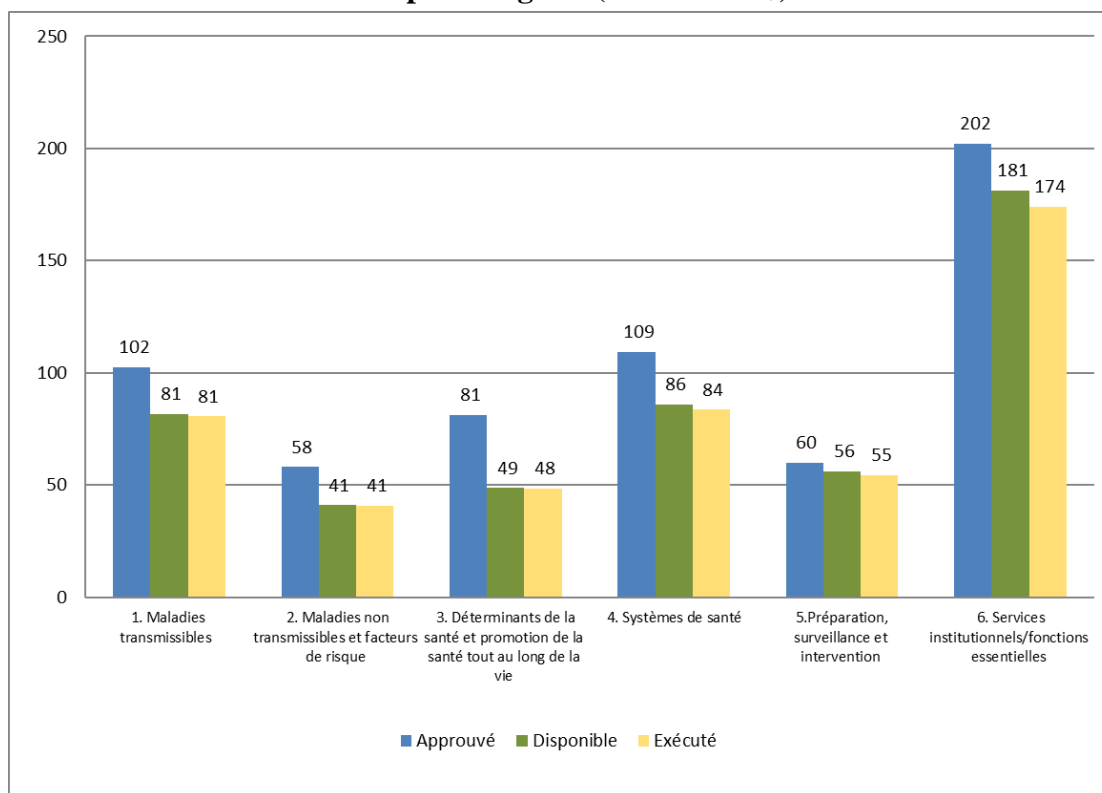
Catégorie et domaine programmatique	Budget approuvé	Fonds disponibles	Exécuté	Disponible en % des fonds approuvés	Exécuté en % des fonds approuvés	Exécuté en % des fonds disponibles
<b>Programme et budget Total</b>	<b>647,8</b>	<b>521,6</b>	<b>507,5</b>	<b>81 %</b>	<b>78 %</b>	<b>97 %</b>
Initiatives parrainées par les gouvernements	990,0	1 077,6	1 071,6	109 %	108 %	99 %

### Programmes de base

61. Le budget approuvé pour le segment des programmes de base était de \$612,8 millions (tableau 2). Le segment des programmes de base a été financé à hauteur de 81 %. Le niveau de financement plus faible au cours de cette période biennale était évident dans toutes les catégories du Programme et budget, mais pas de manière égale dans les différents domaines programmatiques (voir le tableau 2). La réduction des ressources disponibles a eu une incidence directe sur les niveaux d'exécution par rapport au Programme et budget approuvés.

62. La figure 9 présente un résumé de la répartition des programmes de base par catégorie. Parmi les catégories techniques, la catégorie 5 a atteint des niveaux de financement de plus de 90 %, et les catégories 1 et 4 ont été financées à près de 80 %. En revanche, les catégories 2 et 3 sont restées sous-financées, à respectivement 70 % et 60 % de leur budget approuvé. La disponibilité des ressources est essentielle à l'obtention de résultats, et le grave sous-financement de ces deux catégories prioritaires les a empêchés de progresser pour combler les lacunes programmatiques.

**Figure 9. Programme et budget 2016-2017 : vue d'ensemble des programmes de base par catégorie (millions US\$)**



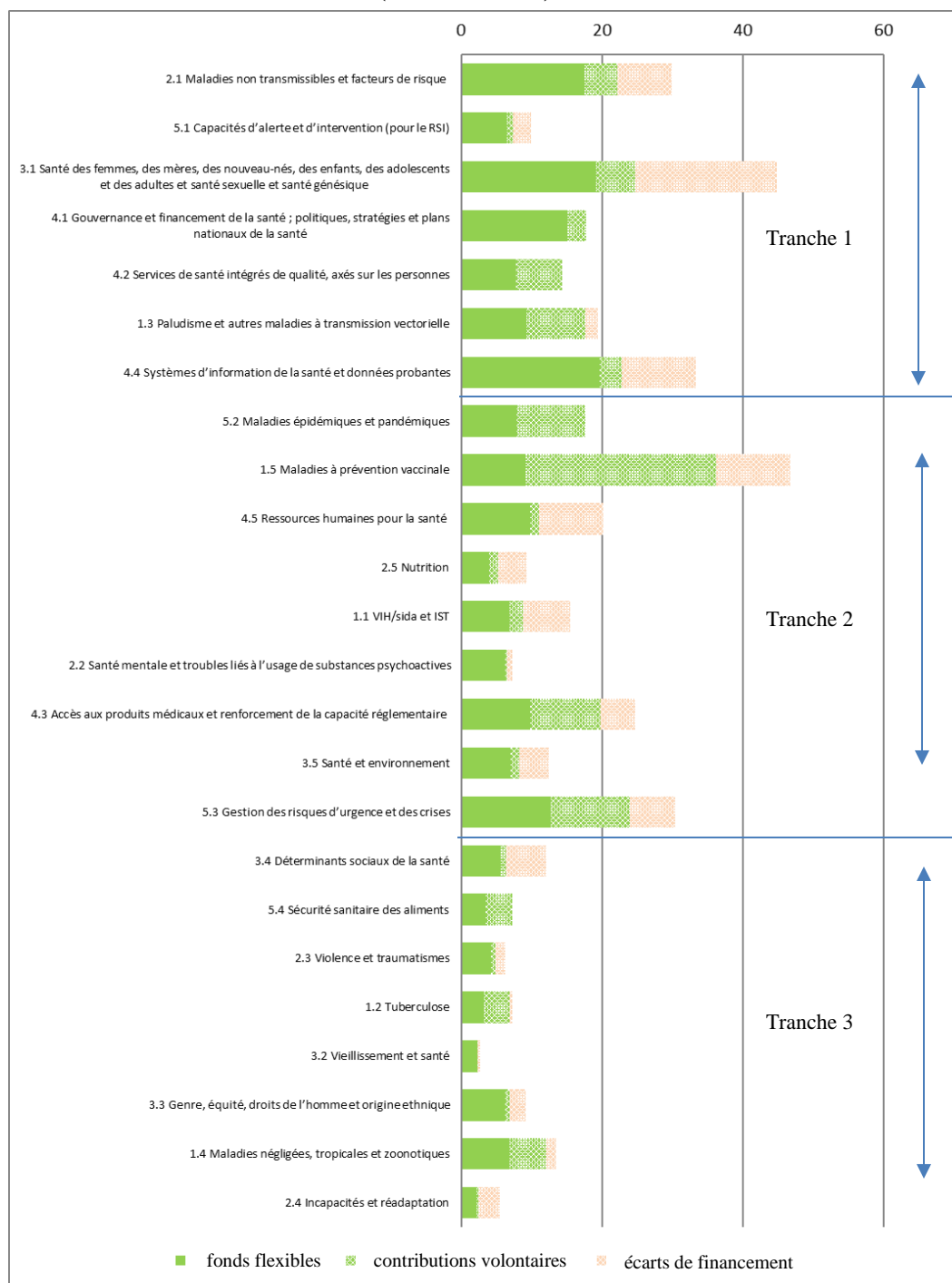
63. Comme indiqué précédemment, l'exécution budgétaire globale a été affectée par les niveaux de financement disponibles au cours de la période biennale, ainsi que par le moment où les fonds ont été reçus. Alors que l'exécution par rapport au Programme et budget n'a atteint que 79 % pour les programmes de base, les fonds disponibles ont été entièrement exécutés ou presque.

64. Le tableau 2 (ci-dessus) présente une vue d'ensemble du Programme et budget par catégorie et par domaine programmatique et fournit des détails sur la disponibilité des fonds et les niveaux d'exécution. Comme le montre le tableau, les niveaux de financement des programmes de base n'étaient pas homogènes d'un domaine programmatique à l'autre. Sur les 24 domaines programmatiques techniques, 15 étaient financés à 75 % ou plus, tandis que six se situaient à un niveau nettement moins élevé. Ces six domaines programmatiques sont les suivants : 1.1 VIH/sida et IST (58 %), 2.4 Incapacités et réadaptation (44 %), 2.5 Nutrition (56 %), 3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique (55 %), 3.4 Déterminants sociaux de la santé (53 %), et 4.5 Ressources humaines pour la santé (55 %).

65. En ce qui concerne la catégorie 6, il y a eu une réduction d'environ 10 % à la fois du financement et des dépenses par rapport à 2014-2015. Cela était conforme aux efforts

continus de l'Organisation visant à réorienter des ressources vers les programmes techniques et à mettre en œuvre des mesures d'efficacité dans les domaines administratifs.

**Figure 10. Programme et budget 2016-2017 : établissement des priorités programmatiques et affectation des ressources dans les programmes de base (millions US\$)**



66. Si l'on compare les niveaux de financement aux priorités programmatiques, seules cinq des huit priorités de l'Organisation ont atteint des niveaux de financement disponibles de 75 % ou plus de leurs niveaux budgétaires approuvés, ce qui montre le manque d'alignement qui subsiste entre les priorités des États Membres et le financement du Programme et budget par les bailleurs de fonds. En particulier, il faut souligner le faible niveau de financement disponible pour le domaine programmatique 3.1 (Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique). Ce domaine programmatique s'est vu accorder un très haut niveau de priorité par les États Membres, et l'Organisation a pour mandat de progresser sur cette question de santé publique, ce qui se reflète dans la décision des États Membres de maintenir son niveau budgétaire élevé malgré un niveau de financement historiquement faible.

67. Il convient de noter que la structure budgétaire officielle ne reflète pas toujours la nature transversale des activités de l'OPS dans de nombreux domaines programmatiques. Les activités programmatiques couvrent souvent plusieurs domaines programmatiques mais ne peuvent être attribuées qu'à l'un d'entre eux. Cela est particulièrement pertinent pour les domaines programmatiques qui attirent davantage de bailleurs de fonds et qui peuvent atteindre des objectifs communs avec les domaines programmatiques qui attirent moins de contributions volontaires, mais où les lignes de déclaration exigent un lien spécifique avec le Programme et budget.

68. Le BSP, honorant son engagement à s'acquitter des mandats que lui ont donnés les États Membres, a utilisé des financements flexibles pour renforcer les domaines programmatiques qui en ont le plus besoin, en mettant l'accent sur ceux qui sont considérés comme hautement prioritaires dans le Programme et budget 2016-2017. Comme le montre la figure 10 ci-dessus, le niveau des fonds flexibles alloués aux trois domaines programmatiques prioritaires (2.1, 5.1 et 3.1) était très élevé par rapport au financement global disponible (79 %, 87 % et 77 % respectivement) reçu au cours de la période biennale.

69. Le BSP poursuit ses efforts de mobilisation des ressources, tant au niveau programmatique que stratégique, afin de fournir le travail technique qui lui a été demandé et de combler les écarts de financement là où ils se présentent. Au cours de la période biennale 2016-2017, ces efforts se sont traduits par des contributions volontaires d'environ \$120 millions (environ 24 % du total des fonds disponibles pour les programmes de base). Sur le total des contributions volontaires de l'OPS, 42 % ont été mobilisées auprès des 10 principaux bailleurs de fonds énumérés dans le tableau 3. Pour ces bailleurs de fonds, \$20 millions (39 % des fonds fournis par les 10 principaux bailleurs de fonds) ont été affectés au soutien des programmes de la catégorie 1. D'autre part, le niveau de priorité de certains domaines programmatiques de la catégorie 2 est très élevé, alors qu'elle n'a reçu que 3 % des financements des 10 principaux bailleurs de fonds. Le BSP salue la volonté de nos partenaires financiers de soutenir le Programme et budget tout en appelant à un meilleur alignement stratégique sur les priorités définies par les États Membres.



**Tableau 3. Les 10 principaux bailleurs de fonds du Programme et budget de l'OPS pour 2016-2017**

Bailleur de fonds	Fonds disponibles (US\$)	1. Maladies transmissibles	2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque	3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie	4. Systèmes de santé	5. Préparation, surveillance et intervention	6. Services institutionnels et fonctions essentielles
Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)	13 654 630	62 %	1 %	16 %	8 %	14 %	
Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis	10 385 695	67 %	8 %			25 %	
Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement (Canada)	6 963 566	12 %	9 %	44 %	24 %	11 %	
GAVI l'Alliance du Vaccin	6 702 681	41 %			59 %		
Ministère du Développement international du Royaume-Uni (DFID)	5 501 834					100 %	
Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID)	1 631 269			1 %	52 %	45 %	3 %
Gouvernement luxembourgeois	1 592 533			19 %	81 %		
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	1 551 706	3 %	14 %	3 %	55 %	25 %	
Commission européenne	1 526 930	5 %		7 %		88 %	
Fondation Bill and Melinda Gates	1 416 487	72 %			28 %		

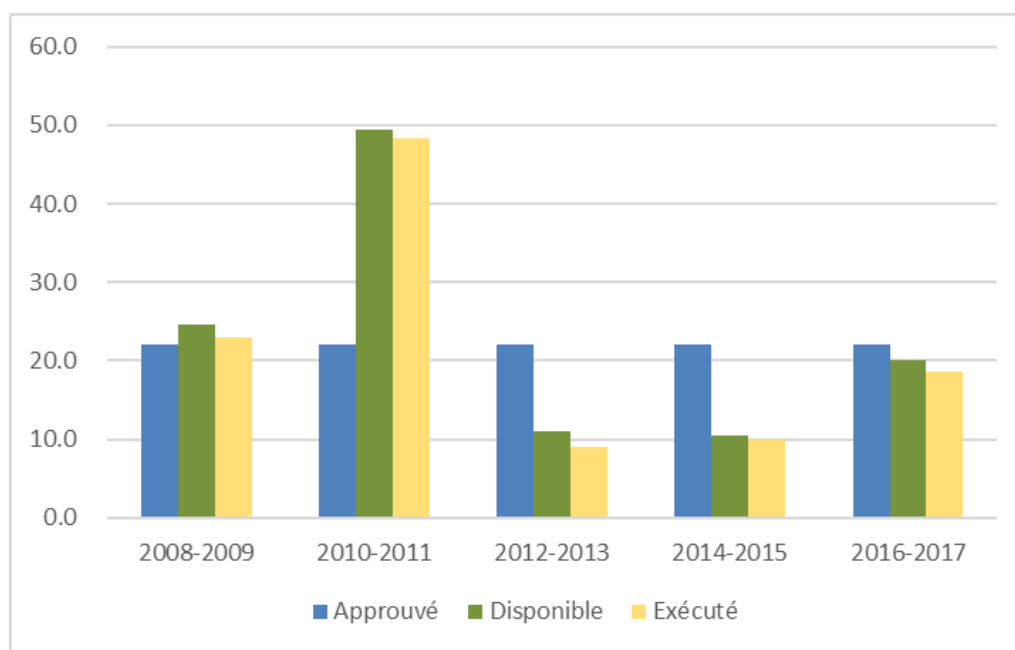
### Programmes spéciaux et situations d'urgence

70. Le segment du budget pour les programmes spéciaux et les situations d'urgence approuvé par les États Membres s'élevait à \$35 millions. Le financement disponible pour ce segment a atteint \$27,5 millions, soit 79 % du budget approuvé. Bien que les composantes Éradication de la poliomyélite et Riposte aux flambées et aux crises aient été bien financées, le programme d'éradication de la fièvre aphteuse n'a été financé qu'à hauteur de 38 % de son budget approuvé. Cela s'explique en partie par le fait que certaines activités connexes ont été réalisées dans le cadre des programmes de base. Pour les trois

programmes, les niveaux d'exécution en pourcentage du budget approuvé étaient équivalents à leurs niveaux de financement, atteignant plus de 90 % des fonds disponibles.

71. L'Organisation a répondu avec force à l'appel lancé par les États Membres afin de protéger les Amériques des conséquences sanitaires des situations d'urgence et des catastrophes. En raison de l'augmentation du nombre de ces événements, y compris le virus Zika et les complications connexes, le financement et la mise en œuvre de la composante Riposte aux flambées et aux crises du Programme et budget ont atteint 85 % en 2016-2017. Les fonds disponibles ont considérablement augmenté par rapport aux deux périodes biennales précédentes, reflétant l'ampleur et la gravité des situations d'urgence et des flambées épidémiques en 2016-2017, ainsi que la volatilité relative de cette composante.

**Figure 11. Riposte aux flambées et aux crises :  
vue d'ensemble du budget, du financement et de l'exécution**



### Initiatives parrainées par les gouvernements

72. La modalité des accords nationaux parrainés par les gouvernements (également connue sous le nom de contributions volontaires nationales, ou CVN) est un moyen de plus en plus important de fournir une coopération, certains gouvernements mettant à disposition des fonds importants pour soutenir et mettre en œuvre des programmes nationaux de coopération technique. Au cours de la période biennale 2016-2017, l'OPS a reçu \$142,4 millions au titre des CVN, non compris le projet *Mais Médicos*. Bien que la répartition des ressources varie d'un pays à l'autre, la plupart des pays consacrent un pourcentage considérable de ces fonds à la coopération technique pour renforcer les systèmes et les services de santé.

73. Le niveau des CVN varie considérablement d'un pays à l'autre et d'une période biennale à l'autre. La plupart des pays qui ont apporté des CVN en 2014-2015 ont de nouveau contribué à ces fonds en 2016-2017, mais cinq pays ne l'ont pas fait. Le montant des CVN reçues au cours de la présente période biennale a été nettement inférieur à celui de 2014-2015 (\$254,16 millions), principalement en raison d'une réduction de la valeur en dollars des CVN provenant du Brésil due à la fluctuation des taux de change.

**Tableau 4. Contributions volontaires nationales à l'OPS, 2016-2017 (US\$)**

Gouvernement	Disponible	Exécuté
Gouvernement du Brésil (non compris <i>Mais Médicos</i> )	117 372 765	112 174 018
Gouvernement de la Colombie	14 144 837	14 084 995
Gouvernement de l'Argentine	3 115 293	3 102 562
Gouvernement de la République dominicaine	2 626 680	2 626 680
Gouvernement du Mexique	1 923 128	1 836 226
Gouvernement du Pérou	1 411 670	1 404 289
Gouvernement du Costa Rica	520 181	205 966
Gouvernement de l'Équateur	560 337	560 337
Gouvernement de Trinité-et-Tobago	304 890	45 634
Gouvernement du Chili	123 729	123 729
Gouvernement de l'Uruguay	121 118	121 118
Gouvernement du Paraguay	98 285	98 285
Gouvernement du Panama	81 624	80 938
Gouvernement du Guatemala	2 480	2 480
<b>Total partiel</b>	<b>142 407 016</b>	<b>136 467 255</b>
<i>Mais Médicos</i> (Brésil)	935 199 230	935 149 039
<b>Total CVN 2016-2017</b>	<b>1 077 606 246</b>	<b>1 071 616 294</b>

## V. Risques, enseignements tirés, conclusions et recommandations

74. La présente section résume les principaux risques et mesures d'atténuation, les enseignements tirés, ainsi que les conclusions et recommandations découlant de la mise en œuvre du Programme et budget 2016-2017 de l'OPS. Elle développe l'analyse présentée dans les sections précédentes et répond aux demandes des États Membres pour que soit présenté un examen plus systématique afin de guider les activités de l'Organisation en 2018-2019, dans la perspective du nouveau Plan stratégique 2020-2025.

### *Analyse des risques*

75. Au cours de la période 2016-2017, l'OPS a poursuivi la mise en œuvre de son programme de gestion des risques institutionnels visant à identifier, surveiller, évaluer et gérer les risques liés aux opérations et aux activités de coopération technique de l'OPS. La portée du programme de gestion des risques institutionnels comprend également l'examen et la détermination des risques aux niveaux national et institutionnel.

76. Le registre des risques de l'OPS est le mécanisme officiel qui permet de saisir les informations sur les risques fournies par le réseau de points focaux sur les risques. Le Comité permanent de gestion des risques (constitué par la Direction exécutive du BSP) examine, valide et hiérarchise les risques institutionnels. La Direction exécutive du BSP examine périodiquement les mesures de contrôle interne au sein du BSP et veille à la conformité afin d'assurer une bonne gestion financière et programmatique. D'une manière générale, les principaux risques pesant sur la performance de l'Organisation ont été identifiés et atténués en temps voulu au cours de la période 2016-2017.

77. Dans le Plan stratégique 2014-2019, une série de risques a été identifiée pour chacune des six catégories du Plan. Plus précisément, un ensemble plus restreint de risques principaux a été identifié dans le cadre du registre des risques 2016-2017 et d'un examen des informations provenant des rapports d'évaluation des catégories. Ces principaux risques sont résumés ci-dessous, accompagnés d'une brève description de leur impact potentiel et de certaines des activités d'atténuation mises en œuvre au cours de la période biennale.

78. **RISQUE : des changements dans les priorités en matière de santé au niveau mondial, régional ou national entraînent une diminution du soutien politique et financier pour des interventions spécifiques, avec un impact possible sur les résultats en matière de santé.**

- a) Ce risque demeure pertinent pour la plupart des catégories. Pour l'atténuer, l'OPS a travaillé de concert avec les autorités nationales et d'autres acteurs pertinents aux niveaux régional et national, en intensifiant la gestion et la gouvernance pour le financement de la santé, les activités intersectorielles et les travaux en vue de la réalisation des ODD. L'élaboration du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et l'établissement de priorités programmatiques pour l'élaboration du Programme et budget 2018-2019 de l'OPS sont des exemples de cette collaboration.

- b) Le BSP a intensifié ses efforts pour mobiliser des ressources, en faisant intervenir de nouveaux bailleurs de fonds, en renouvelant des ressources qui étaient arrivées à échéance depuis un certain temps et en renforçant la capacité de mobilisation de contributions volontaires nationales. Au niveau des pays, les activités de plaidoyer se poursuivront auprès des ministres de la Santé et des Finances, ainsi qu'avec d'importants partenaires tels que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), afin d'accroître la marge budgétaire pour la santé au cours de la nouvelle période biennale. L'attention mondiale renouvelée accordée à la santé universelle, telle qu'observée dans le 13<sup>e</sup> Programme général de travail de l'OMS, représente une occasion de mobiliser des ressources supplémentaires au cours de la prochaine période biennale.
- c) En outre, certaines interventions ont été réalisées en maximisant l'utilisation des ressources humaines et financières nationales. La coopération entre les pays pour le développement de la santé (CCHD) et la coopération triangulaire ont été élargies afin de mieux répondre aux priorités et aux besoins des pays à tous les niveaux de l'Organisation, en particulier pour les pays clés de l'OPS.

**79. RISQUE : la mobilité transfrontalière des personnes exerce une pression accrue sur les services et les programmes de prévention, de contrôle et d'élimination des maladies.**

- a) La migration humaine pose l'un des plus grands défis de santé publique dans le monde, et ce risque continue d'être pertinent pour les programmes et services de santé publique dans la Région. La question des migrations est un sujet très sensible pour des raisons géopolitiques, économiques et humanitaires. Ce risque exige une réponse collective de la part des États Membres, impliquant tous les secteurs concernés.
- b) Pour atténuer ce risque, les États Membres ont approuvé en 2016 le document de politique sur la santé des migrants (document CD55/11) afin d'accroître le plaidoyer et de promouvoir la mobilisation des ressources nationales pour élaborer des politiques et des programmes sensibles aux besoins en matière de santé des populations migrantes. En outre, l'OPS, par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux, infrarégionaux et nationaux, renforce les mécanismes de coordination et de collaboration interinstitutions afin de créer des synergies et d'accroître l'efficacité de la coopération technique, en particulier avec l'Organisation internationale pour les migrations et d'autres parties prenantes, afin d'améliorer la santé et la protection des migrants dans les pays d'origine, de transit et de destination.

**80. RISQUE : les situations d'urgence, les troubles civils et autres perturbations sociales ont une incidence sur les activités de l'OPS.**

- a) Ce risque continue d'être pertinent pour les États Membres et pour les opérations de l'OPS. Au cours de cette période biennale, la Région a dû faire face et réagir à l'impact de plusieurs situations d'urgence, notamment des catastrophes naturelles

(par exemple, les ouragans Matthew, Irma et Maria, les tremblements de terre en Équateur et au Mexique et les graves inondations au Pérou) et des flambées de maladies infectieuses (par exemple, le virus Zika, la dengue, la fièvre jaune et le chikungunya). En plus des impacts sur les populations touchées, ces événements créent une pression sur les opérations de l'OPS lorsque le personnel et les ressources doivent être détournés de leurs activités régulières et planifiées.

- b) Dans le cadre des mesures d'atténuation, le BSP a veillé à ce que chaque bureau des représentants de l'OPS/OMS dispose d'un plan de continuité des activités pour garantir que les perturbations de la coopération technique sont limitées au minimum. Un mécanisme de coordination a été mis en place au sein du BSP pour aider les pays touchés par des situations d'urgence et pour gérer l'appui en temps opportun aux équipes dans les pays. En outre, l'OPS a conçu et approuvé un plan de continuité des activités pour le siège de l'OPS. Le BSP travaille également avec les États Membres aux stades de l'intervention et du relèvement.

**81. RISQUE : la faiblesse des systèmes d'information de la santé et des capacités d'analyse des données empêche les pays de mettre en œuvre des politiques fondées sur des données probantes et des interventions durables pour améliorer les résultats en matière de santé.**

- a) Les pays ont besoin de systèmes d'information et de données sur la santé robustes pour suivre l'état de santé et les résultats en matière de santé, y compris les cibles des ODD liées à la santé. En raison des faiblesses dans ce domaine, il est difficile pour les pays de progresser et de concentrer leurs actions pour réduire les inégalités et prendre des décisions durables qui améliorent la santé et le bien-être de la population. Il y a eu un changement notable dans la volonté des pays d'accorder de l'importance à cette question, des ressources importantes étant allouées pour développer de meilleurs systèmes d'information sur la santé et renforcer la production et l'analyse de données afin d'améliorer la gestion du système de santé et d'appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes. Néanmoins, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour étendre la collecte de données afin d'atteindre les populations les plus pauvres et les plus marginalisées.
- b) En outre, le manque de données a conduit à trop compter sur les estimations et les projections pour communiquer les données de certains indicateurs (par exemple, les estimations de l'IGME de l'ONU sur la mortalité infantile et les enquêtes sur l'allaitement maternel du MMEIG de l'ONU). Cela constitue un risque spécifique pour la surveillance et l'évaluation des résultats et des impacts en matière de santé, ainsi que pour la prise de décisions stratégiques.
- c) Les mesures d'atténuation comprennent la poursuite du plaidoyer auprès des États Membres pour qu'ils investissent dans ce domaine, ainsi que la collaboration avec eux pour renforcer les capacités nationales en vue de consolider les systèmes d'information de la santé. Pour faire face à ce risque particulier, il faut une action intersectorielle au niveau des pays. À cette fin, le BSP a créé un département dédié chargé de mener une approche intégrée dans ce domaine.

**82. RISQUE : les atteintes à la sécurité du système d'information de l'OPS peuvent avoir une incidence sur la confidentialité, l'intégrité et/ou la disponibilité des informations.**

- a) Le BSP utilise largement la technologie de l'information pour mener à bien ses activités. Compte tenu de la dépendance accrue à l'égard de la technologie, il est impératif de maintenir en permanence un niveau élevé de confiance dans la sécurité des données du BSP. En 2016, le BSP a reçu des services consultatifs stratégiques sur la cybersécurité du Centre international de calcul des Nations Unies. Les mesures de cybersécurité existantes ont été évaluées par rapport aux meilleures pratiques de l'industrie décrites dans la norme ISO 27001 de l'Organisation internationale de normalisation, et une feuille de route sur la cybersécurité a été définie.
- b) Des mesures d'atténuation ont été identifiées pour renforcer les capacités du BSP en matière de cybersécurité, y compris l'introduction d'un poste à plein temps d'agent de sécurité de l'information, la poursuite des efforts pour mettre en œuvre des services de sécurité gérés à l'externe sur la sécurité du réseau, la conception d'un cadre consolidé pour les politiques et procédures de sécurité de l'information et le renforcement des capacités de sauvegarde et de récupération des données. De plus amples informations sur la cybersécurité sont disponibles dans le document CE162/INF/4.

***Enseignements tirés***

83. La mise en œuvre du Programme et budget 2016-2017 a permis de tirer d'importants enseignements qui permettent à l'Organisation de tirer parti des succès et d'éviter les pratiques improductives. L'application de ces enseignements améliorera la coopération technique de l'OPS et augmentera son impact sur la santé publique au cours des prochaines périodes biennales : immédiatement, lors de la mise en œuvre du Programme et budget 2018-2019, et à moyen terme, lors de l'élaboration du prochain Programme et budget 2020-2021.

**84. Garantie de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle et promotion des systèmes de santé solides et résilients.**

- a) Le cadre de santé universelle et sa stratégie régionale ont renforcé l'élan et l'engagement des États Membres pour promouvoir davantage l'accès équitable aux services et la couverture des services, renforcer la gestion et la gouvernance des interventions nationales, améliorer l'efficacité grâce à des systèmes de santé plus intégrés et renforcer la coordination intersectorielle pour traiter des déterminants de la santé.
- b) Traiter de la gouvernance dans le cadre d'une approche globale et intégrée qui crée des mécanismes de réglementation interconnectés est la clé des transformations institutionnelles qui favorisent un accès équitable aux services de santé. Une plus grande participation sociale a favorisé des politiques plus réactives, la transparence

- et la durabilité. Une gouvernance et une réglementation efficaces se sont révélées essentielles à l'élaboration, au financement et à la mise en œuvre des politiques et des plans.
- c) Les progrès dans la prestation de services aux populations marginalisées et mal desservies exigent de faire participer les communautés et de leur donner les moyens de prendre en charge leur propre santé. Par exemple, au Guyana, la microplanification détaillée d'une campagne d'administration massive de médicaments pour lutter contre la filariose lymphatique a aidé les communautés à cibler les zones et les populations difficiles à atteindre, à surmonter les obstacles qui entravent la prestation des services, à estimer les ressources nécessaires et à assurer un suivi des résultats pour démontrer la couverture. Ces activités ont également été l'occasion d'améliorer le dialogue avec les dirigeants des communautés et de renforcer la capacité des pays à mettre en œuvre de telles campagnes.
  - d) Travailler en phases coordonnées au niveau communautaire est une stratégie efficace pour obtenir des changements dans la prise en charge des personnes âgées, en renforçant le rôle des personnes âgées dans leurs propres communautés et en mettant en œuvre des programmes fondés sur des données probantes qui améliorent leur capacité fonctionnelle.
  - e) La décentralisation des établissements de formation et le recrutement d'étudiants issus de milieux ruraux peuvent accroître la production, le déploiement et la rétention d'agents de santé dans les zones rurales reculées.

**85. Renforcement des systèmes d'information de la santé pour mieux étayer les politiques et les interventions sanitaires**

- a) L'expérience aux niveaux national et régional a mis en évidence des lacunes dans la disponibilité et la qualité des informations sur la santé. La question du caractère opportun des données recueillies continue de limiter leur utilité à des fins de planification.
- b) Les capacités d'interprétation et d'analyse des données font également défaut dans de nombreux pays. Le renforcement des capacités dans ce domaine est essentiel pour garantir que les données pourront être utilisées aux fins d'élaboration des politiques et pour veiller à ce que les interventions sanitaires soient ciblées là où elles sont le plus nécessaires.

**86. Identification des facteurs essentiels de succès dans les interventions en cas d'urgence sanitaire et de flambées épidémiques**

- a) L'un des enseignements les plus importants tirés de la récente série de flambées épidémiques et de situations d'urgence est que les systèmes de santé faibles ne peuvent pas faire face efficacement à de tels événements. Pour que les systèmes de santé puissent répondre aux futures urgences sanitaires, absorber les chocs et



- s'adapter à l'évolution de la demande, les pays doivent réaliser les investissements nécessaires pour mettre en place des systèmes de santé solides et résilients.
- b) Investir dans la mise en place d'équipes médicales d'urgence à l'échelle nationale s'est révélé être une approche efficace pour répondre rapidement aux situations d'urgence.

**87. Mobilisation du soutien pour les priorités en matière de santé grâce à un plaidoyer multisectoriel efficace**

- a) L'élaboration d'un solide argumentaire pour les investissements dans le domaine de la santé s'est avérée efficace pour mobiliser des ressources au-delà du secteur de la santé. Par exemple, dans un certain nombre de pays, l'analyse des coûts économiques et sociaux de la maladie aux fins d'élaboration d'un argumentaire d'investissement pour la lutte contre l'hépatite s'est avérée être un outil efficace de plaidoyer et de planification stratégique pour construire une réponse nationale forte et mobiliser des partenaires et des fonds pour lutter contre l'hépatite.
- b) Dans le contexte des ODD, faire avancer le programme des déterminants de la santé nécessite une action multisectorielle. Cela dépend en grande partie du succès du secteur de la santé à mobiliser des actions concrètes parmi ses partenaires dans d'autres secteurs, tant publics que privés. Cela vaut tout particulièrement lorsqu'il s'agit de mobiliser un soutien en faveur d'une législation liée à la santé qui a également un impact significatif sur d'autres secteurs.
- c) La coopération interprogrammatique s'est également révélé être une stratégie très utile pour mettre en commun les efforts, optimiser les ressources et faire progresser divers programmes (par exemple, pour traiter de la santé mentale des adolescents, de la démence et du vieillissement, de la santé mentale et de l'origine ethnique et des droits de l'homme, du soutien psychosocial dans les situations d'urgence, du vieillissement et des maladies non transmissibles, du changement climatique et des maladies à transmission vectorielle, de l'initiative « Zéro décès maternels par hémorragie », du virus Zika et des services de réadaptation).

**88. Dialogue stratégique de haut niveau et reproduction des politiques existantes qui ont donné de bons résultats dans la lutte contre les maladies non transmissibles**

- a) Traiter des facteurs de risque des maladies non transmissibles nécessite une action législative et un dialogue stratégique de haut niveau. Pour avoir un impact significatif sur les maladies non transmissibles, il est essentiel de modifier les politiques, les comportements et les pratiques des prestataires de soins de santé, ainsi que de passer d'un système de prise en charge sporadique des cas graves à un système de prise en charge de longue durée et continue des maladies chroniques. Ces changements exigent un engagement politique soutenu, l'investissement de ressources et un dialogue social plus large entre toutes les parties prenantes.
- b) Il faut souvent plus de temps pour atteindre les cibles régionales au niveau de l'impact et des résultats intermédiaires, en particulier en ce qui concerne les

maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque et l'accroissement de la marge budgétaire pour la santé, en raison de la nécessité de dégager un consensus au fil du temps (voir point précédent). Il est important de garder cela à l'esprit en ce qui concerne l'établissement de cibles et le suivi et l'évaluation continus.

- c) À titre d'exemple d'une initiative réussie, les résultats préliminaires de la politique d'étiquetage sur le devant des emballages au Chili montrent que cette mise en garde a été efficace pour sensibiliser les consommateurs au point d'achat des aliments. Faire en sorte que l'étiquette soit facile à comprendre pour le grand public a joué un rôle déterminant à cet égard. En outre, la politique a conduit l'industrie à revoir la formulation de certains produits afin de réduire leur contenu qui était mauvais pour la santé.

**89. Collaboration efficace avec les pays, les partenaires et le secteur privé pour répondre aux priorités en matière de santé**

- a) Une collaboration soutenue avec les États Membres en matière de planification stratégique et d'optimisation des connaissances et de l'expertise des autorités sanitaires nationales et du BSP a amélioré la qualité de la collaboration, son appropriation par les pays et sa durabilité. Cela a conduit à l'élaboration de pratiques exemplaires et d'outils novateurs (p. ex. planification stratégique, évaluation conjointe, planification ascendante et méthodologies d'établissement des priorités) qui contribueront à accroître l'efficacité et l'efficacité de la coopération technique de l'OPS et l'obtention de résultats intermédiaires et d'impacts pour la santé.
- b) Les approches infrarégionales assorties d'un engagement politique se sont révélées efficaces pour mettre en œuvre des stratégies visant à promouvoir l'accès aux médicaments, à renforcer les capacités réglementaires et à partager les ressources entre les États Membres dont les capacités sont limitées.
- c) Une modalité de coopération technique qui revêt de plus en plus d'importance recouvre des initiatives parrainées par les gouvernements au niveau national, financées par des contributions volontaires nationales. Dans de nombreux pays, ces initiatives font partie intégrante de l'ensemble national d'activités de coopération technique fournies par l'OPS.
- d) La création d'alliances et de relations de confiance avec des homologues nationaux et d'autres institutions des Nations Unies s'est avérée essentielle pour garantir l'accès à des informations confidentielles ou limitées pendant les situations d'urgence. Actuellement, l'OPS bénéficie de l'accès à ces informations par l'intermédiaire de sites Web administrés par ses homologues et d'autres organismes. Pour assurer la création d'alliances et de relations fondées sur la confiance, la coordination avec les pays et les réunions pour partager des objectifs communs ont été essentielles.

**90. Financement pour le BSP et efficacité administrative**

- a) Dans l'environnement du budget intégré de 2016-2017, la mise à disposition de financements sous forme de tranches périodiques, sans garantie en ce qui concerne le montant total à recevoir, a constitué un défi pour la mise en œuvre en temps voulu des plans de travail. De nombreux bureaux des représentants de l'OPS/OMS et départements techniques à Washington se sont montrés prudents sur le plan financier en raison des incertitudes quant au montant de financement flexible qu'ils recevraient et au moment où ils le recevraient. Pour 2018-2019, le BSP s'est efforcé de remédier à cette situation en fournissant des estimations de niveaux de financement flexibles dès le début de la période biennale et en distribuant autant de financements flexibles que possible au début de la période biennale. Cependant, le financement flexible de l'OMS pour le Bureau régional des Amériques (AMRO), estimé à environ \$100 millions pour 2018-2019, continue d'être distribué en tranches imprévisibles.
- b) Afin d'améliorer l'efficacité des services administratifs et fonctionnels du BSP, d'importantes possibilités de rationaliser les processus et de réduire les coûts ont été identifiées. Cela s'est traduit par une diminution du budget de la catégorie 6 pour la période biennale 2018-2019.

***Conclusions et recommandations***

91. L'évaluation du Programme et budget 2016-2017 de l'OPS fait apparaître des progrès significatifs sur le plan de la réalisation des engagements du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Les engagements mondiaux, régionaux et infrarégionaux récemment adoptés (ODD, PASDA2030, Feuille de route de Montevideo, Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, mouvement EWEC-LAC et Stratégie de coopération infrarégionale des Caraïbes, entre autres) constituent des réalisations importantes pour l'Organisation, malgré les difficultés considérables rencontrées au cours de la phase de mise en œuvre. De nouvelles approches intégrées de coopération technique sont également apparues au cours de la période biennale, comme les liens établis entre les services de réadaptation en tant que partie intégrante de la réponse sanitaire pendant l'épidémie de virus Zika. Tout au long de la période biennale, l'Organisation a continué d'exercer son rôle de chef de file de la promotion de la santé publique dans la Région tout en partageant les meilleures pratiques et les enseignements tirés au niveau mondial.

92. Le rôle de l'OPS et du secteur de la santé dans la facilitation du dialogue intersectoriel et la réalisation des objectifs de développement durable a été reconnu. Cependant, les processus et les mécanismes au niveau des pays n'ont pas été développés de manière cohérente. Le savoir-faire est souvent insuffisant pour permettre un dialogue stratégique et des processus intersectoriels. Les capacités dans les pays et au sein du BSP doivent être renforcées, à la fois pour l'élaboration de feuilles de route nationales comportant une forte composante santé et pour aider les pays à mesurer les jalons de la santé.

93. En examinant l'intégralité de la chaîne de résultats dans cette évaluation, depuis les résultats immédiats jusqu'aux impacts, l'Organisation a acquis des éléments importants sur la façon dont les interventions à différents niveaux ont contribué aux impacts. Pour atteindre les cibles d'impact régionales, il a fallu la collaboration de tous les États Membres, du BSP et des partenaires. Bien que des résultats préliminaires soient disponibles et présentés dans le présent rapport, il faut garder à l'esprit qu'une période plus longue est nécessaire pour obtenir des résultats de plus haut niveau en termes d'impacts. La mise en œuvre du Plan stratégique, au moyen de son Programme et budget, a visé à catalyser un développement équitable de la santé dans l'ensemble de la Région, mais il reste encore beaucoup à faire au cours de la période biennale 2018-2019 et par la suite.

94. Si la mesure des tendances régionales permet de comprendre globalement les progrès accomplis, les données ventilées (par sous-région, pays et niveau infranational) et les mesures des inégalités (par exemple, les disparités entre les quintiles démographiques) fournissent des informations précieuses pour éclairer les politiques et les interventions nécessaires. La Région a fait de grands progrès dans l'amélioration de la mesure de l'équité au niveau régional, mais elle doit continuer à progresser sur ce plan. Le suivi de l'équité en santé et l'action sur les déterminants sociaux de la santé doivent aller de pair avec la formulation et la mise en œuvre de politiques, plans et programmes nationaux de développement de la santé dans un souci d'équité.

95. L'évaluation conjointe avec les États Membres représente une nouvelle consolidation de la gestion axée sur les résultats. En outre, en s'appuyant sur les expériences antérieures, les processus nationaux et participatifs qui ont été utilisés par le BSP pour affiner la méthodologie d'établissement des priorités en 2016 (par l'intermédiaire du Groupe consultatif sur le Plan stratégique) et l'élaboration du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 en 2017 (par l'intermédiaire du Groupe de travail des pays) ont vu une forte participation des États Membres, avec les avantages notables qui en résultent en termes d'appropriation et d'engagement. L'Organisation continuera de collaborer avec les États Membres pour étendre cette modalité afin de renforcer la transparence et la responsabilisation institutionnelle.

96. Conformément à l'établissement des priorités programmatiques, l'Organisation a utilisé ses fonds flexibles pour remédier au décalage persistant entre la définition des priorités (telle qu'exprimée dans les allocations du Programme et budget) et les contributions volontaires à affectation spéciale des bailleurs de fonds. L'introduction d'une approche intégrée de la gestion budgétaire a permis une allocation plus stratégique des fonds flexibles, bien qu'elle ait également présenté des défis, comme décrit précédemment.

97. Les recommandations ci-après visent à intégrer les enseignements tirés de ce rapport dans l'élaboration du nouveau Plan stratégique 2020-2025 et du Programme et budget 2020-2021 de l'OPS, ainsi qu'à renforcer la mise en œuvre au cours de la période biennale actuelle 2018-2019.

**98. RECOMMANDATION : accélérer les efforts en faveur de la santé universelle dans la Région.**

- a) Systématiser et diffuser les bonnes pratiques pour parvenir à la santé universelle afin de mettre en évidence les possibilités d'introduire et de maintenir des changements stratégiques.
- b) Identifier les populations les plus vulnérables et à risque et mettre en œuvre une approche holistique pour répondre à leurs besoins en matière de santé.
- c) Continuer de travailler avec les ministères de la Santé à la création de systèmes de santé résilients, tout en forgeant des partenariats avec d'autres ministères et parties prenantes pour faire progresser le programme de santé publique.
- d) Renforcer le rôle de leadership des autorités sanitaires et leur capacité à gérer efficacement les processus de transformation du système de santé en coordination avec d'autres organismes des États Membres et avec la participation des parties prenantes sociales.
- e) Élaborer un catalogue de bonnes pratiques en matière de soins maternels et néonataux pouvant être encouragées.

**99. RECOMMANDATION : renforcer les systèmes d'information de la santé.**

- a) Apporter un soutien aux États Membres dans le développement de systèmes d'information qui leur permettront d'identifier les besoins en matière de santé, de suivre efficacement l'état de santé de la population ainsi que la performance du système de santé.
- b) Accroître la disponibilité d'informations sur la situation sanitaire des migrants internationaux dans les systèmes de surveillance.
- c) Améliorer la qualité et la comparabilité des données sur la violence faite aux femmes dans la Région et dans le monde.
- d) Poursuivre l'élaboration de systèmes d'information des RHS et institutionnaliser un cadre d'analyse et d'utilisation des informations.
- e) Investir dans le renforcement de la capacité des pays à communiquer des données sur les indicateurs de la santé de base, ainsi que sur les inégalités, par sous-région et par pays, afin de mieux suivre les progrès et cibler les interventions ; renforcer les outils existants pour assurer un suivi plus régulier des cibles d'impact.
- f) Déployer de nouveaux efforts pour aligner les mesures entre les indicateurs du Plan stratégique et les autres données recueillies par le BSP – y compris, dans la mesure du possible, l'harmonisation des mesures et des paramètres avec les cadres de communication de rapports (par exemple, les ODD, le Programme général de travail de l'OMS, le PASDA2030) – afin d'assurer la cohérence et d'éviter les doublons.

**100. RECOMMANDATION : renforcer les capacités nationales d'intervention dans les situations d'urgence et de flambées épidémiques**

- a) Promouvoir et soutenir la capacité de mise en œuvre pleine et entière du RSI, en s'appuyant sur les systèmes de santé nationaux existants et les cadres nationaux de gestion des situations d'urgence.
- b) Renforcer la réponse d'urgence aux maladies à prévention vaccinale en cas de réintroduction de la rougeole, de la rubéole ou de la poliomyélite dans la Région.
- c) Instituer le système de gestion des incidents au niveau national en tant que première approche de l'intervention en cas d'épidémie et de catastrophe.

**101. RECOMMANDATION : renforcer le plaidoyer multisectoriel pour soutenir la réalisation des ODD**

- a) Accélérer l'action multisectorielle et la collaboration au sein des pays et entre eux.
- b) Renforcer les réseaux pour amener la promotion de la santé au niveau local et contribuer aux initiatives de développement durable et de promotion de la santé.
- c) Élaborer ou mettre à jour des plans et stratégies nationaux sur les déterminants environnementaux de la santé.

**102. RECOMMANDATION : prendre des mesures pour inverser la vague des décès et des maladies dues aux maladies non transmissibles**

- a) Réaliser des activités de plaidoyer et de promotion pour la participation à haut niveau des États Membres à la Troisième réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT.
- b) Accroître l'engagement politique à tous les niveaux pour réduire la consommation nocive d'alcool en adoptant des politiques et des plans nationaux visant à réduire la consommation par habitant et les méfaits liés à l'alcool.
- c) Forger des alliances stratégiques avec des universitaires, la société civile et d'autres secteurs pour appuyer et défendre les mesures réglementaires auxquelles s'oppose l'industrie alimentaire, en utilisant les enseignements tirés de l'expérience de la lutte antitabac.
- d) Plaider en faveur de systèmes de santé mentale communautaires faisant partie intégrante du système de santé plus large, avec un financement adéquat, afin de garantir l'accès aux services de santé mentale à ceux qui en ont besoin.

**103. RECOMMANDATION : améliorer la qualité, la quantité et le calendrier du financement du BSP et améliorer encore l'efficacité institutionnelle**

- a) Accroître les efforts pour élargir et diversifier la base de financement de l'Organisation.

- b) Plaider auprès de l’OMS en faveur d’une meilleure prévisibilité et d’un meilleur calendrier de la distribution des fonds flexibles à AMRO et à d’autres bureaux régionaux.
- c) Examiner les possibilités de dégager des économies supplémentaires dans la catégorie 6, tout en maintenant et en améliorant la performance des fonctions essentielles et administratives.
- d) Pour le nouveau Plan stratégique 2020-2025 de l’OPS, séparer les fonctions de leadership et de gouvernance des fonctions administratives afin de refléter plus précisément les frais généraux de l’Organisation.

Annexes

**Annexe A : processus et méthodologie d'évaluation de fin de période biennale**

1. La présente section décrit brièvement les composantes et la méthodologie du processus d'évaluation de fin de période biennale, y compris l'évaluation intermédiaire des objectifs d'impact et l'évaluation conjointe avec les États Membres. Le processus d'évaluation suit les exigences approuvées par les États Membres (résolutions CD52.R8, CD53.R3 et CD54.R16) et confirme l'engagement des États Membres et du BSP en termes de responsabilité conjointe et de transparence.

**Évaluation des objectifs d'impact**

2. Le Plan stratégique 2014-2019 a défini neuf objectifs d'impact avec 26 cibles et indicateurs pour mesurer les progrès au niveau régional. Les objectifs d'impact sont définis comme « des changements durables dans la santé des populations, auxquels contribuent les États Membres de l'OPS, le BSP et d'autres partenaires ». Chaque objectif comporte un ou plusieurs indicateurs qui mesurent les progrès accomplis sur le plan de la réalisation de ces changements. Pour établir et affiner les indicateurs des objectifs d'impact du Plan stratégique de l'OPS, la 153<sup>e</sup> réunion du Comité exécutif (2013) a constitué le Groupe de travail des pays en tant que groupe de collaboration avec les États Membres et le BSP.

3. Les indicateurs utilisent les données sur la mortalité observée disponibles dans les pays. Les données ne sont pas corrigées – ni en cas de classification erronée, ni en cas de sous-enregistrement. Dans le cas de la mortalité maternelle et infantile, les pays ont accepté d'utiliser les estimations actualisées des groupes interinstitutions qui produisent ces estimations. Étant donné que l'indicateur de l'espérance de vie ajusté en fonction de la santé nécessite des informations allant au-delà des données sur la mortalité, telles que la morbidité et les facteurs de risque, les pays ont accepté d'utiliser les estimations de l'EVAS calculées par l'Institute for Health Metrics and Evaluation, le cas échéant.

4. Au moment des calculs initiaux (2013), les séries les plus complètes disponibles pour la mortalité portaient sur la période de 1999 à 2009. Les cibles pour la période 2014-2019 étaient fondées sur des projections élaborées par le BSP, sur la base de modèles statistiques utilisant des modèles de lissage exponentiel, comme convenu et approuvé par les États Membres de l'OPS et le BSP. Il est donc important de noter que l'ampleur des indicateurs a changé dans certains cas parce que la base de données est continuellement mise à jour à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles dans les pays et que la qualité de l'information sur la mortalité s'améliore.

5. Les indicateurs des objectifs d'impact font l'objet d'un suivi à l'aide des données sur la santé de base de l'OPS et d'autres sources d'information existantes, à savoir les données des pays communiquées à l'OPS, l'OMS et d'autres mécanismes officiels. Les évaluations intermédiaires figurant dans le présent rapport ont été effectuées conformément aux spécifications techniques figurant dans le recueil d'indicateurs.<sup>15</sup> L'évaluation globale de l'objectif a pris en compte l'analyse quantitative et qualitative intégrée des indicateurs

---

<sup>15</sup> Organisation panaméricaine de la santé, Recueil d'indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires : Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Octobre 2014 Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/paho-sp-14-19-compendium-indicators-nov-2014.pdf>



correspondants, y compris, le cas échéant, les dimensions d'équité, en utilisant les critères de notation ci-dessous.

### **Évaluation conjointe des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats avec les États Membres**

6. Tous les deux ans, les États Membres et le BSP évaluent conjointement l'état d'avancement des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats contenus dans le Plan stratégique et le Programme et budget, respectivement, en utilisant les critères type du recueil d'indicateurs. Le système de suivi du Plan stratégique de l'OPS (SPMS), créé en 2015, est utilisé pour faciliter ce processus.

7. Les indicateurs de résultats intermédiaires évalués pour 2016-2017 restent les mêmes que ceux de la version du Plan stratégique approuvé en septembre 2014. Les indicateurs de résultats intermédiaires révisés (approuvés dans le Plan stratégique amendé lors de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017) sont entrés en vigueur en 2018 et n'ont donc pas pu être examinés dans le présent rapport.

8. En ce qui concerne les niveaux de référence et les cibles pour les indicateurs de résultats immédiats 2016-2017, des estimations initiales ont été fournies dans le Programme et budget 2016-2017 de l'OPS, approuvé en septembre 2015. Toutefois, à l'issue de l'évaluation de fin de période biennale pour 2014-2015, en septembre 2016, il a été possible d'obtenir un tableau plus précis et à jour. Il a donc été nécessaire de mettre à jour les niveaux de référence et les cibles, comme suit :

- a) Lorsque les indicateurs de résultats immédiats étaient continus sur les deux périodes biennales (en d'autres termes, lorsque les critères de mesure sont restés sensiblement inchangés), les résultats de l'évaluation de 2014-2015 ont fourni des données initiales pour déterminer si un pays serait inclus dans le niveau de référence pour 2015 ou dans la cible pour 2017.
- b) Dans les cas où un nouvel engagement a été introduit pour 2016-2017 (par exemple, la résistance aux antimicrobiens), les équipes techniques du BSP ont défini les niveaux de référence et les cibles préliminaires en utilisant les informations disponibles.

9. L'évaluation conjointe a été lancée en janvier 2018 et une formation a été dispensée aux points focaux désignés par les autorités sanitaires nationales. Les évaluations des pays ont commencé en février en collaboration avec le bureau du représentant de l'OPS/OMS. En outre, les évaluations des pays ont servi à valider les niveaux de référence et les cibles. Une fois les évaluations terminées, les résultats ont été validés par le Réseau des catégories et des domaines programmatiques du BSP.<sup>16</sup> L'objectif de cette validation était de s'assurer

---

<sup>16</sup> Le Réseau des catégories et des domaines programmatiques est un réseau des équipes de gestion et des équipes techniques du BSP, y compris une représentation au niveau des pays. Les facilitateurs de catégorie dirigent une équipe de facilitateurs des résultats intermédiaires/domaines programmatiques et des résultats immédiats, qui évaluent les résultats intermédiaires et les résultats immédiats sous leur responsabilité. Les facilitateurs de catégories et de programmes comprennent respectivement les directeurs de département et les chefs d'unité du BSP, respectivement.

que les critères de mesure établis dans le recueil d'indicateurs étaient appliqués de manière cohérente et correcte. En raison de retards imprévus, ce processus a été achevé en juillet 2018.

10. Les résultats de l'évaluation conjointe, ainsi que les informations supplémentaires disponibles au niveau régional, ont été consolidés afin de déterminer si les cibles avaient été atteintes. Les indicateurs de type régional sont évalués par le BSP. Ensemble, ces informations ont servi de base à l'évaluation de l'état d'avancement des indicateurs de résultats immédiats et de résultats intermédiaires.

### **Évaluation des catégories et des domaines programmatiques**

11. L'évaluation consolidée des indicateurs de résultats immédiats et de résultats intermédiaires, ainsi que d'autres informations qualitatives et quantitatives, a été utilisée pour déterminer l'état d'avancement des domaines programmatiques et des catégories du Programme et budget 2016-2017 de l'OPS et du Plan stratégique 2014-2019.

### **Critères d'évaluation**

12. L'Organisation a utilisé les critères d'évaluation suivants pour déterminer l'évaluation des objectifs d'impact, des catégories et des domaines programmatiques :

- a) **Atteint** : la cible de l'indicateur a déjà été pleinement atteinte ou dépassée (uniquement pour l'évaluation des objectifs d'impact).
- b) **En bonne voie** : plus de 90 % des résultats escomptés devraient être atteints d'ici à la fin de 2019.
- c) **À risque** : entre 75 % et 89 % des résultats escomptés devraient être atteints d'ici à la fin de 2019. Des obstacles existent qui entravent les progrès au rythme nécessaire pour atteindre les résultats d'ici à la fin de 2019. Des mesures correctrices peuvent s'avérer nécessaires pour revenir en bonne voie.
- d) **En difficulté** : moins de 75 % des résultats escomptés devraient être atteints d'ici à la fin de 2019. Des obstacles majeurs existent qui entravent les progrès. Il est peu probable que les résultats soient atteints à moins que des mesures correctrices importantes et immédiates ne soient mises en œuvre.

13. Les indicateurs de résultats immédiats et de résultats intermédiaires ont été évalués en mesurant dans quelle mesure leurs cibles d'indicateurs étaient atteintes. Leur réalisation a été évaluée comme suit :

- a) **Atteint** : la cible de l'indicateur (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) a été atteinte. Les cas où la cible de l'indicateur a été dépassée sont mis en évidence.
- b) **Partiellement atteint/en progrès** : des progrès ont été réalisés par rapport au niveau de référence (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), mais la cible n'a pas été atteinte. Les raisons pour lesquelles l'indicateur n'a pas été atteint sont mises en évidence.

- c) **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport au niveau de référence (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux). Les facteurs qui entravent les progrès et les cas où il y a eu une diminution en dessous du niveau de référence sont mis en évidence.

**Annexe B : sigles**

<b>Sigle</b>	<b>Description</b>
AAPR	pourcentage annuel moyen de réduction
AMRO	Bureau régional pour les Amériques
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
CCNUCC	Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques
CCS	stratégie de coopération avec les pays
CIRDI	Centre international pour le règlement des différends relatifs aux investissements
CVN	contribution volontaire nationale
ETME	élimination de la transmission mère-enfant
EVAS	espérance de vie ajustée en fonction de la santé
EWEC-LAC	Chaque femme, chaque enfant – Amérique latine et Caraïbes
HNIe	indice des besoins en santé élargi
IGME	Groupe interinstitutions des Nations Unies pour les estimations relatives à la mortalité des enfants
mhGAP	Programme de l'OMS « Comblant les lacunes en santé mentale »
MNT	maladies non transmissibles
ODD	objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PASDA2030	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030
PB	Programme et budget
PMIS	système d'information pour la gestion du BSP
PNMR	taux régional de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles
RAM	résistance aux antimicrobiens
RHS	ressources humaines pour la santé
RSI	Règlement sanitaire international
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SPBA	Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
SPMS	système de suivi du Plan stratégique de l'OPS
TARV	thérapies antirétrovirales
TB	tuberculose
TB-MR	tuberculose multirésistante
TMI	taux de mortalité infantile
TMM	taux de mortalité maternelle
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VZIK	virus Zika

