

57^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2019

Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire

OD359
27 août 2019*
Original : anglais

PLAN STRATÉGIQUE DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ 2020-2025

L'ÉQUITÉ AU CŒUR DE LA SANTÉ

* Cette version contient une modification mineure de l'indicateur de résultat intermédiaire 1.b.

Table des matières

Avant-propos de la Directrice	4
Synthèse	6
Introduction	8
Processus d'élaboration du Plan stratégique.....	9
Le contexte de la santé dans les Amériques : opportunités et défis	12
Aperçu social et environnemental du point de vue de la santé	12
Analyse de la situation : édition 2017 de la Santé dans les Amériques.....	15
Programme inachevé et enseignements tirés du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS	19
Perspectives d'avenir pour la santé.....	22
Les objectifs de développement durable.....	30
Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030)	32
Treizième Programme général de travail de l'OMS	34
Mandats, stratégies et plans connexes	35
Cadre de résultats programmatique	36
Théorie du changement et nouvelle chaîne de résultats.....	36
Priorisation.....	40
Transparence et responsabilisation	42
Gestion des risques	43
Mise en œuvre, suivi, évaluation et rapports	45
L'évolution du rôle de l'OPS dans le développement de la santé	47
Nouvel indice des besoins de santé.....	47
Pays clés.....	48
Accords de coopération technique au niveau national.....	49
Coopération entre les pays pour le développement de la santé (coopération Sud-Sud)	49
Coopération technique infrarégionale.....	50
Biens régionaux et mondiaux.....	51

Budgétisation et financement stratégiques	52
Politique budgétaire régionale	52
Modalités de financement de l’OPS	52
Contributions fixées	52
Contributions volontaires (et autres sources).....	53
Contributions volontaires nationales.....	54
Financement de l’OMS pour AMRO.....	54
Fonds d’achats collectifs.....	55
Stratégies organisationnelles : le BSP à l’horizon 2025	57
Adopter des modalités de travail multisectorielles	57
Gérer efficacement les ressources humaines à l’ère virtuelle.....	57
Assurer une administration et une utilisation des ressources efficaces	58
Réponse à la réforme des Nations Unies	58
Annexe A. Résultats d’impact et résultats intermédiaires de la santé pour 2025	59
Annexe B. Contribution aux ODD liés à la santé, aux indicateurs du Cadre d’impact du 13 ^e PGT et aux cibles du PASDA2030.....	100
Annexe C. Résultats de l’établissement des priorités	136
Annexe D. Mandats régionaux et mondiaux pertinents	137
Annexe E. Mécanismes de responsabilisation	141
Annexe F. Liste des pays et territoires avec leurs sigles	148

Avant-propos de la Directrice

Merriam-Webster définit l'équité comme « la justice selon la loi ou le droit naturels ». J'aime cette définition, qui peut être liée à deux concepts centraux de l'équité en santé : la justice sociale et le droit de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint. Ces principes fondamentaux universels peuvent nous nous guider en période de calme comme de turbulences.

Notre Région est confrontée à un certain nombre de défis politiques, sociaux et économiques. Je choisis de me concentrer sur ce que nous avons en commun : notre soif de liberté, de justice, d'opportunités économiques, de santé et de bien-être. Je suis convaincue que nous sommes unis dans notre humanité fondamentale, et je crois sincèrement que pour réaliser pleinement cette humanité, nous ne pouvons et ne devons laisser personne pour compte : ni l'enfant autochtone des Andes, ni le jeune d'ascendance africaine sur la côte atlantique de l'Amérique centrale, ni la grand-mère âgée sur une île lointaine des Caraïbes. Nous devons veiller à ce qu'ils aient tous un accès équitable à la santé, et nous ne devons pas relâcher notre effort tant que toutes les iniquités en matière de santé n'auront pas été éliminées.

Cet engagement est au cœur du présent Plan stratégique. Ce plan énonce des résultats intermédiaires et des impacts sanitaires concrets qui mesureront directement nos progrès pour ce qui est d'apporter la santé à nos populations. Je prends en outre l'engagement que le Bureau sanitaire panaméricain (le BSP ou le Bureau) œuvrera en faveur de l'équité en santé et améliorera notre capacité à mesurer les iniquités. Nous sommes conjointement responsables des progrès accomplis, et le Bureau aidera les États Membres à cibler les interventions sur les populations les plus mal desservies.

Lors de l'élaboration de ce plan, les jalons stratégiques avaient déjà été posés : les objectifs de développement durable, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 et le 13^e Programme général de travail de l'OMS. Je salue le travail accompli par les États Membres et le personnel de l'OPS en vue d'élaborer un Plan stratégique cohérent et réalisable qui répond à ces mandats, définit une orientation stratégique claire et nous permet d'évaluer concrètement nos progrès en matière de développement de la santé au cours des six prochaines années.

L'Équité au cœur de la santé signifie que nous nous efforcerons ensemble de parvenir à l'équité en santé, de faire en sorte d'éliminer les différences auxquelles il était possible de remédier entre les différents groupes de personnes en ce qui concerne les résultats sanitaires. L'OPS collaborera avec tous les pays et territoires des Amériques en vue de planifier pour réussir, de travailler inlassablement à la mise en œuvre et de célébrer nos réalisations et tirer des enseignements de nos lacunes.

Pour moi, il ne fait aucun doute qu'au cours des six prochaines années, nous progresserons vers l'équité en santé, la justice sociale et la santé universelle. Ce plan stratégique nous aidera à y parvenir ; il est le fruit de nos efforts collectifs, et nous devons être fiers et pleins d'espoir pour l'avenir alors que nous avançons ensemble en suivant des orientations claires et animés d'un sentiment d'objectif partagé.

[Signature]
Carissa F. Etienne

Synthèse

1. Le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) (« le plan ») définit l'orientation stratégique de l'Organisation, fondée sur les priorités collectives de ses États Membres, et précise les résultats de santé publique à atteindre au cours de la période 2020-2025. Le plan définit l'engagement conjoint des États Membres de l'OPS et du Bureau sanitaire panaméricain (BSP ou « le Bureau ») pour les six prochaines années. Les États Membres de l'OPS ont clairement indiqué que le Plan stratégique est un instrument fondamental pour la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030) et donc pour la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé dans la Région des Amériques. Les 11 objectifs du PASDA2030 constituent les objectifs au niveau des impacts du présent plan.

2. Sous le thème *L'équité au cœur de la santé*, ce plan vise à catalyser les efforts déployés dans les États Membres pour réduire les iniquités en matière de santé au sein des pays et territoires et entre eux, afin d'améliorer les résultats en matière de santé. Le plan définit des mesures spécifiques pour lutter contre l'inégalité dans le domaine de la santé, notamment celles recommandées par la Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques, en tenant compte des orientations de la Commission de haut niveau pour la santé universelle. Quatre thématiques transversales (CCT) sont au cœur de l'approche de ce plan pour traiter des déterminants de la santé : l'équité, le genre, l'origine ethnique et les droits de l'homme. Ce plan met l'accent sur une approche multisectorielle intégrée, mais applique en outre des stratégies de santé publique fondées sur des données probantes, comme la promotion de la santé, l'approche des soins de santé primaires et la protection sociale dans la santé, pour tenir compte des déterminants sociaux.

3. Non seulement ce plan répond directement aux priorités régionales établies dans le PASDA2030, mais il s'aligne aussi sur le 13^e Programme général de travail (13^e PGT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et sur les autres mandats régionaux et mondiaux en vigueur pendant la période de planification. La chaîne de résultats décrite à l'annexe A contient 28 indicateurs d'impact, 28 résultats intermédiaires et 99 indicateurs de résultats intermédiaires, tous examinés en détail par les États Membres et le personnel technique du BSP. Les annexes B et D décrivent comment la chaîne de résultats répond aux mandats énumérés ci-dessus. Reconnaisant que les ressources sont limitées, les États Membres ont mené des consultations sur l'établissement des priorités, et les priorités régionales qui en résultent sont énumérées à l'annexe C.

4. La Région continue de faire face à d'importantes lacunes en matière de santé et à de nouveaux problèmes de santé publique qui sont décrits dans la *Santé dans les Amériques 2017* et auxquels il est fait référence dans la section Contexte de la santé du présent document. Cette analyse des gains, des lacunes et des tendances en matière de santé sert de base à la définition du cadre de résultats décrit dans le Plan stratégique 2020-2025. Même si l'évaluation finale du Plan stratégique 2014-2019 (qui sera

présentée aux Organes directeurs de l'OPS en 2020) contiendra une évaluation approfondie des enseignements tirés, une analyse préliminaire fondée sur l'évaluation de fin de période biennale 2016-2017 servira de référence utile pour la suite que l'Organisation entend donner au programme inachevé du plan précédent au cours de la période suivante.

5. Alors que le contexte régional et mondial continue d'évoluer, le Plan stratégique 2020-2025 présente le point de vue de l'Organisation sur l'évolution du rôle de l'OPS dans le développement de la santé. Les budgets programmes qui seront élaborés dans le cadre du présent plan seront conformes à la *Politique budgétaire de l'OPS* 2019 et au nouvel indice des besoins en matière de santé, connu sous le nom d'« indice de la santé durable élargi plus » (*Sustainable Health Index Expanded Plus* ou SHIe+). À cet égard, et conformément aux principes d'équité et de solidarité panaméricaine, le plan identifie huit pays clés – le Belize, la Bolivie, le Guatemala, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname – dans lesquels l'Organisation s'engage à consacrer davantage de ressources à la coopération technique afin de combler les écarts en matière de santé. L'OPS continuera d'encourager et de renforcer la coopération technique au niveau infrarégional, de s'appuyer sur les accords de coopération technique au niveau national, d'accroître les possibilités de coopération entre les pays pour le développement de la santé (CCHD) et de renforcer le travail normatif de l'Organisation.

6. La performance de l'OPS dans la mise en œuvre du Plan stratégique 2020-2025 et de ses budgets programmes sera évaluée en mesurant les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles d'impact et de résultats intermédiaires du plan en matière de santé. Le suivi et l'établissement de rapports s'appuieront sur les systèmes d'information sanitaire de l'OPS en place (l'Initiative régionale des données de santé fondamentales et le Système de suivi du Plan stratégique). Le suivi et l'évaluation de la performance interne (PMA) des budgets programmes seront effectués à la fin de chaque semestre et un rapport sera présenté aux Organes directeurs de l'OPS à la fin de chaque période biennale (rapports intermédiaires en 2022 et 2024, rapport final en 2026).

Introduction

7. Le présent Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 (SP20-25 ou le « plan ») énonce les résultats d'impact et les résultats intermédiaires pour la santé que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et ses États Membres s'engagent à obtenir collectivement d'ici la fin de 2025. Il répond directement au mandat régional sanitaire au plus haut niveau, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030), qui représente la réponse régionale aux objectifs de développement durable (ODD). Ce plan s'aligne également sur le 13^e Programme général de travail (13^e PGT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), s'assurant ainsi que l'OPS s'acquittera de ses obligations mondiales dans l'exercice de ses fonctions de Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. Enfin, ce plan constitue le principal moyen d'assurer la reddition de comptes et la transparence dans la réalisation des objectifs sanitaires définis par les Organes directeurs de l'OPS.

8. L'OPS a adopté une approche de gestion axée sur les résultats (GAR) il y a deux décennies, et ce plan s'appuie sur l'expérience et les enseignements tirés des plans précédents. Plus précisément, le programme inachevé du Plan stratégique 2014-2019 a été repris dans le plan actuel. Le Cadre programmatique de résultats présenté ci-dessous inclut une chaîne de résultats qui répond catégoriquement aux défis sanitaires auxquels fait face la Région des Amériques, et il comprend des indicateurs de réalisation mesurables pour tous les domaines du développement de la santé.

9. Le PASDA2030 définit une vision hémisphérique de la santé dans les Amériques. Ce plan traite directement des facteurs qui mèneront à la réalisation de cette vision.

Énoncé de vision

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

10. Le PASDA2030 définit également des valeurs directrices pour le développement de la santé dans la Région, reconnaissant que les pays « ont différents besoins et adoptent diverses approches pour améliorer la santé ».¹ Le présent plan reflète ces valeurs, qui sont énumérées ci-dessous, tant dans son orientation et ses objectifs que dans la mesure de ses réalisations. Ces valeurs guideront le travail de l'OPS dans les années à venir. Conformément aux déclarations formulées dans le PASDA2030, chacune de ces valeurs contribue à la réalisation des droits de l'homme et à une santé optimale pour tous et guide les efforts de la Région en vue de parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture

¹ Les valeurs énoncées dans le PASDA2030 sont conformes à la vision, à la mission et aux valeurs de l'Organisation.

sanitaire universelle. Plus précisément, l'équité est identifiée comme un objectif primordial en ce qui concerne la nécessité d'éliminer les disparités en matière de santé entre les groupes de population et de protéger et promouvoir les droits des groupes qui vivent dans des conditions de vulnérabilité.

11. Ce plan s'appuie sur la nécessité de traduire les valeurs dans la pratique, en reconnaissant que des approches équitables, sensibles à la dimension de genre et culturelle en matière de santé dans le cadre des droits de l'homme sont essentielles pour atteindre les objectifs de l'Organisation. À cette fin, le plan s'articule autour de quatre thématiques transversales : équité, genre, origine ethnique et droits de l'homme. Le plan vise à intégrer ces approches dans l'ensemble du Cadre programmatique de résultats, en mettant l'accent en particulier sur l'appui et la coordination spécifiques requis dans le résultat intermédiaire 26.

Valeurs directrices

- ▶ **Le droit de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint**
- ▶ **La solidarité panaméricaine**
- ▶ **L'équité en matière de santé**
- ▶ **L'universalité**
- ▶ **L'inclusion sociale**

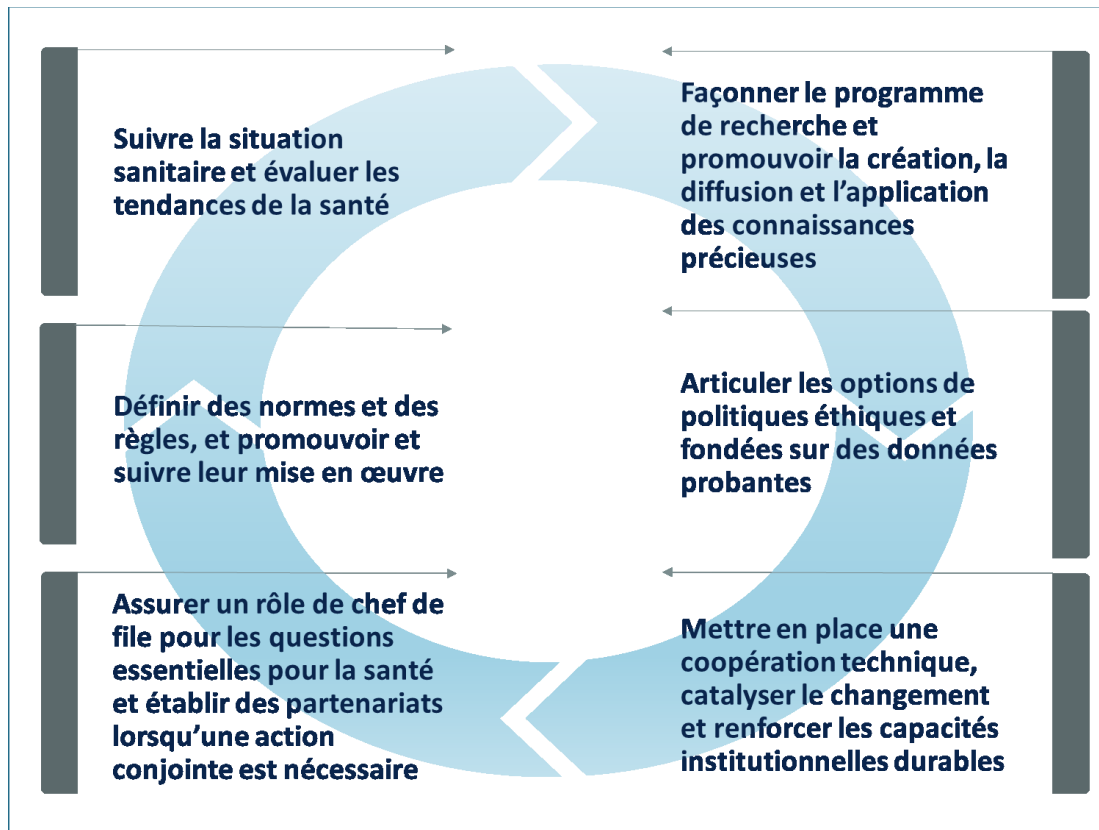
12. En outre, conformément aux principes de la gestion axée sur les résultats, l'Organisation continuera de mener des activités de coopération technique qui font appel à ses fonctions essentielles, comme le montre la figure 1. Il s'agit de domaines dans lesquels l'Organisation apporte une valeur ajoutée aux efforts déployés par la Région pour atteindre les résultats intermédiaires souhaités en matière de santé. Cette approche vise à assurer un suivi et à tirer des leçons des expériences passées afin d'identifier et de mettre en œuvre avec succès des interventions fondées sur des données probantes qui améliorent la santé et le bien-être.

Processus d'élaboration du Plan stratégique

13. Ce plan a été élaboré avec la participation active et la contribution des États Membres de l'OPS, ainsi que du personnel de toutes les composantes du BSP. L'élaboration du plan a commencé par la présentation du processus proposé à la 12^e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) en mars 2018. En juin 2018, à sa 162^e session, le Comité exécutif a créé le Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG), composé de 21 États Membres qui sont

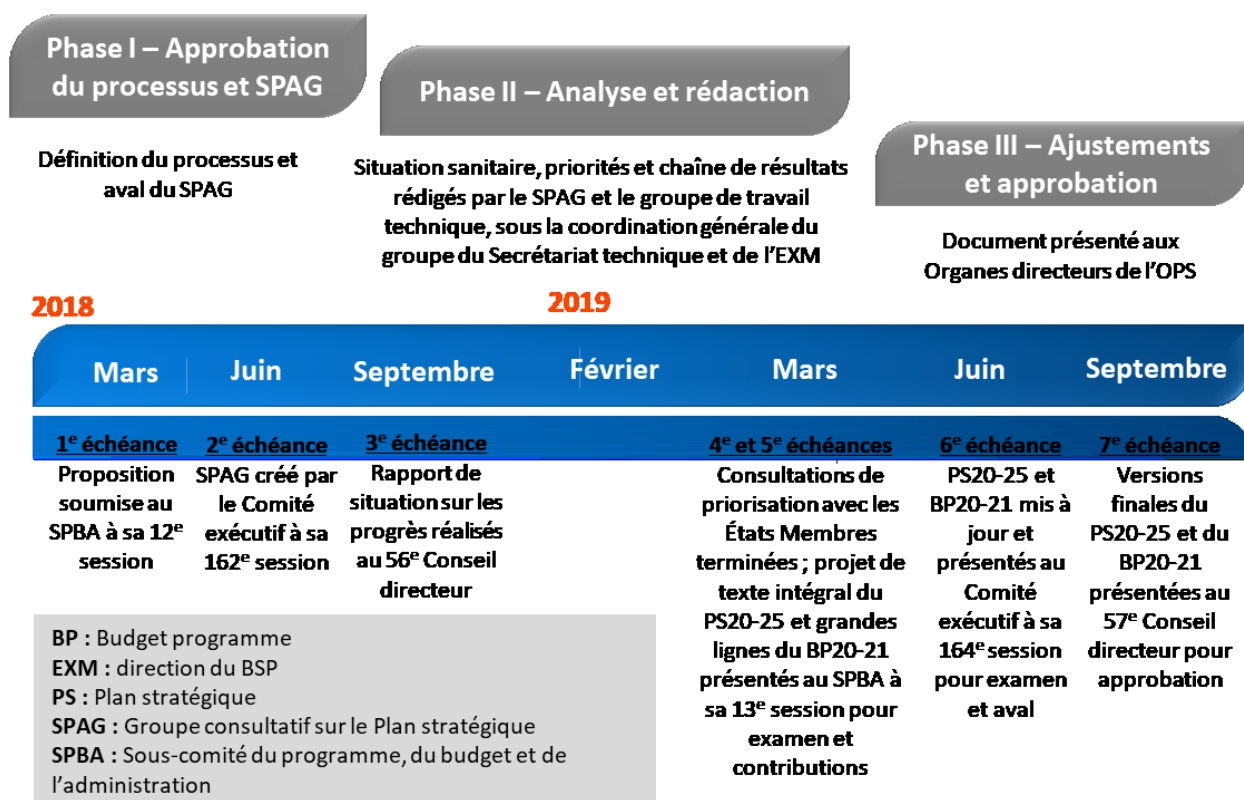
convenus de collaborer avec le Bureau pour élaborer le plan.² Le document final du processus a été présenté au 56^e Conseil directeur en septembre 2018 (document CD56/INF/2).

Figure 1. Fonctions essentielles de l'OPS



14. Le Bureau sanitaire panaméricain a tenu trois réunions en présentiel avec le SPAG, dans la ville de Panama (du 6 au 8 août 2018) et à Washington, D.C. (du 3 au 6 décembre 2018 et du 1^{er} au 4 avril 2019). Une série de réunions virtuelles a également eu lieu tout au long du processus. Dans l'intervalle, le Bureau a créé un groupe de travail technique, composé d'équipes techniques, chargé d'élaborer le contenu de la chaîne de résultats en étroite collaboration avec le SPAG et sous la coordination générale du groupe du Secrétariat technique et sous la houlette de la direction du BSP (EXM). Le processus d'élaboration a été itératif et rigoureux, et le résultat final représente la meilleure réflexion collective pour ce qui est de savoir quels sont les points sur lesquels le Bureau et les États Membres devront concentrer leurs efforts au cours des six prochaines années, et la manière dont ils devront procéder. La figure 2 illustre le processus d'élaboration.

² Le SPAG était composé de représentants de toutes les sous-régions de l'OPS : les Caraïbes (Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Dominique, Guyana, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago), l'Amérique centrale (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama), l'Amérique du Nord (Canada, États-Unis et Mexique) et l'Amérique du Sud (Argentine, Bolivie, Brésil, Équateur, Paraguay et Venezuela). Le Panama a été nommé Président et les Bahamas, Vice-président.

Figure 2. Calendrier d'élaboration du Plan stratégique 2020-2025³

³ Cette figure contient des mises à jour du processus d'élaboration qui a été présenté au 56^e Conseil directeur.

Le contexte de la santé dans les Amériques : opportunités et défis

15. S’inspirant de l’édition 2017 de la *Santé dans les Amériques*, cette section donne un aperçu général du contexte social, économique et environnemental dans lequel le Plan stratégique est élaboré. L’édition 2017 de la *Santé dans les Amériques* sera mise à jour périodiquement en fonction de l’évolution du profil de santé et des déterminants de la santé de la Région, à l’aide des paramètres de santé les plus récents, avec pour vision de l’utiliser en tant qu’analyse de la situation sanitaire la plus actuelle pour les Amériques. Cette section présente également certains des principaux enseignements tirés du passé, qui peuvent servir à guider la mise en œuvre à l’avenir. Enfin, elle examine les tendances futures et les principaux cadres de référence mentionnés précédemment : les ODD, le PASDA2030 et le 13^e PGT.

Aperçu social et environnemental du point de vue de la santé

16. Au cours de la dernière décennie, le développement économique soutenu de la Région, accompagné d’une amélioration de l’assainissement public, du logement, de la nutrition et des soins de santé, a entraîné des progrès significatifs en matière de résultats de la santé. Toutefois, d’importantes inégalités en matière de santé persistent encore au sein de la plupart des pays et entre eux, les résultats de la santé étant pires pour les populations vivant dans des conditions de vulnérabilité.⁴ Dans tous les pays de la Région, les maladies non transmissibles (MNT) et les traumatismes ont pris le pas sur les maladies transmissibles et les pathologies maternelles et néonatales en tant que causes de mauvaise santé, d’invalidité et de mortalité. Dans l’intervalle, les enseignements tirés des urgences de santé publique de portée internationale (USPPI) passées, comme la pandémie de grippe de 2009 et l’épidémie de Zika, ont permis de mieux se préparer aux urgences sanitaires et de mieux faire comprendre la nécessité de renforcer la surveillance.

17. Dans l’ensemble, la Région a connu des tendances positives en matière de croissance macroéconomique, une réduction de la pauvreté et de la proportion de la population vivant dans la pauvreté extrême, ainsi qu’une réduction des inégalités de revenus entre 1990 et 2015, période correspondant aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le cadre de santé universelle a renforcé l’élan et l’engagement des États Membres à promouvoir davantage l’accès équitable aux services et leur couverture, à renforcer le rôle directeur et la gouvernance inclusive, à améliorer l’efficacité grâce à des systèmes de santé plus intégrés et à renforcer la coordination intersectorielle pour traiter des déterminants de la santé.⁵ Il souligne également la nécessité d’accroître et d’améliorer les investissements dans la santé, en particulier pour renforcer le premier niveau de soins, et d’évoluer vers la création et la mise en œuvre de réseaux intégrés de services de santé. Un nombre croissant d’États Membres ont mis en

⁴ OPS, Programme d’action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, 29^e Conférence sanitaire panaméricaine, 69^e Session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques (Washington (DC) : OPS, 2017), pp. 50-51.

⁵ OPS, Stratégie pour l’accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CD53/5, Rev. 2), 53^e Conseil directeur, 66^e Session du Comité régional de l’OMS pour les Amériques (Washington (DC) : OPS, 2014).

œuvre des plans d'action et des feuilles de route pour la santé universelle et ont élaboré des cadres réglementaires et financiers. Presque tous les pays de la Région sont parvenus à une bonne couverture des interventions de santé maternelle et infantile au niveau agrégé. Ces succès ont permis aux pays des Amériques de consolider des gains et des réalisations indéniables en matière de santé pour plusieurs OMD, notamment la mortalité infantile, l'incidence du paludisme et de la tuberculose et l'accès à l'eau potable.

18. Malgré ces progrès, les maladies transmissibles représentent toujours une charge importante en termes de morbidité et de mortalité, et la persistance de maladies transmissibles spécifiques et de maladies évitables de la mère et de l'enfant dans certains contextes géographiques et démographiques fait obstacle au bien-être de tous et limite le développement et la réalisation de l'équité. La Région est confrontée à de nouveaux défis liés aux maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes, qui ont une incidence négative sur les populations, les familles et les communautés, ainsi que sur les économies et les systèmes et services de santé. Ces défis sont liés aux déterminants de la santé – facteurs sociaux, politiques et économiques – qui ont entraîné, entre autres, une augmentation des mouvements de population, une pression accrue sur l'environnement et des changements environnementaux.

19. Outre la circulation endémique de la dengue au cours des trois dernières décennies, la Région a connu l'introduction de deux nouveaux arbovirus à *Aedes* : le chikungunya et le virus Zika. Les effets indésirables associés à l'infection par le virus Zika ont donné lieu à la déclaration d'une USPPI. Depuis la détection initiale des malformations congénitales associées à l'infection par le virus Zika in utero, 5454 cas présumés de syndrome Zika congénital ont été signalés à l'OPS. Ces événements mettent en évidence la vulnérabilité de la Région face à l'introduction et à la propagation des arbovirus.

20. Les maladies non transmissibles sont les principales causes de mauvaise santé, de décès et d'invalidité dans la Région des Amériques. Les MNT touchent de manière disproportionnée les personnes vivant dans des situations vulnérables en raison de l'interaction complexe entre les facteurs sociaux, économiques, culturels, comportementaux, biologiques et environnementaux, ainsi que de l'accumulation d'influences positives et négatives tout au long du parcours de vie. La mortalité due aux maladies non transmissibles tend à être plus élevée dans les populations à faible revenu (et avec les déterminants associés, tels que le faible niveau d'éducation) et bénéficiant de moins de soutien social, ainsi que dans d'autres populations qui subissent des formes différentes et souvent multiples et se recoupant de discrimination, y compris la discrimination fondée sur le genre et l'origine ethnique. Les forces qui contribuent à l'augmentation de la prévalence des MNT comprennent les changements comportementaux et démographiques, la transition épidémiologique, le développement économique et l'urbanisation rapide et non planifiée. Ces dynamiques ont eu un impact négatif sur les quatre principaux facteurs de risque qui sont à l'origine de la plupart des décès et invalidités évitables dus aux maladies non transmissibles : la consommation nocive d'alcool, une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et le tabagisme.

21. L'un des plus grands défis de la Région tient au fait qu'il existe d'importantes disparités dans les résultats de santé entre les différents groupes. Celles-ci sont liées aux inégalités structurelles dans la société et dans les institutions, y compris le secteur de la santé, ainsi qu'aux déterminants de la santé. Ces inégalités marginalisent encore davantage les groupes ayant moins de pouvoir social et économique, tels que les femmes et les filles, les personnes vivant dans la pauvreté, les populations autochtones, les populations d'ascendance africaine et les roms, les personnes handicapées, les réfugiés et les migrants, entre autres, tout en augmentant les opportunités offertes aux groupes ayant un statut social plus élevé et plus de pouvoir. Les difficultés rencontrées pour surmonter les disparités en matière de santé dans la Région sont exacerbées par le manque de capacité des services de santé en matière de détection, de prévention des maladies et de lutte contre les maladies, par la mise en œuvre inadéquate des politiques visant à améliorer l'équité en santé parmi les populations et par le manque de données désagrégées cohérentes pour suivre et mettre en exergue ces disparités.

22. Au cours des 50 dernières années, le système des Nations Unies s'est penché sur un éventail de questions liées au développement durable et à ses interfaces avec différents secteurs, dont la santé et l'environnement. Au niveau national, des processus clairs de gouvernance de la santé publique environnementale n'ont pas été élaborés et ne se sont pas vu accorder la priorité dans les programmes politiques et économiques. Les programmes de santé publique environnementale ont été plus réactifs que proactifs et plus correctifs que préventifs. Il y a également eu une pénurie chronique de ressources humaines, technologiques et financières pour ces programmes. Dans ce contexte, l'impact du changement climatique sur la santé et le bien-être des populations des Amériques est devenu une préoccupation croissante. Les populations en situation de vulnérabilité, comme celles qui vivent sur de petites îles, sont exposées de façon disproportionnée à des risques.⁶

23. Les pays de la Région des Amériques ont connu des flux migratoires à différents moments de leur histoire, en tant que pays d'origine, de transit ou de destination. Les conflits sociaux et politiques, l'insécurité alimentaire, les effets néfastes du changement climatique et de la dégradation de l'environnement, les difficultés économiques, la violence sous différentes formes et d'autres questions structurelles figurent parmi les facteurs qui déterminent les tendances migratoires dans la Région. Ces dernières années, des mouvements de population d'une ampleur sans précédent se sont multipliés en peu de temps, de même que des changements dans la composition des flux migratoires, qui comprennent désormais davantage de femmes et d'enfants, et une diversification des pays de destination. En 2017, parmi la population mondiale de migrants internationaux, 38 millions étaient nés dans la Région de l'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), un nombre qui se situe au troisième rang mondial.⁷ La même année, l'Amérique latine et les

⁶ OMS, Santé, climat et petits États insulaires en développement (Genève : OMS, 2018).

⁷ Département des Affaires sociales et économiques des Nations Unies, International migration report 2017 (New York: Nations Unies, 2017). Disponible en anglais sur : http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf

Caraïbes ont accueilli 10 millions de migrants internationaux. Alors que la migration à l'intérieur de l'Amérique du Sud s'est intensifiée, la migration des Centraméricains vers le nord continue de constituer une tendance importante dans l'ensemble des Amériques.

24. L'évolution du profil des migrants implique des risques différents pour la santé, tant le long des routes migratoires que dans les pays de destination. En particulier, les systèmes de santé ont besoin de capacités renforcées pour répondre aux besoins de santé spécifiques des femmes, des adolescents et des enfants migrants, compte tenu des inégalités liées au genre qui sont associées à des risques particuliers (tels que la violence faite aux femmes) et qui amplifient les obstacles à l'accès pour les personnes ayant le statut de migrant. La gestion des migrations, en particulier des mouvements soudains et importants de population, a suscité de profondes interrogations quant à la résilience et à la capacité d'adaptation des systèmes de santé pour obtenir l'équité en matière d'accès à la santé et de couverture sanitaire dans la Région.

Analyse de la situation : édition 2017 de la *Santé dans les Amériques*

25. Au cours de la dernière décennie, la Région a réalisé des progrès importants en matière de mortalité infantile et maternelle, de santé reproductive, de maladies infectieuses et de malnutrition. Ces succès sont le fruit du développement économique, de l'action sur les facteurs environnementaux et de l'amélioration de la capacité et de la flexibilité des systèmes de santé, ainsi que d'une couverture élargie et d'un accès accru aux services. Toutefois, les progrès d'ensemble aux niveaux régional et national masquent non seulement le risque d'inversion des progrès réalisés, mais aussi les disparités importantes entre les sous-groupes de population, telles qu'observées dans les quintiles les plus bas en termes de richesse et les groupes autochtones et d'ascendance africaine. Ces différences nuisent à la performance du système de santé et font obstacle au développement durable équitable.

26. Au cours de la période 2010-2015, l'espérance de vie globale dans la Région a atteint environ 75 ans : 78 ans pour les femmes et 73 ans pour les hommes. La population a gagné en moyenne 16 ans de vie au cours des 45 dernières années, soit une augmentation de près de deux ans par habitant par période de cinq ans. Parmi les autres réalisations, on peut citer la diminution à la fois du taux de mortalité maternelle (de 68,4 à 58,2 décès pour 100 000 naissances vivantes, soit une réduction de 14,9 %) et du taux de mortalité infantile (de 17,9 à 13,6 décès pour 1000 naissances vivantes, soit une réduction de 24 %). Le pourcentage de femmes enceintes ayant eu au moins quatre consultations prénatales est passé de 79,5 % en 2005 à 88,2 % en 2015, mais la qualité des soins demeure préoccupante.

27. Des progrès importants ont été réalisés dans la lutte contre les maladies transmissibles. Le nombre de cas de paludisme a diminué de 62 % entre 2000 et 2015 (de 1 181 095 à 451 242 cas). Le nombre de cas de maladies négligées (comme l'onchocercose, la lèpre et la maladie de Chagas) a diminué. La Région a interrompu la transmission endémique de la rubéole. Bien que la Région ait été déclarée exempte de rougeole en 2015, deux pays ont perdu ce statut. Le nombre annuel de décès liés au sida

est passé de 73 579 à 49 564 entre 2005 et 2015, soit une réduction de 33 %, bien que le nombre de nouvelles infections soit resté stable ces dernières années. Toutefois, les progrès dans la lutte contre les maladies transmissibles peuvent être compromis par la résistance aux antimicrobiens, un domaine d'action intersectoriel prioritaire dans les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'élevage.

28. Les maladies chroniques non transmissibles sont responsables de près de quatre décès sur cinq chaque année dans les Amériques, et cette proportion est à la hausse, principalement en raison du vieillissement de la population, des changements de comportement, de la croissance démographique et de la structure de la population, des modes de vie malsains, de l'urbanisation, des risques environnementaux et de l'exposition à des facteurs de risque comme les aliments et boissons malsains, notamment. Parmi les décès causés par des maladies non transmissibles dans les Amériques, 35 % sont survenus prématurément chez des personnes âgées de 30 à 70 ans. Sur le total des décès prématurés dans ce groupe d'âge, 65 % étaient dus au cancer et aux maladies cardiovasculaires. Chaque année, environ 3 millions de personnes dans les Amériques vivent avec le cancer, qui est à l'origine de 1,3 million de décès par an, dont 45 % sont des décès prématurés. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les cancers de la prostate, du poumon, de l'estomac et le cancer colorectal sont les principales causes de décès dus au cancer chez les hommes, tandis que les cancers du sein, de l'estomac, du poumon, du col de l'utérus et le cancer colorectal sont les principales causes chez les femmes.

29. L'obésité atteignant des proportions épidémiques chez les enfants, les adolescents et les adultes, les Amériques sont la Région de l'OMS où la prévalence du surpoids et de l'obésité est la plus élevée. Le surpoids et l'obésité augmentent la probabilité d'hypertension et de diabète et contribuent à la morbidité et à la mortalité dues aux maladies cardiovasculaires et autres MNT. Ils posent également un risque obstétrique plus élevé pour les femmes enceintes obèses et en surpoids. Environ 422 millions d'adultes âgés de 18 ans et plus vivent avec le diabète dans le monde, dont 62 millions (15,0 %) de la population mondiale touchée dans les Amériques ; ce nombre a triplé dans cette Région depuis 1980.

30. L'invalidité est un facteur important pour la Région compte tenu du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et des maladies non transmissibles, ainsi que de l'augmentation des conséquences non mortelles des traumatismes et des maladies transmissibles. Des études mondiales sur la charge de morbidité ont montré que les années vécues avec une invalidité représentent une proportion croissante des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) en Amérique latine et dans les Caraïbes, de 32,7 % en 2000 à 39,2 % en 2017.⁸ La prévalence de l'invalidité est estimée entre 12 et 15 % de la population, bien que les estimations nationales varient considérablement en fonction des méthodes utilisées.^{9,10}

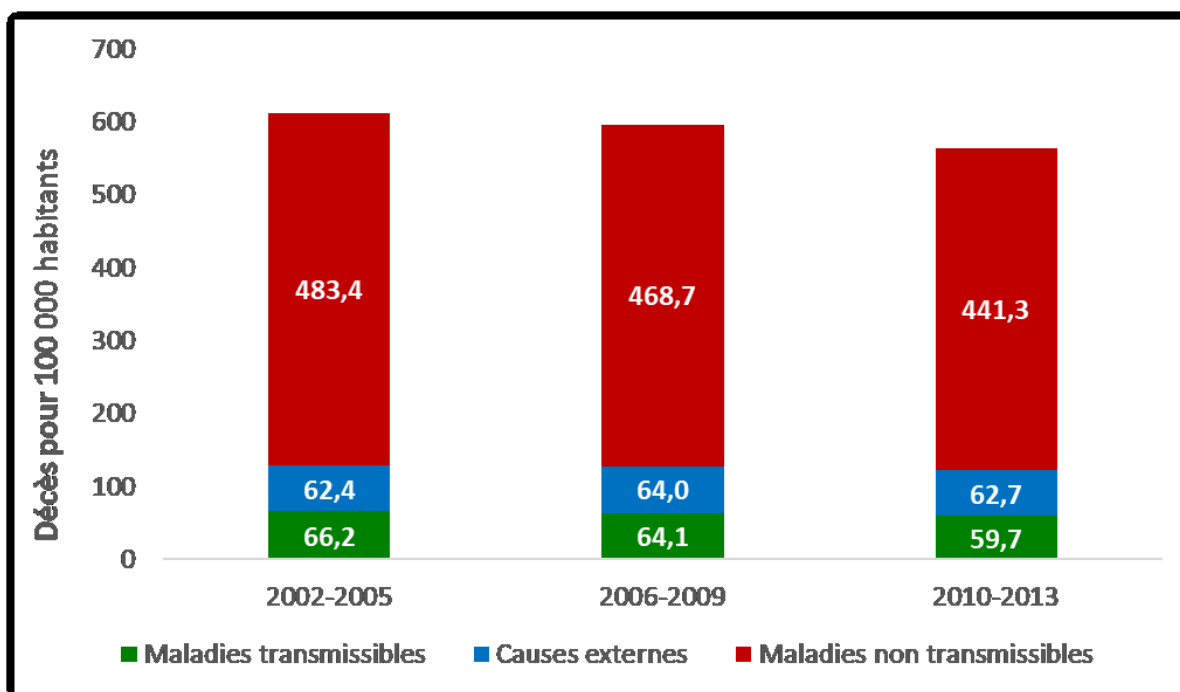
⁸ Données tirées de l'outil GBD Results disponible sur <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> [consulté le 8 mai 2019].

⁹ Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), Panorama social de

Il existe peu de données spécifiques sur l'équité en santé et l'accès aux services généraux de santé dans la Région, mais l'OMS estime que les personnes handicapées sont deux fois plus susceptibles de trouver les compétences des prestataires de soins de santé et les installations sanitaires inadéquates, trois fois plus susceptibles de se voir refuser des soins de santé et quatre fois plus exposées à un mauvais traitement dans le système de santé que les personnes non handicapées.¹¹ Enfin, dans la plupart des pays, les informations relatives au handicap ne sont pas systématiquement désagrégées dans les données sur la santé et au sein des systèmes d'information sur la santé, et de ce fait il est difficile d'obtenir des mesures précises.

31. La figure 3 présente les tendances de la mortalité due aux maladies non transmissibles, aux maladies transmissibles et aux causes externes (y compris la violence et les accidents) dans la Région des Amériques entre 2002 et 2013. La prédominance des maladies non transmissibles est claire. Néanmoins, les taux de mortalité due aux MNT ajustés en fonction de l'âge ont diminué régulièrement, passant de 483,4 décès pour 100 000 habitants en 2002-2005 à 441,3 en 2010-2013. De même, les taux de mortalité due aux maladies transmissibles ajustés en fonction de l'âge sont passés de 66,2 pour 100 000 habitants en 2002-2005 à 59,7 en 2010-2013.

Figure 3. Taux de mortalité ajustés en fonction de l'âge dans les Amériques, 2002-2005, 2006-2009 et 2010-2013



Source : Base de données régionale de l'OPS sur la mortalité.

Amérique Latine (New York : Nations Unies, 2012).

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé/Banque mondiale, Rapport mondial sur le handicap (Genève : OMS, 2011).

¹¹ Ibid.

32. Les causes externes de mortalité sont restées stables tout au long de cette même période, mais les facteurs de risque sous-jacents exigent plus d'attention. Les tendances et les conséquences de la violence sont différentes pour les hommes, les femmes et les enfants tout au long du parcours de vie. Alors que les hommes sont plus susceptibles d'être victimes de violence perpétrée par des personnes qui leur sont étrangères, les femmes et les enfants sont plus susceptibles d'être victimes de violence de la part de personnes qui leur sont proches. Ces différences ont des implications pour les programmes et les politiques, étant donné que le blâme, la honte et la peur empêchent les enfants, les femmes et les personnes âgées de signaler les cas de violence et de demander des soins. Par exemple, par rapport aux femmes, les hommes courent quatre fois plus de risques de mourir de causes externes et sept fois plus de risques de mourir d'homicide, ce qui est souvent lié aux comportements à risque des hommes et aux normes prédominantes de masculinité. Cependant, bien que les hommes connaissent des niveaux plus élevés de violence mortelle que les femmes, à l'échelle mondiale et régionale, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être tuées par un partenaire, de subir des violences sexuelles ou d'autres formes de violence non mortelle.^{12,13} Selon les estimations de l'OMS, 38 % de toutes les femmes assassinées dans les Amériques l'ont été par un partenaire, et près d'un tiers (30 %) des femmes ayant déjà eu un partenaire ont été victimes de violence physique ou sexuelle infligée par un partenaire intime à un moment donné dans leur vie.¹⁴

33. Environ 13 % de tous les décès prématurés dans les Amériques sont attribués à des risques environnementaux évitables connus, soit environ 847 000 décès chaque année.¹⁵ Les pourcentages varient considérablement d'un pays à l'autre, allant de 8 % de tous les décès prématurés à Saint-Kitts-et-Nevis à 23 % en Haïti. La pollution atmosphérique à elle seule est associée à près de 320 000 décès évitables par an dans la Région.¹⁶ Environ 106 millions de personnes ne disposent toujours pas de systèmes d'assainissement adéquats, 19 millions pratiquent encore la défécation en plein air et 34 millions n'ont pas accès à des sources améliorées d'eau potable.¹⁷ Il en résulte environ 30 000 décès évitables chaque année. Les risques liés à des produits chimiques dangereux, comme l'exposition à des pesticides toxiques, au plomb et au mercure, ont tendance à avoir un impact disproportionné sur les enfants et contribuent aux maladies non transmissibles tout au long du parcours de vie.¹⁸ Les effets du changement climatique

¹² Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Global study on homicide 2013: trends, context, data (Vienne : ONUDC, 2014). Disponible en anglais sur : <https://www.unodc.org/gsh/>.

¹³ OMS, Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (Genève : OMS, 2013). Disponible en anglais sur : www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ OMS. Global Health Observatory data repository: public health and environment: ambient air pollution: burden of disease. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.BODAMBIENTAIR?lang=en>.

¹⁶ OMS. Global Health Observatory data repository: public health and environment: household air pollution. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.133?lang=en>.

¹⁷ Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène : Mise à jour 2017 et évaluation des ODD (Genève : OMS/UNICEF, 2017). Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260290/1/9789242512892-fre.pdf?ua=1>.

¹⁸ OMS. Global Health Observatory data repository: public health and environment: chemicals.

sur la santé peuvent comprendre une augmentation des maladies respiratoires et cardiovasculaires, des traumatismes et des décès prématurés liés aux phénomènes météorologiques extrêmes, à l'insécurité alimentaire et à la pollution atmosphérique, aux menaces pour la santé mentale et à la modification des modes de transmission des maladies infectieuses.

Programme inachevé et enseignements tirés du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS

34. Le Plan stratégique 2020-2025 offre l'occasion de réfléchir aux réalisations de la Région en matière de santé et aux défis qui restent à relever. À cet égard, les enseignements tirés de l'expérience du Plan stratégique 2014-2019 sont importantes pour guider les interventions futures, alors que la Région s'efforce d'atteindre les objectifs et cibles ambitieux du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. La deuxième évaluation intermédiaire du Plan stratégique 2014-2019 (document CD56/5) a fait état de progrès dans l'amélioration de la santé et du bien-être des populations de la Région. D'importantes réductions des inégalités en matière de santé ont été observées dans les principaux indicateurs de survie maternelle et infantile, comme indiqué dans l'évaluation des objectifs d'impact. Toutefois, le rapport a également attiré l'attention sur les zones et les groupes de population qui sont à la traîne et qui nécessitent des efforts plus importants.

35. Bien que les projections globales pour les neuf objectifs d'impact régionaux fassent apparaître des améliorations, notamment dans les domaines de l'espérance de vie en bonne santé, de la mortalité maternelle et infantile, de l'élimination des maladies transmissibles et de la réduction des décès, maladies et handicaps résultant des situations d'urgence, quatre des objectifs d'impact ne semblent pas en bonne voie pour atteindre les cibles d'ici à 2019. Il s'agit de l'objectif 4, Réduire la mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé ; l'objectif 5, Améliorer la santé de la population adulte en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque ; l'objectif 6, Réduire la mortalité due aux maladies transmissibles ; et l'objectif 7, Contenir la mortalité due à la violence, aux suicides et aux accidents parmi les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans). D'après les projections, les indicateurs relatifs à ces objectifs devraient continuer à baisser, mais pas assez rapidement pour atteindre les cibles de 2019. Par exemple, la réduction des taux d'homicides et de suicides chez les jeunes de 15 à 24 ans demeure un défi pour le secteur de la santé, le taux d'homicides ne diminuant pas suffisamment et le taux de suicide augmentant. Ces défis montrent clairement que l'impact souhaité peut ne pas se produire pendant la période couverte par le Plan stratégique et que les interventions nécessitent parfois du temps, ainsi que l'engagement et la participation soutenus d'autres secteurs, pour produire des résultats.

36. Dans l'ensemble, les progrès ont été lents pour ce qui est de combler les écarts d'équité en santé entre les pays et à l'intérieur des pays. Cela témoigne de la nécessité de renforcer l'intensité des interventions ciblées pour répondre aux besoins des populations

vivant dans des conditions de vulnérabilité, et de changer de cap si les interventions n'ont pas été couronnées de succès. La Région des Amériques continue d'être l'une des Régions les plus inéquitables du monde en matière de santé, avec certaines des disparités sanitaires les plus importantes au monde, tant entre les pays qu'en leur sein. La marginalisation et la discrimination sociale, conséquences des inégalités historiques et politiques, continuent d'avoir un impact sur la Région. Un exemple des inégalités persistantes liées au genre, aux origines ethniques et aux facteurs socioéconomiques est celui de la mortalité maternelle, souvent considérée comme un indicateur : au niveau régional, le taux de mortalité maternelle (TMM) est de 168 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les pays du quartile de développement humain le plus faible, alors qu'il est de 20 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les pays du quartile de développement humain le plus élevé, à savoir huit fois plus bas.¹⁹

37. Les progrès dans la prestation de services aux populations marginalisées et mal desservies exigent la participation et l'autonomisation des personnes, des familles et des communautés afin qu'elles aient accès à la santé et le renforcement des partenariats avec les organisations de la société civile qui sont souvent au premier plan de la prestation de services. Il est également important de veiller à ce que leurs besoins, leur situation et leurs droits soient pleinement pris en compte grâce à des services différenciés et à une action intersectorielle sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, dans le cadre d'une approche fondée sur l'équité afin que personne ne soit laissé pour compte. Les pays doivent concevoir et mettre en œuvre des politiques et des programmes efficaces qui ciblent les populations vivant dans des conditions de vulnérabilité. Afin d'accroître la reddition de comptes pour ce qui est des résultats intermédiaires de la santé équitable, la Région doit promouvoir des mécanismes de gouvernance inclusive fondés sur la participation sociale.

38. Au début de l'ère du développement durable, marquée par l'approbation du Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'élimination des écarts d'équité a été considérée comme un défi important dans la réalisation progressive du droit de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint et le respect de l'engagement de « ne laisser personne pour compte ». En effet, l'un des enseignements tirés de l'ère des OMD est qu'il ne suffit pas de fixer des cibles pour les moyennes nationales. En fait, il est crucial de fixer des cibles spécifiques pour les principaux groupes concernés (définis par lieu de résidence [rural/urbain], race, origine ethnique, profession, genre, sexe, âge, éducation, statut socioéconomique, ainsi que par niveau infranational) et de recueillir, analyser et utiliser des données désagrégées pour s'assurer que les iniquités sont traitées. Une telle approche ciblée, associée à la participation sociale, peut permettre une plus grande responsabilisation pour des résultats équitables. Toutefois, les lacunes des systèmes d'information et dans la disponibilité des données limitent la capacité des États Membres et du BSP à prendre des décisions fondées sur des données probantes. En particulier, le manque de données désagrégées dans de nombreux pays complique souvent l'élaboration, le suivi et l'évaluation d'interventions ciblées visant à remédier aux iniquités en matière de santé qui touchent des groupes spécifiques, y compris les

¹⁹ OPS, Santé dans les Amériques+ : édition de 2017 (Washington (DC) : OPS, 2017).

interventions qui adoptent des approches spécifiques telles que les approches interculturelles et sensibles à la dimension de genre.

39. Le dialogue politique de haut niveau et l'action intersectorielle sont essentiels à la réalisation de la mission qui consiste à promouvoir l'équité en santé, à combattre les maladies, à accroître la durée de vie et à améliorer la qualité de vie des populations des Amériques. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les ODD liés à la santé énoncent des principes pour relever les défis mondiaux en matière de santé au moyen d'actions menées dans le secteur de la santé et au-delà, reconnaissant que de nombreux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé et facteurs de risque échappent au contrôle direct du secteur de la santé et des autorités sanitaires nationales. Le PASDA2030 vise également à faciliter le consensus au sein de la Région sur les objectifs de santé en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé qui doivent être traités dans le cadre d'une action intersectorielle. Par ailleurs, il est devenu impératif que les systèmes de santé prennent en compte l'impact des changements démographiques (tels que le vieillissement, la fécondité et le taux de dépendance, entre autres) et d'autres changements qui voient le jour en dehors du champ d'action immédiat du secteur de la santé.

40. L'action intersectorielle pour relever ces défis aux niveaux sociétal et institutionnel est importante pour réduire les inégalités structurelles qui constituent des obstacles à la santé. Bien que l'Organisation ait continué d'accroître sa collaboration avec d'autres secteurs, la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 a également montré qu'un dialogue politique de haut niveau et une collaboration intersectorielle étaient toujours nécessaires pour traiter les priorités impliquant d'autres secteurs que la santé, notamment pour agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

41. Malgré le contrôle limité que le secteur de la santé exerce sur les déterminants et les facteurs de risque susmentionnés, il doit néanmoins en tenir compte dans sa planification. Le secteur de la santé lui-même peut être un agent très important de changement transformationnel. Les gouvernements nationaux ont un rôle important à jouer en tant qu'acteurs principaux dans la gouvernance de la santé et dans la promotion de partenariats avec d'autres secteurs gouvernementaux, le secteur privé, la société civile et d'autres partenaires non gouvernementaux. Les systèmes de santé doivent avoir la capacité d'assurer la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies, la réadaptation et les soins palliatifs à l'ensemble de la population, en utilisant des approches équitables, sensibles à la dimension de genre et culturelle, qui respectent les droits de l'homme. Le financement, la gouvernance inclusive plaçant la participation sociale au centre et la planification efficace du développement des ressources humaines sont des éléments essentiels.

42. Tout au long de la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019, des priorités nationales concurrentes ont compliqué la mobilisation et l'affectation de ressources pour des programmes clés dans des domaines tels que le vieillissement, la santé mentale, les troubles liés à l'usage de substances psychoactives, la violence, les

pathologies visuelles et auditives, les handicaps et la réadaptation, ainsi que dans des domaines transversaux comme les inégalités liées au genre et aux origines ethniques. Par ailleurs, les niveaux de financement nécessaires pour renforcer les systèmes de santé et atteindre les objectifs sont souvent insuffisants. L'augmentation de la demande de services de santé due à la migration a exercé des pressions sur les institutions et les systèmes de soins de santé des pays, qui ont du mal à répondre de façon adéquate aux besoins et aux droits des migrants en matière de santé tout en continuant à servir les populations locales. Les problèmes de santé qui touchent les migrants dépassent les frontières officielles. Par conséquent, la situation exige un effort conjoint, concerté et transnational pour promouvoir et protéger la santé des migrants et des populations d'accueil en étroite collaboration avec tous les secteurs et acteurs concernés.

43. De grands progrès ont été réalisés au sein du Bureau en vue d'un travail plus inter-programmatique pour traiter les questions transversales, en mettant l'accent sur l'impact au niveau des pays. Ces efforts ont favorisé une approche intégrée de la coopération technique. Néanmoins, la structure par catégories du Plan stratégique 2014-2019 a conduit dans certains cas à une tendance à fonctionner de façon cloisonnée. Les approches infrarégionales assorties d'un engagement politique se sont révélées efficaces pour promouvoir l'accès aux médicaments, renforcer les capacités réglementaires, partager les ressources entre les États Membres ayant des capacités limitées et favoriser le consensus entre les pays sur des priorités telles que l'égalité des genres en matière de santé et la santé interculturelle. Dans le même temps, la collaboration active entre les États Membres et le BSP a amélioré la planification stratégique à tous les niveaux, mais il est toujours nécessaire de consolider les acquis en matière de planification, de suivi et d'évaluation conjoints et d'agir de façon plus concertée pour mettre en œuvre le PASDA2030.

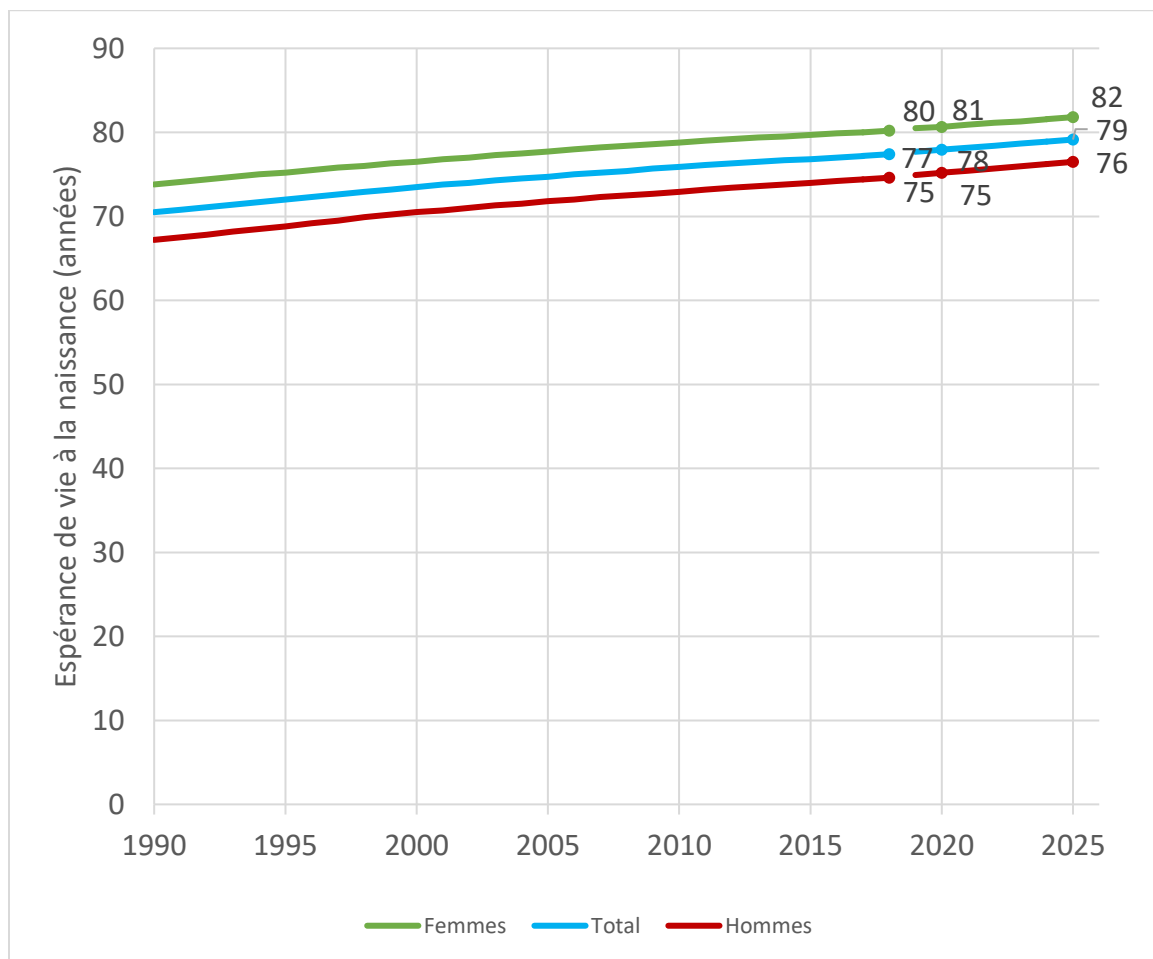
44. En ce qui concerne le leadership, la gouvernance et les fonctions d'appui du BSP, le Bureau s'est employé à assurer le fonctionnement efficace de l'Organisation à l'appui de ses mandats. Les fonctions administratives et d'appui ont permis de rationaliser les processus et de réduire les coûts. Un financement souple a été alloué pour financer les programmes prioritaires qui en ont le plus besoin, conformément au cadre de stratification des priorités programmatiques (document CD55/2), bien que la mobilisation des ressources pour les priorités clés continue d'accuser du retard. Les initiatives parrainées par les gouvernements sont devenues une modalité de plus en plus importante de la coopération technique au niveau national dans de nombreux pays, comme cela est expliqué ci-dessous.

Perspectives d'avenir pour la santé

45. Alors que l'Organisation planifie pour l'avenir, il est important d'investir dans des programmes en vue de préserver les acquis de la situation sanitaire de la Région tout en s'efforçant de contenir les menaces émergentes. L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter pour les deux sexes dans toute la Région, bien qu'il existe des différences entre les femmes et les hommes. En 2019, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 80 ans pour les femmes et 77 ans pour les hommes. Sur la base des

tendances actuelles, le calcul prévisionnel pour la période 2020-2025 estime que l'espérance de vie passera à 82 ans pour les femmes et à 79 ans pour les hommes d'ici à 2025 (figure 4).

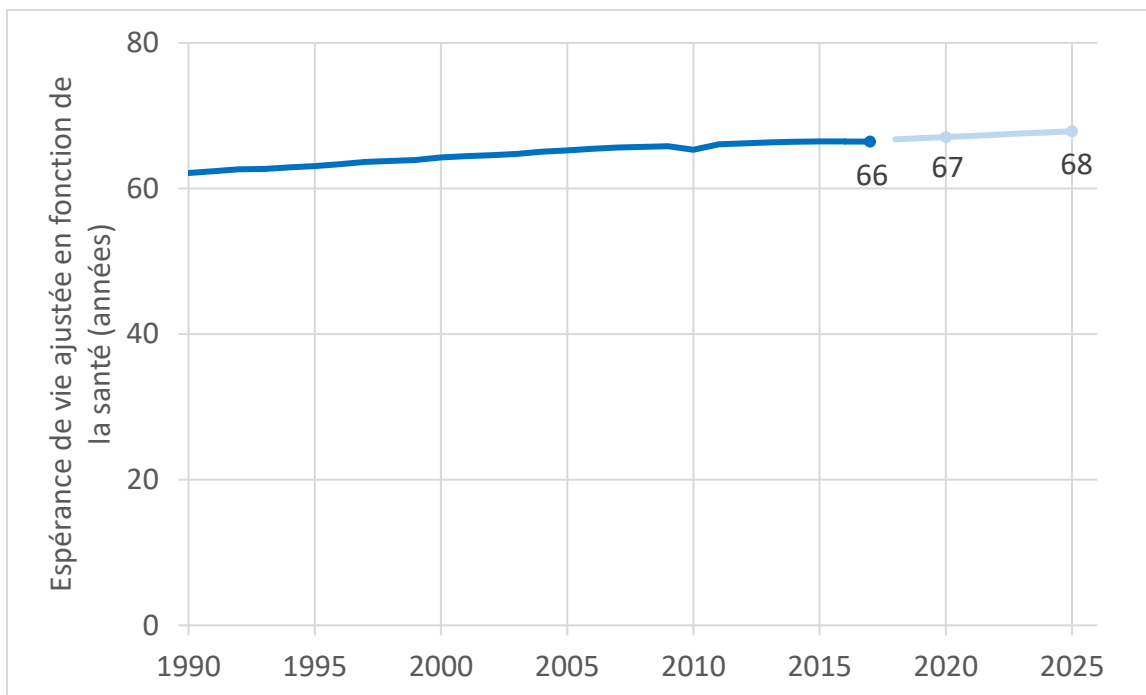
Figure 4. Espérance de vie à la naissance dans les Amériques : tendances actuelles 1990-2019 et prévisions pour 2019-2025



Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, World population prospects: 2017 revision (New York : Nations Unies, 2017).

46. Si l'allongement de l'espérance de vie est une grande réalisation pour la Région, assurer des vies en bonne santé et promouvoir le bien-être à tous les âges reste un défi. Sur la base des tendances actuelles (1990-2017) et des dernières données disponibles sur l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS), qui est une mesure de la santé de la population qui tient compte de la mortalité et de la morbidité, l'espérance de vie en bonne santé a augmenté de 0,7 % entre 2014 et 2019, soit légèrement en dessous du taux régional attendu de 1,0 %. Avec des efforts renouvelés et cohérents, on considère qu'il est possible pour la Région d'atteindre un gain de 1,2 % (figure 5).

Figure 5. Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) dans les Amériques : tendances actuelles 1990-2017 et prévisions pour 2018-2025



Note : intervalle d'incertitude de 95 %.

Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Health Data Exchange (GHDx) [consulté le 26 avril 2019]. Disponible en anglais sur : <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

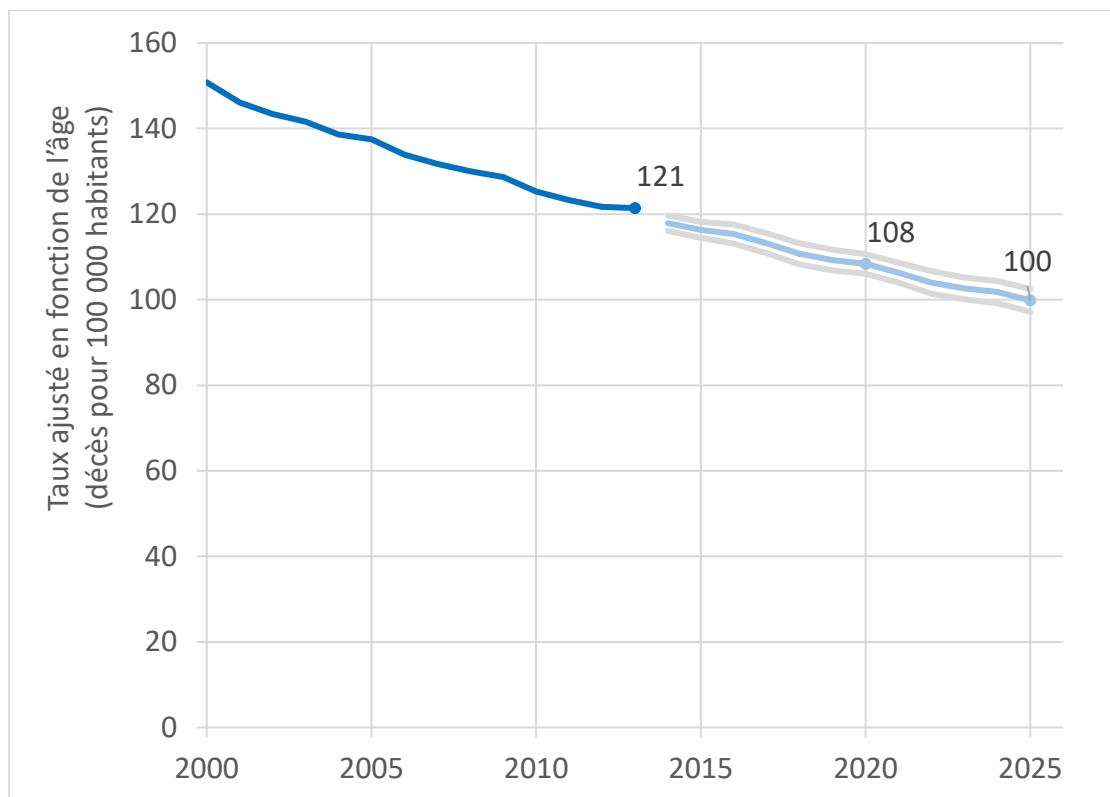
47. Les autorités sanitaires des États Membres étant de plus en plus conscientes des limites de l'approche qui consiste à traiter des problèmes de santé sans tenir compte de leurs déterminants et facteurs de risque, elles doivent agir avec détermination pour maintenir leur rôle directeur en donnant la priorité à la coordination intersectorielle et à la gestion de la sphère de la santé.²⁰ Une approche fondée sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et les iniquités qui en découlent constitue un mécanisme essentiel pour élaborer des politiques publiques ciblées qui répondent aux besoins de la population. Cette approche doit être complétée par une approche intégrée de prévention, surveillance, détection et traitement précoces, et de prise en charge des maladies.

48. La *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle*, approuvée par les États Membres en 2014, préconise de réduire les inégalités en renforçant les systèmes et services de santé au moyen d'une couverture et d'un accès universels. La mortalité attribuable aux soins de santé a été introduite comme indicateur indirect de la qualité des soins médicaux dans le Plan stratégique 2014-2019. Cet indicateur fait référence au sous-ensemble de décès qui n'auraient pas dû survenir si les interventions en matière de soins de santé avaient été accessibles en temps opportun. De 2014 à 2017, la mortalité estimée a diminué de 7 %. Ce chiffre est inférieur à la

²⁰ OPS, *Universal health in the 21st century: 40 years of Alma-Ata: report of the High-Level Commission* (Washington (DC) : OPS, 2019).

réduction de 9 % indiquée dans le Plan stratégique 2014-2019 comme étant la cible régionale à atteindre d'ici à 2019. Les prévisions pour cet indicateur montrent que la cible de 2019 sera difficile à atteindre, ce qui signifie que les pays devront intensifier leurs efforts pour atteindre la cible fixée pour 2025 (figure 6).

Figure 6. Taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge attribuable aux soins de santé dans les Amériques : tendances actuelles 2000-2013 et prévisions pour 2014-2025

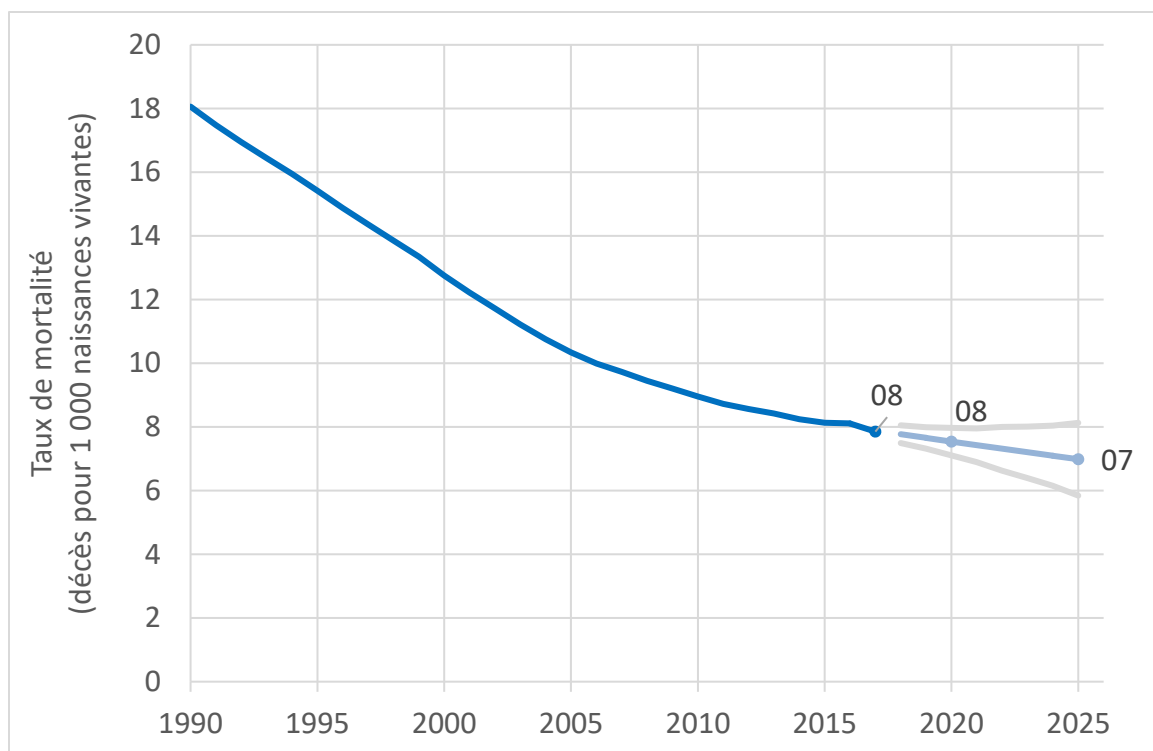


Note : intervalle d'incertitude de 95 %.

Source : base de données régionale de l'OPS sur la mortalité. Les tendances actuelles et les prévisions sont fondées sur les projections établies par l'Unité de l'information et de l'analyse de la santé, en appliquant la modélisation statistique avec lissage exponentiel, telle qu'approuvée par les États Membres de l'OPS et le BSP pour le Plan stratégique 2014-2019.

49. Un autre indicateur important de la qualité des soins de santé est la mortalité néonatale. Après une baisse qu'il convient de saluer de 54 % du taux de mortalité néonatale entre 1999 et 2013 au niveau régional, le taux entre 2014 et 2019 ne devrait diminuer que de 6 %, avec une baisse prévue entre 2020 et 2025 de 7 % (figure 7). Il est donc nécessaire de redoubler d'efforts pour améliorer la qualité des soins pour les mères et les nourrissons du début de la grossesse jusqu'aux 28 premiers jours de la vie du nouveau-né. Ces efforts sont essentiels pour réduire la mortalité néonatale et auront un impact positif sur l'amélioration du taux de mortalité infantile dans la Région.

Figure 7. Taux de mortalité néonatale dans les Amériques : tendances actuelles 1990-2017 et prévisions pour 2018-2025

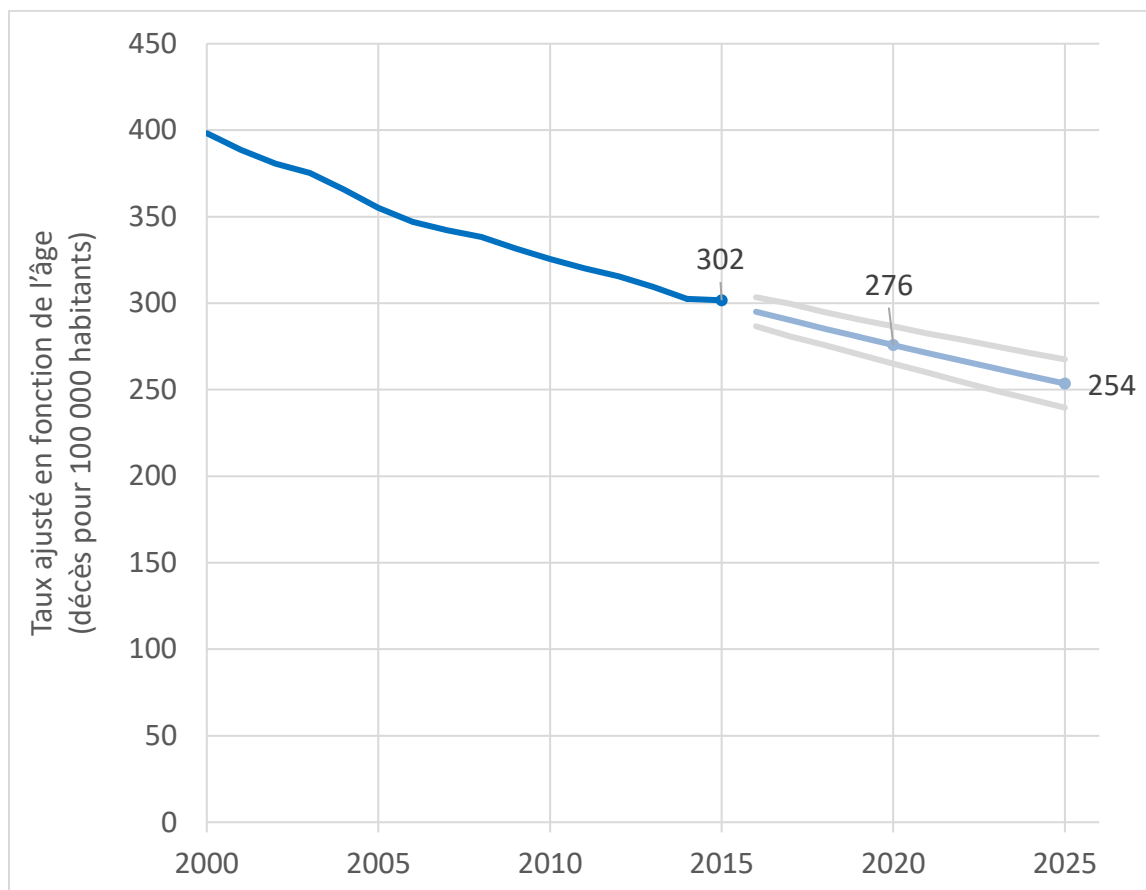


Note : intervalle d'incertitude de 95 %.

Source : groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (ONU IGME), 2018.

50. Les maladies non transmissibles – principalement les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré, le cancer et les maladies respiratoires chroniques – sont reconnues comme étant les principales causes de maladies, d'invalidité et de mortalité évitables. La tendance de la mortalité annuelle estimée due aux maladies non transmissibles montre une diminution continue, avec une réduction prévue de 9 % d'ici à 2020 et de 8 % d'ici à 2025 (figure 8).

Figure 8. Taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge due aux maladies non transmissibles dans les Amériques : tendances actuelles 2000-2015 et prévisions pour 2016-2025

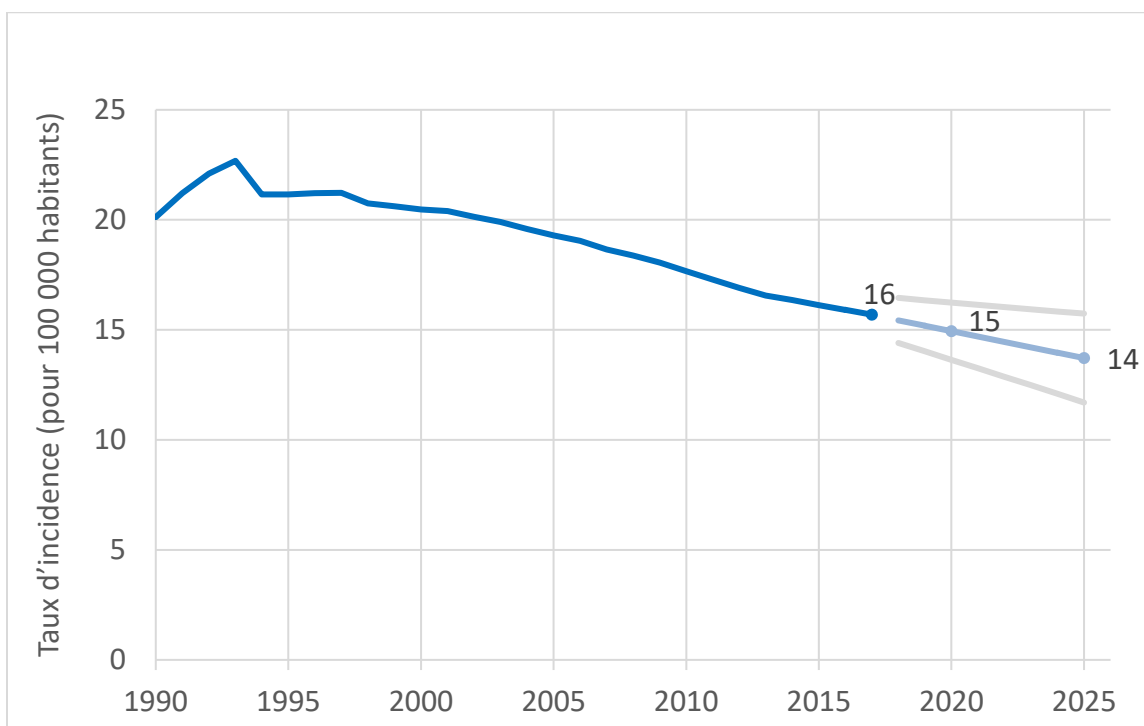


Note : intervalle d'incertitude de 95 %.

Source : base de données régionale de l'OPS sur la mortalité.

51. Les maladies transmissibles constituent encore une menace importante dans la Région. Les États Membres ont choisi le taux d'incidence du VIH comme l'un des indicateurs d'impact régionaux afin d'obtenir une évaluation approximative des résultats obtenus par la Région dans la lutte contre les maladies transmissibles. Sur la base des informations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le taux d'incidence du VIH a diminué de 7 % entre 2014 et 2019. Compte tenu de cette tendance estimée, on prévoit une réduction de 8 % de l'incidence du VIH entre 2020 et 2025 (figure 9).

Figure 9. Taux d'incidence du VIH dans les Amériques : tendances actuelles 1990-2017 et prévisions 2018-2025



Note : intervalle d'incertitude de 95 %.

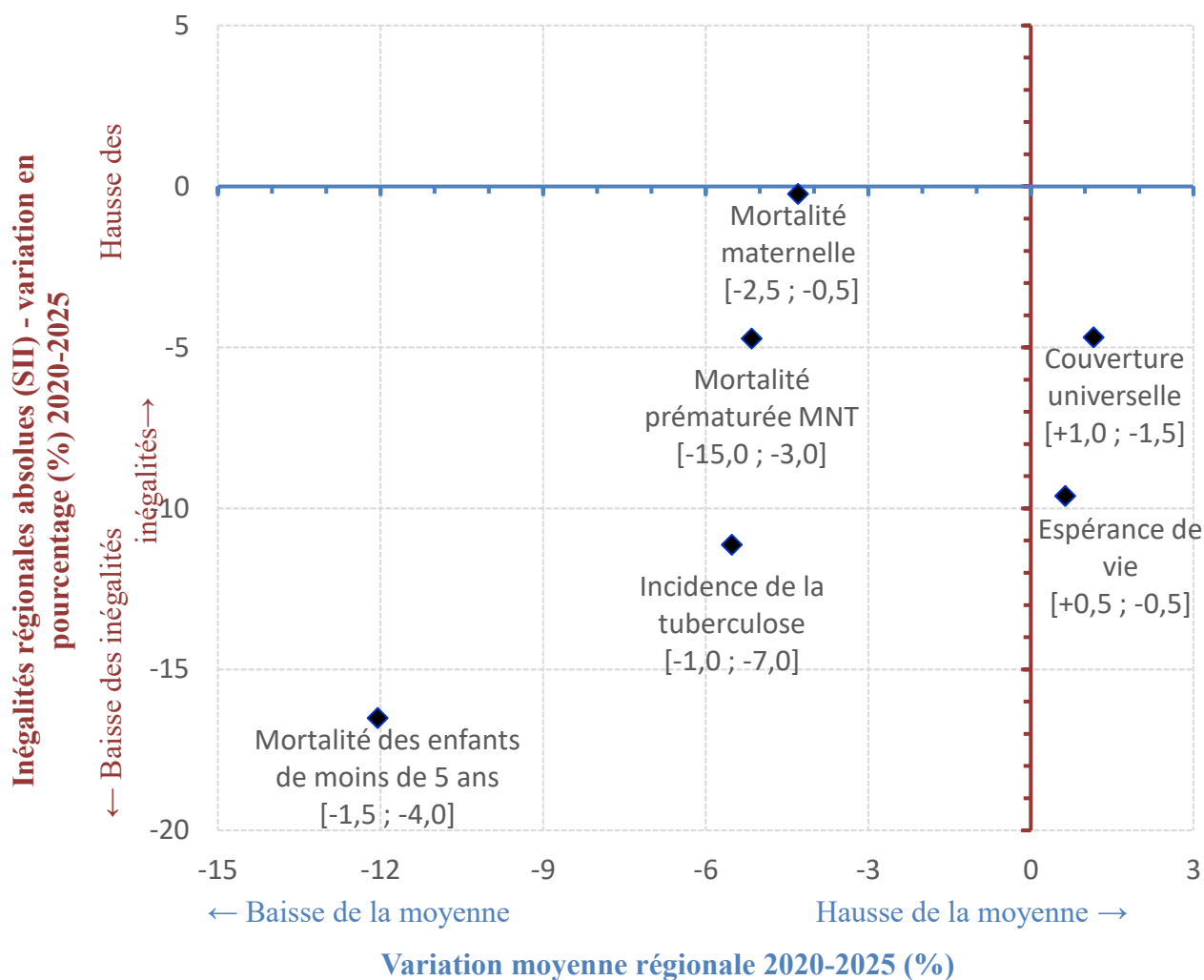
Source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2018.

52. La figure 10 illustre les résultats d'un exercice de prévision de l'équité en santé qui analyse l'espérance de vie à la naissance plus cinq indicateurs de santé de l'ODD 3 (taux de mortalité maternelle, mortalité des enfants de moins de 5 ans, mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles, incidence de la tuberculose et couverture universelle) pour la période 2020-2025. Pour chaque indicateur, la figure présente le taux de changement moyen régional (axe horizontal) et l'inégalité absolue en termes de changements le long de la courbe de revenu (axe vertical). Il y a deux chiffres entre crochets sous chaque indicateur de santé : le premier correspond à la valeur prévue pour l'indicateur et le second à la valeur prévue de l'inégalité absolue. En moyenne, on estime que tous les indicateurs s'améliorent, mais les tendances prévues d'amélioration des moyennes régionales et de réduction des inégalités représentent des changements modestes en termes d'ordre de grandeur.

53. Par exemple, le taux régional de mortalité des enfants de moins de 5 ans devrait diminuer, en moyenne, de 1,5 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2020 et 2025 (c'est-à-dire passer de 13,1 à 11,6 décès pour 1000 naissances vivantes). Selon les prévisions, son inégalité absolue devrait diminuer de 4 décès pour 1000 naissances vivantes au cours de la même période (c'est-à-dire de 25 à 21 décès pour 1000 naissances vivantes le long de la courbe de revenu). Le taux régional de mortalité maternelle, à son tour, devrait diminuer de 2,5 décès pour 100 000 naissances vivantes, et son écart

d'inégalité le long de la courbe de revenu ne devrait diminuer que de 0,5 décès pour 100 000 naissances vivantes.²¹ De telles analyses sont importantes dans la mesure où elles soulignent le fait que, bien que la Région dans son ensemble puisse atteindre l'objectif d'améliorer un résultat spécifique en matière de santé, elle pourrait ne pas être pas aussi performante pour ce qui est de réduire les inégalités en matière de santé pour ce résultat.

Figure 10. Prédiction des gains régionaux en matière de santé et d'équité dans les Amériques, 2020-2025



²¹ Les données prévisionnelles ont été produites par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), en modélisant les taux annualisés de variation par emplacement-année pour les 65 facteurs de risque de la charge mondiale de morbidité, le revenu par habitant, le niveau de scolarité atteint, la couverture de certaines interventions et le taux de fécondité total pour les moins de 25 ans dans le passé. Les analyses des inégalités de la santé sur la base de ces données prévisionnelles ont été produites par le BSP (EIH : Département des données probantes et des renseignements pour l'action en santé).

54. Face à ces perspectives, les États Membres ont besoin de ressources clés pour renforcer leurs systèmes de santé et de protection sociale afin de répondre aux besoins de santé. Ces ressources clés – humaines, technologiques et financières – sont indispensables à la transformation institutionnelle. Il s’agit notamment des compétences et de l’engagement des acteurs de la santé et des domaines connexes pour développer des modèles de soins fondés sur les personnes, les familles et les communautés, des ressources technologiques pour répondre aux besoins de santé de la population et des ressources publiques pour financer l’élaboration d’un modèle de soins fondé sur les conditions d’équité. Ces ressources clés présentent deux caractéristiques importantes : a) elles sont des conditions nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population et b) la disponibilité des ressources et leur affectation appropriée dépendent des processus politiques et institutionnels nécessaires.

55. Les capacités décisionnelles fondées sur des données probantes des autorités sanitaires doivent être priorisées. Cela comprend la capacité d’analyser les problèmes de santé, de déterminer l’impact de déterminants sociaux spécifiques sur la santé, de reconnaître les options stratégiques qui renforcent les interventions et d’améliorer la capacité des systèmes de santé à répondre aux besoins de santé. Les données au niveau régional et national sur la santé, y compris les informations socio-démographiques et d’autres variables, sont utiles pour décrire la situation sanitaire dans un macrocontexte. Toutefois, il est essentiel d’obtenir des informations au niveau infranational pour détecter et mesurer les problèmes qui étaient masqués auparavant. Cela peut améliorer la surveillance de la santé publique, la réponse aux situations d’urgence sanitaire et de catastrophe, et les alertes concernant les menaces qui pèsent sur la population. Grâce à l’analyse et à la synthèse de ces informations, les États Membres peuvent utiliser les données probantes de manière plus stratégique pour guider la mise en œuvre des politiques et stratégies visant à réduire les iniquités en matière de santé. Les compétences en application des connaissances devront être appliquées selon une approche multilingue et multiculturelle afin de diffuser les informations de manière transparente, en tirant pleinement parti des technologies et des réseaux sociaux disponibles. Ce domaine d’intervention permet de mieux faire connaître les problèmes particuliers qui guideront les investissements visant à améliorer la santé dans la Région.

Les objectifs de développement durable

56. La Région a obtenu des acquis importants sur le plan de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ; elle a atteint la plupart des cibles des OMD liés à la santé, à l’exception de la mortalité maternelle, de la santé génésique et de l’accès universel au traitement contre le VIH/sida. Toutefois, les disparités entre les pays et à l’intérieur des pays étaient moins visibles, et l’Organisation doit répondre aux besoins de santé des populations vivant dans des conditions de vulnérabilité. L’OPS a acquis une expérience considérable en travaillant à la réalisation des OMD : elle s’appuiera sur les enseignements tirés et les appliquera pour atteindre les ODD avec équité, conformément à l’engagement pris dans le Programme de développement durable à l’horizon 2030 de « ne laisser personne pour compte ». Le Bureau a effectué une

analyse interne de la façon dont les ODD relatifs à la santé sont liés aux différents programmes et résolutions de l'OPS et peuvent être traités dans le cadre de ceux-ci.²²

57. La santé dans le contexte des ODD relève principalement de l'ODD 3 (Bonne santé et bien-être) ; cependant, d'autres ODD traitent également de thématiques liées à la santé. Ces objectifs et cibles liés à la santé, parfois appelés collectivement ODD 3+, sont présentés dans le tableau 1. À la suite de l'approbation de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle en 2014,²³ la santé universelle est devenue la pierre angulaire de la réalisation d'un grand nombre des cibles liées à l'ODD 3 qui dépendent de la prestation de services de santé complets. La santé universelle et la réalisation de l'équité en santé dépendent de l'élimination progressive des obstacles géographiques, économiques, socioculturels, organisationnels et liés au genre qui empêchent différents groupes d'avoir un accès universel et en temps opportun à des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins. La réalisation de ces objectifs dépend également de l'action intersectorielle visant les déterminants sociaux de la santé.

Tableau 1. ODD directement liées aux activités de l'OPS

ODD	Nom	Cible(s)
1	Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde	1.5
2	Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable	2.1 et 2.2
3	Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge	Toutes
4	Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie	4.2
5	Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles	5.1, 5.2, 5.6 et 5.C
6	Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable	6.1, 6.2 et 6.3
7	Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable	7.1
8	Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous	8.8
10	Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre	10.2 et 10.7
11	Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables	11.2, 11.5, 11.6, 11.7 et 11.B
12	Établir des modes de consommation et de production durables	12.4
13	Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions	13.1, 13.2 et 13.B

²² OPS, The road to achieve the Sustainable Development Goals for health: preparing the Region of the Americas for the next 15 years, preliminary version, Sustainable Development and Health Equity (SDE) document interne 2015.

²³ OPS, Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (résolution CD53.R14), 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques.

ODD	Nom	Cible(s)
16	Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous	16.1 et 16.2
17	Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser	17.18

58. Étant donné que les contributions nationales aux cibles des ODD et leurs indicateurs respectifs sont définies par chaque pays, le BSP collaborera étroitement avec les États Membres pour définir, réaliser et suivre les progrès sur le plan de la réalisation de leurs objectifs spécifiques. Tout au long de la période du Plan stratégique 2020-2025, des interventions seront planifiées pour aider les États Membres qui ont besoin d'une coopération technique supplémentaire pour progresser vers et atteindre leurs cibles des ODD, en plus d'aider les États qui ont besoin de maintenir les progrès déjà réalisés. Une coopération technique sera également fournie aux pays pour les aider à intégrer les approches avec les thématiques transversales de l'OPS, de sorte que la réalisation des cibles des ODD contribue fortement à l'équité en santé et à l'égalité sur le plan du genre et des origines ethniques, dans un cadre des droits de l'homme dans la Région.

59. Enfin, étant donné que toutes les cibles de l'ODD 3+ ne relèvent pas directement de la responsabilité du secteur de la santé, et compte tenu de la nature intégrée et indivisible du Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'Organisation doit adopter une approche de santé dans toutes les politiques pour traiter des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. La santé dans toutes les politiques est définie comme une « le fait de tenir compte systématiquement, dans tous les secteurs, des conséquences sanitaires des décisions prises dans le cadre des politiques publiques, de rechercher des synergies et d'éviter les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé ».²⁴

Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030)












60. Le PASDA2030 a été approuvé par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017. Il représente « la réponse du secteur de la santé aux engagements pris par les États Membres de l'OPS envers le Programme de développement durable à l'horizon 2030, ainsi qu'au travail inachevé des objectifs du Millénaire pour le développement et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ; (...) et des défis en santé publique futurs ou émergents dans la Région. »²⁵ Les objectifs du PASDA2030 sont incorporés dans le Plan stratégique 2020-2025 en tant que résultats d'impact que la Région cherche à atteindre. Par conséquent, ce plan reflète bien les objectifs du PASDA2030 et les ODD liés à la santé.

²⁴ Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, 8^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, Helsinki, Finlande, 10-14 juin 2013.

²⁵ OPS, Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, par. 24.

61. Le Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS (et le plan suivant pour 2026-2031) sera le principal moyen de mise en œuvre du PASDA2030. Cela se reflète dans le Cadre programmatique de résultats, dans lequel les objectifs du PASDA2030 représentent le niveau d'impact et les résultats intermédiaires contribuent directement à leur réalisation (voir annexe A). Les objectifs sont présentés à la figure 11. En outre, les indicateurs de résultats intermédiaires et d'impact du présent plan permettent de mesurer la réalisation des cibles du PASDA2030 (voir annexe B). Le PASDA2030 stipule également que le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports sur les cibles du PASDA seront coordonnés dans le cadre des processus existants de rapport sur les indicateurs du Plan stratégique. Ceci comprend l'évaluation conjointe des indicateurs avec les États Membres à la fin de chaque période biennale, et elle sera complétée par des informations provenant d'autres plates-formes existantes, telles que la *Santé dans les Amériques*.

Figure 11. Objectifs du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030

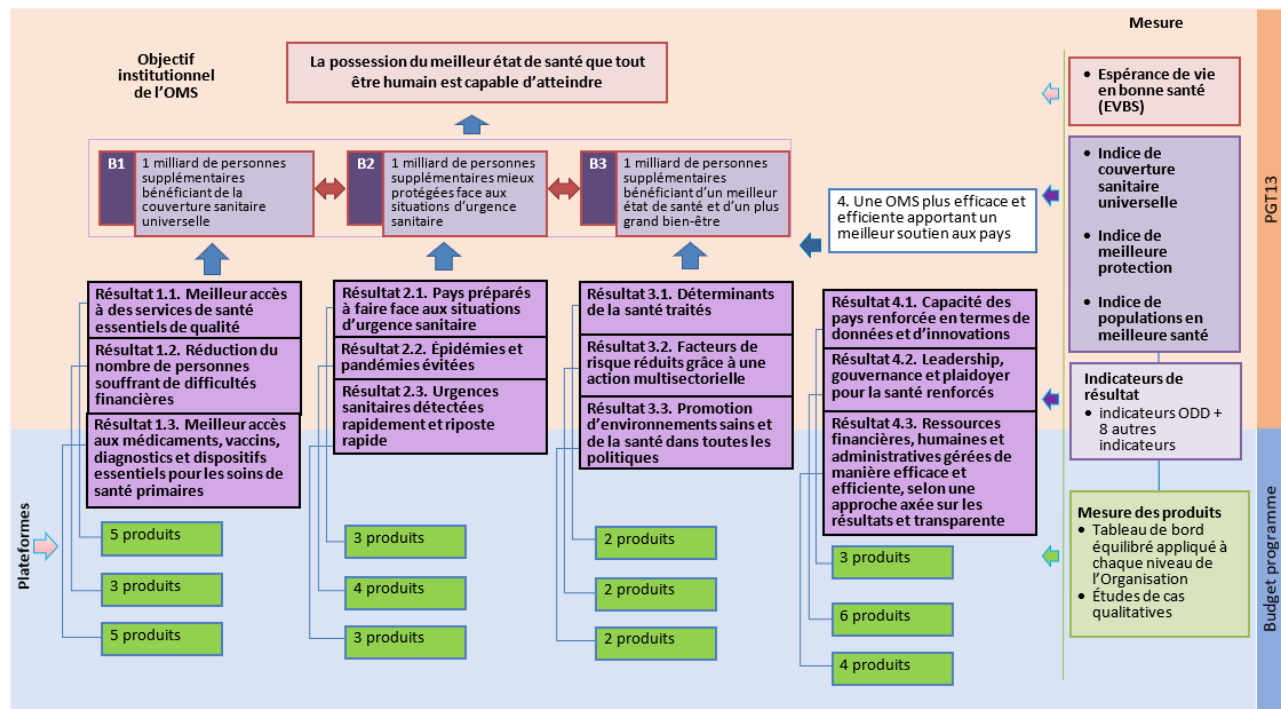
- 1  Élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies
- 2  Renforcer le rôle directeur et la gouvernance de l'autorité sanitaire nationale,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

Treizième Programme général de travail de l'OMS

62. Le 13^e Programme général de travail de l'OMS (13^e PGT) a été approuvé par la 71^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018, avec un ensemble de trois priorités stratégiques et d'objectifs associés pour la période de cinq ans : 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle, 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire et 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être (les cibles dites du « triple milliard »). Le 13^e PGT s'aligne sur la réponse de l'OMS aux ODD et il contient les changements stratégiques et organisationnels qui seront effectués au cours de sa mise en œuvre.

63. À la suite de l'approbation du 13^e PGT, l'OMS a continué d'élaborer son cadre de résultats associé, y compris un ensemble de 12 résultats (ou résultats intermédiaires) différents de ceux contenus dans le 13^e PGT lui-même. La figure 12 présente le cadre de résultats associés au 13^e PGT, y compris les cibles du triple milliard, plus un quatrième groupe qui se réfère principalement (mais pas exclusivement) aux fonctions du Secrétariat de l'OMS. L'OMS a également poursuivi l'élaboration du cadre d'impact du 13^e PGT, qui contient les cibles et les indicateurs destinés à rendre compte sur les résultats obtenus.

Figure 12. Cadre de résultats du 13^e PGT



64. Le Plan stratégique 2020-2025 fournit la réponse de la Région des Amériques aux engagements pris dans le 13^e PGT et ses documents connexes. Il détaille comment la chaîne de résultats régionale est alignée sur le Cadre d'impact du 13^e PGT et contribue à celui-ci (annexe B). L'harmonisation entre les cadres au niveau régional et mondial sera essentielle pour la mise en œuvre de ce plan et sa contribution aux processus mondiaux de suivi, d'évaluation et d'établissement de rapports. Le 13^e PGT couvre les années 2019 à 2023, y compris les budgets programmes de l'OMS pour 2020-2021 et 2022-2023, 2019 étant l'année de transition.

Mandats, stratégies et plans connexes

65. L'annexe D contient les plans d'action régionaux et mondiaux qui appuient déjà ou appuieront la réalisation des résultats intermédiaires pour 2020-2025. Les plans et stratégies régionaux qui seront examinés par les Organes directeurs de l'OPS entre 2020 et 2025 devront être élaborés conformément au présent Plan stratégique. Le BSP collaborera également avec les autorités sanitaires nationales pour promouvoir l'adoption de la chaîne de résultats du Plan stratégique 2020-2025 dans les plans, stratégies et politiques sanitaires infrarégionaux et nationaux, y compris la mesure des indicateurs pertinents et l'établissement de rapports sur ceux-ci.

Cadre de résultats programmatique

66. L'élément fondamental de ce plan est la nouvelle chaîne de résultats et les indicateurs connexes. La présente section, de pair avec les annexes A à E, constitue le fondement de la planification, du suivi et de l'évaluation des programmes de l'OPS pour les six prochaines années, conformément aux cadres énumérés dans la section précédente et en tenant compte de l'évolution du contexte sanitaire, ainsi que du contexte et des priorités de chaque pays. Elle décrit également la méthodologie d'établissement des priorités programmatiques pour les six années du Plan stratégique, les approches en matière de transparence, de responsabilisation et de gestion des risques, ainsi que les principaux mécanismes et stratégies de mise en œuvre, de suivi, d'évaluation et d'établissement de rapports.

Théorie du changement et nouvelle chaîne de résultats

67. Pour la période 2020-2025, l'OPS adopte une nouvelle chaîne de résultats. Par souci de clarté et pour en faciliter la compréhension, l'ensemble de la chaîne des résultats programmatiques contenant les résultats au niveau des impacts et les résultats intermédiaires a été déplacé à l'annexe A, qui fait partie intégrante du présent plan. Bien que les éléments de la chaîne de résultats soient nouveaux, elle fait appel à des concepts reconnus internationalement de résultats programmatiques au niveau des impacts, des résultats intermédiaires et des résultats immédiats, décrits ci-dessous et représentés graphiquement à la figure 13. La relation entre les éléments régionaux et mondiaux du cadre de planification est présentée explicitement à la figure 14. Les éléments régionaux ont été conçus pour permettre la reddition de comptes et l'établissement de rapports au niveau mondial (conformément à la fonction de l'OPS en tant que Bureau régional de l'OMS pour les Amériques) et pour refléter les besoins et les spécificités régionaux en matière de santé.

- a) Les **impacts** sont des changements durables dans la santé des populations, auxquels contribuent les États Membres de l'OPS, le BSP et d'autres partenaires. Ces changements seront évalués au moyen d'indicateurs d'impact qui reflètent une réduction de la morbidité ou de la mortalité ou des améliorations du bien-être de la population (p. ex. augmentation de l'espérance de vie en bonne santé). Par conséquent, la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS contribuera également à la santé et au développement aux niveaux régional et mondial. Les 11 objectifs du PASDA2030 définis par les États Membres en tant que réponse régionale aux ODD liés à la santé représentent les objectifs d'impact du présent Plan stratégique.
- b) Les **résultats intermédiaires** sont des changements collectifs ou individuels dans les facteurs qui ont une incidence sur la santé des populations, auxquels le travail des États Membres et du BSP contribuera. Il s'agit, entre autres, de l'accroissement de la capacité nationale, de l'élargissement de la couverture des services ou de l'accès aux services, ou de la réduction des risques liés à la santé. Les États Membres sont responsables de l'obtention des résultats intermédiaires

- en collaboration avec le BSP et d'autres partenaires de l'OPS. Les progrès réalisés sur le plan de l'obtention des résultats intermédiaires seront évalués à l'aide d'indicateurs correspondants qui mesurent les changements à l'échelle nationale ou régionale. Ils contribuent à la fois aux objectifs d'impact et aux résultats intermédiaires mondiaux liés au 13^e PGT de l'OMS. Bien que les résultats intermédiaires régionaux soient conçus pour s'aligner sur les résultats intermédiaires mondiaux et permettre une agrégation claire avec eux, les deux séries de résultats intermédiaires ne sont pas identiques. Les résultats intermédiaires régionaux traduisent le désir d'une plus grande granularité programmatique au niveau régional pour la planification et l'établissement des priorités, tout en tenant compte de la nécessité de promouvoir une approche intégrée de la coopération technique.
- c) Les **résultats immédiats** sont des changements dans les systèmes, services et outils nationaux découlant de la collaboration entre le BSP et les États Membres de l'OPS, dont ils sont conjointement responsables. Ces résultats immédiats comprennent, sans toutefois s'y limiter, les changements apportés aux politiques, stratégies, plans, lois, programmes, services, normes, règles ou directives nationaux. Les résultats immédiats seront définis dans le budget programme correspondant et seront évalués à l'aide d'un ensemble défini d'indicateurs de résultats immédiats qui mesureront la capacité du BSP d'influer sur ces changements.
- d) Les **produits et services** sont des livrables par rapport à un budget convenu dont le BSP est directement responsable pendant la période biennale. Les produits et services sont tangibles et observables. Ils sont élaborés par chaque entité du BSP afin d'opérationnaliser les livrables pour chaque période de deux ans du budget programme. Ils sont ensuite subdivisés en activités et tâches.

Figure 13. Théorie du changement pour le Plan stratégique 2020-2025

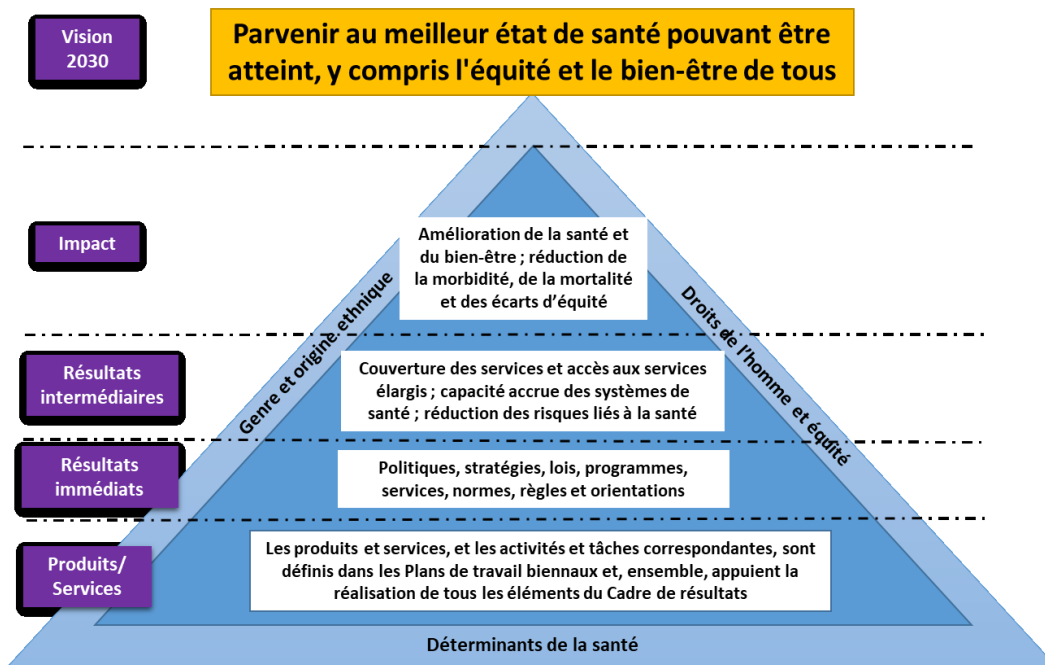
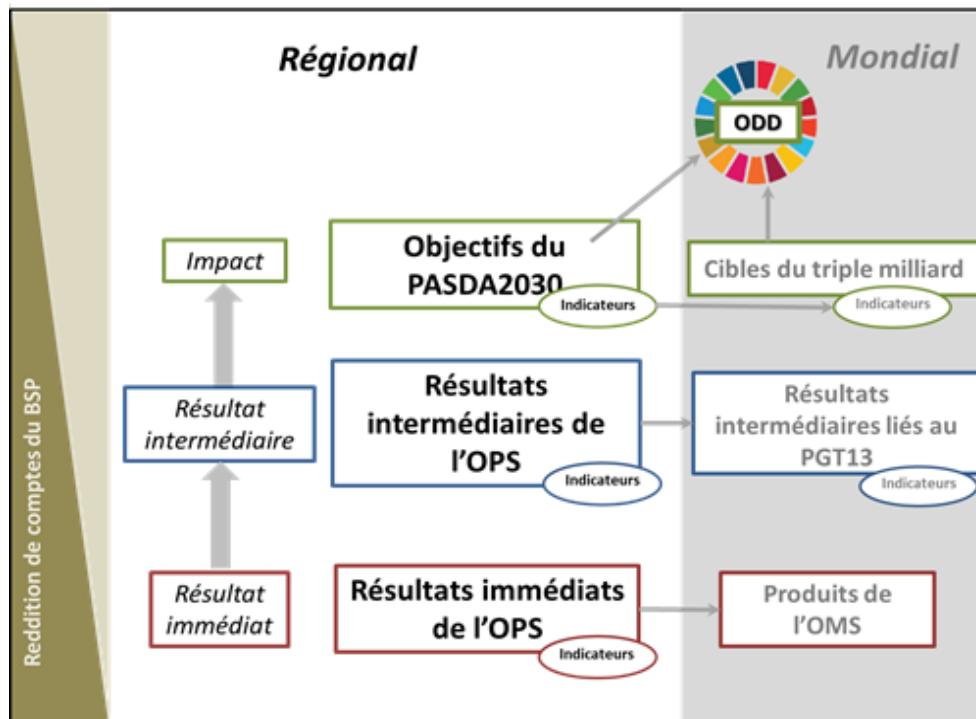


Figure 14. Chaîne de résultats de l'OPS et de l'OMS



68. Ce plan promeut une approche plus intégrée de la coopération technique, en mettant l'accent sur des services de santé complets, intégrés et de qualité, avec des systèmes basés sur les soins de santé primaires et utilisant des modèles de soins novateurs, conformément à l'engagement de l'Organisation en faveur de la santé universelle. L'accent sera également mis sur le renforcement de la capacité des autorités sanitaires nationales en matière de rôle directeur, de gouvernance et de coordination intersectorielle pour traiter des déterminants de la santé. Dans le même temps, l'Organisation continuera d'assurer une réponse rapide et efficace aux urgences sanitaires et aux catastrophes, de redoubler d'efforts pour maintenir les progrès réalisés en matière de santé (élimination des maladies, couverture vaccinale) et de coordonner la réponse aux problèmes transfrontaliers, y compris la transmission internationale des maladies et la promotion et la protection de la santé des migrants. Tout cela sera fait tout en s'efforçant de réaliser des progrès encore plus importants, comme reflété dans les cibles ambitieuses en matière d'impact et de résultats intermédiaires de la santé.

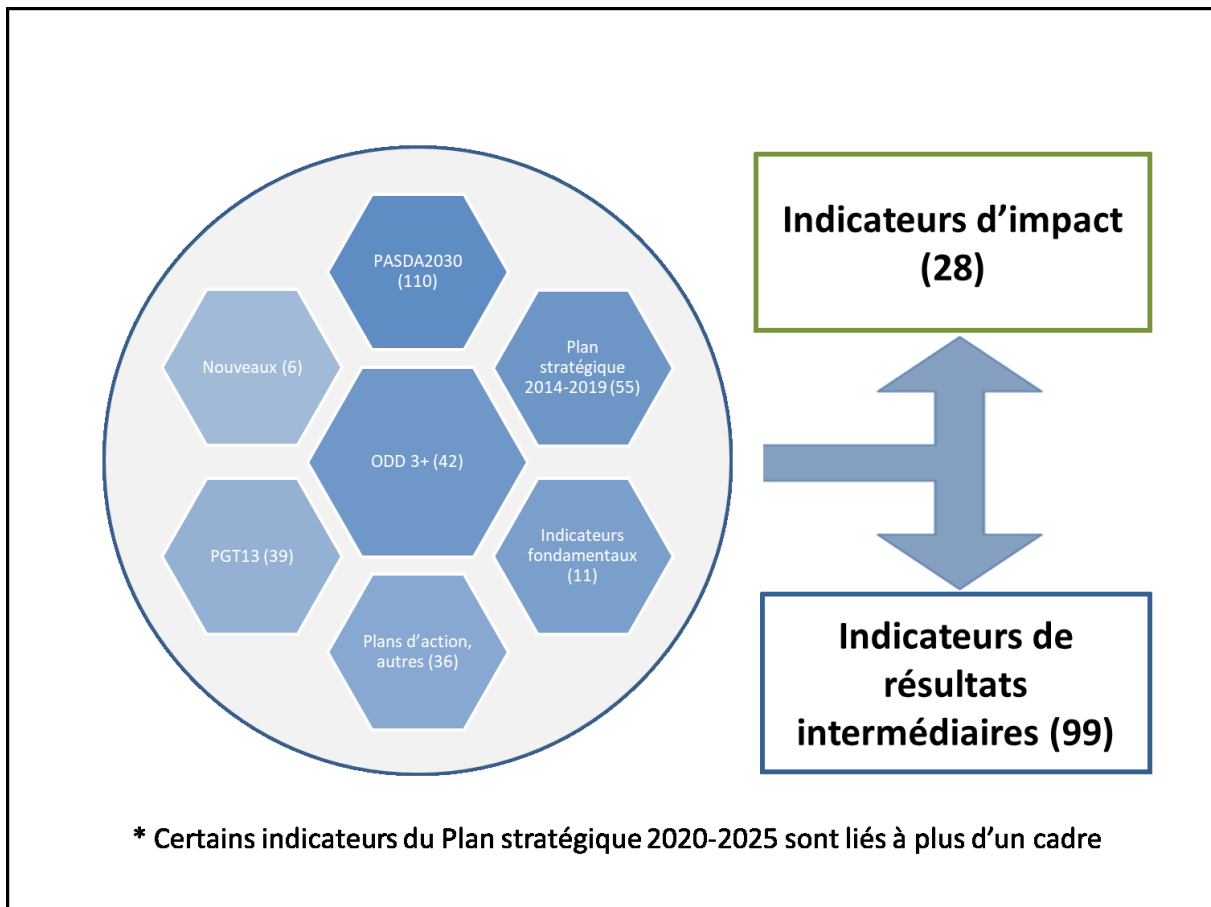
69. Les thématiques transversales de l'équité, du genre, de l'origine ethnique et des droits de l'homme structureront le Plan stratégique 2020-2025 et en constitueront la trame, reconnaissant les inégalités sous-jacentes dans la Région et la nécessité d'y remédier pour atteindre l'équité des résultats de la santé et les droits de l'homme pour tous. Cela n'est possible qu'en intégrant dans tous les programmes des approches équitables, sensibles à la dimension de genre, sensibles culturellement et fondées sur les droits de l'homme. Le résultat intermédiaire 26 assure la responsabilisation de l'intégration des thématiques transversales. Le plan vise à traiter des déterminants de la santé au moyen de résultats intermédiaires spécifiques liés au rôle du secteur de la santé dans la gouvernance de la santé, l'action intersectorielle et la promotion de la santé.

70. Si l'exécution du plan est conforme à l'orientation stratégique de l'Organisation, l'OPS sera en mesure, d'ici à 2025, de démontrer des améliorations sensibles de la santé de la population, en particulier celle des groupes vivant dans des conditions de vulnérabilité. Ceci, par définition, devrait entraîner une réduction des iniquités en matière de santé en réduisant les écarts à l'intérieur des pays et entre eux. Nous ne saurons dans quelle mesure ces efforts sont fructueux que si les pays sont en mesure de renforcer leurs systèmes d'information de manière à rendre compte des indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires sur la santé de façon désagrégée.

71. Les indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires constitueront la base principale pour mesurer le succès de la mise en œuvre du Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS. La figure 15 illustre l'ensemble des indicateurs provenant de diverses sources qui seront utilisés pour mesurer soit les impacts, soit les résultats intermédiaires. Pour chaque niveau de résultats, des indicateurs ont été élaborés à la suite d'un examen exhaustif des mesures et des exigences existantes afin d'évaluer les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des cibles des ODD, du PASDA2030, du 13^e PGT et des autres mandats régionaux et mondiaux pertinents. Il a également été tenu compte des indicateurs existants du Plan stratégique 2014-2019 qui ont été utiles pour mesurer les progrès accomplis. De plus, les meilleures pratiques ont été prises en compte dans l'élaboration

des indicateurs (à savoir qu'ils doivent être spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes et assortis de délais).

Figure 15. Élaboration des indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires pour le Plan stratégique 2020-2025



Priorisation

72. La méthode Hanlon adaptée à l'OPS²⁶ est reconnue par les États Membres comme une approche systématique, objective et robuste pour identifier les priorités de santé publique dans la Région. Par conséquent, le Groupe consultatif sur le Plan stratégique a formulé les recommandations suivantes :

²⁶ Le Cadre de stratification des priorités programmatiques, approuvé par les États Membres dans le Plan stratégique 2014-2019, a été un instrument clé pour guider l'allocation de toutes les ressources disponibles au BSP et pour cibler les efforts de mobilisation des ressources pour la mise en œuvre du Plan. La méthode Hanlon adaptée à l'OPS (résolution CD55.R2) a été avalisée par les États Membres en tant qu'instrument de mise en œuvre du Cadre et l'identification des priorités programmatiques du Plan.

- a) La méthode Hanlon adaptée à l'OPS continuera d'être utilisée pour identifier les priorités programmatiques du Plan stratégique 2020-2025, avec certaines variations dans les définitions des critères, compte tenu de la portée interprogrammatique des résultats intermédiaires.
- b) Les résultats intermédiaires seront l'élément à prioriser lors des consultations nationales.
- c) Des consultations nationales seront menées avant le début du Plan stratégique, sans autres itérations pour chaque budget programme comme cela a été fait dans le passé.

73. Des consultations nationales à l'échelle de la Région ont été tenues avec tous les pays et territoires afin d'appliquer la méthode Hanlon adaptée à l'OPS pour les résultats intermédiaires du Plan stratégique 2020-2025. Chaque consultation comprend des évaluations individuelles effectuées par des hauts responsables de la santé publique qui ont une compréhension globale du contexte national de la santé publique. Les résultats de chaque pays sont consolidés au niveau régional et éclairent les priorités programmatiques du Plan stratégique 2020-2025. Conformément au Cadre de stratification des priorités programmatiques de l'OPS, les résultats consolidés de la priorisation régionale seront essentiels à la mise en œuvre du Plan stratégique 2020-2025 et de ses budgets programmes, pour guider l'allocation des ressources et cibler les efforts de mobilisation des ressources. Les résultats obtenus par chaque pays étayeront la planification et la mise en œuvre de la coopération technique de l'Organisation.

74. L'annexe C présente les résultats régionaux consolidés des exercices de stratification des priorités programmatiques dans 47 pays et territoires, à la date de publication pour le Conseil directeur. Elle regroupe 25 des 28 résultats intermédiaires auxquels la méthodologie s'applique en trois niveaux de priorité : élevé, moyen et faible. Les résultats intermédiaires 26, 27 et 28 ont été exclus des consultations sur l'établissement des priorités en raison de leur nature institutionnelle. Le résultat intermédiaire 26 préconise l'intégration des thématiques transversales, tant au sein du BSP que dans les pays, en tant que mandats opérationnels. Les résultats intermédiaires 27 et 28 sont axés sur le renforcement des fonctions d'appui de l'Organisation pour faciliter l'exécution de la coopération technique. Ces résultats intermédiaires comprennent des fonctions et des services qui contribuent à renforcer le leadership et la gouvernance de l'OPS, ainsi que la transparence, la responsabilisation et la gestion des risques. Ils visent également à améliorer la planification stratégique, la coordination des ressources, la mobilisation des ressources et l'établissement de rapports, la gestion et l'administration, ainsi que les communications stratégiques.

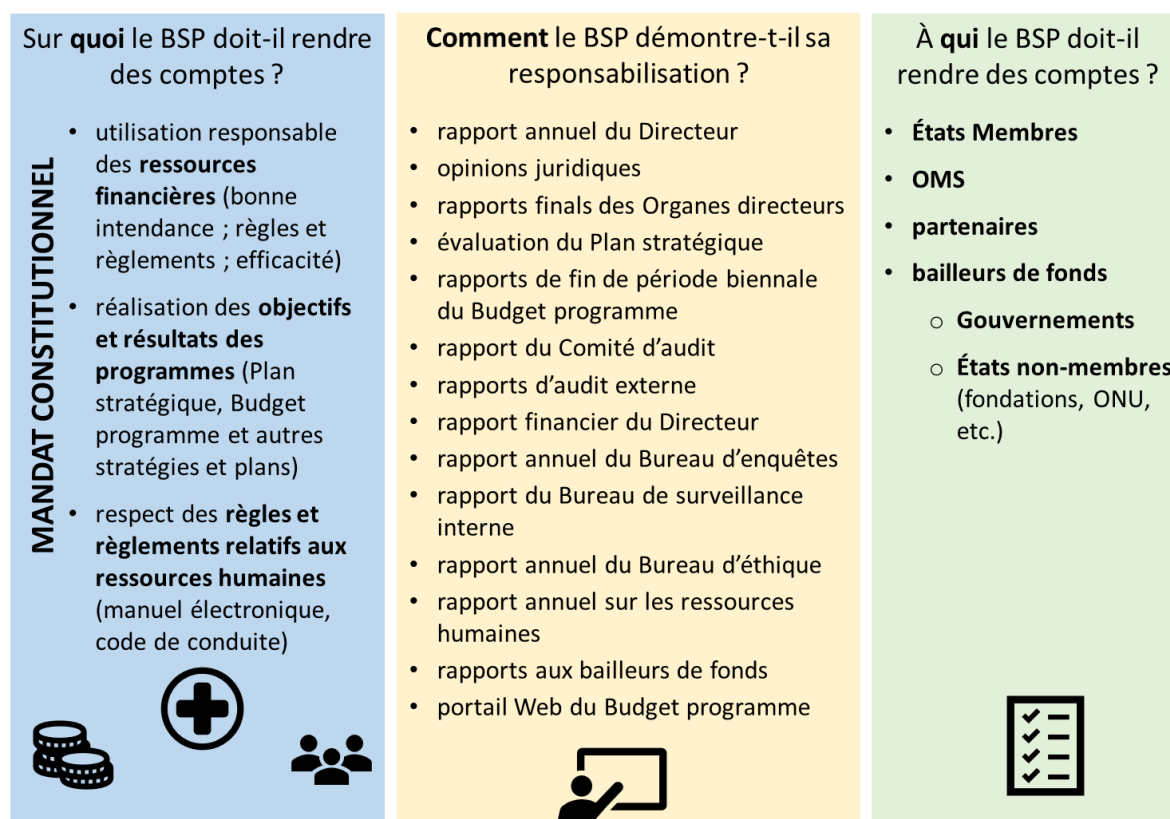
75. Il est important de souligner que tous les résultats intermédiaires constitueront des priorités pour l'Organisation, quel que soit leur classement. Néanmoins, les résultats intermédiaires qui se situent dans les deux premiers niveaux (niveaux élevé et moyen) seront reconnus comme étant les plus grands défis à relever dans la Région, pour lesquels la coopération technique de l'OPS est la plus nécessaire. L'Organisation se concentrera donc plus intensément sur ces domaines.

Transparence et responsabilisation

76. L'OPS s'attache à améliorer constamment et systématiquement ses mécanismes de responsabilisation institutionnelle et de transparence. De nombreux processus et mécanismes font partie de ce cadre, et le présent plan s'efforce pour la première fois de les regrouper en un seul et même endroit.

77. Pour la période 2020-2025, l'OPS s'appuiera sur un certain nombre de mécanismes pour donner aux États Membres et au public une vision transparente de ses activités (au moyen des documents des Organes directeurs accessibles au public, ainsi que des sites Web techniques, des sites Web des bureaux de représentation de l'OPS/OMS et du portail Web de l'OPS sur le budget programme). Ce plan présente les principaux mécanismes par lesquels le BSP assure la reddition de comptes et la transparence envers ses parties prenantes. La figure 16 décrit ce dont l'OPS est responsable, comment elle fait preuve de responsabilité et de transparence et à qui l'Organisation doit rendre des comptes.

Figure 16. Vue d'ensemble des mécanismes de responsabilisation de l'OPS



78. Une description de chacun de ces mécanismes figure à l'annexe E. En ce qui concerne le présent Plan stratégique, la responsabilisation programmatique est démontrée principalement au moyen des instruments décrits ci-dessous à la rubrique « Mise en œuvre, suivi, évaluation et rapports ».

Gestion des risques

79. Le Plan stratégique 2014-2019 a identifié plusieurs risques susceptibles d'avoir une incidence sur la réalisation des objectifs stratégiques du BSP pour chacune des six catégories. L'inclusion de ces risques dans le Plan a ajouté une valeur significative au suivi de sa mise en œuvre tout au long des trois cycles de plan de travail biennal. Sur la base de cette première expérience d'identification et d'évaluation des risques, le BSP a établi un système plus formel et systématique pour permettre à l'Organisation d'utiliser une approche de gestion intégrée des risques pour l'identification, le suivi et l'atténuation des risques.

80. Tirant parti de cette expérience, le Plan stratégique 2020-2025 a identifié 11 risques clés, y compris leurs répercussions négatives potentielles sur la réalisation des résultats intermédiaires du Plan et a aussi mis au point des outils pour les atténuer. Les principaux risques identifiés pour 2020-2025 sont résumés ci-après :

- a) L'insuffisance des ressources ou la baisse des investissements dans le domaine de la santé peut entraver la réalisation des cibles du Plan stratégique et des ODD liés à la santé.
- b) L'ampleur croissante des crises humanitaires récurrentes et nouvelles peut avoir une incidence sur les résultats de santé.
- c) Un accent inégal dans l'ensemble des priorités de santé peut affecter les résultats pour certains objectifs programmatiques. Une des situations les plus difficiles et les plus délicates pour les autorités nationales est de maintenir l'équilibre entre des demandes et des pressions concurrentes. Le risque existe que l'on se concentre sur les demandes les plus urgentes et retarde les actions nécessaires pour avoir un impact sur les déterminants sociaux de la santé et réduire les iniquités.
- d) Compréhension insuffisante des avantages intersectoriels des programmes de santé publique pour les objectifs stratégiques nationaux. Par rapport à d'autres secteurs, le secteur de la santé fait souvent face à des défis lorsqu'il s'agit d'obtenir une reconnaissance et des ressources appropriées en fonction de la valeur ajoutée de la santé publique pour la réalisation des objectifs de développement durable en général.
- e) L'allocation des ressources pour répondre aux situations d'urgence peut entraîner un épuisement des ressources provenant d'activités programmatiques à long terme. Étant donné la fréquence croissante des situations d'urgence, ce risque est de plus en plus grand pour les États Membres et pour les opérations du BSP. Une préparation durable exige des systèmes de santé résilients et réactifs ainsi qu'une action multisectorielle.

-
- f) Les systèmes d'information sur la santé qui produisent des données désagrégées limitées ou incomplètes sur les déterminants sociaux de la santé.²⁷
 - g) L'effondrement ou la crise de la gouvernance à l'intérieur des États Membres ou entre eux, à l'OPS ou au sein d'autres organisations internationales a un impact sur la prestation des services dans le secteur de la santé.
81. Les approches suivantes ont été identifiées pour atténuer ces risques :
- a) Engager un dialogue politique de haut niveau pour s'assurer de l'engagement des États Membres et des partenaires à investir et à financer des programmes de santé prioritaires axés sur l'équité en santé.
 - b) Mettre en œuvre de nouvelles modalités de coopération technique telles que la coopération Sud-Sud, la coopération entre pays pour le développement de la santé (CCHD) et la coopération triangulaire pour mieux répondre aux priorités et besoins des pays à tous les niveaux de l'Organisation.
 - c) Promouvoir la coopération régionale entre les États Membres, les entités des Nations Unies et les organisations non gouvernementales.
 - d) Plaider en faveur de l'investissement et de l'amélioration des systèmes d'information intégrés pour la santé ayant la capacité de produire et d'analyser des données désagrégées sur la santé pour la prise de décision et le suivi.
 - e) Renforcer la capacité des pays à remplir les fonctions essentielles de santé publique, y compris l'accroissement de la capacité des systèmes de santé de répondre aux nouvelles demandes dues aux mouvements migratoires.
 - f) Assurer un suivi de l'impact des faiblesses de la gouvernance sur les populations vivant dans des conditions de vulnérabilité.
 - g) Utiliser les mécanismes existants pour obtenir des prix abordables pour les vaccins, les médicaments, les équipements.
 - h) Assurer un suivi, anticiper et se préparer à atténuer les conséquences sanitaires des situations d'urgence et des catastrophes, en améliorant la préparation, la riposte et la résilience à l'échelle nationale.
 - i) Plaider en faveur d'une approche multisectorielle, de l'ensemble du gouvernement et de l'ensemble de la société, favoriser les opportunités et les plates-formes pour accroître le dialogue intersectoriel, promouvoir l'inclusion des acteurs non étatiques, renforcer les compétences des homologues nationaux dans la négociation, la planification et le dialogue stratégique et appuyer les capacités réglementaires nationales.

²⁷ Ce risque demeure pertinent parce qu'il affecte la capacité de suivre les progrès accomplis et de prendre des décisions éclairées sur les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats de santé convenus. Dans le cadre du Plan stratégique précédent, ce risque était une des priorités essentielles et il y a eu un revirement notable dans la volonté des pays d'accorder une importance à cette question

82. En plus des risques liés aux principaux résultats intermédiaires établis dans le Plan stratégique, le BSP continuera de gérer les risques susceptibles d'affecter ses propres capacités, sa crédibilité, sa réputation et sa performance. Dans ce contexte, le BSP a identifié quatre risques clés :

- a) Les cyberattaques contre le BSP peuvent affecter l'intégrité des données et la disponibilité des systèmes pour appuyer les opérations, les communications et la collaboration avec les États Membres. Un programme de sécurité de l'information détaillé a été élaboré, y compris des outils technologiques à la pointe du secteur, ainsi qu'une formation pour mieux sensibiliser et assurer la conformité aux procédures de sécurité de l'information.
- b) Les compétences du personnel ne sont pas toujours alignées sur les besoins changeants de la coopération technique : la Stratégie de l'OPS en matière de personnel 2015-2019 prévoit une redéfinition régulière du profil des postes existants, la planification de la relève en prévision des retraites prévues et l'élargissement de la gestion des talents au sein du personnel existant au moyen d'un programme d'apprentissage et de perfectionnement renforcé.
- c) Potentiel de fraude, de conflit d'intérêts ou d'inconduite susceptible de porter atteinte à la réputation du BSP : le BSP a élaboré une nouvelle politique sur la prévention de la fraude et des fautes graves ainsi que sur la formation obligatoire du personnel pour accroître la sensibilisation de ce dernier à ces questions.
- d) Une responsabilisation insuffisante peut avoir un impact sur la conformité aux politiques de contrôle interne. La gestion de ce risque est nécessaire pour fournir l'assurance à la direction du BSP, aux entités de contrôle interne et externe et aux États Membres que les contrôles internes du BSP fonctionnent de manière efficace. Pour atténuer ce risque, le BSP a mis en œuvre et continuera d'améliorer un programme de conformité avec l'aide de la technologie.

83. Des améliorations continues au Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) facilitent la transparence et la responsabilisation à tous les niveaux organisationnels, en appuyant la première ligne de responsabilité – représentée par les gestionnaires et le personnel – et en renforçant de façon proactive la deuxième ligne de responsabilité, représentée par les contrôles internes, la gestion des risques et la conformité, le tout complété par des examens indépendants des fonctions de contrôle du BSP.

Mise en œuvre, suivi, évaluation et rapports

84. La mise en œuvre, le suivi, l'évaluation et l'établissement de rapports font partie intégrante du cadre de gestion axée sur les résultats de l'OPS et reflètent l'engagement de l'Organisation à améliorer constamment la responsabilisation et la transparence. La présente section décrit le processus conjoint de suivi, d'évaluation et de rapports sur la mise en œuvre du Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS et de chaque budget programme correspondant. Ce processus s'appuie sur les enseignements tirés de la mise en œuvre du

Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, le premier à être suivi et évalué conjointement avec les États Membres.

85. Le Plan stratégique comprend un ensemble d'indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires définis dans le cadre d'un processus consultatif entrepris avec le SPAG et les équipes techniques du BSP. Ces indicateurs reflètent l'engagement de l'Organisation à atteindre les cibles fixées dans le PASDA2030, les ODD liés à la santé, le cadre d'impact du 13^e PGT et d'autres mandats régionaux et mondiaux. La performance de l'OPS fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation en mesurant les progrès réalisés sur le plan de la réalisation des cibles d'impact et de résultats intermédiaires. L'engagement de tous les pays et territoires à présenter des rapports sur les indicateurs sera nécessaire pour assurer efficacement le suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique. Le BSP travaillera en étroite collaboration avec les pays et territoires tout au long du processus de suivi, d'évaluation et d'établissement de rapports.

86. Les résultats d'impact et les résultats intermédiaires seront évalués conjointement sur la base des données fournies par les États Membres et communiqués au Bureau, ou provenant de toute autre source officielle. Les indicateurs d'impact feront l'objet d'un suivi principalement dans le cadre de l'Initiative régionale sur les données de santé fondamentales et les profils par pays (RCHDI) de l'OPS et d'autres bases de données de référence. Les indicateurs de résultats intermédiaires seront évalués principalement dans le cadre du système de suivi du Plan stratégique de l'OPS, élaboré en réponse au mandat des États Membres pour le suivi et l'évaluation conjoints des indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats (résolution CD52.R8[2013]). Pour les deux niveaux, un recueil d'indicateurs comportant des définitions types et des critères de mesure a été élaboré afin de normaliser le suivi, l'évaluation et la présentation de rapports.

87. Le plan fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation biennaux et un rapport sera présenté aux Organes directeurs au cours du cycle suivant la fin de chaque période biennale. L'évaluation de fin de période biennale fournira une évaluation complète de la performance de l'OPS, y compris une évaluation des progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles des résultats intermédiaires et d'impact et de la réalisation des résultats immédiats du budget programme. Les évaluations de fin de période biennale serviront de base pour faire rapport aux États Membres sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan stratégique et guideront les ajustements intermédiaires éventuellement nécessaires. Une évaluation finale sera effectuée à la fin de la période couverte par le Plan stratégique.

L'évolution du rôle de l'OPS dans le développement de la santé

88. En réponse à l'évolution de l'environnement sanitaire régional et mondial, l'OPS adapte et développe ses capacités pour s'assurer qu'elle reste « adaptée à son objectif », capable de fournir le soutien le plus efficace et le plus efficient possible à ses États Membres qui cherchent à améliorer collectivement et individuellement la santé et le bien-être dans la Région. La présente section présente une nouvelle façon d'examiner les besoins en matière de santé et met en lumière certaines modalités clés de la coopération technique fournie par le Bureau.

Nouvel indice des besoins de santé

89. La dernière mise à jour de l'indice des besoins en santé (HNI) de l'OPS remonte à 2012 (voir la *Politique budgétaire de l'OPS*, document CSP28/7). Le HNI a été élaboré conjointement avec les États Membres et avait deux objectifs principaux : a) déterminer quels pays des Amériques devraient être considérés comme des « pays clés », c'est-à-dire ceux qui ont le plus besoin de l'aide de l'OPS, et b) calculer la composante fondée sur les besoins de la formule de la politique budgétaire pour 2012. Pour le Plan stratégique 2020-2025, les États Membres ont demandé l'élaboration d'un nouvel indice des besoins en santé et d'une nouvelle politique budgétaire fondée sur les enseignements tirés de l'expérience des HNI précédents.

90. Dans le cadre du processus d'élaboration du Plan stratégique 2020-2025, le BSP a collaboré avec le Groupe consultatif sur le Plan stratégique pour élaborer un nouvel indice des besoins et une nouvelle politique budgétaire. Plusieurs options pour améliorer le HNI 2012 ont été analysées. Après un examen approfondi, le SPAG a appuyé l'indice de santé durable élargi Plus (SHIe+), qui est calculé selon la formule suivante :

$$SHI_{e+} = (I_{\text{résultat de santé}} \times I_{\text{accès à la santé}} \times I_{\text{inégalité}} \times I_{\text{économique}} \times I_{\text{sociale}} \times I_{\text{environnementale}})^{1/6}$$

91. Les six dimensions de l'indice, avec leurs indicateurs indirects, sont définies comme suit :
- résultat de santé* : espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) à la naissance
 - accès à la santé* : proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié (%) et couverture vaccinale avec le DTC3 (%)
 - inégalité* : coefficient de Gini de l'inégalité des revenus
 - économique* : revenu national brut par habitant (US\$)
 - sociale* : années d'études
 - environnementale* : proportion de la population utilisant un approvisionnement amélioré en eau (%)

92. Le SHIe+ apporte des changements importants en vue d'élargir le champ d'application du HNI 2012. Il corrige les limites du calcul arithmétique précédent en utilisant la moyenne géométrique à la place.²⁸ Tout en maintenant les deux dimensions économiques incluses dans le HNI 2012, le SHIe+ ajoute l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé, une mesure qui est facilement disponible et utilisée par l'OMS. Il ajoute également un indicateur indirect de l'accès à la santé, mesuré par la combinaison de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié et de la couverture vaccinale du DTC3. Il comprend également deux indicateurs indirects des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Dans l'ensemble, le SHIe+ est un moyen plus robuste et plus complet de mesurer les besoins des pays des Amériques en matière de santé.

93. Dans le contexte du Plan stratégique 2020-2025, le SHIe+ 2019 sera utilisé aux mêmes fins que le HNI 2012 : identifier les pays clés pour la coopération technique et calculer la composante de la politique budgétaire 2019 basée sur les besoins. L'intention est de calculer l'indice des besoins une seule fois tous les six ans, au début de chaque période de planification stratégique. Le document de politique budgétaire présente le calcul du SHIe+ 2019 (document CE164/14, annexes A et B) et indique les fondements de la désignation des pays clés pour la période 2020-2025. Traditionnellement, les huit pays au bas du classement des besoins de santé, correspondant au quintile inférieur, sont désignés comme pays clés.

Pays clés

94. Depuis 2002, l'OPS utilise la désignation « pays clé » (parfois synonyme de « pays prioritaire ») pour identifier les pays prioritaires en termes d'allocation de ressources et de coopération technique. Sur la base du nouvel indice de santé durable élargi Plus, qui mesure le développement économique, social et environnemental, les pays suivants sont proposés comme pays clés pour la période 2020-2025 (par ordre alphabétique) : **Belize, Bolivie, Guatemala, Haïti, Honduras, Nicaragua, Paraguay et Suriname**. Cette liste diffère de celle de 2014-2019 avec le retrait du Guyana, dont les indicateurs de développement montrent une force relative, et l'ajout du Belize, dont les indicateurs ont baissé en termes relatifs par rapport à la situation de 2012.

95. La désignation d'un « pays clé » implique la priorisation de ce qui suit :

- a) **Instruments de planification** : la priorité est accordée aux pays clés en termes d'élaboration d'une stratégie de coopération avec les pays, ainsi que pour le soutien à l'élaboration de plans et de politiques sanitaires nationaux.
- b) **Allocation de ressources** : le BSP priorisera l'allocation de l'espace budgétaire (conformément à la politique budgétaire de 2019) et des ressources financières

²⁸ La moyenne géométrique a l'avantage de ne pas permettre qu'une valeur élevée puisse compenser une valeur faible. Elle est reconnue comme une bonne pratique et est utilisée dans l'Indice de développement humain et d'autres indices comparables.

- pour les pays clés avant toutes les autres entités de l'Organisation afin d'assurer la pleine capacité opérationnelle pour soutenir ces pays.
- c) **Coopération technique** : en plus d'assurer la pleine capacité des bureaux de représentation de l'OPS/OMS dans les pays clés, l'Organisation accordera à ces pays la priorité absolue dans l'exécution de la coopération technique aux niveaux régional et infrarégional, y compris pour la riposte aux situations d'urgence.
 - d) **Soutien administratif apporté par le siège de l'OPS** : dans de nombreux pays clés, il y a des problèmes d'infrastructure, de dotation en personnel et de sécurité, et le BSP accordera la priorité aux mesures visant à garantir que tous les bureaux dans les pays clés sont sûrs et opérationnels à tout moment.

Accords de coopération technique au niveau national

96. En 2018, 15 pays de la Région avaient conclu des accords de coopération technique avec le Bureau au niveau national, avec des financements appelés des contributions volontaires nationales (CVN). Ces accords portent sur des livrables spécifiques pour lesquels les autorités nationales ont déterminé que le Bureau peut apporter une valeur ajoutée significative et qui sont alignés sur les priorités de coopération technique de l'OPS telles que définies dans son Plan stratégique et ses budgets programmes. Toutes les activités du BSP dont les financements proviennent d'accords nationaux font partie intégrante du travail technique de l'Organisation pour répondre aux besoins de santé des pays concernés. Par ailleurs, le Bureau assure le « recouvrement intégral des coûts » pour ces activités afin d'éviter de subventionner les accords nationaux avec des fonds provenant du budget programme.

Coopération entre les pays pour le développement de la santé (coopération Sud-Sud)

97. Au cours de la dernière décennie, le ferme soutien politique des États Membres de l'OPS a placé la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire au centre du développement. Cela se reflète non seulement dans le Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement, mais est également noté en tant que mécanisme important pour le nouveau Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les objectifs de développement durable. Par ailleurs, à la suite de la deuxième Conférence de haut niveau des Nations Unies sur la coopération Sud-Sud (mars 2019), les États Membres ont renouvelé leur engagement envers les divers modalités et principes de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire. En collaboration avec le Bureau des Nations Unies pour la coopération Sud-Sud et d'autres agences, fonds et programmes, l'OPS travaillera à l'élaboration de la prochaine stratégie pour la coopération Sud-Sud de tout le système des Nations Unies dans le but de démontrer la contribution de cette modalité à la réalisation des cibles nationales, régionales et mondiales de la santé.

98. L'OPS continuera de promouvoir la coopération entre les pays en établissant des liens entre les problèmes de santé publique nouveaux et ré-émergents d'un pays et les

capacités existantes et les solutions éprouvées dans les autres États Membres. Cela maximisera la valeur ajoutée de la coopération technique non seulement en tirant parti de l'expertise au sein du Bureau, mais surtout en identifiant et en mobilisant des ressources financières et des compétences techniques au sein des pays eux-mêmes.

Coopération technique infrarégionale

99. Les activités infrarégionales de l'OPS complètent la coopération technique nationale et régionale, en mettant l'accent sur la prestation d'une coopération technique en matière de santé aux mécanismes d'intégration infrarégionale dans les Caraïbes, en Amérique centrale et en Amérique du Sud. Les programmes infrarégionaux jouent un rôle important pour assurer la convergence des politiques de santé entre les zones géographiques infrarégionales et au sein de ces zones. L'OPS facilite les discussions entre les mécanismes d'intégration sous-régionaux et au sein de ceux-ci sur les questions de santé pertinentes qui se prêtent à une action infrarégionale, facilite la coopération entre les pays et les mécanismes d'intégration et encourage la coopération technique Sud-Sud entre les sous-régions.

100. L'OPS entretient des relations officielles avec un certain nombre de grands mécanismes d'intégration infrarégionale, notamment la CARICOM (Communauté des Caraïbes), le SICA (Système d'intégration de l'Amérique centrale), le COMISCA (Conseil des ministres de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine), le Projet d'intégration et de développement méso-américain, ORAS-CONHU (Agence andine de la santé-Accord Hipólito Unanue), ACTO (Organisation du Traité de coopération amazonienne), le MERCOSUR (Marché commun du Sud) et UNASUR (Union des nations sud-américaines).

101. Les mécanismes d'intégration infrarégionale ont un avantage comparatif important, à savoir leur pouvoir de mobilisation. La valeur ajoutée du programme infrarégional consiste à appuyer le mécanisme d'intégration avec des données probantes sur les questions de santé importantes et émergentes qui peuvent être traitées dans divers forums infrarégionaux. La coopération technique infrarégionale a notamment permis la prise de décisions de haut niveau dans des domaines clés tels que les maladies non transmissibles, le VIH, l'égalité des genres en matière de santé, la santé interculturelle et le changement climatique.

Biens régionaux et mondiaux

102. Afin de rationaliser les processus de bout en bout pour la fourniture de coopération technique et de renforcer le travail normatif de l'Organisation, et conformément au concept de biens mondiaux de l'OMS dans le 13^e PGT,²⁹ l'OPS identifiera les biens régionaux, le cas échéant, qui contribuent aux biens mondiaux de l'OMS. Ces biens auront un lien direct avec les fonctions essentielles de l'OPS. En élaborant des biens régionaux pour les Amériques, l'OPS adoptera et adaptera les biens mondiaux au niveau régional, le cas échéant. Cela permettra d'atteindre un degré élevé de spécificité régionale, infrarégionale et nationale tout en facilitant l'établissement de rapports au niveau mondial.

²⁹ Les biens mondiaux de l'OMS sont les normes, les règles, les conventions, les données, la recherche, les innovations, les biens multilatéraux et les fonctions ou livrables du Secrétariat de l'OMS qui sont produits par l'Organisation afin d'assurer l'accès à des informations stratégiques et faisant autorité d'une façon dont il est possible de démontrer qu'elle améliore les résultats intermédiaires de la santé et le bien-être.

Budgétisation et financement stratégiques

103. La présente section donne un aperçu des tendances générales de la situation financière de l'OPS et indique la voie à suivre pour les six prochaines années en termes de politique budgétaire, de mobilisation de ressources ciblées et de gestion des ressources.

Politique budgétaire régionale

104. La présente section du Plan stratégique 2020-2025 fournit un résumé de haut niveau de la politique budgétaire 2019 de l'OPS (document CD57/5). La politique budgétaire répond à la recommandation formulée par les États Membres de l'OPS lors du 56^e Conseil directeur (septembre 2018) de remplacer la précédente politique régionale du budget programme (RPBP) approuvée en 2012. La politique est devenue peu pertinente depuis que l'approche du « budget intégré » a été introduite pour la période biennale 2016-2017, dans la mesure où elle s'appliquait exclusivement au « budget ordinaire » de l'OPS (contributions fixées plus recettes diverses), qui ne servait plus de base à la budgétisation.

105. L'intention de la nouvelle politique budgétaire est de fournir une base empirique fondée sur des données probantes pour l'affectation des enveloppes budgétaires aux différents États Membres de l'OPS, tout en laissant suffisamment de souplesse au BSP pour qu'il puisse répondre à l'évolution des considérations politiques et techniques. Cette politique est conçue pour « guider et non lier » les allocations budgétaires pendant la période couverte. Elle intègre les enseignements tirés au niveau régional (politiques budgétaires antérieures de l'OPS et évaluations de ces politiques) et au niveau mondial (exercice d'allocation stratégique de l'espace budgétaire en 2015).

106. La politique budgétaire de 2019 repose sur le calcul d'une formule, mais elle permet également d'apporter des ajustements transparents et justifiés à la formule pour s'assurer qu'elle demeure pertinente et utile pendant toute la période de planification. Il est proposé d'appliquer progressivement la formule, plus tout ajustement manuel, sur la période de six ans du Plan stratégique 2020-2025. Les rapports sur la mise en œuvre de la politique budgétaire seront intégrés dans les rapports de fin de période biennale de l'OPS pour les budgets programmes respectifs (2020-2021, 2022-2023 et 2024-2025) dans le cadre du présent Plan stratégique.

Modalités de financement de l'OPS

Contributions fixées

107. Les contributions fixées des États Membres de l'OPS sont restées stables au cours des trois dernières périodes biennales. Auparavant, il y avait eu des augmentations biennales se situant entre 3 % et 4 % pour les périodes biennales 2008-2009 à 2012-2013.

108. Le niveau des contributions fixées de l'OPS a représenté environ un tiers du budget total au cours de la dernière décennie, avec quelques variations dans la mesure où le budget a diminué et augmenté. La croissance zéro des contributions fixées équivaut à une diminution effective, puisque les coûts couverts par les contributions fixées (principalement les frais de personnel et les frais administratifs) continuent d'augmenter régulièrement. Pour les périodes biennales couvertes dans le cadre du présent Plan stratégique 2020-2025, il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble de la manière de financer les activités de l'Organisation.

Contributions volontaires (et autres sources)

109. Si la dernière décennie a été marquée par une série de crises économiques, à commencer par la crise financière mondiale de 2008-2009, ces défis se sont atténués ces dernières années à mesure que l'économie mondiale s'est renforcée. Malgré ces améliorations, les analyses suggèrent que l'on s'attend à de nouveaux reculs ou à une croissance négligeable du produit intérieur brut (PIB) par habitant en Amérique latine et dans les Caraïbes.³⁰ C'est dans ce contexte, et à la lumière des défis constants que pose le financement de l'aide au développement dans les Amériques, que l'Organisation s'efforce de mobiliser des contributions volontaires pour soutenir la santé dans les Amériques. L'année 2016 a été un point d'inflexion important pour l'Organisation, puisque c'est cette année-là que la baisse du financement par des contributions volontaires enregistrée depuis cinq ans s'est inversée. La durabilité de ce changement reste encore à déterminer, mais il s'agit d'une évolution positive compte tenu de la tendance antérieure difficile. La mobilisation régionale des ressources a été particulièrement affectée par la décision de nombreux partenaires traditionnels de concentrer leurs ressources volontaires sur des pays extérieurs aux Amériques, étant donné le niveau de développement socioéconomique atteint par bon nombre de nos États Membres.

110. L'Organisation a réalisé d'importants progrès sur le plan de la mobilisation de ressources auprès de nouveaux partenaires, puisqu'environ 20 % des partenaires en 2016-2017 étaient des partenaires nouveaux ou reprenant leur engagement. En outre, l'Organisation déploie des efforts considérables pour aller au-delà des partenariats traditionnels, ce qui se traduit par de nouvelles collaborations avec de nouveaux partenaires gouvernementaux, l'intérêt de la part des fondations et des opportunités avec le secteur privé.

³⁰ Nations Unies, Situation et perspectives de l'économie mondiale 2018 (New York : Nations Unies, 2018).

Contributions volontaires nationales

111. Reconnaissant que les États Membres de l'OPS comprennent 11 pays à revenu élevé et 23 pays à revenu intermédiaire (ainsi qu'un pays à faible revenu),³¹ l'Organisation a entrepris depuis 2005 de développer considérablement les accords nationaux de coopération technique financés par des contributions volontaires nationales. Cela a créé un mécanisme important par l'entremise duquel l'Organisation met en œuvre sa coopération technique. À l'heure actuelle, 15 pays collaborent avec l'Organisation à la mise en œuvre d'accords de coopération nationaux. Ces États Membres trouvent de nouveaux moyens d'investir dans la santé et répondent aux appels lancés aux pays à revenu intermédiaire pour qu'ils augmentent leurs contributions destinées au secteur de la santé. Pour répondre aux besoins des États Membres et renforcer sa coopération technique traditionnelle, l'OPS continuera d'élargir ce mécanisme dans le droit fil de ses objectifs programmatiques et des mandats définis par les Organes directeurs.

Financement de l'OMS pour AMRO

112. Le financement souple de l'OMS est une source importante de financement pour la Région, et il s'est élevé à environ US\$ 100 millions³² au cours des dernières périodes biennales. Toutefois, ces ressources n'ont pas augmenté proportionnellement à l'augmentation du financement mondial de l'OMS, ni à l'augmentation des allocations budgétaires pour la Région (voir figure 17).

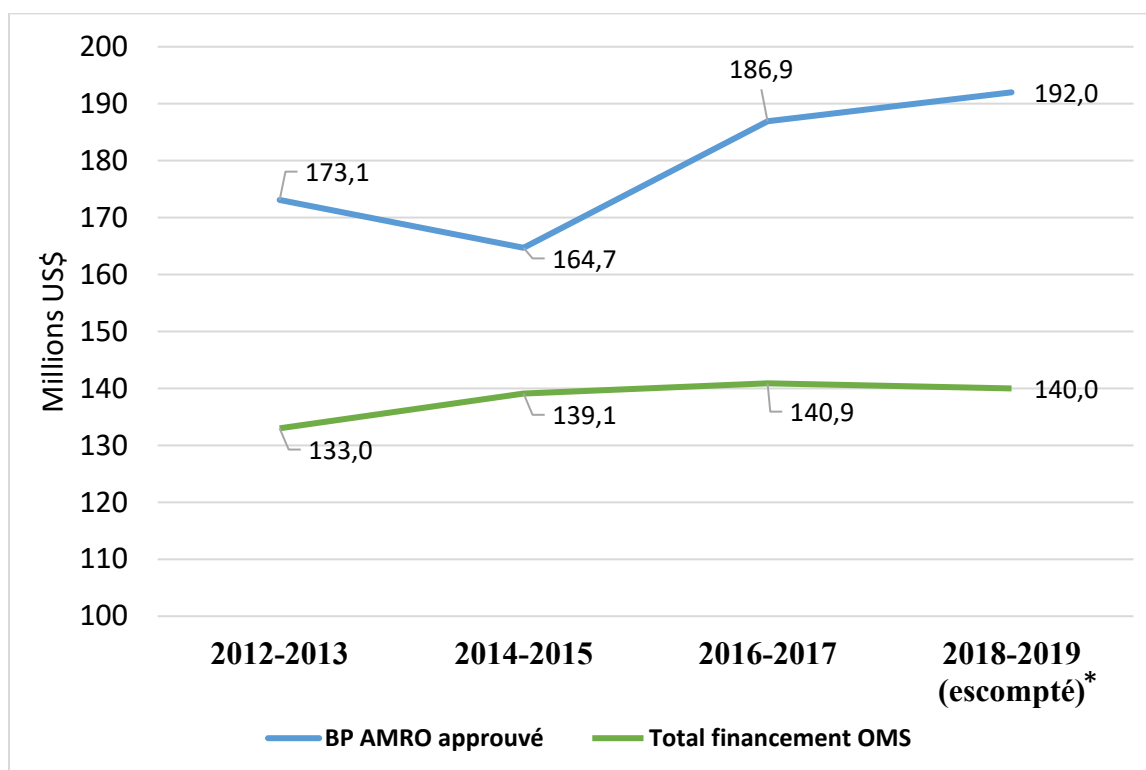
113. Les contributions volontaires de l'OMS continuent d'être une source de financement pour la Région, avec \$37,3 millions reçus pendant la période biennale 2016-2017. Toutefois, par rapport à d'autres Régions de l'OMS, les niveaux de financement du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO) ont diminué proportionnellement, alors même que la part d'AMRO dans le budget de l'OMS a augmenté. Reconnaissant les efforts renouvelés de l'OMS pour mobiliser des contributions volontaires à l'appui du 13^e PGT, AMRO préconisera une augmentation du niveau des ressources mises à la disposition de cette Région.

114. La figure 17 illustre le niveau de financement effectif reçu de l'OMS par rapport au plafond budgétaire alloué à la Région au cours des dernières périodes biennales.

³¹ Banque mondiale, Data Help Desk, Country and lending groups. Disponible en anglais sur : <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> [consulté le 12 février 2019].

³² Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans ce document sont exprimées en dollars des États-Unis.

Figure 17. Budget total de l'OMS et allocations de fonds pour les Amériques, 2012-2013 à 2018-2019 (escompté)



* Les montants escomptés sont calculés sur la base des niveaux historiques reçus au cours des deux dernières périodes biennales.

Fonds d'achats collectifs

115. Les activités d'achats collectifs de l'OPS font partie intégrante de sa coopération technique. Les mécanismes d'achat comprennent : le Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins (Fonds renouvelable), le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (Fonds stratégique) pour les médicaments et les fournitures de santé publique et le mécanisme d'achats remboursables (RP) au nom des États Membres. Le Fonds renouvelable a été établi en 1977 aux termes de la résolution CD25.R27 du Conseil directeur pour faciliter la disponibilité en temps opportun de vaccins de qualité aux prix les plus bas. Le Fonds stratégique a été créé en 1999 pour l'achat de médicaments essentiels et de fournitures stratégiques de santé publique pour lutter contre le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies négligées, l'hépatite C et les maladies non transmissibles. Créé par l'OPS à la demande des États Membres, le Fonds stratégique a travaillé avec les pays pour améliorer l'accès aux médicaments et aux autres technologies de la santé en renforçant la planification de la demande et l'organisation des systèmes nationaux de gestion des approvisionnements tout en facilitant l'accès à des fournitures stratégiques de santé publique abordables grâce à un mécanisme d'achats en commun. Le mécanisme d'achats remboursables soutient

l'achat d'articles des programmes de santé qui sont impossibles à obtenir ou difficiles à acheter dans les États Membres.

116. Pour la période biennale 2016-2017, le coût total des fournitures achetées dans le cadre des trois mécanismes d'achat s'est élevé à environ \$1,363 milliard. Les opérations des Fonds comprennent des frais de 4,25 % sur l'achat de toutes les fournitures de santé publique : 3 % sont déposés sur un compte de capitalisation qui sert de ligne de crédit aux États Membres pour l'achat de vaccins, de seringues et de fournitures connexes, et le solde de 1,25 % est affecté au Fonds spécial d'appui aux programmes pour financer les dépenses de personnel et de fonctionnement connexes, comme le prévoit la résolution CD52.R12 du Conseil directeur en 2013.

117. Au cours de la période 2017-2018, une évaluation du Fonds renouvelable a été effectuée pour assurer l'amélioration continue des services fournis aux États Membres. Cet examen indépendant a évalué le modèle opérationnel actuel du Fonds renouvelable, a dressé une cartographie des facteurs de changement dans son fonctionnement, a énoncé les considérations de gouvernance et a formulé des recommandations à court et à long terme pour préserver la pertinence et la croissance du Fonds. Plus précisément, au cours des prochaines années, le Fonds renouvelable :

- a) deviendra une plate-forme numérique, avec des indicateurs de performance opérationnelle et des tableaux de bord, améliorant ainsi la visibilité pour les États Membres ;
- b) redynamisera la trajectoire de croissance du Fonds renouvelable (alignement plus complet sur les besoins des pays) ;
- c) optimisera l'utilisation de la ligne de crédit pour soutenir les États Membres ;
- d) tirera parti de la position du Fonds renouvelable en tant que teneur de marché pour fournir de nouveaux services aux États Membres.

Stratégies organisationnelles : le BSP à l'horizon 2025

118. La mise en œuvre réussie du présent plan dans un contexte mondial et régional en évolution exigera que le BSP modifie son mode de fonctionnement et collabore avec ses États Membres et ses parties prenantes, tout en tirant parti de ses capacités déjà existantes. Par la mise en œuvre des stratégies ci-dessous, le BSP s'efforcera de contribuer à la mise en œuvre des « changements stratégiques et organisationnels » envisagés dans le 13^e PGT, et apportera une meilleure coopération à ses États Membres.

Adopter des modalités de travail multisectorielles

119. L'un des principaux objectifs des ODD est de promouvoir une approche multisectorielle du développement dans tous les secteurs économiques et sociaux. Il ne s'agit pas d'une approche entièrement nouvelle pour le Bureau, qui a déjà mis en œuvre la santé dans toutes les politiques et des initiatives semblables dans le passé. Néanmoins, les ODD présentent un paysage fertile pour la collaboration, facilitant la prise en compte des déterminants de la santé et des facteurs de risque, ainsi que des thématiques transversales telles que l'équité, le genre, l'origine ethnique et les droits de l'homme, dans les différents secteurs. Par ailleurs, ils offrent l'occasion d'apprendre ce dont les secteurs connexes ont besoin de la part du secteur de la santé, et vice versa, et comment la collaboration intersectorielle peut être bénéfique pour tous.

120. L'Organisation s'efforce d'établir des partenariats et de renforcer la collaboration intersectorielle entre les diverses parties prenantes afin d'entretenir la confiance et de favoriser l'engagement en vue de la réalisation d'objectifs mutuellement bénéfiques. Les partenariats stratégiques reposent sur un engagement accru et continu du secteur privé, de la société civile et des communautés, qui complète les processus décisionnels gouvernementaux plus traditionnels en matière de santé. Compte tenu des budgets de santé souvent limités dans de nombreux pays, une collaboration étroite avec d'autres secteurs et partenaires offre une opportunité importante de mobiliser des ressources et de mettre en œuvre des efforts collectifs pour s'attaquer à des problèmes de santé présentant des dimensions multiples.

Gérer efficacement les ressources humaines à l'ère virtuelle

121. C'est une évidence, dans une organisation fondée sur le savoir comme l'OPS, que d'affirmer « nos employés sont notre plus grand atout ». Mais à l'ère de l'externalisation mondiale, de la mobilité élevée des travailleurs et des lieux de travail virtuels, de nouvelles approches de la gestion des ressources humaines sont nécessaires. L'OPS fait face à divers défis liés aux ressources humaines. Il devient de plus en plus difficile d'attirer des candidats de grande qualité afin de pourvoir les postes vacants de l'OPS. Les membres du personnel qui ont travaillé à l'OPS pendant de nombreuses années peuvent perdre leurs connaissances de pointe et avoir des difficultés à s'adapter à des environnements qui évoluent. Ces différents facteurs conjugués à la nécessité de renouveler et d'améliorer constamment les ressources humaines de l'OPS, signifient que

l'Organisation doit rapidement moderniser ses pratiques en matière de ressources humaines, renforcer ses compétences en fonction des besoins actuels et chercher des moyens de réduire les coûts sans compromettre la qualité de ses services aux États Membres.

Assurer une administration et une utilisation des ressources efficaces

122. La mise en place du système Workday de planification des ressources d'entreprise (ERP) à l'OPS en 2016 a marqué le début d'une nouvelle ère des technologies de l'information dans l'Organisation. Depuis lors, le BSP s'est efforcé de tirer parti des capacités du système et d'adopter des méthodes de travail novatrices. Néanmoins, il reste encore beaucoup de possibilités de tirer parti de la technologie pour améliorer les processus opérationnels et réaliser des gains d'efficacité. Voici quelques domaines d'action clés pour les six prochaines années :

- a) utilisation des plates-formes de technologie de l'information (TI) pour la gestion des programmes techniques ;
- b) optimisation des processus opérationnels pour tirer parti de Workday ;
- c) examen des fonctions d'appui afin de réaliser des économies grâce à des solutions telles que l'externalisation et la délocalisation ;
- d) élargir et améliorer les possibilités de collaboration virtuelle, tout en réduisant en corollaire les besoins de déplacement.

Réponse à la réforme des Nations Unies

123. L'OPS a été créée en 1902 en tant qu'agence spécialisée de la santé de l'Organisation des États Américains (OEA) au sein du système interaméricain. En 1949, dans le cadre d'un accord avec l'OMS, l'OPS a accepté de servir de Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, connu sous le nom d'AMRO. En tant que tel, l'OPS continuera de participer au système des Nations Unies pour le développement et, dans le cadre du système des coordonnateurs résidents des Nations Unies, de contribuer aux composantes santé des buts et objectifs nationaux des États Membres. Tout en collaborant avec les deux systèmes, l'OPS continuera de préserver et de faire valoir le statut constitutionnel et le mandat spécifique de l'Organisation, comme stipulé par ses Organes directeurs.

124. La position de l'OPS au sein des équipes dans les pays des Nations Unies au niveau national peut présenter des difficultés, en particulier en ce qui concerne le nouveau mandat des coordonnateurs résidents des Nations Unies dans le contexte de la réforme des Nations Unies. Il est important que les États Membres de l'OPS soient conscients de la nature de l'Organisation et de son statut vis-à-vis du système des Nations Unies, et que ce statut soit clair dans les instances multilatérales aux niveaux national, régional et mondial.

Annexe A. Résultats d'impact et résultats intermédiaires de la santé pour 2025

Résultats d'impact

1. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a avalisé les 11 objectifs du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030) en tant que résultats d'impact pour le Plan stratégique 2020-2025. Ensemble, les indicateurs d'impact du tableau A.1 et les cibles correspondantes présentés ci-dessous représentent ce que l'Organisation mesurera au niveau des impacts pour rendre compte de sa contribution à la réalisation collective des objectifs du PASDA2030. Par ailleurs, bon nombre des indicateurs d'impact du Plan stratégique contribueront à remplir les obligations qui incombent à la Région de faire rapport sur les indicateurs du 13^e Programme général de travail (13^e PGT) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et sur les indicateurs liés à la santé des objectifs de développement durable (ODD), entre autres mandats.

Tableau A.1. Indicateurs d'impact

Indicateur d'impact	Référence (2019)	Cible (2025)
1. Réduction des inégalités de la santé à l'intérieur du pays	n/d	17
2. Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)	66,91 ans (2019)	67,58 ans
3. Taux de mortalité néonatale	7,9 décès pour 1000 naissances vivantes (2017)	6,9 décès pour 1000 naissances vivantes ¹
4. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	14 décès pour 1000 naissances vivantes (2017)	11,5 décès pour 1000 naissances vivantes ²
5. Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont le développement sur le plan de la santé, de l'apprentissage et du bien-être psychosocial est en bonne voie	84,5 % (enquêtes dans 15 pays de 2010 à 2016)	90 %
6. Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)	52 décès pour 100 000 naissances vivantes (2015)	35 décès pour 100 000 naissances vivantes ³

¹ Cette cible a été fixée en fonction d'un changement de pourcentage annuel moyen de -2,1 % selon les estimations de l'IGME de l'ONU 2017. Les estimations 2018 seront publiées en septembre 2019. Les bases de référence et les cibles peuvent changer une fois que les nouvelles estimations sont publiées.

² La cible sera révisée dès que les données de 2018 auront été publiées en 2019.

³ La cible est conforme à la cible 1.2 du PASDA2030.

Indicateur d'impact	Référence (2019)	Cible (2025)
7. Taux de mortalité attribuable aux soins de santé (décès pour 100 000 habitants)	110,7 décès pour 100 000 habitants ⁴ (2018)	94,7 décès pour 100 000 habitants
8. Proportion d'adultes de 65 ans et plus qui sont dépendants de soins	~8,0 % (2010)	6,5 %
9. Probabilité inconditionnelle de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques	15,1 % (2016)	11,9 %
10. Taux de mortalité due au cancer du col de l'utérus	4,9 décès pour 100 000 femmes (2018)	4,0 décès pour 100 000 femmes
11. Taux de mortalité par homicide chez les jeunes de 15 à 24 ans	35,6 décès pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans (2015)	33,5 décès pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans
12. Proportion de femmes et de filles de 15 à 49 ans ayant déjà eu un partenaire ayant subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime actuel ou ancien au cours des 12 derniers mois	à déterminer ⁵ (2019)	pas d'augmentation
13. Nombre de décès à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route	154 000 décès (2016)	123 000 décès
14. Taux de mortalité par suicide	7,8 décès pour 100 000 habitants (2014)	7,0 décès pour 100 000 habitants ⁶
15. Taux d'incidence de la rougeole	0,9412 pour 1 000 000 habitants (2018)	0 pour 1 000 000 habitants
16. Taux d'incidence des infections à VIH	0,19 pour 1000 habitants ⁷ (2017)	0,09 pour 1000 habitants

⁴ Données actuellement en voie de validation par le BSP. La base de référence et la cible devront être ajustées dès que la validation des données sera terminée.

⁵ Des estimations comparables sont disponibles pour 24 pays de la Région. Cependant, la méthode d'estimation pour la base de référence régionale est actuellement en cours de révision. Elle devrait être disponible après septembre 2019.

⁶ La cible représente une réduction de 10 % par rapport à 2014.

⁷ La cible représente une réduction de 50 % par rapport à 2025, ce qui est en alignement sur la cible 2030 de l'OMS pour l'Amérique latine et les Caraïbes (soit une réduction de 90 % par rapport à 2010, ou 0,02 infections au VIH pour 1000 habitants).

Indicateur d'impact	Référence (2019)	Cible (2025)
17. Taux de transmission mère-enfant du VIH	12 % des naissances chez les femmes vivant avec le VIH (2017)	2 % des naissances chez les femmes vivant avec le VIH
18. Taux d'incidence de la syphilis congénitale (y compris les mortinaissances)	2,1 pour 1000 naissances vivantes (2017)	0,5 pour 1000 naissances vivantes
19. Taux de mortalité dû à l'hépatite virale chronique	11,4 pour 100 000 habitants (2017)	6,3 pour 100 000 habitants
20. Taux d'incidence de la tuberculose	28 pour 100 000 habitants (2015)	14 pour 100 000 habitants ⁸
21. Taux d'incidence du paludisme	0,78 pour 1 000 habitants (2015)	0,20 pour 1 000 habitants ⁹
22. Nombre de pays d'endémie en 2015 qui maintiennent l'élimination du paludisme ou y parviennent	3 des 21 pays et territoires qui étaient endémiques en 2015 (2018)	6 des 21 pays et territoires qui étaient endémiques en 2015
23. Taux de létalité due à la dengue	0,056 % (2012-2018)	0,050 %
24. Élimination des maladies infectieuses négligées dans les pays et territoires	-	-
a. Trachome	1 sur 5 (2019)	3 sur 5
b. Maladie de Chagas	17 sur 21 (2019)	21 sur 21
c. Rage humaine transmise par les chiens	32 sur 35 (2019)	35 sur 35

⁸ La cible est conforme à la cible mondiale pour 2025 d'une réduction de 50 % par rapport au niveau de 2015.

⁹ La cible correspond à une réduction de 75 %, conformément au jalon pour 2025 de la *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* de l'OMS.

Indicateur d'impact	Référence (2019)	Cible (2025)
d. Lèpre	17 sur 23 (2019)	23 sur 23
e. Téniaise-cysticercose humaine	0 sur 16 (2019)	3 sur 16
f. Filariose lymphatique	3 sur 7 (2019)	5 sur 7
g. Onchocercose	4 sur 6 (2019)	6 sur 6
h. Schistosomiase	3 sur 10 (2019)	5 sur 10
25. Nombre d'infections du sang pour 1000 patients par an causées par des organismes résistants au carbapénème	à déterminer ¹⁰	au moins 10 % de réduction par rapport au niveau de référence
26. Taux de mortalité attribué à la pollution de l'air dans les foyers et de l'air ambiant	13,05 décès pour 100 000 habitants (2019)	12,40 décès pour 100 000 habitants ¹¹
27. Taux de mortalité attribué à l'eau non potable, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène	1,65 décès pour 100 000 habitants ¹² (2016)	1,32 décès pour 100 000 habitants
28. Taux de mortalité due aux catastrophes pour 100 000 habitants	à déterminer ¹³	au moins 10 % de réduction par rapport au niveau de référence

¹⁰ La base de référence 2019 sera disponible d'ici juin 2020. Les données correspondront à celles de 2019 et les pays feront leur rapport au cours du premier trimestre de 2020. La cible sera basée sur cette ligne de référence (une réduction d'au moins 10 %).

¹¹ La cible représente une réduction de 5 % par rapport à 2019.

¹² Ce taux est calculé à partir des données de 29 pays.

¹³ Les données de référence seront disponibles au cours du premier trimestre de 2020.

2. Sauf indication contraire, tous les indicateurs d'impact contiennent des chiffres de référence et des cibles, et les progrès accomplis dans la réalisation de ces cibles seront présentés deux fois par an aux Organes directeurs de l'OPS.¹⁴ Les estimations régionales dépendront des données communiquées par les différents pays et territoires, recueillies principalement dans le cadre de l'Initiative régionale sur les données de santé fondamentales et les profils par pays (RCHDI) de l'OPS et d'autres bases de données de référence.

Résultats intermédiaires

3. Conformément à l'approche axée sur les résultats, les résultats intermédiaires contribueront à la réalisation des cibles d'impact et des objectifs du PASDA2030. Les résultats intermédiaires, y compris ceux liés aux fonctions d'appui du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), peuvent contribuer à la réalisation de plusieurs indicateurs d'impact. Il n'y a pas de relation un à un entre les indicateurs de résultats intermédiaires individuels et les indicateurs d'impact. L'étendue de la coopération technique requise pour chaque résultat intermédiaire est décrite dans le champ d'application correspondant, et des indicateurs de résultats intermédiaires sont fournis pour mesurer les progrès accomplis.

Résultat intermédiaire 1. Accès à des services de santé complets et de qualité		
Capacité de réponse accrue ¹⁵ des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité ¹⁶ qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
1.a Nombre de pays et territoires qui affichent une réduction d'au moins 10 % du nombre d'hospitalisations pour des pathologies pouvant faire l'objet de soins ambulatoires	8 (2019)	20

¹⁴ En plus des bases de référence qui sont encore à déterminer au moment de la publication de ce Plan, si une quelconque base de référence doit être mise à jour sur la base de l'information la plus récente disponible pour les indicateurs, le BSP publiera des révisions au moyen des rapports d'évaluation de fin de période biennale ou d'amendements au Plan stratégique 2020-2025, le cas échéant. Les cibles pourraient également être ajustées en conséquence pour tenir compte des bases de références mises à jour. De tels changements apportés aux cibles correspondront à l'ampleur de la cible originale, à moins que les circonstances ne justifient une autre façon de procéder. Ceci s'applique à tous les indicateurs d'impact et de résultat intermédiaire.

¹⁵ La capacité de réponse, dans ce contexte, est définie comme la capacité des services de santé de fournir des soins de santé adaptés aux besoins et aux demandes de la population, en fonction des connaissances scientifiques et techniques actuelles, ce qui aura pour résultat une amélioration de la santé.

¹⁶ Des services de santé intégrés, appropriés et de qualité en temps opportun sont des actions qui s'adressent aux populations et/ou à des individus en particulier, qui sont appropriées du point de vue culturel, ethnique et linguistique, avec une approche soucieuse de l'égalité entre les sexes, et qui tiennent compte des besoins différenciés afin de promouvoir la santé, prévenir les maladies, fournir des soins contre les maladies (diagnostic, traitement, soins palliatifs et réhabilitation), et offrir les soins à court, à moyen et à long terme.

Résultat intermédiaire 1. Accès à des services de santé complets et de qualité		
Capacité de réponse accrue ¹⁵ des réseaux intégrés de services de santé (IHSN), en mettant l'accent sur le premier niveau de soins, afin d'améliorer l'accès à des services de santé complets et de qualité ¹⁶ qui sont équitables, sensibles à la dimension de genre et à la culture, fondés sur les droits, axés sur les personnes, la famille et la communauté, en vue d'une santé universelle		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
1.b Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des stratégies pour renforcer la capacité de réponse du premier niveau de soins	n/d* (2019)	20

* n/d est utilisé pour indiquer que l'information n'est pas disponible ou qu'elle ne s'applique pas à une situation particulière.

4. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à renforcer et à transformer l'organisation et la gestion des services de santé, tant au niveau individuel qu'au niveau de la santé publique, grâce à une approche de soins de santé primaires (SSP) appliquée à la santé universelle. L'accent sera mis sur le fait de garantir la qualité et la capacité de répondre aux besoins divers de tous les groupes et de toutes les populations, en accordant l'attention voulue aux groupes en situation de vulnérabilité.¹⁷ Les services de santé axés sur les personnes, la famille et la communauté exigent un modèle de soins innovant¹⁸ et le développement de réseaux intégrés de services de santé pour répondre aux besoins et aux demandes de l'ensemble de la population. Une attention particulière sera accordée à l'amélioration de la capacité de gouvernance efficace des réseaux et aux approches novatrices pour améliorer la gestion, en assurant la coordination, la communication et la continuité des soins.

5. Ce résultat intermédiaire doit prendre en considération les mesures nécessaires pour surmonter les obstacles à l'accès aux services, en particulier ceux qui résultent des politiques et de la législation qui doivent être adaptées aux normes internationales relatives aux droits de l'homme. Une attention particulière sera accordée à la capacité de réponse de tous les niveaux de soins, y compris les hôpitaux, les services spécialisés ambulatoires et les services d'urgence, ainsi que les services de soutien pour les diagnostics. Les investissements visant à améliorer la capacité de réponse au premier niveau de soins seront une priorité stratégique, y compris l'utilisation des technologies des communications et de l'information et une approche systémique des soins de santé primaires. En outre, les actions seront renforcées pour faciliter l'autonomisation des personnes et des communautés afin qu'elles soient mieux informées de leur état de santé et de leurs droits et responsabilités, ce qui peut les aider à prendre des décisions éclairées.

¹⁷ Les groupes en situation de vulnérabilité comprennent notamment les personnes pauvres, les femmes, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les groupes autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les migrants, les personnes LGBT et les personnes handicapées.

¹⁸ Par modèles innovants, nous faisons référence aux systèmes qui fournissent des solutions ou répondent à un besoin en élaborant et en offrant des options nouvelles ou supérieures qui améliorent la santé, axées sur les familles, les communautés et les personnes. Ces options peuvent être politiques ou liées aux systèmes, produits ou technologies de la santé, ou à la prestation, l'organisation ou le financement des services.

Il s'agit notamment de mesures visant à renforcer la capacité des autorités nationales à élaborer des mécanismes de participation sociale, de transparence et de responsabilisation, au niveau territorial, afin de remplir l'obligation de l'État de protéger la santé de la population.

6. La participation et l'engagement des communautés et des personnes seront encouragés par la formation, l'auto-prise en charge et l'accès à l'information pour les membres de la communauté, afin de leur permettre de jouer un rôle actif dans les actions visant à traiter des déterminants sociaux de la santé et dans la promotion et la protection de la santé pour préserver leur santé. L'accent sera mis sur le renforcement de la capacité des réseaux de services de santé à mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique, en particulier au premier niveau de soins.

Résultat intermédiaire 2. La santé tout au long du parcours de vie		
Promotion d'une vie en meilleure santé grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour l'ensemble des femmes, des hommes, des enfants et des adolescents des Amériques, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
2.a Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont couverts par des méthodes modernes	60 % (2019)	68 %
2.b Taux de fécondité des femmes âgées de 10 à 19 ans (ventilé par groupe de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans) en Amérique latine et dans les Caraïbes	66,5 naissances pour 1000 adolescentes (2010-2015)	59,9 naissances pour 1000 adolescentes ¹⁹
2.c Proportion d'accouchements assistés dans les centres de santé	93,7 % (2016)	95,6 %
2.d Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	96,4 % (2016)	98,3 %
2.e Nombre de pays et territoires ayant la capacité de mettre en œuvre et d'assurer un suivi des politiques ou stratégies nationales visant à améliorer la santé et le développement des jeunes enfants qui s'appuient sur le cadre OMS/UNICEF <i>Soins attentifs pour le développement de la petite enfance</i>	19 (2019)	23
2.f Nombre de pays et de territoires qui élaborent, mettent en œuvre et assurent le suivi des politiques ou des stratégies avec une approche intégrée de la santé des hommes	5 (2019)	16

¹⁹ La cible représente une réduction de 10 %.

7. **Portée :** les activités en vue d’atteindre ce résultat intermédiaire visent à protéger les réalisations, à accélérer les progrès et à réduire les inégalités en accroissant et en améliorant l’accès universel à des services de santé complets et de qualité axés sur les personnes, les familles et les communautés. Cela est essentiel pour la réalisation de la santé universelle et conforme aux aspirations du Programme de développement durable à l’horizon 2030. Ce résultat intermédiaire reconnaît l’interdépendance des facteurs individuels, sociaux, environnementaux, temporels et intergénérationnels, ainsi que les effets différenciés de ces interactions au cours de plusieurs périodes sensibles du parcours de vie. Il vise à améliorer la capacité nationale de créer un environnement normatif solide qui promeut un accès équitable à des services de santé de qualité axés sur les personnes, les familles et les communautés. La promotion d’équipes multidisciplinaires efficaces, le travail intersectoriel et la participation sociale à la coproduction de la santé et du bien-être, dans une perspective allant au-delà de la survie pour générer la capacité des personnes et des populations à prospérer et à se transformer, sont au cœur de ces efforts. Ce résultat intermédiaire concerne tous les groupes d’âge (nouveau-nés, enfants, adolescents, femmes et hommes adultes), avec un accent particulier sur les groupes en situation de vulnérabilité.²⁰

Résultat intermédiaire 3. Des soins de qualité pour les personnes âgées		
Capacité de réponse accrue du système de santé pour fournir des soins de qualité, complets et intégrés aux personnes âgées, afin de surmonter les obstacles à l’accès, de prévenir la dépendance des soins et de répondre aux demandes actuelles et futures.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
3.a Nombre de pays et territoires ayant la capacité de prévenir la dépendance	6 (2019)	20

8. **Portée :** le vieillissement de la population et des personnes est un modulateur important des besoins sociaux et de santé tout au long du parcours de vie. Au cours de la prochaine décennie, les Amériques vieilliront beaucoup plus vite que le reste du monde. Il faudra de ce fait modifier la capacité de réponse des systèmes de santé et accroître l’interdépendance entre le secteur de la santé et les autres secteurs concernés par la dynamique des soins de santé et des services sociaux. Des mesures doivent être prises pour surmonter les obstacles physiques, géographiques, culturels et financiers auxquels se heurtent les personnes âgées lorsqu’elles tentent de recevoir et d’utiliser efficacement des services de santé intégrés complets. Il sera nécessaire :

- a) d’élargir l’accès équitable à des services de santé complets et de qualité en renforçant le premier niveau de soins, coordonnés et organisés au sein de réseaux de santé intégrés. Ces réseaux devraient inclure des services sociaux et communautaires qui garantissent la continuité des soins et répondent au besoin des personnes âgées de maintenir leur capacité fonctionnelle et leur capacité optimale de vivre et d’interagir dans leurs communautés ;

²⁰ Voir la note de bas de page 17 du résultat intermédiaire 1.

- b) de renforcer le leadership et la gouvernance des systèmes de santé, la participation sociale active et l'autonomisation des communautés et des personnes en tant que moteurs de leur propre santé, et la coordination intersectorielle pour traiter des déterminants sociaux de la santé et du vieillissement ;
- c) de réaliser une intégration efficace de la prise en charge sociale et sanitaire qui contribue à assurer la viabilité de la couverture et l'accès universel à la santé pour les personnes âgées, y compris pour ce qui est des soins de longue durée pour ceux qui en ont besoin ;
- d) de mettre en place des mécanismes de financement qui empêchent que le paiement direct ne devienne un obstacle à l'accès aux services ou n'entraîne l'appauvrissement des personnes âgées et de leurs familles.

Résultat intermédiaire 4. Capacité de réponse aux maladies transmissibles		
Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
4.a Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées	82 % (2017)	90 %
4.b Couverture du traitement antirétroviral (TARV) chez les personnes vivant avec le VIH	66 % (2017)	90 %
4.c Nombre de pays et territoires ayant une couverture d'au moins 95 % du traitement de la syphilis chez les femmes enceintes	20 (2017)	29
4.d Couverture du traitement de la tuberculose	81 % (2017)	90 %
4.e Nombre de pays et territoires d'endémie avec >70 % des cas de paludisme diagnostiqués et traités dans les 72 heures suivant l'apparition des symptômes	3 pays sur 19 (2017)	9 pays sur 19
4.f Nombre de pays et territoires ayant la capacité de mener une surveillance intégrée des cas d'arbovirus	0 (2019)	20
4.g Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % au niveau national de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux et antirubéoleux	6 (2017)	15
4.h Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % de 3 doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) dans 80 % des municipalités	6 (2017)	20
4.i Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % de 3 doses de vaccin antipneumococcique au niveau national	3 (2017)	20

Résultat intermédiaire 4. Capacité de réponse aux maladies transmissibles		
Capacité de réponse accrue des réseaux intégrés de services de santé (IHSN) pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement et la prise en charge des maladies transmissibles, y compris les maladies évitables par la vaccination.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
4.j Nombre de pays et territoires qui ont intégré les vaccins anti-VPH dans leur programme national de vaccination	29 (2017)	45

9. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à accroître la capacité des réseaux de services de santé à prévenir et réduire la morbidité, l'invalidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles, en assurant l'accès à des interventions tout au long du parcours de vie et en accordant une attention particulière aux besoins spécifiques des groupes en situation de vulnérabilité.²¹ La capacité de réponse du premier niveau des réseaux intégrés de services de santé sera priorisée, et les interventions porteront également sur les déterminants sociaux et environnementaux et les iniquités qui entourent ces maladies. L'accent sera mis sur les points suivants :

- a) un accès accru à des services et à des interventions de santé complets et de qualité tout au long du parcours de vie, dans le cadre d'une approche de soins de santé primaires et de santé universelle ;
- b) des synergies accrues entre les interventions spécifiques à des maladies transmissibles et les plates-formes de services établies pour les campagnes de santé maternelle et infantile et de vaccination, entre autres ;
- c) un accès accru aux interventions contre les infections sexuellement transmissibles, le VIH/sida, l'hépatite virale et la tuberculose, et contre les zoonoses, les maladies d'origine alimentaire, d'origine hydrique, négligées et à transmission vectorielle ;
- d) une augmentation de la couverture vaccinale, en particulier pour les populations et les communautés difficiles à atteindre ;
- e) un renforcement des systèmes, services et méthodes de surveillance des maladies transmissibles.

²¹ Voir la note de bas de page 17 du résultat intermédiaire 1.

Résultat intermédiaire 5. Accès aux services de santé pour les MNT et les troubles mentaux		
Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) ²² et des troubles de santé mentale. ²³		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
5.a Nombre de pays et territoires qui atteignent la cible mondiale des MNT pour 2025 pour enrayer l'augmentation du diabète évalué en fonction de la prévalence normalisée sur la base de l'âge de l'hyperglycémie/diabète chez les adultes âgés de 18 ans et plus	0 (2019)	10
5.b Nombre de pays et territoires qui atteignent la cible d'une prévalence de 35 % d'hypertension contrôlée au niveau de la population (<140/90 mmHg) chez les personnes souffrant d'hypertension âgées de 18 ans et plus	4 (2019)	12
5.c Nombre de pays et territoires disposant de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus qui atteignent au moins 70 % de couverture du dépistage chez les femmes âgées de 30 à 49 ans, ou pour le groupe d'âge défini par la politique nationale	7 (2019)	11
5.d Nombre de pays et territoires qui accroissent l'accès aux soins palliatifs, évalué par l'augmentation de la consommation d'analgésiques opioïdes (à l'exclusion de la méthadone) en équivalent morphine	0 (2019)	7
5.e Nombre de pays et territoires dont les systèmes de surveillance ont la capacité de rendre compte sur les indicateurs clés du cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles	23 (2017)	35
5.f Nombre de pays et territoires disposant de centres de soins tertiaires offrant des services de réadaptation avec des équipes multidisciplinaires pour les traumatismes complexes	6 (2019)	15
5.g Nombre de pays et territoires qui ont une capacité accrue de gestion des troubles de santé mentale au premier niveau de soins	0 (2019)	20
5.h Nombre de pays et territoires ayant augmenté le taux d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux dans les hôpitaux généraux	10 (2019)	25

²² Les quatre principaux types de MNT sont les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques.

²³ Les troubles de la santé mentale comprennent les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives.

Résultat intermédiaire 5. Accès aux services de santé pour les MNT et les troubles mentaux		
Accès équitable élargi à des services de santé complets et de qualité pour la prévention, la surveillance, la détection précoce, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs des maladies non transmissibles (MNT) ²² et des troubles de santé mentale. ²³		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
5.i Nombre de pays et territoires qui ont augmenté le taux de personnes recevant des traitements (services pharmacologiques, psychosociaux, de réadaptation et de post-soins) pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives dans le réseau de services de santé	6 (2019)	12

10. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à réduire la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles en renforçant les systèmes de santé afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles, à promouvoir la santé mentale et à réduire le manque de traitements des troubles mentaux et à réduire les lacunes dans les soins aux personnes handicapées. Le fondement de ces activités consiste à intégrer les activités de prévention et de réponse liées aux maladies non transmissibles, à la santé mentale et aux handicaps dans le cadre des efforts globaux visant à assurer une couverture sanitaire et un accès à la santé universels, en mettant l'accent sur les soins primaires, en utilisant une approche qui est axée sur le genre et fondée sur les droits, tout au long du parcours de vie.

11. La portée du travail technique comprendra le renforcement des capacités, l'élaboration de lignes directrices fondées sur des données probantes et d'orientations normatives, et des mesures visant à améliorer la qualité des soins pour les personnes touchées par des maladies non transmissibles, des troubles mentaux, ou un handicap.

12. Les approches spécifiques sont définies dans les mandats pertinents de l'OPS et de l'OMS sur ces questions de santé publique, et comprennent les éléments suivants :

- a) améliorer la qualité des services de santé pour le dépistage et la détection précoce, le diagnostic, le traitement et les soins palliatifs des quatre principaux types de MNT ;
- b) améliorer la disponibilité, l'accès et la qualité des services d'adaptation et de réadaptation, ainsi que des dispositifs d'assistance, pour tous ;
- c) améliorer l'équité en santé pour les personnes handicapées ;
- d) renforcer la réponse des services de santé en mettant l'accent sur les soins primaires pour les troubles mentaux, y compris la démence, l'épilepsie et les troubles liés à l'alcool et aux substances psychoactives ;
- e) renforcer les systèmes de surveillance des maladies non transmissibles.

Résultat intermédiaire 6. Capacité de réponse en cas de violence et de traumatismes Amélioration de la capacité de réponse de la part de services de santé complets et de qualité en cas de violence et de traumatismes		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
6.a Nombre de pays et territoires qui réduisent au minimum l'intervalle de temps entre les accidents de la route et la prestation des premiers soins d'urgence professionnels	n/d (2019)	10
6.b Nombre de pays et territoires qui fournissent des services complets de prise en charge après un viol dans les services de santé d'urgence, conformément aux directives de l'OMS ²⁴	13 (2019)	18

13. **Portée :** Les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à réduire la charge de la violence et des traumatismes, y compris les décès et les handicaps, grâce à une réponse renforcée du système de santé, en mettant l'accent sur la violence sous toutes ses formes et sur la sécurité routière, selon une approche axée sur le parcours de vie.²⁵ La portée du travail technique dans ce domaine comprendra l'élaboration et l'application de lignes directrices et le renforcement des capacités des personnels de la santé en matière de stratégies et d'interventions fondées sur des données probantes pour prévenir la violence, répondre aux besoins sanitaires des victimes de la violence, en particulier des personnes en situation de vulnérabilité, atténuer les conséquences (telles que les décès et les handicaps), réduire la récurrence de la violence, et répondre aux besoins sanitaires des victimes d'accidents de la route et d'autres traumatismes. Le travail intersectoriel nécessaire pour traiter de ces questions de santé publique est couvert dans le résultat intermédiaire 15.

Résultat intermédiaire 7. Personnel de santé Disponibilité et répartition adéquates d'un personnel de santé compétent		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
7.a Nombre de pays et territoires qui ont réduit l'écart de densité en ce qui concerne les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes, avec au moins 25 personnels de santé pour 10 000 habitants dans les zones mal desservies, en gardant à l'esprit la cible mondiale de 44,5 d'ici à 2030	7 (2019)	16
7.b Nombre de pays et territoires qui disposent d'une équipe interprofessionnelle de santé au premier niveau de soins, conformément à leur modèle de soins	12 (2019)	21

²⁴ La prise en charge après un viol sera utilisée comme indicateur indirect, même si les pays et territoires devraient s'efforcer de renforcer la réponse du système de santé à la violence sous toutes ses formes.

²⁵ La violence comprend notamment la violence faite aux femmes, la violence entre partenaires intimes, les abus sexuels, la violence contre les enfants, la violence armée et la violence envers les personnes âgées, entre autres.

14. **Portée** : pour atteindre ce résultat, il est nécessaire de :
- a) renforcer et consolider la gouvernance et le leadership en matière de ressources humaines pour la santé, y compris la gestion décentralisée et une vision transdisciplinaire du travail en équipe ;
 - b) développer les conditions et les capacités²⁶ en ressources humaines pour la santé pour élargir l'accès à la santé et la couverture sanitaire, dans un souci d'équité et de qualité, en élaborant des instruments de suivi et d'évaluation de la performance du personnel de la santé, en explorant des stratégies pour renforcer la motivation et l'engagement des personnels de la santé et en encourageant le développement d'un personnel bien formé ;
 - c) établir des partenariats avec le secteur de l'éducation pour répondre aux besoins qualitatifs et quantitatifs des systèmes de santé dans la transformation vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.
15. Les principales composantes comprennent des mesures visant à promouvoir des mécanismes de coordination et de collaboration de haut niveau avec l'éducation, le travail et d'autres secteurs pour renforcer la planification et la réglementation des ressources humaines pour la santé et mieux répondre aux exigences du système de santé et aux besoins de la population ; renforcer la capacité de planification stratégique et les systèmes d'information des ressources humaines pour la santé pour mieux étayer la planification et le processus décisionnel ; élaborer des politiques nationales des ressources humaines pour la santé visant à améliorer le recrutement, la formation, la rétention et la distribution du personnel de santé conformément au Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé ; accroître les investissements publics et l'efficacité financière dans les ressources humaines pour la santé ; prioriser les équipes interprofessionnelles au premier niveau de soins, y compris les personnels de santé communautaires et les soignants ; élaborer des stratégies pour maximiser, améliorer et réglementer les compétences des équipes de santé afin d'assurer leur utilisation optimale ; améliorer le dialogue, les partenariats et les accords pour relever les défis de la mobilité et de la migration des personnels de santé ; promouvoir des accords de haut niveau entre les secteurs de l'éducation et de la santé pour modifier le paradigme éducatif et aligner la formation des ressources humaines pour la santé sur la santé universelle ; élaborer des mécanismes d'évaluation et d'accréditation pour promouvoir des améliorations de la qualité de l'enseignement professionnel de la santé ; encourager la transformation de la formation des professionnels de la santé pour l'orienter vers les principes de responsabilité sociale et des critères de sélection et d'admission inclusifs sur le plan culturel ; élaborer des mécanismes réglementaires et des plans de formation pour les spécialités prioritaires qui précisent les besoins du système de santé ; et accroître la formation en santé familiale et communautaire.

²⁶ Les capacités seront définies sur la base du contexte national.

Résultat intermédiaire 8. Accès aux technologies de la santé		
Accès équitable accru aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux autres technologies de la santé qui sont sûrs, abordables, cliniquement efficaces, rentables et de qualité assurée, et utilisation rationnelle des médicaments, avec des systèmes de réglementation renforcés qui contribuent à réaliser l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
8.a Nombre de pays et territoires qui veillent à ce que les produits figurant sur la liste des médicaments essentiels soient disponibles sans dépense à charge du patient au point de service	5 (2019)	11
8.b Nombre de pays et territoires dont les systèmes réglementaires atteignent le niveau 3 dans le cadre de l'outil mondial d'évaluation comparative de l'OMS (GBT)	8 (2019)	16
8.c Nombre de pays et territoires qui augmentent le nombre d'unités de sang disponibles pour des transfusions pour mille habitants (UBAT) d'au moins 5 % par an pour atteindre l'objectif de 30 unités	7 (2019)	16
8.d Nombre de pays et territoires dotés de réglementations et d'une surveillance qui garantissent l'accès à des services radiologiques de qualité et sûrs	0 (2019)	11
8.e Nombre de pays et territoires qui disposent de réglementations et d'une surveillance qui garantissent la disponibilité de services pharmaceutiques de qualité	3 (2019)	8
8.f Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des cadres institutionnels, des stratégies ou des cadres juridiques pour l'évaluation, la sélection et l'utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé, y compris les antibiotiques	3 (2019)	9

16. **Portée** : un accès équitable accru aux médicaments et aux autres technologies de la santé constitue l'une des conditions de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. La disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et le prix abordable de ces produits médicaux et leur utilisation rationnelle devraient être recherchés en fonction du contexte national et dans le contexte de services de santé intégrés complets, en reconnaissant le droit de tous de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint. Les mesures suivantes devraient être envisagées :

- a) promouvoir et actualiser les politiques, normes et stratégies qui améliorent l'utilisation rationnelle et opportune de technologies de santé sûres, abordables, de qualité assurée, cliniquement efficaces et rentables, y compris les médicaments et les vaccins, et qui améliorent la capacité durable des systèmes de santé à prévenir,

- diagnostiquer, traiter, éliminer et pallier les maladies et autres pathologies médicales ;
- b) préconiser l'adoption d'une liste explicite de médicaments essentiels,²⁷ de listes de diagnostics *in vitro* essentiels et d'une liste des technologies de la santé prioritaires – une liste fondée sur l'évaluation des technologies de la santé et d'autres approches fondées sur des données probantes – qui font l'objet d'une évaluation, d'un examen et d'un suivi périodiques et qui sont conformes aux régimes de soins de santé et aux décisions relatives à la couverture ;
 - c) promouvoir des mécanismes de financement et de protection financière adéquats pour favoriser l'élimination progressive des dépenses à la charge des patients et améliorer l'accès aux produits médicaux essentiels figurant sur les listes nationales, en fonction des priorités nationales de santé publique et du contexte de chaque système de santé ;
 - d) en vue de limiter les coûts au sein des systèmes de santé, adopter des stratégies globales qui améliorent le caractère abordable et favorisent la concurrence, telles que des stratégies de sources multiples et de génériques, des mécanismes pour encourager l'utilisation de produits médicaux efficaces à moindre coût, au lieu de produits plus coûteux et avec peu ou pas de valeur ajoutée, et des actions qui favorisent, entre autres mécanismes innovants et lorsque cela est possible, la séparation du coût des activités de recherche et développement du prix final des médicaments, en particulier quand les mécanismes de marché existants ne fournissent aucun incitatif pour la recherche et le développement ;
 - e) améliorer l'accès à des services radiologiques, pharmaceutiques, de diagnostic, de transplantation et de transfusion sanguine de qualité au sein d'un réseau complet et intégré de services de santé ;
 - f) promouvoir le développement et le renforcement des systèmes de réglementation nationaux et infrarégionaux qui peuvent garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des technologies de la santé, y compris les médicaments et les vaccins, tout au long de leur cycle de vie ;
 - g) promouvoir des mécanismes durables, efficaces et transparents de passation de marchés, ainsi que des mécanismes nationaux, infrarégionaux et régionaux d'achat en commun tels que les fonds renouvelables de l'OPS, qui limitent la fragmentation, améliorent la disponibilité et tirent parti des économies d'échelle pour améliorer l'accès équitable aux produits médicaux essentiels et stratégiques ;
 - h) améliorer les capacités de gestion et de supervision des chaînes nationales d'approvisionnement en produits médicaux, y compris la planification, la

²⁷ Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé et qui devraient être disponibles à tout moment, dans le cadre de systèmes de santé opérationnels, en quantité suffisante, sous la posologie appropriée, avec une qualité assurée et à un prix abordable pour les personnes et la communauté. La Liste modèle de médicaments essentiels (LME) de l'OMS est une liste de référence modèle contenant des produits abordables et rentables pour la plupart des systèmes de santé et qui peuvent contribuer de manière significative à des résultats positifs pour la santé (document CD55/10, Rev. 1).

- prévision, l'assurance-qualité, la disponibilité et l'utilisation, afin de s'assurer que la population a accès en temps opportun à ces produits au point de service ;
- i) en tenant compte des perspectives de santé publique, renforcer la capacité de mise en œuvre de politiques de propriété intellectuelle et de politiques de santé qui encouragent la recherche et le développement de médicaments, de vaccins et d'autres technologies de la santé pour les maladies transmissibles et non transmissibles qui touchent principalement les pays en développement et promouvoir un meilleur accès à des médicaments et à des technologies de diagnostic et autres technologies abordables, sûrs, efficaces et de qualité, en réaffirmant l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC), tel que modifié, ainsi que la Déclaration de Doha de 2001 sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui reconnaît que les droits de propriété intellectuelle doivent être interprétés et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des États Membres de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous, et note la nécessité de disposer d'incitations appropriées pour la mise au point de nouveaux produits de santé ;
 - j) promouvoir les stratégies et les interventions pour assurer l'utilisation appropriée des antimicrobiens afin de réduire le risque d'infections résistantes non traitables et d'améliorer ainsi la qualité des soins ;
 - k) encourager l'utilisation des plates-formes régionales existantes pour le partage des connaissances et des expériences, en tenant compte des différences de développement entre les États Membres.

Résultat intermédiaire 9. Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance		
Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance des autorités sanitaires nationales, leur permettant de diriger la transformation des systèmes de santé et de mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique pour la santé universelle.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
9.a Nombre de pays et territoires qui ont obtenu, d'ici à 2025, une réduction d'au moins 10 points de pourcentage de la population signalant des obstacles à l'accès aux services de santé, par rapport à 2020	n/d (2019)	15
9.b Nombre de pays et territoires ayant atteint au moins 60 % de leurs capacités à mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique	n/d (2019)	20

17. **Portée :** pour atteindre ce résultat intermédiaire, il est nécessaire de renforcer les capacités des autorités de la santé à mener des actions et des processus collectifs pour modifier les normes qui régissent les acteurs et les ressources critiques ayant une incidence sur l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, l'équité et le respect des droits de l'homme. La portée de ce résultat intermédiaire comprend également l'amélioration et la priorisation de la mise en œuvre des fonctions essentielles

de santé publique, c'est-à-dire les capacités des autorités sanitaires, à tous les niveaux institutionnels, de pair avec la société civile, à renforcer les systèmes de santé et à garantir la santé de la population, en agissant sur les déterminants sociaux et autres facteurs qui ont une incidence sur la santé des populations. Les éléments suivants sont essentiels à l'obtention de ce résultat intermédiaire :

- a) leadership de l'autorité sanitaire nationale dans la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques, plans et programmes visant à renforcer les systèmes de santé, avec des mécanismes qui facilitent la participation sociale et la responsabilisation ;
- b) formulation, supervision et mise en œuvre de la législation, des politiques et des cadres de réglementation, en fonction du contexte national et conformément à l'engagement d'assurer l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, l'équité et les droits de l'homme ;
- c) renforcement des compétences et des capacités pour la réglementation des acteurs, des mécanismes et des ressources critiques qui influencent l'accès à la santé et les résultats intermédiaires, y compris les facteurs de risque pour les maladies non transmissibles et autres pathologies ;
- d) mise en place ou ajustement des mécanismes de coordination avec d'autres secteurs (public, sécurité sociale, privé, non gouvernemental) et unités géographiques (infranationales, étatiques, provinciales, municipales) ;
- e) gestion globale de la coopération internationale pour assurer l'alignement sur les priorités nationales, infrarégionales et régionales en matière de santé ;
- f) renforcement des capacités de mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique liées au suivi et à l'évaluation de la santé et du bien-être, de l'équité, des déterminants sociaux de la santé et de la performance du système de santé, promotion de la participation et de la mobilisation sociales, inclusion des acteurs stratégiques et transparence, amélioration de l'accès aux services et interventions de santé publique selon une approche axée sur les soins de santé primaires, ainsi que gestion et promotion des interventions sur les déterminants sociaux de la santé.

Résultat intermédiaire 10. Augmentation des financements publics consacrés à la santé		
Augmentation et amélioration du financement public durable pour la santé, dans un souci d'équité et d'efficacité		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
10.a Nombre de pays et territoires qui ont porté les dépenses publiques de santé à au moins 6 % du PIB	6 (2019)	12

Résultat intermédiaire 10. Augmentation des financements publics consacrés à la santé Augmentation et amélioration du financement public durable pour la santé, dans un souci d'équité et d'efficacité		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
10.b Nombre de pays et territoires qui ont alloué au moins 30 % des dépenses publiques dans le domaine de la santé au premier niveau de soins ²⁸	n/d (2019)	12

18. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à assurer un financement public accru et amélioré de la santé, dans un souci d'équité et d'efficacité, comme condition nécessaire pour progresser vers la santé universelle, en fonction du contexte national. Pour atteindre ce résultat, il est nécessaire :

- a) d'améliorer ou d'augmenter les dépenses publiques pour la santé, en accordant la priorité aux investissements dans la promotion, la prévention et le premier niveau de soins (infrastructures, médicaments et autres technologies de la santé, et ressources humaines pour la santé) dans le cadre de réseaux intégrés de prestation de services de santé axés sur la population, la famille et la communauté, en tenant dûment compte des interventions et programmes de santé publique visant à répondre aux besoins de santé de la population, y compris la promotion de la santé et les actions visant à traiter des déterminants sociaux de la santé ;
- b) d'accroître les investissements pour renforcer la capacité des autorités sanitaires nationales à remplir les fonctions essentielles de santé publique ;
- c) d'élaborer des initiatives coordonnées pour mobiliser des ressources nationales et internationales complémentaires, notamment avec le secteur privé et d'autres secteurs ;
- d) de mettre en place des mécanismes de mise en commun solidaires pour une utilisation efficace et équitable des diverses sources de financement public ;
- e) d'élaborer des systèmes d'approvisionnement et de paiement aux prestataires qui favorisent l'efficacité et l'équité dans l'affectation des ressources stratégiques ;
- f) d'élaborer et de valider des instruments de suivi et d'évaluation de la performance du financement ;
- g) d'élaborer des mécanismes d'allocation équitable des fonds et de décentralisation des ressources, en fonction des priorités de santé publique et de la capacité de réponse des établissements de santé dans le contexte des réseaux intégrés de services de santé.

²⁸ La méthode de calcul de la valeur de 30 % peut varier en fonction du contexte national, selon la structure du premier niveau de soins de chaque pays.

Résultat intermédiaire 11. Protection financière renforcée		
Protection renforcée contre les risques financiers et les difficultés financières liés à la santé pour tous		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
11.a Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 20 % le pourcentage de la population des ménages devant assumer des dépenses de santé à leur charge aux conséquences catastrophiques	0 (2019)	17
11.b Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 10 % le pourcentage de personnes vivant dans les ménages en situation d'appauvrissement en raison des dépenses de santé à leur charge	0 (2019)	17

19. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à éliminer le paiement direct pour les services de santé, comme condition nécessaire pour progresser vers la santé universelle. Ce qui suit devrait être entrepris en coordination et en collaboration avec les autorités financières, en fonction du contexte national :

- a) éliminer les paiements directs qui constituent un obstacle à l'accès au point de service ;
- b) protéger contre les risques financiers dus à des événements sanitaires qui entraînent des dépenses appauvrissantes ou catastrophiques.²⁹
- c) progresser vers des mécanismes de mise en commun basés sur la solidarité³⁰ pour remplacer le paiement direct comme mécanisme de financement, lutter contre la segmentation et accroître l'efficacité du système de santé.

²⁹ Les dépenses catastrophiques désignent les dépenses de santé à la charge des personnes qui représentent une proportion substantielle du revenu ou de la capacité de payer d'un ménage, c'est-à-dire plus de 25 % de ses dépenses totales. Les dépenses ayant un effet d'appauvrissement font référence aux dépenses de santé qui font tomber un ménage en dessous du seuil de pauvreté, ce qui signifie qu'il vit avec moins de 1,90 dollar par personne et par jour. La distinction pratique tient au fait que l'indicateur 11.1 mesure la proportion des ménages qui éprouvent de graves difficultés financières en raison des dépenses de santé à leur charge, qu'ils soient pauvres ou non, tandis que l'indicateur 11.2 mesure la proportion des ménages qui sont pauvres en raison des dépenses de santé à leur charge.

³⁰ La mise en commun des ressources consiste à regrouper toutes les sources de financement (sécurité sociale, budget de l'État, cotisations individuelles et autres fonds) en un seul fonds commun, de sorte que tous contribuent selon leurs moyens et reçoivent des services en fonction de leurs besoins. Dans un tel régime, le budget public couvre les cotisations des personnes qui n'ont pas les moyens de contribuer (pauvres et sans-abri).

Résultat intermédiaire 12. Facteurs de risque des maladies transmissibles		
Réduction des facteurs de risque de maladies transmissibles en traitant des déterminants de la santé au moyen d'une action intersectorielle		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
12.a Nombre de pays et territoires ayant communiqué des données sur la discrimination dans les services de santé subie par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) au cours des 12 derniers mois	6 (2019)	12
12.b Nombre de pays et territoires où l'ensemble du territoire ou de l'unité territoriale endémique (par transmission vectorielle) a un indice d'infestation domestique (par l'espèce principale de transmission vectorielle Triatominae ou par le vecteur de substitution, selon le cas) inférieur ou égal à 1 %	17 (2019)	21
12.c Nombre de pays et territoires dotés d'une capacité accrue de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (RAM) pour guider les interventions de santé publique visant à réduire le risque et à prévenir la propagation des infections multirésistantes par une action intersectorielle	5 (2019)	20
12.d Nombre de pays et territoires qui disposent de mécanismes adéquats pour prévenir ou atténuer les risques liés à la salubrité des aliments	5 (2019)	10

20. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à accroître la capacité de prévenir et de réduire la morbidité, l'invalidité et la mortalité causées par les maladies transmissibles, tout en favorisant l'accès à des interventions tout au long du parcours de vie qui prennent en considération l'équité et des droits de l'homme. Les interventions visent non seulement les menaces pour la santé, mais aussi leurs déterminants sociaux et environnementaux. L'accent sera mis sur les éléments suivants :

- a) le renforcement de la promotion de la santé et de l'auto-prise en charge familiale, en mettant l'accent sur les droits et les devoirs en matière de prévention des maladies transmissibles, conformément à la législation nationale ;
- b) la coordination avec les acteurs impliqués dans la lutte contre les facteurs de risque et les déterminants de la santé, y compris pour la surveillance des tendances des maladies et de leur impact sur la santé publique ;
- c) le développement de la capacité des parties prenantes à traiter des facteurs de risque et des déterminants de la santé, y compris pour la surveillance ;
- d) l'accroissement de l'accès aux interventions pour les maladies d'origine hydrique, négligées et à transmission vectorielle, en tenant compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
- e) l'accroissement de la mise en œuvre de politiques, de stratégies et d'interventions visant à réduire les risques et à améliorer l'accès afin de lutter contre les

- infections sexuellement transmissibles, les infections transmissibles par le sang, le VIH/sida, les hépatites virales et la tuberculose ;
- f) l'accroissement de l'accès à des services et à des interventions de santé complets et de qualité pour prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies infectieuses tout au long du parcours de vie, grâce à une approche de soins de santé primaires et de santé universelle ;
 - g) l'accroissement de l'accès aux interventions de santé publique pour prévenir les infections causées par des pathogènes résistants acquis dans la communauté ou dans les services de santé ;
 - h) l'accroissement de la couverture vaccinale, en particulier pour les populations et les communautés difficiles à atteindre, et la poursuite des activités visant à contrôler, éradiquer et éliminer les maladies à prévention vaccinale ;
 - i) l'accroissement de l'accès aux interventions en matière de salubrité des aliments tout au long de la chaîne d'approvisionnement alimentaire afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire, y compris les infections produites par des agents pathogènes résistants ;
 - j) l'accroissement de l'accès aux interventions contre les zoonoses, en particulier pour prévenir la transmission d'animaux infectés à l'homme, dans le cadre d'une approche « Une seule santé » ;
 - k) la mise en œuvre de mécanismes efficaces axés sur l'utilisation rationnelle des antibiotiques pour réduire l'impact de la résistance aux antimicrobiens sur la santé publique.

Résultat intermédiaire 13. Facteurs de risque des MNT		
Réduction des facteurs de risque de maladies non transmissibles grâce à une action intersectorielle visant à agir sur les déterminants de la santé		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
13.a Prévalence, normalisée sur la base de l'âge, du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus	16,9 % ³¹ (2016)	13 % ³²
13.b Consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par habitant (APH) chez les personnes âgées de 15 ans et plus au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur, corrigée de la consommation touristique	8,0 L ³³ (2016)	8,0 L ³⁴

³¹ OMS, Global Health Observatory, Americas, age-standardized prevalence of current tobacco smoking among persons aged 15 years and older, 2016, both sexes (2018).

³² OMS, Global report on trends in prevalence of tobacco smoking, 2000-2025, second edition (Genève : OMS, 2018).

³³ OMS, Global Information System on Alcohol and Health (GISAH), Regional alcohol per capita (15+) consumption by WHO region, 2018.

³⁴ Les projections de l'OMS pour 2025 font état d'une augmentation si rien n'est fait.

Résultat intermédiaire 13. Facteurs de risque des MNT Réduction des facteurs de risque de maladies non transmissibles grâce à une action intersectorielle visant à agir sur les déterminants de la santé		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
13.c Consommation moyenne de sel (chlorure de sodium), normalisée en fonction de l'âge, par jour, en grammes, chez les personnes âgées de 18 ans et plus	3,6 g/jour (Canada/ États-Unis) 3.2 g/jour (Amérique latine/ Caraïbes) (2019)	<2,0 g/jour
13.d Nombre de pays et territoires ayant éliminé les acides gras trans produits industriellement	6 (2019)	35
13.e Prévalence normalisée en fonction de l'âge des personnes âgées de 18 ans et plus insuffisamment actives physiquement	39,3 % (2016)	35 %

21. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent *a)* à agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux sous-jacents des maladies non transmissibles et l'impact des facteurs économiques, commerciaux et du marché et *b)* à réduire les facteurs de risque les plus courants des principales MNT, à savoir les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques. Ces facteurs de risque comprennent la consommation nocive d'alcool, le tabagisme, une alimentation malsaine, une activité physique insuffisante et la pollution atmosphérique.

22. De nombreux déterminants sociaux et environnementaux et facteurs de risque des MNT, ainsi que les solutions à ces facteurs de risque, ne relèvent pas du secteur de la santé. Il faut donc une action intersectorielle coordonnée avec une approche de l'ensemble du gouvernement, dirigée par le ministère de la Santé, et une approche de l'ensemble de la société incluant la société civile et le secteur privé, prenant en compte les conflits d'intérêts réels ou perçus.

23. Les activités comprendront la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles et le renforcement de la promotion de la santé tout au long du parcours de vie. Pour ce faire, des mesures sont nécessaires pour promouvoir des environnements sains, des campagnes dans les médias de masse, des programmes dans les écoles et sur le lieu de travail, ainsi que des options stratégiques comme celles décrites dans le plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, y compris des mesures réglementaires le cas échéant. Il s'agira d'utiliser des études économiques pour appuyer les politiques budgétaires, d'élaborer des arguments en faveur de l'investissement dans la lutte contre les maladies non transmissibles et de déterminer le retour sur investissement pour les principaux facteurs de risque. Il est essentiel de

soutenir la mise en œuvre de la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac et du nouveau *Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac*.

Résultat intermédiaire 14. Malnutrition		
Réduction de la malnutrition sous toutes ses formes		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
14.a Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans	6,5 % (2018)	3,9 % ³⁵
14.b Prévalence de l’émaciation chez les enfants de moins de 5 ans	0,8 % (2018)	0,8 %
14.c Prévalence du surpoids chez les enfants (moins de 5 ans)	7,2 % (2019)	7,2 %
14.d Prévalence de l’obésité chez les enfants et les adolescents (5-19 ans)	33,6 % (2016)	33,6 %
14.e Prévalence du surpoids et de l’obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus	62,5 % pour le surpoids, 28,6 % pour l’obésité (2016)	62,5 % pour le surpoids, 28,6 % pour l’obésité
14.f Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités	27,8 % (2019)	50 %

24. **Portée :** les multiples manifestations de la malnutrition comprennent le surpoids et l’obésité, le retard de croissance et l’émaciation, ainsi que les carences en micronutriments, et peuvent contribuer à l’apparition de maladies non transmissibles liées à l’alimentation telles que certains cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Ces formes de malnutrition peuvent résulter de l’exposition à des produits, des pratiques, des environnements et des systèmes qui ne favorisent pas de façon adéquate une alimentation saine. Il est nécessaire d’adopter une approche systématique sur le plan des mesures de lutte contre la malnutrition, en fonction du contexte national, qui comprennent, sans s’y limiter :

- a) la promotion, le soutien et la protection de la maternité et de l’allaitement maternel précoce et exclusif pendant les six premiers mois et de la poursuite de l’allaitement maternel jusqu’à l’âge de 2 ans ou plus, de pair avec une alimentation complémentaire appropriée en temps opportun ;
- b) des interventions visant à améliorer les régimes alimentaires adaptés spécifiquement aux femmes, à encourager et faciliter l’allaitement maternel, par le biais des politiques et de la législation en matière de congé de maternité, des lieux dédiés à l’allaitement sur le lieu de travail, des conseils et du soutien, et la mise en

³⁵ La cible représente une réduction de 40 %.

- place d'hôpitaux, lieux de travail et autres cadres « amis des bébés » et autres initiatives similaires ;
- c) des interventions visant à mettre en œuvre ou à renforcer les mécanismes nationaux pour la mise en œuvre efficace des mesures visant à donner effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi qu'à d'autres recommandations de l'OMS fondées sur des données probantes, en gardant à l'esprit les besoins spécifiques des enfants et des femmes pour qui l'allaitement n'est pas possible ;
 - d) un appui pour une alimentation complémentaire adéquate et en temps opportun, conformément aux principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein et aux principes directeurs pour l'alimentation de l'enfant non allaité au sein âgé de 6 à 24 mois et un appui pour la poursuite de l'adoption de toutes les mesures nécessaires dans l'intérêt de la santé publique en vue de mettre en œuvre les recommandations visant à mettre fin à la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants, ainsi que l'éducation pour faciliter l'adoption de pratiques sanitaires qui ne remplacent pas l'allaitement et n'introduisent pas des aliments inappropriés pour les nourrissons ;
 - e) la mise en œuvre de politiques sur la production, l'achat et la salubrité des aliments, ainsi que l'accès à ces aliments, qui soient cohérentes avec une alimentation saine, et la création d'environnements favorables, y compris le soutien du rôle de la famille dans l'achat, la préparation et la consommation d'aliments sains ;
 - f) la mise en œuvre de politiques visant à créer et à soutenir le développement de modes alimentaires sains chez les enfants et les adolescents en réduisant la consommation de produits pauvres en nutriments et à forte teneur énergétique, y compris les boissons contenant du sucre ajouté, conformément aux directives et recommandations alimentaires nationales ;
 - g) l'adoption de règlements et de politiques visant à protéger les enfants et les adolescents de l'impact de la commercialisation de produits pauvres en nutriments à forte teneur énergétique, y compris les boissons contenant du sucre ajouté, tout en mettant en œuvre des politiques éducatives et des campagnes de communication pour améliorer la compréhension des habitudes alimentaires saines ;
 - h) l'élaboration et la mise en œuvre de normes pour l'étiquetage sur le devant de l'emballage avec des informations sur la teneur en nutriments qui favorisent des choix sains, y compris l'identification rapide et facile des produits pauvres en nutriments et à forte teneur énergétique, conformément aux recommandations et lignes directrices nationales en matière d'alimentation ;
 - i) l'élaboration et la mise en œuvre de normes et de politiques visant à encourager la communication d'informations exactes aux consommateurs sur la teneur en nutriments des aliments non emballés.

Résultat intermédiaire 15. Réponse intersectorielle à la violence et aux traumatismes Amélioration de l'action intersectorielle pour contribuer à la réduction de la violence et des traumatismes		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
15.a Nombre de pays et territoires dotés d'un comité consultatif opérationnel ou d'un organisme chef de file en matière de sécurité routière qui appuie l'élaboration ou la mise en œuvre d'une stratégie nationale de sécurité routière	29 (2019)	32
15.b Nombre de pays et territoires ayant un plan national ou multisectoriel de lutte contre la violence incluant le système de santé	20 (2019)	25

25. **Portée :** ce domaine d'activité englobe de multiples formes de violence tout au long du parcours de vie, les traumatismes dus aux accidents de la route et d'autres traumatismes. La lutte contre la violence et les traumatismes exige une action intersectorielle globale de la part du gouvernement, de la société civile et des secteurs privés concernés, comprenant notamment la santé, les transports, l'éducation, la justice et la sécurité. Néanmoins, le secteur de la santé a un rôle essentiel à jouer, compte tenu de son mandat de traiter de toutes les principales causes de morbidité et de mortalité. Les systèmes de santé subissent également l'incidence négative de la charge résultant des coûts directs des traumatismes et de la violence. Par conséquent, la portée des activités techniques comprendra les éléments suivants :

- a) le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le domaine de la santé, en collaboration avec d'autres secteurs, afin de sensibiliser et de créer un environnement juridique et stratégique propice à la lutte contre la violence et les traumatismes, l'accent étant mis sur la réduction des facteurs de risque de violence (y compris l'alcool) et la lutte contre la violence faite aux femmes ;
- b) la mise en place ou le renforcement des systèmes de surveillance de la violence afin d'améliorer la génération, la diffusion et l'utilisation des données sur l'ampleur et les conséquences de la violence et des traumatismes, les caractéristiques des groupes les plus touchés et des données probantes sur ce qui fonctionne pour prévenir la violence et les traumatismes et y répondre ;
- c) la promotion et le renforcement des politiques et des programmes de prévention de la violence et des traumatismes, et la mise en œuvre d'activités pertinentes au niveau de la population pour la prévention et la promotion de la santé ;
- d) la mise en place ou le renforcement des agences nationales de sécurité routière ayant l'autorité et la responsabilité de prendre des décisions, d'administrer les ressources et de coordonner les actions dans les secteurs gouvernementaux concernés ;
- e) la promotion de la collaboration intersectorielle pour la création de systèmes de transport en commun afin de contribuer à réduire l'utilisation individuelle des

- véhicules motorisés et d'encourager l'utilisation de modes de transport plus sûrs et plus propres afin de réduire l'exposition au risque de traumatismes dus aux accidents de la circulation, de réduire les maladies causées par les émissions des véhicules motorisés et d'augmenter l'activité physique ;
- f) la promotion du développement d'infrastructures propices à des transports en commun sûrs pour tous les usagers des routes et des autoroutes, en particulier les piétons, les cyclistes et les motocyclistes, qui sont les usagers les plus vulnérables.

Résultat intermédiaire 16. Action intersectorielle en faveur de la santé mentale		
Promotion accrue de la santé mentale, réduction des troubles liés à la consommation de substances psychoactives, prévention des troubles mentaux ³⁶ et du suicide, et diminution de la stigmatisation, grâce à une action intersectorielle.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
16.a Nombre de pays et de territoires ayant une collaboration en place entre les services gouvernementaux de santé mentale et d'autres départements, services et secteurs	15 (2019)	30

26. **Portée :** les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives sont l'une des principales causes de morbidité, de mortalité et d'invalidité dans les Amériques, et sont influencés par des interactions complexes de facteurs génétiques et environnementaux. La consommation de substances psychoactives est fortement liée à la mortalité prématurée, ainsi qu'à de nombreuses conséquences négatives sur le plan social et sanitaire. De même, le suicide, pour lequel les troubles mentaux et la consommation de substances psychoactives sont des facteurs de risque majeurs, est un problème de santé publique important et croissant dans la Région, représentant la troisième cause de décès chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans. La moitié de toutes les maladies mentales commencent avant l'âge de 14 ans et les trois quarts avant l'âge de 25 ans, d'où la nécessité d'une action conjointe précoce qui favorise une santé mentale positive et prévient le développement des troubles mentaux.

27. Les activités techniques pour ce résultat intermédiaire comprendront l'élaboration de politiques et de plans intersectoriels, ainsi que l'élaboration de lois visant à maximiser le bien-être psychologique et général des personnes et des populations. D'autres mesures viseront à renforcer la capacité du système de santé et d'autres secteurs en matière de prévention, de surveillance, de détection précoce, de traitement et de promotion de la santé liés à la santé mentale et aux troubles liés à la consommation de substances psychoactives et à leurs facteurs de risque respectifs tout au long du parcours de vie. L'éducation, sous forme de connaissances en santé mentale, de capacités d'adaptation et de développement des aptitudes à la vie quotidienne, contribuera à réduire la stigmatisation, à promouvoir une santé mentale positive et à minimiser les risques de troubles mentaux, d'alcoolisme et de consommation de substances psychoactives et de

³⁶ Les troubles de la santé mentale comprennent les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives.

suicide. Les interventions psychosociales prioritaires cibleront les jeunes et les adolescents ainsi que les groupes en situation de vulnérabilité.

28. Les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire favoriseront la collaboration et l'action conjointe entre diverses entités (organismes gouvernementaux et ministères, organisations sans but lucratif et universitaires, société civile, secteur privé, etc., comme approprié) dans le cadre des processus de planification et de mise en œuvre. L'accent sera mis sur la participation et l'inclusion des personnes qui ont vécu des expériences de troubles de santé mentale.

Résultat intermédiaire 17. Élimination des maladies transmissibles		
Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
17.a Nombre de pays et territoires qui parviennent à 90 % de suppression virale (charge virale <1000 copies/ml) chez les personnes sous traitement antirétroviral (ART)	2 (2017)	15
17.b Nombre de pays et territoires où plus de 80 % des cas de paludisme ont fait l'objet d'une investigation et ont été classés dans les zones ciblées pour l'élimination de la maladie ou la prévention de son rétablissement	22 sur 34 (2019)	28 pays sur 34
17.c.(a-g) Interruption de la transmission des maladies infectieuses négligées dans les pays, conformément aux critères et directives de l'OMS	-	-
a. Trachome	1 sur 4 (2019)	3 sur 4
b. Maladie de Chagas	17 sur 21 (2019)	21 sur 21
c. Rage humaine transmise par les chiens	28 sur 35 (2019)	35 sur 35
d. Ténia-cysticercose humaine	0 sur 16 (2019)	5 sur 16
e. Filariose lymphatique	3 sur 7 (2019)	6 sur 7
f. Onchocercose	4 sur 6 (2019)	6 sur 6
g. Schistosomiase	3 sur 10 (2019)	5 sur 10

Résultat intermédiaire 17. Élimination des maladies transmissibles		
Renforcement des systèmes de santé pour atteindre ou maintenir l'élimination de la transmission de maladies ciblées		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
17.d Nombre de pays et territoires ayant une capacité établie et des processus efficaces pour éliminer la rage humaine transmise par les chiens	30 (2019)	35
17.e Nombre de pays et territoires dans lesquels la transmission endémique du virus de la rougeole ou de la rubéole a été rétablie	1 (2018)	0
17.f Couverture régionale moyenne des nouveau-nés par le vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance	76 % (2017)	95 %
17.g Nombre de pays et territoires ayant déclaré des cas de paralysie dus au poliovirus sauvage ou à la circulation de poliovirus d'origine vaccinale (PVDVc) au cours de l'année écoulée	0 (2017)	0

29. **Portée :** ce résultat intermédiaire vise l'élimination de maladies ciblées, y compris certaines maladies négligées et zoonoses. Les efforts se concentreront sur l'élimination des maladies en tant que problèmes de santé publique et sur l'élimination de la transmission ou le maintien du statut d'élimination de certaines maladies importantes pour la santé publique. Les interventions en vue de l'élimination porteront sur les déterminants sociaux et environnementaux ainsi que sur l'équité et les droits de l'homme en tant qu'obstacles à l'accès. L'accent sera mis sur les éléments suivants :

- a) accroître l'accès aux interventions qui visent l'élimination des maladies négligées en tant que problèmes de santé publique, comme défini dans le document CD55/15 (2016) ;
- b) accroître l'accès aux interventions qui visent l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale ;
- c) accroître l'accès aux interventions visant à éliminer la transmission locale du paludisme dans et entre les États Membres et à prévenir la propagation, la réintroduction et le rétablissement de la maladie, comme défini dans le document CD55/13 (2016) ;
- d) accroître l'accès aux interventions visant à éliminer, prévenir, détecter rapidement et riposter à la réintroduction et au rétablissement de la fièvre aphteuse ;
- e) maintenir l'élimination de certaines maladies à prévention vaccinale.

Résultat intermédiaire 18. Déterminants sociaux et environnementaux		
Capacité accrue des acteurs de la santé à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé selon une approche intersectorielle et en donnant la priorité aux groupes en situation de vulnérabilité.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
18.a Nombre de pays et de territoires ayant la capacité de mettre en œuvre et d'assurer un suivi des politiques visant à traiter des déterminants sociaux de la santé	6 (2019)	9
18.b Nombre de pays et territoires ayant la capacité de prévenir les principales maladies professionnelles	3 (2019)	7
18.c Proportion de la population utilisant des services d'eau potable gérés de manière sûre	57,5 % dans huit pays et territoires (2019)	75 %
18.d Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés de manière sûre, y compris une installation de lavage des mains avec du savon et de l'eau	38 % dans 11 pays et territoires (2019)	50 %
18.e Proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres	87 % dans 23 pays (2019)	89 %
18.f Nombre de villes de $\geq 500\,000$ habitants (ou au moins la plus grande ville du pays) dans chaque pays et territoire qui respectent les Directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour la moyenne annuelle des particules fines (PM _{2,5}) ou progressent sur le plan de leur mise en œuvre	à déterminer en fonction d'un calcul pour 44 villes (2019)	Les villes cibles réduisent les niveaux de PM _{2.5} de 20 %, dans au moins 35 des 44 villes, par rapport à 2019
18.g Nombre de pays et territoires ayant la capacité de traiter de la santé dans le domaine de la sécurité chimique (y compris l'exposition des êtres humains aux métaux ou aux pesticides)	7 (2019)	22
18.h Nombre de pays et territoires ayant la capacité de faire face aux effets du changement climatique sur la santé	13 (2017)	25

30. **Portée :** conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et au Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à réduire les effets négatifs sur la santé attribuables aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé et à accroître l'équité en santé. Les éléments suivants sont essentiels à cet égard :

- a) l'intensification de l'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé dans le domaine de la prévention primaire, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et sur la base d'une approche de gestion des risques.
- b) la promotion de l'action intersectorielle pour traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé dans les politiques dans tous les secteurs.
- c) le renforcement de la capacité du secteur de la santé à mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique, en particulier dans les domaines de la surveillance, du renforcement des capacités pour la prestation des services, ainsi que du contrôle et de l'analyse des déterminants de la santé et de leurs impacts sur la santé publique.
- d) la mise en place de mécanismes de gouvernance et de soutien politique et social.
- e) la production et la fourniture de nouvelles données probantes sur les risques et les solutions, et une communication efficace avec les parties prenantes pour guider les choix et les investissements.
- f) le suivi des progrès réalisés pour guider les actions vers la réalisation des objectifs de développement durable.
- g) une attention particulière portée aux petits États insulaires et aux autres îles isolées en ce qui concerne l'impact environnemental sur la santé.

Résultat intermédiaire 19. Promotion de la santé et action intersectorielle		
Renforcement de la promotion de la santé et réduction des iniquités dans le cadre de l'approche de la santé dans toutes les politiques, de la diplomatie de la santé et de l'action intersectorielle		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
19.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre le cadre de la santé dans toutes les politiques pour améliorer l'équité en santé ainsi que la santé et le bien-être	6 (2019)	16
19.b Nombre de pays et territoires qui ont intégré la promotion de la santé dans les services de santé sur la base des principes des soins de santé primaires	7 (2019)	14
19.c Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des politiques ou des stratégies fondées sur des orientations régionales pour des écoles saines	8 (2019)	13

31. **Portée :** la santé est en grande partie créée par des actions extérieures au secteur de la santé. Les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé et sur l'utilisation de l'approche de la santé dans toutes les politiques (HiAP) pour créer la santé et le bien-être et réduire les iniquités en matière de santé. Il s'agit de mettre l'accent sur l'élaboration et le renforcement des politiques de santé publique et sur le plaidoyer en faveur de l'élaboration de politiques publiques intersectorielles, avec une prise en compte

systematique et holistique des implications sur la santé des décisions et actions d'autres secteurs. Les éléments clés des stratégies de promotion de la santé et des stratégies HiAP impliquent une action à tous les niveaux du gouvernement, en mettant fortement l'accent sur la participation des administrations locales et la création de cadres sains dans les écoles, les foyers et les lieux de travail. L'autonomisation et la participation des personnes, des familles et des communautés sont essentielles à cette approche, tout comme la coopération avec la société civile, le secteur privé et le milieu universitaire. Ce résultat intermédiaire vise à renforcer le rôle de plaidoyer, de diplomatie de la santé et le rôle directeur du secteur de la santé, qui sont essentiels au succès de cette stratégie de l'ensemble du gouvernement et de l'ensemble de la société, tout en renforçant les systèmes et services de santé par la promotion de la santé.

Résultat intermédiaire 20. Systèmes d'information intégrés pour la santé Systèmes d'information intégrés pour la santé élaborés et mis en œuvre avec des capacités renforcées dans les États Membres et au sein du Bureau panaméricain de la santé.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Target (2025)
20.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des systèmes d'information interopérables et intégrés pour la santé qui incluent une désagrégation infranationale	7 (2019)	18

32. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire sont axées sur l'élaboration et la mise en œuvre de systèmes d'information intégrés et interopérables pour la santé dans les pays et territoires, avec des données utilisées de façon éthique provenant de diverses sources, en utilisant des technologies de l'information et de la communication (TIC) efficaces pour produire des informations stratégiques désagrégées dans l'intérêt de la santé publique. Le renforcement des capacités au sein des pays et du BSP fait partie intégrante de cette activité, y compris l'enregistrement dans la durée et la disponibilité des données. Ce résultat intermédiaire appuie les efforts déployés par les pays pour mettre en œuvre des systèmes d'information qui assurent un accès libre, universel et opportun aux données et aux informations stratégiques, en utilisant les outils les plus rentables pour améliorer l'élaboration des politiques et le processus décisionnel, la mesure et le suivi des inégalités en matière de santé, la mesure des progrès sur le plan de la réalisation de la santé universelle et la surveillance de la santé publique.

Résultat intermédiaire 21. Données, informations, connaissances et données probantes Capacité accrue des États Membres et du Bureau sanitaire panaméricain à produire, analyser et diffuser des données probantes sur la santé et à appliquer les connaissances à la prise de décisions aux niveaux national et infranational.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
21.a Nombre de pays et territoires dotés d'une gouvernance fonctionnelle pour produire et utiliser des données probantes intégrées dans les systèmes de santé	7 (2019)	15

Résultat intermédiaire 21. Données, informations, connaissances et données probantes Capacité accrue des États Membres et du Bureau sanitaire panaméricain à produire, analyser et diffuser des données probantes sur la santé et à appliquer les connaissances à la prise de décisions aux niveaux national et infranational.		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
21.b Nombre de pays et territoires qui produisent, analysent et utilisent des données et des informations en fonction des priorités sanitaires, ventilées par strates géopolitiques et démographiques, en tenant compte du contexte national	8 (2019)	51
21.c Nombre de pays et territoires disposant de mécanismes établis en matière de gestion des connaissances, de multilinguisme, d'accès ouvert et de publication	11 (2019)	26

33. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à renforcer la capacité de gestion et d'application des connaissances³⁷ dans le domaine de la santé. Cela comprend la production, la saisie, la diffusion et le partage d'informations scientifiques et techniques multilingues, l'adoption des pratiques exemplaires et des enseignements tirés, ainsi que l'accroissement de la capacité d'accès et d'utilisation de ces informations. L'accent est mis sur le renforcement des réseaux de connaissances, la prestation d'un accès équitable et l'élargissement de l'audience en adoptant, entre autres stratégies, une approche fondée sur le multilinguisme.³⁸

34. Ce résultat intermédiaire assure également la capacité d'établir et de mettre en œuvre des analyses de données et des données probantes qui ont un impact en tant que facteurs clés pour des politiques, des systèmes et des pratiques équitables, efficaces et axés sur les personnes. L'objectif est d'élaborer des approches novatrices permettant aux États Membres d'utiliser les données et les éléments probants pour la prise de décisions et l'élaboration des politiques.

³⁷ Dans le contexte de l'OMS, le terme « application des connaissances » désigne « la synthèse, l'échange et l'application des connaissances par les parties prenantes pertinentes afin d'accélérer l'utilisation des avantages de l'innovation mondiale et locale pour renforcer les systèmes de santé et améliorer la santé de la population » (voir https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/fr/).

³⁸ À l'OMS, le terme « multilinguisme » est utilisé dans le contexte de la promotion du « respect de la diversité des cultures et de la pluralité des langues internationales pour améliorer les politiques de santé dans le monde, en particulier dans les pays en développement, et pour donner à tous les États Membres accès à l'information et à la coopération scientifiques et techniques » (résolution WHA71.15[2018]).

Résultat intermédiaire 22. Recherche, éthique et innovation pour la santé Renforcement de la recherche et de l'innovation pour produire des solutions et des données probantes afin d'améliorer la santé et de réduire les inégalités en matière de santé		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
22.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre une politique, stratégie ou programme financé de recherche et d'innovation en matière de santé	7 (2019)	17
22.b Nombre de pays et de territoires qui ont des normes éthiques pour mener des recherches sur des sujets humains	15	23

35. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à assurer la capacité de mener et d'utiliser des recherches éthiques pertinentes et appropriées pour la santé. Il s'agit notamment d'appuyer les efforts déployés par les pays pour exercer une gouvernance fonctionnelle de la recherche (politiques, programmes et priorités en matière de recherche, suivi, évaluation et responsabilisation), d'établir et appliquer des normes, des règles et des bonnes pratiques de la recherche, d'assurer des ressources humaines et financières adéquates pour la recherche pour la santé, de faciliter la coordination intersectorielle et d'assurer l'adoption, l'évaluation, la publication et la diffusion des résultats des recherches. L'accent est également mis sur la promotion et la mise en œuvre de solutions innovantes aux problèmes de santé (nouvelles méthodes d'analyse, santé numérique, réseaux sociaux et technologies de communication, entre autres) fondées sur la collaboration, la transparence et la durabilité.

Résultat intermédiaire 23. Préparation aux urgences sanitaires et réduction des risques Renforcement des capacités des pays en matière de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe, quel que soit le danger, pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
23.a Nombre de pays et territoires qui atteignent ou dépassent les capacités minimales de gestion des risques pour la santé publique associés aux situations d'urgence	26 (2019)	40
23.b Nombre d'États parties ³⁹ qui respectent et maintiennent les exigences du Règlement sanitaire international (RSI) en matière de capacités de base	n/d ⁴⁰	35

³⁹ Trente-cinq États Membres de l'OPS sont parties au Règlement sanitaire international.

⁴⁰ Pour être atteint, conformément à la décision WHA71(15) et en tenant compte de la résolution WHA68.5 approuvant le document A68/22 Add.1, les États Parties doivent avoir amélioré les scores, ou les avoir maintenus (dans ce dernier cas ils doivent être supérieurs à 0 %), pour au moins 10 des 13 capacités principales. Les scores des capacités principales pour les États Parties qui omettent de présenter leur Rapport annuel des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé au cours d'une année donnée seront considérés comme étant 0 %. Les scores des capacités principales lors de la présentation subséquente sera évalué en fonction de la présentation précédente la plus récente. À la suite d'un processus consultatif mondial formel tenu en 2018, une version révisée de l'outil proposé pour la présentation du Rapport

36. **Portée :** les activités en vue d'atteindre ce résultat intermédiaire visent à s'assurer que tous les pays et territoires de la Région soient préparés et prêts à gérer l'impact sanitaire des situations d'urgence et des catastrophes, quel que soit le danger. Le BSP travaillera avec les pays, les territoires et les partenaires pour accroître leurs capacités à toutes les phases de la gestion des situations d'urgence au moyen de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) et du Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe.

37. Le BSP collaborera pour renforcer progressivement la capacité des niveaux national et infranational et des communautés locales à réduire et à gérer les urgences sanitaires en suivant une approche couvrant tous les dangers et en développant des systèmes, institutions et réseaux de santé publique solides, axés sur les personnes et la santé publique. L'appui sera axé sur le renforcement de la durabilité des fonctions essentielles de santé publique, des capacités de base correspondantes du RSI et des priorités d'action du Cadre de Sendai. Les interventions cibleront les mécanismes de planification institutionnelle, d'organisation, de financement et de coordination en vue d'améliorer l'élaboration et la rationalisation d'un ensemble national d'instruments juridiques, de politiques, de plans et de procédures opérationnelles normalisées englobant tous les dangers d'une manière interopérable. Elles viseront également à élaborer des cadres axés sur l'action que les gouvernements et les parties prenantes concernées peuvent mettre en œuvre de manière complémentaire et à titre de soutien et qui faciliteront l'identification des risques à gérer, avec les investissements correspondants pour renforcer la résilience. Le BSP encouragera le respect des dispositions du RSI relatives à la présentation de rapports à l'Assemblée mondiale de la Santé,⁴¹ ainsi que l'adoption et le suivi des jalons pour les situations d'urgence sanitaire et la préparation aux catastrophes. L'accent sera également mis sur l'amélioration de l'état de préparation opérationnelle des pays et territoires à haut risque, l'amélioration de l'état de préparation du BSP, la mise en œuvre d'initiatives et de plans d'action nouveaux et existants, y compris des initiatives pour des hôpitaux sûrs et intelligents, la définition et la mise en œuvre de stratégies inclusives, en particulier pour les groupes en situation de vulnérabilité, et le fait d'assurer le rôle fondamental et la participation tant des femmes que des hommes.

38. Les activités du BSP pour renforcer la préparation des pays reposent sur un travail interprogrammatique au sein du Bureau, impliquant les domaines de la santé universelle, du renforcement des systèmes de santé, de la résistance aux antimicrobiens, de la santé maternelle et infantile, de la nutrition et des maladies non transmissibles, ainsi que des

annuel des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé a été introduite en 2019 et comprend 13 capacités révisées englobant 24 indicateurs (<http://www.who.int/iris/bitstream/10665/272432/1/WHO-WHE-CPI-2018.16-eng.pdf?ua=1> [consulté le 29 avril 2019, en anglais]). Il n'y a donc pas de « Référence 2019 » disponible.

⁴¹ Le Cadre de suivi et d'évaluation du RSI comprend un élément obligatoire, soit le rapport annuel de chaque État Partie, et trois éléments volontaires : l'examen a posteriori des événements de santé publique, les exercices de simulation et les évaluations externes volontaires, y compris les évaluations externes conjointes.

programmes couvrant des maladies spécifiques (tels que ceux traitant de la poliomyélite et des arboviroses), entre autres.

39. La réalisation de ce résultat intermédiaire se traduira par la protection et la promotion du bien-être physique, mental et social des populations, y compris les plus vulnérables. Elle renforcera également la résilience des systèmes de santé, ce qui permettra un fonctionnement continu et un relèvement rapide à la suite de situations d'urgence sanitaire et de catastrophes. L'établissement d'alliances stratégiques avec les autorités politiques et administratives, les entités publiques et privées, les organisations non gouvernementales, la société civile et tous les autres secteurs est essentiel pour atteindre ce résultat intermédiaire. Il est également important de développer une culture régionale de prévention, de préparation et d'atténuation des urgences sanitaires et des catastrophes qui intègre les droits et les contributions des personnes, des familles et des communautés.

Résultat intermédiaire 24. Prévention et contrôle des épidémies et des pandémies		
Renforcement des capacités des pays en matière de prévention et de lutte contre les épidémies et les pandémies causées par des agents pathogènes à fort impact ou ayant des conséquences graves		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
24.a Nombre de pays et territoires ayant la capacité de répondre efficacement aux grandes épidémies et pandémies	n/d ⁴²	35
24.b Nombre de pays et territoires d'endémie avec une couverture vaccinale $\geq 80\%$ contre la fièvre jaune	0 (2019)	5

40. **Portée :** ce domaine d'activité soutient les pays dans la surveillance, la prévention, la préparation et le contrôle des maladies à potentiel pandémique et épidémique (notamment la grippe, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, la dengue, le virus Zika, le chikungunya, les fièvres hémorragiques, les hantavirus, la fièvre jaune, les arboviroses émergentes, la peste, le choléra, les diarrhées à risque épidémique, la leptospirose, les maladies à méningocoques). Le renforcement des capacités sera axé sur la prévision, la caractérisation des maladies et des risques infectieux et l'élaboration de stratégies fondées sur des données probantes pour prévoir, prévenir et détecter les risques infectieux et y riposter dans le contexte de l'accès universel à la santé. Cela comprend

⁴² Pour être atteint, conformément à la décision WHA71(15) et en tenant compte de la résolution WHA68.5 approuvant le document A68/22 Add.1, les États Parties doivent avoir amélioré les scores, ou les avoir maintenus (dans ce dernier cas ils doivent être supérieurs à 0 %), pour au moins 8 des 11 capacités principales. Les scores des capacités principales pour les États Parties qui omettent de présenter leur Rapport annuel des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé au cours d'une année donnée seront considérés comme étant 0 %. Les scores des capacités principales de la présentation subséquente seront évalués en fonction de la présentation précédente la plus récente. À la suite d'un processus consultatif mondial formel tenu en 2018, une version révisée de l'outil proposé pour la présentation du Rapport annuel des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé a été introduite en 2019 et comprend 13 capacités révisées englobant 24 indicateurs (<http://www.who.int/iris/bitstream/10665/272432/1/WHO-WHE-CPI-2018.16-eng.pdf?ua=1> [consulté le 29 avril 2019, en anglais]). Il n'y a donc pas de « Référence 2019 » disponible.

l'élaboration et le soutien de stratégies, d'outils et de capacités de prévention et de lutte contre les agents pathogènes à fort impact et aux conséquences importantes (y compris les agents pathogènes extrêmement résistants), ainsi que la mise en place et le maintien de réseaux d'experts pour tirer parti de l'expertise internationale en vue de détecter, comprendre et gérer les agents pathogènes nouveaux et émergents. Dans le contexte des épidémies, les personnes et les communautés devront, sans discrimination d'aucune sorte, avoir accès en temps opportun à des services et technologies de la santé complets, appropriés et de qualité, déterminés au niveau national en fonction des besoins, ainsi qu'à des médicaments, vaccins et fournitures sanitaires sûrs, efficaces et à des prix abordables.

41. Les activités liées à ce résultat intermédiaire visent à améliorer le partage des connaissances et des informations disponibles sur les pathogènes émergents et réémergents à fort impact ou aux conséquences importantes, à améliorer la surveillance et la riposte aux maladies épidémiques en mettant fortement l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité et à travailler en réseau pour contribuer aux mécanismes et processus mondiaux. Cela comprend également la gestion de mécanismes régionaux pour s'attaquer à la dimension internationale des maladies épidémiques, en mettant particulièrement l'accent sur le cadre de préparation à une pandémie de grippe.

Résultat intermédiaire 25. Détection des urgences sanitaire et riposte		
Détection, évaluation et riposte rapides en cas d'urgence sanitaire		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
25.a Pourcentage d'événements aigus de santé publique pour lesquels une évaluation des risques est effectuée dans les 72 heures	75 % (2019)	100 %
25.b Pourcentage de pays et territoires fournissant un ensemble essentiel de services de santé vitaux dans toutes les situations d'urgence classées	75 % (2019)	85 %

42. **Portée :** pour atteindre ce résultat intermédiaire, le BSP collaborera avec les pays, les territoires et les partenaires afin d'assurer la détection précoce des situations d'urgence potentielles et la fourniture de services de santé essentiels vitaux aux populations touchées par des situations d'urgence et des catastrophes. La détection précoce, l'évaluation des risques, le partage de l'information et la riposte rapide sont essentiels pour réduire les maladies, les traumatismes, les décès et les pertes économiques à grande échelle. Pour atteindre ce résultat intermédiaire, il est essentiel que le BSP fournisse des informations faisant autorité pour la prise de décisions en matière de santé publique dans les situations d'urgence et de catastrophe, y compris au moyen d'actions telles que l'identification des événements de santé publique aigus, l'évaluation des risques pour la santé publique, la surveillance épidémiologique et les investigations de terrain, le suivi des interventions de santé publique et des capacités opérationnelles des services et établissements de santé, ainsi que la communication aux partenaires techniques d'informations de santé publique.

43. L'une des principaux domaines de focalisation à cet égard consiste à travailler avec les pays, les territoires et les partenaires pour mettre en œuvre des opérations de riposte et de relèvement rapides. Il s'agit notamment de fournir des services et des technologies de santé essentiels pour faire face aux nouveaux problèmes de santé liés aux situations d'urgence et aux catastrophes, ainsi qu'aux besoins sanitaires préexistants, en mettant l'accent sur les groupes en situation de vulnérabilité. Les principales mesures comprennent la coordination de l'équipe d'intervention de l'OPS, des équipes médicales d'urgence, de la branche régionale du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et d'autres partenaires, l'élaboration de plans de riposte stratégique et de planification opérationnelle conjointe, le soutien opérationnel et la logistique, la communication en cas de crise urgente et de risque et l'activation de mécanismes de réponse d'urgence conformément à la Politique et aux procédures clés de l'OPS/OMS sur la réponse institutionnelle aux situations d'urgence et aux catastrophes, avec le plein soutien du Système de gestion des incidents, conformément au Règlement sanitaire international (2005).

Résultat intermédiaire 26. Thématiques transversales : équité, genre, origine ethnique et droits de l'homme		
Renforcement du leadership et de la capacité des pays à promouvoir l'équité en santé et l'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé, dans un cadre axé sur les droits de l'homme		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
26.a Nombre de pays et territoires disposant de réponses institutionnelles et de mécanismes de reddition de comptes qui font progresser l'équité en santé, l'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé, et les droits de l'homme	n/d (2019)	18

44. **Portée :** ce résultat intermédiaire est conforme à l'engagement pris dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de « ne laisser personne pour compte » et aux efforts visant à accélérer les progrès vers la santé universelle. Il vise à faire en sorte que l'ensemble des politiques, programmes et plans du secteur de la santé, y compris l'action intersectorielle, s'attaquent aux inégalités persistantes en matière de santé qui empêchent toutes les personnes et les populations de la Région de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint. Dans le cadre de l'action en faveur de l'équité en santé, une attention prioritaire est accordée au fait de veiller à ce que toutes les actions soient fondées sur les droits de l'homme, de s'attaquer aux inégalités entre les genres et les groupes ethniques qui sont souvent à l'origine d'iniquités en matière de santé et de traiter de la situation des membres d'autres groupes en situation de vulnérabilité, en fonction du contexte.⁴³

⁴³ Voir la note de bas de page 17 du résultat intermédiaire 1.

45. Le champ des activités techniques comprend l'appui au leadership du secteur de la santé pour l'équité en santé, en établissant les priorités au plus haut niveau du processus décisionnel du secteur de la santé, la prise de décisions ou le plaidoyer pour des cadres normatifs et stratégiques qui favorisent l'équité et l'égalité dans la santé, dans le respect des droits de l'homme, l'institutionnalisation de structures de gouvernance inclusives, la création d'environnements favorables à une vaste collaboration intersectorielle et une affectation adéquate et durable des ressources humaines et financières pour l'équité en santé. Il s'agit également de renforcer les capacités à tous les niveaux pour identifier et traiter les inégalités et les iniquités en matière de santé, ainsi que les facteurs qui les engendrent, dans la planification et la mise en œuvre de toutes les actions du secteur de la santé pour promouvoir des approches équitables, sensibles à la dimension culturelle et de genre dans un cadre axé sur les droits de l'homme, d'engager une action intersectorielle axée sur l'équité et les droits, de promouvoir une gouvernance inclusive en assurant une participation sociale forte et effective de tous les groupes concernés à tous les niveaux et d'assurer un suivi et une évaluation fondés sur les données probantes, axés sur l'équité, sensibles à la dimension culturelle et de genre, et fondés sur le respect des droits de l'homme.

Résultat intermédiaire 27. Leadership et gouvernance		
Renforcement du leadership, de la gouvernance et du plaidoyer pour la santé du BSP		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
27.a Proportion de pays et territoires où l'autorité sanitaire nationale se déclare satisfaite du rôle de chef de file joué par l'OPS/OMS pour les questions de santé mondiale et régionale	pas de données (2019)	100 %
27.b Nombre de pays et territoires pour lesquels il existe un alignement entre la politique, la stratégie ou le plan de la santé au niveau national et les résultats intermédiaires définis dans le Plan stratégique 2020-2025 de l'OPS	20 (2019)	51
27.c Proportion des risques opérationnels pour lesquels un plan d'atténuation approuvé a été mis en œuvre	50 % (2019)	100 %
27.d Pourcentage du budget approuvé de l'OPS (non AMRO) financé pour chaque période biennale	à déterminer ⁴⁴	100 %
27.e Pourcentage des cibles des indicateurs de résultats intermédiaires du Plan stratégique de l'OPS pour 2020-2025 atteintes	à déterminer sur la base de l'évaluation finale du Plan stratégique 2014-2019	90 %

⁴⁴ La référence pour 2019 sera déterminée au cours du premier trimestre de 2020.

46. **Portée :** ce résultat intermédiaire intègre le leadership stratégique, la gouvernance et les fonctions de plaidoyer afin de renforcer le rôle de chef de file de l’OPS pour le développement de la santé dans la Région. Il s’agit notamment de renforcer la capacité des États Membres à prendre en charge la santé de leur population et à progresser sur le plan des priorités régionales en matière de santé et d’équité en santé, comme indiqué dans le présent Plan stratégique et dans le Programme d’action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Les activités pour atteindre ce résultat intermédiaire comprennent la défense et le plaidoyer de la santé à l’appui des États Membres grâce à l’élaboration et à la mise en œuvre efficaces de programmes de coopération technique ; le renforcement de la présence dans les pays pour répondre de manière effective et efficace aux besoins nationaux de la santé ; la coordination et la mobilisation des parties prenantes concernées, y compris les autres agences et programmes des Nations Unies et les acteurs non étatiques concernés ; le renforcement des mécanismes de gouvernance de l’OPS pour assurer un engagement et une supervision permanents de la part des États Membres ; le renforcement de la transparence de la gestion, de la responsabilisation, de la gestion du risque ; le maintien d’un lieu de travail respectueux et la mise en exergue de l’importance d’un comportement éthique à tous les niveaux de l’Organisation ; le renforcement de l’élaboration des politiques, de la planification stratégique et opérationnelle, de la gestion du budget, de la performance, du suivi et évaluation, et de l’établissement de rapports à tous les niveaux ; un financement et une gestion des ressources effectifs, équitables et efficaces pour répondre aux priorités du Plan stratégique ; la communication au public, en temps opportun, d’informations sanitaires exactes, y compris en situation d’urgence ; une meilleure communication sur les activités de l’Organisation et leur impact sur les progrès en matière de santé dans toute la Région.

Résultat intermédiaire 28. Gestion et administration		
Utilisation plus transparente et efficace des fonds, grâce à une meilleure gestion des ressources financières, humaines et administratives du BSP		
Indicateur de résultat intermédiaire	Référence (2019)	Cible (2025)
28.a Proportion du coût total des ressources humaines consacrée aux fonctions de gestion et d’administration	à déterminer	10 % de réduction

47. **Portée :** ce résultat intermédiaire englobe les diverses fonctions d’appui liées aux finances, aux ressources humaines, aux technologies de l’information, aux passations de marchés et aux services généraux. Le but ultime de ces fonctions est d’appuyer les efforts du BSP en vue de faire progresser les priorités régionales en matière de santé détaillées dans le présent Plan stratégique et dans le Programme d’action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Un engagement continu en termes de reddition de comptes et de transparence est important non seulement pour mesurer l’impact, mais aussi en tant que fondement du modèle opérationnel.

48. Le BSP continuera d'élargir, de consolider et de renforcer le Système d'information pour la gestion du BSP (PMIS) afin d'accroître la transparence et l'efficacité de son utilisation des ressources, en mettant l'accent sur l'amélioration de la performance et de la durabilité pour appuyer la mise en œuvre des priorités stratégiques à tous les niveaux de l'Organisation et aux niveaux national, infrarégional et régional. L'accent sera mis sur le renforcement des fonctions institutionnelles aux niveaux normatif et de la conformité et sur l'actualisation des politiques et des procédures afin de répondre à l'évolution des besoins, d'apporter de la souplesse et d'accroître les efficacités. Le BSP s'est engagé à attirer et à retenir des personnes ayant un haut niveau de performance dans les différents domaines de la santé publique (reflétant ainsi les engagements de haut niveau en faveur de la diversité et de l'égalité des genres énoncés dans les ODD) et à offrir des possibilités de développement de carrière au personnel afin de mieux servir les initiatives mondiales, régionales et infrarégionales.

49. Le BSP s'engage à répondre aux divers besoins émergents associés aux urgences de santé publique. Les processus opérationnels dans l'ensemble de l'Organisation seront coordonnés, les plans de continuité des opérations seront actualisés et une formation adéquate sera dispensée.

Annexe B. Contribution aux ODD liés à la santé, aux indicateurs du Cadre d'impact du 13^e PGT et aux cibles du PASDA2030

La présente annexe fournit une cartographie complète des indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires du Plan stratégique 2020-2025 (Plan stratégique 2020-2025) (présentés à l'annexe A) par rapport à trois cadres de référence clés : *a)* les cibles et indicateurs associés aux objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies, *b)* les cibles et indicateurs du Cadre d'impact associé au 13^e Programme général de travail 2019-2023 de l'OMS et *c)* les cibles du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030).

Cette cartographie reflète la relation la plus directe entre les indicateurs du Plan stratégique 2020-2025 et les indicateurs et cibles dans les cadres mentionnés ci-dessus. Néanmoins, les indicateurs du Plan stratégique 2020-2025 ont été élaborés pour tenir compte des spécificités régionales afin de répondre aux priorités des États Membres de la Région. Par conséquent, la cartographie des tableaux B.1 et B.2 peut refléter une contribution indirecte dans certains cas.

Tableau B.1. Contribution aux objectifs de développement durable liés à la santé et au Cadre d'impact du 13^e PGT

Note : conformément au document A72/5 de l'OMS, le Cadre d'impact du 13^e PGT comprend tous les indicateurs au titre de l'ODD 3, plus les indicateurs des ODD 1.5.1, 1.8.2, 2.2.1, 2.2.2, 4.2.1, 5.2.1, 5.6.1, 6.1.1, 6.2.1, 7.1.2, 11.6.2, et 16.2.1. En outre, le tableau comprend également huit indicateurs spécifiques à l'OMS qui répondent à d'autres mandats ou priorités des États Membres de l'OMS. L'OPS effectuera une mise à jour de la cartographie, au besoin, si un quelconque changement est apporté au cadre d'impact du 13^e PGT.

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge	3.1 D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes	3.1.1 Taux de mortalité maternelle	Indicateur d'impact 6 Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)
		3.1.2 Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	Indicateur de résultat intermédiaire 2.c Proportion d'accouchements assistés dans les centres de santé

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
			Indicateur de résultat intermédiaire 2.d Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
	3.2 D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus	3.2.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	Indicateur d'impact 4 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
		3.2.2 Taux de mortalité néonatale	Indicateur d'impact 3 Taux de mortalité néonatale
	3.3 D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles	3.3.1 Nombre de nouvelles infections à VIH pour 1000 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de population à risque	Indicateur d'impact 16 Taux d'incidence des infections VIH
		3.3.2 Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants	Indicateur d'impact 20 Taux d'incidence de la tuberculose
		3.3.3 Incidence du paludisme pour 1000 habitants	Indicateur d'impact 21 Taux d'incidence du paludisme
		3.3.4 Incidence de l'hépatite B pour 100 000 habitants	Indicateur d'impact 19 Taux de mortalité dû à l'hépatite virale chronique

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		3.3.5 Nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les maladies tropicales négligées sont nécessaires	Indicateur d'impact 24 Élimination des maladies infectieuses négligées dans les pays et territoires
	3.4 D'ici à 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être	3.4.1 Taux de mortalité attribuable à des maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou à des maladies respiratoires chroniques	Indicateur d'impact 9 Probabilité inconditionnelle de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques
		3.4.2 Taux de mortalité par suicide	Indicateur d'impact 14 Taux de mortalité par suicide
	3.5 Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool	3.5.1 Couverture des interventions thérapeutiques (services pharmacologiques, psychosociaux, services de désintoxication et de postcure) pour les troubles liés à la toxicomanie	Indicateur de résultat intermédiaire 5.i Nombre de pays et territoires qui ont augmenté le taux de personnes recevant des traitements (services pharmacologiques, psychosociaux, de réadaptation et de post-soins) pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives dans le réseau de services de santé
		3.5.2 Abus d'alcool, défini en fonction du contexte national par la consommation d'alcool pur (en litres) par habitant (âgé de 15 ans ou plus) au cours d'une année civile	Indicateur de résultat intermédiaire 13.b Consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par habitant (APH) chez les personnes âgées de 15 ans et plus au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur, corrigée de la consommation touristique

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	3.6 D'ici à 2020, diminuer de moitié à l'échelle mondiale le nombre de décès et de blessures dus à des accidents de la route	3.6.1 Taux de mortalité lié aux accidents de la route	Indicateur d'impact 13 Nombre de décès à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route
	3.7 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux	3.7.1 Proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale	Indicateur de résultat intermédiaire 2.a Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont couverts par des méthodes modernes
		3.7.2 Taux de natalité chez les adolescentes (10 à 14 ans et 15 à 19 ans) pour 1000 adolescentes du même groupe d'âge	Indicateur de résultat intermédiaire 2.b Taux de fécondité des femmes âgées de 10 à 19 ans (ventilé par groupe de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans) en Amérique latine et dans les Caraïbes
	3.8 Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable	3.8.1 Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels mesurée à partir des interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier)	Indicateur de résultat intermédiaire 9.a Nombre de pays et territoires qui ont obtenu, d'ici à 2025, une réduction d'au moins 10 points de pourcentage de la population signalant des obstacles à l'accès aux services de santé, par rapport à 2020

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>3.8.2</p> <p>Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 11.a</p> <p>Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 20 % le pourcentage de la population des ménages devant assumer des dépenses de santé à leur charge aux conséquences catastrophiques</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 11.b</p> <p>Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 10 % le pourcentage de personnes vivant dans les ménages en situation d'appauvrissement en raison des dépenses de santé à leur charge</p>
	<p>3.9</p> <p>D'ici à 2030, réduire nettement le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et à la contamination de l'air, de l'eau et du sol</p>	<p>3.9.1</p> <p>Taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant</p>	<p>Indicateur d'impact 26</p> <p>Taux de mortalité attribué à la pollution de l'air dans les foyers et de l'air ambiant</p>
		<p>3.9.2</p> <p>Taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène (accès à des services WASH inadéquats)</p>	<p>Indicateur d'impact 27</p> <p>Taux de mortalité attribué à l'eau non potable, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène</p>

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		3.9.3 Taux de mortalité attribuable à un empoisonnement accidentel	<i>La Région des Amériques contribuera par le biais d'autres mécanismes d'établissement de rapports : Base de données de l'OPS sur la mortalité (comprend les empoisonnements accidentels comme principale cause de décès), qui peut être combinée avec les données nationales des centres antipoison, si elles sont disponibles</i>
	3.A Renforcer dans tous les pays, selon qu'il convient, l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac	3.A.1 Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 15 ans ou plus (taux comparatifs par âge)	Indicateur de résultat intermédiaire 13.a Prévalence, normalisée sur la base de l'âge, du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus
	3.B Appuyer la recherche et le développement de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de cet accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, qui ménagent une flexibilité lorsqu'il s'agit de protéger la santé publique et, en particulier, d'assurer l'accès universel aux médicaments	3.B.1 Proportion de la population cible ayant reçu tous les vaccins prévus par le programme national	Indicateur de résultat intermédiaire 8.a Nombre de pays et territoires qui veillent à ce que les produits figurant sur la liste des médicaments essentiels soient disponibles sans reste à charge au point de service
		3.B.2 Montant total net de l'aide publique au développement consacré à la recherche médicale et aux soins de santé de base	Rapport du ministère des Finances/Affaires étrangères à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	3.C Accroître considérablement le budget de la santé, le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement	3.C.1 Densité et répartition du personnel de santé	Indicateur de résultat intermédiaire 7.a Nombre de pays et territoires qui ont réduit l'écart de densité en ce qui concerne les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes, avec au moins 25 personnels de santé pour 10 000 habitants dans les zones mal desservies, en gardant à l'esprit la cible mondiale de 44,5 d'ici à 2030
	3.D Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux	3.D.1 Application du Règlement sanitaire international (RSI) et degré de préparation aux urgences sanitaires	Indicateur de résultat intermédiaire 23.b Nombre d'États parties qui respectent et maintiennent les exigences du Règlement sanitaire international (RSI) en matière de capacités de base
1. Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde	1.5 D'ici à 2030, renforcer la résilience des pauvres et des personnes en situation vulnérable et réduire leur exposition aux phénomènes climatiques extrêmes et à d'autres chocs et catastrophes d'ordre économique, social ou environnemental et leur vulnérabilité	1.5.1 Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors de catastrophes, pour 100 000 personnes	Indicateur d'impact 28 Taux de mortalité due aux catastrophes pour 100 000 habitants
2. Éliminer la faim , assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable	2.2 D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées	2.2.1 Prévalence du retard de croissance (indice taille/âge inférieur à -2 écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS) chez les enfants de moins de 5 ans	Indicateur de résultat intermédiaire 14.a Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>2.2.2</p> <p>Prévalence de la malnutrition (indice poids/taille supérieur à +2 écarts types ou inférieur à -2 écarts types par rapport à la médiane des normes de croissance de l'enfant définies par l'OMS chez les enfants de moins de 5 ans, par forme (surpoids et émaciation))</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 14.b</p> <p>Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 14.c</p> <p>Prévalence du surpoids chez les enfants (moins de 5 ans)</p>
<p>4. Assurer à tous une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie</p>	<p>4.2</p> <p>D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de développement et de soins de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire</p>	<p>4.2.1</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial, par sexe</p>	<p>Indicateur d'impact 5</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont le développement sur le plan de la santé, de l'apprentissage et du bien-être psychosocial est en bonne voie</p>
<p>5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles</p>	<p>5.2</p> <p>Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation</p>	<p>5.2.1</p> <p>Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge</p>	<p>Indicateur d'impact 12</p> <p>Proportion de femmes et de filles de 15 à 49 ans ayant déjà eu un partenaire ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime actuel ou ancien au cours des 12 derniers mois</p>

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>5.6 Assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finals des conférences d'examen qui ont suivi</p>	<p>5.6.1 Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative</p>	<p><i>La Région ne dispose pas actuellement d'une source fiable pour cet indicateur</i></p>
6. Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable	<p>6.1 D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable</p>	<p>6.1.1 Proportion de la population utilisant des services d'alimentation en eau potable gérés en toute sécurité</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.c Proportion de la population utilisant des services d'eau potable gérés de manière sûre</p>
	<p>6.2 D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable</p>	<p>6.2.1 Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés en toute sécurité, notamment des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.d Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés de manière sûre, y compris une installation de lavage des mains avec du savon et de l'eau</p>
7. Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable	<p>7.1 D'ici à 2030, garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables et modernes, à un coût abordable</p>	<p>7.1.2 Proportion de la population utilisant principalement des carburants et technologies propres</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.e Proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres</p>

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
<p>8. Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous</p>	<p>8.8 Défendre les droits des travailleurs, promouvoir la sécurité sur le lieu de travail et assurer la protection de tous les travailleurs, y compris les migrants, en particulier les femmes, et ceux qui ont un emploi précaire</p>	<p>8.8.1 Fréquence des accidents du travail mortels et non mortels, par sexe et statut au regard de l'immigration</p>	<p><i>Indicateur d'ODD non mesuré par l'OPS</i></p>
<p>9. Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation</p>	<p>9.5 Renforcer la recherche scientifique, perfectionner les capacités technologiques des secteurs industriels de tous les pays, en particulier des pays en développement, notamment en encourageant l'innovation et en augmentant considérablement le nombre de personnes travaillant dans le secteur de la recherche et du développement pour 1 million d'habitants et en accroissant les dépenses publiques et privées consacrées à la recherche et au développement d'ici à 2030</p>	<p>9.5.1 Dépenses de recherche-développement en proportion du PIB</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 22.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre une politique, stratégie ou programme financé de recherche et d'innovation en matière de santé</p>
<p>10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre</p>	<p>10.7 Faciliter la migration et la mobilité de façon ordonnée, sans danger, régulière et responsable, notamment par la mise en œuvre de politiques de migration planifiées et bien gérées</p>	<p>10.7.2 Nombre de pays ayant mis en œuvre des politiques migratoires bien gérées</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
<p>11. Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables</p>	<p>11.5 D'ici à 2030, réduire considérablement le nombre de personnes tuées et le nombre de personnes touchées par les catastrophes, y compris celles liées à l'eau, et réduire nettement la part du produit intérieur brut mondial représentée par les pertes économiques directement imputables à ces catastrophes, l'accent étant mis sur la protection des pauvres et des personnes en situation vulnérable</p>	<p>11.5.1 Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors de catastrophes, pour 100 000 personnes</p>	<p>Indicateur d'impact 28 Taux de mortalité due aux catastrophes pour 100 000 habitants</p>
	<p>11.6 D'ici à 2030, réduire l'impact environnemental négatif des villes par habitant, en accordant une attention particulière à la qualité de l'air et à la gestion, notamment municipale, des déchets</p>	<p>11.6.2 Niveau moyen annuel de particules fines (PM 2,5 et PM 10, par exemple) dans les villes, pondéré en fonction du nombre d'habitants</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.f Nombre de villes de $\geq 500\ 000$ habitants (ou au moins la plus grande ville du pays) dans chaque pays et territoire qui respectent les Directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour la moyenne annuelle des particules fines (PM_{2,5}) ou progressent sur le plan de leur mise en œuvre</p>
<p>12. Établir des modes de consommation et de production durables</p>	<p>12.4 D'ici à 2020, instaurer une gestion écologiquement rationnelle des produits chimiques et de tous les déchets tout au long de leur parcours de vie, conformément aux principes directeurs arrêtés à l'échelle internationale, et réduire nettement leur déversement dans l'air, l'eau et le sol, afin de minimiser leurs effets négatifs sur la santé et l'environnement</p>	<p>12.4.1 Nombre de parties aux accords internationaux multilatéraux sur l'environnement relatifs aux substances chimiques et autres déchets dangereux ayant satisfait à leurs engagements et obligations en communiquant les informations requises par chaque accord</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
13. Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions	13.1 Renforcer, dans tous les pays, la résilience et les capacités d'adaptation face aux aléas climatiques et aux catastrophes naturelles liées au climat	13.1.1 Nombre de personnes décédées, disparues ou directement touchées lors de catastrophes, pour 100 000 personnes	Indicateur d'impact 28 Taux de mortalité due aux catastrophes pour 100 000 habitants
	13.2 Incorporer des mesures relatives aux changements climatiques dans les politiques, les stratégies et la planification nationales	13.2.1 Nombre de pays ayant déclaré avoir mis en place ou mis en œuvre une politique/une stratégie/un plan intégré visant à améliorer leur aptitude à s'adapter aux incidences négatives des changements climatiques, à renforcer leur résilience face à ces changements et à favoriser de faibles émissions de gaz à effet de serre, sans menacer la production alimentaire (notamment un plan national d'adaptation, une contribution déterminée au niveau national, une communication nationale et un rapport biennal actualisé, entre autres)	Indicateur de résultat intermédiaire 18.h Nombre de pays et territoires ayant la capacité de faire face aux effets du changement climatique sur la santé
	13.3 Améliorer l'éducation, la sensibilisation et les capacités individuelles et institutionnelles en ce qui concerne l'adaptation aux changements climatiques, l'atténuation de leurs effets et la réduction de leur impact et les systèmes d'alerte rapide	13.3.2 Nombre de pays ayant fait état du renforcement de leurs capacités institutionnelles, systémiques et individuelles pour favoriser les mesures d'adaptation et d'atténuation, le transfert de technologie et les activités en faveur du développement	Indicateur de résultat intermédiaire 18.h Nombre de pays et territoires ayant la capacité de faire face aux effets du changement climatique sur la santé

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
<p>16. Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous</p>	<p>16.1 Réduire nettement, partout dans le monde, toutes les formes de violence et les taux de mortalité qui y sont associés</p>	<p>16.1.1 Nombre de victimes d'homicide volontaire pour 100 000 habitants, par sexe et âge</p>	<p>Indicateur d'impact 11 Taux de mortalité par homicide chez les jeunes de 15 à 24 ans</p>
	<p>16.2 Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation et à la traite, et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants</p>	<p>16.2.1 Proportion des enfants âgés de 1 à 17 ans ayant subi des châtiments corporels ou des agressions psychologiques infligés par une personne s'occupant d'eux au cours du mois précédent</p>	<p><i>La Région des Amériques y contribuera au moyen d'autres mécanismes d'établissement de rapports</i></p>
<p>17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour le développement et le revitaliser</p>	<p>17.18 D'ici à 2020, apporter un soutien accru au renforcement des capacités des pays en développement, notamment des pays les moins avancés et des petits États insulaires en développement, l'objectif étant de disposer d'un beaucoup plus grand nombre de données de qualité, actualisées et exactes, ventilées par niveau de revenu, sexe, âge, race, appartenance ethnique, statut migratoire, handicap et emplacement géographique, et selon d'autres caractéristiques propres à chaque pays</p>	<p>17.18.1 Proportion d'indicateurs du développement durable établis à l'échelle nationale, ventilés de manière exhaustive en fonction de la cible conformément aux Principes fondamentaux de la statistique officielle</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 20.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des systèmes d'information interoperables et intégrés pour la santé qui incluent une désagrégation infranationale</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 21.b Nombre de pays et territoires qui produisent, analysent et utilisent des données et des informations en fonction des priorités sanitaires, ventilées par strates géopolitiques et démographiques, en tenant compte du contexte national</p>

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
Urgences sanitaires	Augmenter la couverture vaccinale contre le choléra, la fièvre jaune, la méningite à méningocoques et la grippe pandémique	Couverture vaccinale des groupes à risque pour les maladies à potentiel épidémique ou pandémique	Indicateur de résultat intermédiaire 24.b Nombre de pays et territoires d'endémie avec une couverture vaccinale $\geq 80\%$ contre la fièvre jaune
Urgences sanitaires	Accroître le nombre de personnes vulnérables dans des contextes fragiles bénéficiant de services de santé essentiels à au moins 80 %	Proportion de personnes vulnérables dans des contextes fragiles bénéficiant de services de santé essentiels	Indicateur de résultat intermédiaire 25.b Pourcentage de pays et territoires fournissant un ensemble essentiel de services de santé vitaux dans toutes les situations d'urgence classées
WHA68.3	Éradiquer la poliomyélite en réduisant à zéro le nombre de cas de poliomyélite causée par le poliovirus sauvage et en établissant un calendrier précis pour le retrait mondial des vaccins antipoliomyelitiques oraux afin d'enrayer les flambées épidémiques causées par le poliovirus dérivé du vaccin	Nombre de cas de poliomyélite causée par le poliovirus sauvage	Indicateur de résultat intermédiaire 17.g Nombre de pays et territoires ayant déclaré des cas de paralysie dus au poliovirus sauvage ou à la circulation de poliovirus d'origine vaccinale (PVDVc) au cours de l'année écoulée
WHA68.7	Faire en sorte que les antibiotiques du groupe ACCESS représentent $\geq 60\%$ de la consommation globale d'antibiotiques	Modes de consommation d'antibiotiques au niveau national	Indicateur de résultat intermédiaire 8.f Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des cadres institutionnels, des stratégies et/ou des cadres juridiques pour l'évaluation, la sélection et l'utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé, y compris les antibiotiques

ODD	Cible de l'ODD	Indicateur de l'ODD	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
WHA67.25, WHA68.7	Réduire de 10 % le pourcentage de septicémies dues à certains organismes résistants aux antimicrobiens	Pourcentage de septicémies dues à des organismes résistants aux antimicrobiens	Indicateur d'impact 25 Nombre d'infections du sang pour 1000 patients par an causées par des organismes résistants au carbapénème
WHA66.10	Réduction relative de 20 % de la prévalence de l'hypertension artérielle	Prévalence normalisée en fonction de l'âge de l'hypertension artérielle chez les personnes de 18 ans et plus (définie comme une tension artérielle systolique >140 mmHg et/ou une tension artérielle diastolique >90 mmHg) et tension artérielle systolique moyenne	Indicateur de résultat intermédiaire 5.b Nombre de pays et territoires qui atteignent la cible d'une prévalence de 35 % d'hypertension contrôlée au niveau de la population (<140/90 mmHg) chez les personnes souffrant d'hypertension âgées de 18 ans et plus
WHA66.10	Éliminer les graisses trans produites industriellement (augmenter le pourcentage de personnes protégées par une réglementation efficace)	Pourcentage de personnes protégées par une réglementation efficace sur les graisses trans	Indicateur de résultat intermédiaire 13.d Nombre de pays et territoires ayant éliminé les acides gras trans produits industriellement
WHA66.10	Stopper et commencer à inverser la tendance à la hausse de l'obésité	Prévalence de l'obésité	Indicateur de résultat intermédiaire 14.c Prévalence du surpoids chez les enfants (moins de 5 ans) Indicateur de résultat intermédiaire 14.d Prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents (5-19 ans)

Tableau B.2. Contribution au Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030

Note : l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) est considérée comme un indicateur général qui reflète tous les objectifs et cibles du PASDA2030.

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
<p>1. Élargir l'accès équitable à des services de santé complets, intégrés, de qualité, axés sur la personne, la famille et la communauté, avec un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention des maladies</p>	<p>1.1 Réduire d'au moins 50 % le taux de mortalité régionale dues à des causes traitables par des soins médicaux</p>	<p>Indicateur d'impact 7 Taux de mortalité attribuable aux soins de santé (mortalité pour 100 000 habitants)</p>
	<p>1.2 Réduire le taux de mortalité maternelle régionale à moins de 30 pour 100 000 naissances vivantes dans tous les groupes de population, y compris les groupes les plus à risque de mort maternelle (c.-à-d., les adolescentes, les femmes de plus de 35 ans et les femmes autochtones, d'ascendance africaine, roms et vivant en milieu rural, entres autres, selon ce qui s'applique à chaque pays)</p>	<p>Indicateur d'impact 6 Taux de mortalité maternelle (mortalité pour 100 000 naissances vivantes)</p>
	<p>1.3 Réduire le taux mortalité néonatale régionale à moins de 9 pour 1000 naissances vivantes dans tous les groupes de population, dont ceux les plus à risque (les populations autochtones, d'ascendance africaine, roms et rurales, entres autres, selon ce qui s'applique à chaque pays), et la mortalité avant l'âge de 5 ans à moins de 14 pour 1000 naissances vivantes</p>	<p>Indicateur d'impact 3 Taux de mortalité néonatale</p> <p>Indicateur d'impact 4 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 2.c Proportion d'accouchements assistés dans les centres de santé</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 2.d Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>1.4 Assurer l'accès universel à des services de soins de santé sexuelle et génésique, dont la planification familiale, l'information et l'éducation, ainsi que l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et les programmes nationaux</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 2.a Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont couverts par des méthodes modernes</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 2.b Taux de fécondité des femmes âgées de 10 à 19 ans (ventilé par groupe de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans) en Amérique latine et dans les Caraïbes</p>
	<p>1.5 Augmenter la capacité de résolution du premier niveau de soins, mesurée par une réduction de 15 % des hospitalisations qui peuvent être prévenues par des soins ambulatoires de qualité</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 1.a Nombre de pays et territoires qui affichent une réduction d'au moins 10 % du nombre d'hospitalisations pour des pathologies pouvant faire l'objet de soins ambulatoires</p>
	<p>1.6 Organiser les services de santé en réseaux intégrés de prestation de service de santé ayant une grande capacité de résolution au premier niveau de soins</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 1.b Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des stratégies pour renforcer la capacité de réponse du premier niveau de soins</p>
<p>2. Renforcer le rôle directeur et la gouvernance de l'autorité sanitaire nationale, tout en encourageant la participation sociale</p>	<p>2.1 Atteindre l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, selon le contexte national</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 9.a Nombre de pays et territoires qui ont obtenu, d'ici à 2025, une réduction d'au moins 10 points de pourcentage de la population signalant des obstacles à l'accès aux services de santé, par rapport à 2020</p>
	<p>2.2 Exercer les fonctions essentielles de santé publique selon les normes établies</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 9.b Nombre de pays et territoires ayant atteint au moins 60 % de leurs capacités à mettre en œuvre les fonctions essentielles de santé publique</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>2.3 Renforcer le rôle directeur, la gouvernance et la transparence, notamment des politiques, des plans, des règles et des processus pour l'organisation du système de santé et les mécanismes de suivi et d'évaluation</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>
	<p>2.4 Élaborer et renforcer des mécanismes, selon les besoins, assurant la réglementation de la prestation des services de santé pour élargir l'accès et améliorer la qualité</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>
	<p>2.5 Augmenter la participation de toutes les parties concernées, y compris la société civile et les communautés, au processus d'établissement et d'évaluation des politiques liés à la santé dans toutes les politiques afin de réduire les iniquités en matière de santé</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 19.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre le cadre de la santé dans toutes les politiques pour améliorer l'équité en santé ainsi que la santé et le bien-être</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 19.c Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des politiques ou des stratégies fondées sur des orientations régionales pour des écoles saines</p>
<p>3. Renforcer la gestion et le perfectionnement des ressources humaines pour la santé avec des compétences facilitant une approche intégrale de la santé</p>	<p>3.1 Assurer une disponibilité adéquate du personnel de santé (44,5 agents de santé pour 10 000 habitants) qui est qualifié, culturellement et linguistiquement approprié et bien réparti</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 7.a Nombre de pays et territoires qui ont réduit l'écart de densité en ce qui concerne les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes, avec au moins 25 personnels de santé pour 10 000 habitants dans les zones mal desservies, en gardant à l'esprit la cible mondiale de 44,5 d'ici à 2030</p>
	<p>3.2 Élaborer des politiques en matière de ressources humaines en santé et des mécanismes de coordination et de collaboration intersectorielles entre les secteurs de la santé et de l'éducation, et avec d'autres acteurs sociaux, pour répondre aux exigences du système de santé et aux besoins de la population en matière de santé</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>3.3 Renforcer la qualité de l'éducation des professionnels de la santé en collaboration avec le secteur de l'éducation, au moyen de systèmes d'évaluation et de l'accréditation des établissements de formation et des programmes de diplôme universitaire</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>
	<p>3.4 Développer des conditions de travail qui permettront d'attirer et de stabiliser le personnel de santé et de favoriser leur participation et leur engagement envers la gestion sanitaire, y compris par la collaboration avec des organisations représentant les travailleurs de la santé (unions et syndicats) et autres acteurs sociaux</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>
<p>4. Parvenir à un financement adéquat et durable de la santé, avec équité et efficacité, et progresser vers la protection contre les risques financiers pour toutes les personnes et leur famille</p>	<p>4.1 Atteindre un niveau de dépenses publiques dans le domaine de la santé représentant au moins 6 % du PIB</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 10.a Nombre de pays et territoires qui ont porté les dépenses publiques de santé à au moins 6 % du PIB</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 10.b Nombre de pays et territoires qui ont alloué au moins 30 % des dépenses publiques dans le domaine de la santé au premier niveau de soins</p>
	<p>4.2 Réduire les paiements directs pour la santé en collaboration avec les autorités financières</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 11.a Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 20 % le pourcentage de la population des ménages devant assumer des dépenses de santé à leur charge aux conséquences catastrophiques</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 11.b Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 10 % le pourcentage de personnes vivant dans les ménages en situation d'appauvrissement en raison des dépenses de santé à leur charge</p>
	<p>4.3 Élaborer et renforcer des politiques et des stratégies visant à réduire la segmentation du financement du système de santé</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	4.4 Mettre en œuvre des politiques et/ou des stratégies visant à élaborer des systèmes d'achat et de paiement des fournisseurs, qui encouragent l'efficacité et l'équité de l'affectation des ressources stratégiques	<i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i>
	4.5 Élaborer et renforcer des stratégies visant à réduire la segmentation et à améliorer les mécanismes de financement de la santé, en collaboration avec les décideurs et les acteurs pertinents, qui font la promotion de l'efficacité et l'équité dans l'attribution des ressources	<i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i>
5. Garantir l'accès aux médicaments et aux vaccins essentiels, et à d'autres technologies sanitaires prioritaires, selon les données scientifiques disponibles et le contexte national	5.1 Garantir l'accès opportun aux médicaments figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels et aux technologies de santé prioritaires, sans qu'aucun paiement ne soit fait au lieu de dispensation des soins, de prestation des services ou de distribution de médicaments, selon le contexte national	Indicateur de résultat intermédiaire 8.a Nombre de pays et territoires qui veillent à ce que les produits figurant sur la liste des médicaments essentiels soient disponibles sans dépense à charge au point de service
	5.2 Atteindre une couverture vaccinale de 95 % des enfants de moins de cinq ans grâce aux programmes nationaux de vaccination	Indicateur de résultat intermédiaire 4.h Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % de 3 doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) dans 80 % des municipalités
	5.3 Disposer d'une autorité nationale de réglementation des médicaments ayant une capacité de niveau 3 selon l'outil d'analyse comparative mondiale de l'OMS	Indicateur de résultat intermédiaire 8.b Nombre de pays et territoires dont les systèmes réglementaires atteignent le niveau 3 dans le cadre de l'Outil mondial d'évaluation comparative de l'OMS (GBT)
	5.4 Suivre des méthodes d'évaluation des technologies de la santé lors des processus décisionnels pour l'incorporation dans les systèmes de santé	Indicateur de résultat intermédiaire 8.f Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des cadres institutionnels, des stratégies ou des cadres juridiques pour l'évaluation, la sélection et l'utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé, y compris les antibiotiques

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>5.5 Appliquer les exigences relatives aux Normes fondamentales internationales de protection dans les services diagnostiques et thérapeutiques se servant de technologies de santé employant des rayonnements</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 8.d Nombre de pays et territoires dotés de réglementations et d'une surveillance qui garantissent l'accès à des services radiologiques de qualité et sûrs</p>
	<p>5.6 Promouvoir uniquement et exclusivement les dons de sang bénévoles, répétés et non rémunérés, et décourager les dons rémunérés et les dons de compensation/pour un membre de la famille, sauf lorsqu'ils sont protégés par le système national de réglementation</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 8.c Nombre de pays et territoires qui augmentent le nombre d'unités de sang disponibles pour des transfusions pour mille habitants (UBAT) d'au moins 5% par an pour atteindre l'objectif de 30 unités</p>
	<p>5.7 Renforcer les mécanismes nationaux, infrarégionaux et régionaux de négociation et d'achat pour améliorer la capacité des pays à obtenir des prix plus abordables et équitables pour les médicaments, les vaccins et autres technologies de la santé</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>
	<p>5.8 Renforcer, en tenant compte des perspectives de santé publique, la capacité de mise en œuvre de politiques relatives à la propriété intellectuelle et à la santé qui encouragent la recherche et le développement en matière de médicaments, vaccins et autres technologies sanitaires pour les maladies transmissibles et non transmissibles qui touchent principalement les habitants des pays en développement et qui encouragent l'accès aux médicaments, vaccins et autres technologies sanitaires accessibles</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>
<p>6. Renforcer les systèmes d'information en santé pour soutenir l'élaboration de politiques et de prises de décisions fondées sur des données probantes</p>	<p>6.1 Élaborer une politique nationale relative aux systèmes d'information sanitaire interopérables pour produire, identifier, collecter, traiter, analyser et stocker des données de qualité et des informations stratégiques, et les mettre gratuitement à la disposition du public pour disposer de meilleurs processus stratégiques et décisionnels en santé publique et planification sanitaire</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 20.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des systèmes d'information interopérables et intégrés pour la santé qui incluent une désagrégation infranationale</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>6.2 Renforcer les systèmes d'information sanitaire pour soutenir l'évaluation du rendement du système de santé national, ainsi que suivre et faire rapport des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs sanitaires nationaux, régionaux et mondiaux, notamment les cibles des ODD liées à la santé et du PASDA2030</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 20.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des systèmes d'information interopérables et intégrés pour la santé qui incluent une désagrégation infranationale</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 21.b Nombre de pays et territoires qui produisent, analysent et utilisent des données et des informations en fonction des priorités sanitaires, ventilées par strates géopolitiques et démographiques, en tenant compte du contexte national</p>
	<p>6.3 Renforcer la capacité d'analyse et l'utilisation des informations pour la prise de décisions aux niveaux national et infranational</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 21.a Nombre de pays et territoires dotés d'une gouvernance fonctionnelle pour produire et utiliser des données probantes intégrées dans les systèmes de santé</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 21.b Nombre de pays et territoires qui produisent, analysent et utilisent des données et des informations en fonction des priorités sanitaires, ventilées par strates géopolitiques et démographiques, en tenant compte du contexte national</p>
<p>7. Développer la capacité de production, de transfert et d'utilisation des données probantes et des connaissances en matière de santé, en encourageant la recherche et l'innovation,</p>	<p>7.1 Élaborer des politiques de recherche sur la santé qui conduiront à un financement représentant au moins 2 % du budget de la santé affecté à la recherche en santé publique</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 22.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre une politique, stratégie ou programme financé de recherche et d'innovation en matière de santé</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
ainsi que l'utilisation de la technologie	7.2 Développer les capacités institutionnelles, l'infrastructure, la technologie et les ressources humaines qualifiées en faveur de la recherche en santé publique et de sa dissémination, conformément à la politique sanitaire nationale	Indicateur de résultat intermédiaire 22.b Nombre de pays et de territoires qui ont des normes éthiques pour mener des recherches sur des sujets humains
	7.3 Élaborer et renforcer les stratégies et les plans sur la santé numérique en ligne (eHealth)	Indicateur de résultat intermédiaire 20.a Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des systèmes d'information interopérables et intégrés pour la santé qui incluent une désagrégation infranationale
8. Renforcer les capacités nationales et régionales pour la préparation aux flambées de maladie, aux urgences et aux catastrophes qui affectent la santé de la population, les prévenir, les détecter, les surveiller et y riposter	8.1 Réduire le nombre de cas de décès, de handicap et de maladie, avec un accent mis sur la protection des populations pauvres et vulnérables affectées par les urgences et les catastrophes	Indicateur d'impact 28 Taux de mortalité due aux catastrophes pour 100 000 habitants
	8.2 Renforcer les fonctions essentielles de santé publique pour consolider la résilience et l'adaptabilité au changement climatique et à d'autres dangers dans le secteur de la santé	Indicateur de résultat intermédiaire 23.a Nombre de pays et territoires qui atteignent ou dépassent les capacités minimales de gestion des risques pour la santé publique associés aux situations d'urgence Indicateur de résultat intermédiaire 23.b Nombre d'États parties qui respectent et maintiennent les exigences du Règlement sanitaire international (RSI) en matière de capacités de base Indicateur de résultat intermédiaire 24.a Nombre de pays et territoires ayant la capacité de répondre efficacement aux grandes épidémies et pandémies

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>Indicateur de résultat intermédiaire 24.b Nombre de pays et territoires d'endémie avec une couverture vaccinale $\geq 80\%$ contre la fièvre jaune</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 25.a Pourcentage d'événements aigus de santé publique pour lesquels une évaluation des risques est effectuée dans les 72 heures</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 25.b Pourcentage de pays et territoires fournissant un ensemble essentiel de services de santé vitaux dans toutes les situations d'urgence classées</p>
	<p>8.3 Respecter et maintenir les principales capacités pour les urgences sanitaires, notamment les capacités essentielles du RSI</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 23.a Nombre de pays et territoires qui atteignent ou dépassent les capacités minimales de gestion des risques pour la santé publique associés aux situations d'urgence</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 23.b Nombre d'États parties qui respectent et maintiennent les exigences du Règlement sanitaire international (RSI) en matière de capacités de base</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 24.a Nombre de pays et territoires ayant la capacité de répondre efficacement aux grandes épidémies et pandémies</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>Indicateur de résultat intermédiaire 24.b Nombre de pays et territoires d'endémie avec une couverture vaccinale $\geq 80\%$ contre la fièvre jaune</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 25.a Pourcentage d'événements aigus de santé publique pour lesquels une évaluation des risques est effectuée dans les 72 heures</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 25.b Pourcentage de pays et territoires fournissant un ensemble essentiel de services de santé vitaux dans toutes les situations d'urgence classées</p>
	<p>8.4 Disposer de la capacité essentielle de riposte à tout type d'urgence ou de catastrophe (systèmes d'alerte précoce, centres des opérations d'urgence, communication des risques et hôpitaux sécuritaires)</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 23.a Nombre de pays et territoires qui atteignent ou dépassent les capacités minimales de gestion des risques pour la santé publique associés aux situations d'urgence</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 23.b Nombre d'États parties qui respectent et maintiennent les exigences du Règlement sanitaire international (RSI) en matière de capacités de base</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 24.a Nombre de pays et territoires ayant la capacité de répondre efficacement aux grandes épidémies et pandémies</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>Indicateur de résultat intermédiaire 24.b Nombre de pays et territoires d'endémie avec une couverture vaccinale $\geq 80\%$ contre la fièvre jaune</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 25.a Pourcentage d'événements aigus de santé publique pour lesquels une évaluation des risques est effectuée dans les 72 heures</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 25.b Pourcentage de pays et territoires fournissant un ensemble essentiel de services de santé vitaux dans toutes les situations d'urgence classées</p>
<p>9. Réduire la morbidité, le handicap et la mortalité découlant des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la violence et des troubles de santé mentale</p>	<p>9.1 Diminuer d'un tiers la mortalité prématurée découlant des maladies non transmissibles par la prévention et le traitement, en en faisant la promotion de la santé mentale et du bien-être</p>	<p>Indicateur d'impact 9 Probabilité inconditionnelle de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques</p> <p>Indicateur d'impact 10 Taux de mortalité due au cancer du col de l'utérus</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 5.a Nombre de pays et territoires qui atteignent la cible mondiale des MNT pour 2025 pour enrayer l'augmentation du diabète évalué en fonction de la prévalence normalisée sur la base de l'âge de l'hyperglycémie/diabète chez les adultes âgés de 18 ans et plus</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>Indicateur de résultat intermédiaire 5.b Nombre de pays et territoires qui atteignent la cible d'une prévalence de 35 % d'hypertension contrôlée au niveau de la population (<140/90 mmHg) chez les personnes souffrant d'hypertension âgées de 18 ans et plus</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 5.c Nombre de pays et territoires disposant de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus qui atteignent au moins 70 % de couverture du dépistage chez les femmes âgées de 30 à 49 ans, ou pour le groupe d'âge défini par la politique nationale</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 13.b Consommation totale (enregistrée et non enregistrée) d'alcool par habitant (APH) chez les personnes âgées de 15 ans et plus au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur, corrigée de la consommation touristique</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 13.c Consommation moyenne de sel (chlorure de sodium), normalisée en fonction de l'âge, par jour, en grammes, chez les personnes âgées de 18 ans et plus</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 13.d Nombre de pays et territoires ayant éliminé les acides gras trans produits industriellement</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 13.e Prévalence normalisée en fonction de l'âge des personnes âgées de 18 ans et plus insuffisamment actives physiquement</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>9.2 Appliquer la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en fonction du contexte national</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 13.a Prévalence, normalisée sur la base de l'âge, du tabagisme actuel chez les personnes âgées de 15 ans et plus</p>
	<p>9.3 Assurer l'accès à des services complets d'adaptation/de réadaptation, notamment l'accès à des technologies d'assistance et à des services de soutien pour toutes les personnes qui en ont besoin, et promouvoir notamment la mise en œuvre de la stratégie de réadaptation à base communautaire</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 5.f Nombre de pays et territoires disposant de centres de soins tertiaires offrant des services de réadaptation avec des équipes multidisciplinaires pour les traumatismes complexes</p>
	<p>9.4 Contribuer à une réduction significative de la violence et de ses impacts sur la santé, en collaboration avec des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux</p>	<p>Indicateur d'impact 11 Taux de mortalité par homicide chez les jeunes de 15 à 24 ans</p> <p>Indicateur d'impact 12 Proportion de femmes et de filles de 15 à 49 ans ayant déjà eu un partenaire ayant subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime actuel ou ancien au cours des 12 derniers mois</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 6.b Nombre de pays et territoires qui fournissent des services complets de prise en charge après un viol dans les services de santé d'urgence, conformément aux directives de l'OMS</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 15.b Nombre de pays et territoires ayant un plan national ou multisectoriel de lutte contre la violence incluant le système de santé</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>9.5 Réduire de moitié le nombre de décès et de traumatismes causés par des accidents de la route</p>	<p>Indicateur d'impact 13 Nombre de décès à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 6.a Nombre de pays et territoires qui réduisent au minimum l'intervalle de temps entre les accidents de la route et la prestation des premiers soins d'urgence professionnels</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 15.a Nombre de pays et territoires dotés d'un comité consultatif opérationnel ou d'un organisme chef de file en matière de sécurité routière qui appuie l'élaboration ou la mise en œuvre d'une stratégie nationale de sécurité routière</p>
	<p>9.6 Augmenter l'accès universel aux services de santé mentale, y compris la promotion du bien-être émotionnel et des conditions qui le favorisent, la prévention des problèmes psychosociaux et des troubles mentaux et le rétablissement psychologique, à toutes les étapes du parcours de vie, avec une approche sexospécifique, interculturelle et communautaire, grâce à l'intégration de soins de santé mentale prodigués dans les soins primaires</p>	<p>Indicateur d'impact 14 Taux de mortalité par suicide</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 5.g Nombre de pays et territoires qui ont une capacité accrue de gestion des troubles de santé mentale au premier niveau de soins</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 5.h Nombre de pays et territoires ayant augmenté le taux d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux dans les hôpitaux généraux</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 16.a Nombre de pays et de territoires ayant une collaboration en place entre les services gouvernementaux de santé mentale et d'autres départements, services et secteurs</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>9.7 Contribuer à éliminer toutes formes de malnutrition, notamment en atteignant d'ici 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans et en répondant aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes, ainsi que des personnes âgées</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 14.a Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 14.b Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 14.c Prévalence du surpoids chez les enfants (moins de 5 ans)</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 14.d Prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents (5-19 ans)</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 14.e Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 14.f Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois qui sont exclusivement allaités</p>
<p>10. Réduire la charge des maladies transmissibles et éliminer les maladies négligées</p>	<p>10.1 Éliminer l'épidémie de sida</p>	<p>Indicateur d'impact 16 Taux d'incidence des infections à VIH</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.a Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été diagnostiquées</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.b Couverture du traitement antirétroviral (TARV) chez les personnes vivant avec le VIH</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>Indicateur de résultat intermédiaire 17.a Nombre de pays et territoires qui parviennent à 90 % de suppression virale (charge virale <1000 copies/ml) chez les personnes sous traitement antirétroviral (ART)</p>
	<p>10.2 Éliminer l'épidémie de tuberculose</p>	<p>Indicateur d'impact 20 Taux d'incidence de la tuberculose</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.d Couverture du traitement de la tuberculose</p>
	<p>10.3 Mettre fin à la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale</p>	<p>Indicateur d'impact 17 Taux de transmission mère-enfant du VIH</p> <p>Indicateur d'impact 18 Taux d'incidence de la syphilis congénitale (y compris les mortinaissances)</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.c Nombre de pays et territoires ayant une couverture d'au moins 95 % du traitement de la syphilis chez les femmes enceintes</p>
	<p>10.4 Lutter contre les maladies d'origine hydrique et autres maladies transmissibles</p>	<p>Indicateur d'impact 15 Taux d'incidence de la rougeole</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.g Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % au niveau national de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux et antirubéoleux</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.i Nombre de pays et territoires déclarant une couverture d'au moins 95 % de 3 doses de vaccin antipneumococcique au niveau national</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.j Nombre de pays et territoires qui ont intégré les vaccins anti-VPH dans leur programme national de vaccination</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 17.d Nombre de pays et territoires ayant une capacité établie et des processus efficaces pour éliminer la rage humaine transmise par les chiens</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 17.e Nombre de pays et territoires dans lesquels la transmission endémique du virus de la rougeole ou de la rubéole a été rétablie</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 17.g Nombre de pays et territoires ayant déclaré des cas de paralysie dus au poliovirus sauvage ou à la circulation de poliovirus d'origine vaccinale (PVDVc) au cours de l'année écoulée</p>
	<p>10.5 Mettre fin à la transmission de l'hépatite virale et accélérer la réduction des infections chroniques et des décès découlant de l'hépatite afin d'éliminer l'hépatite virale comme menace majeure pour la santé publique dans la Région des Amériques</p>	<p>Indicateur d'impact 19 Taux de mortalité dû à l'hépatite virale chronique</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 17.f Couverture régionale moyenne des nouveau-nés par le vaccin contre l'hépatite B au cours dans les 24 heures suivant la naissance</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>10.6 Éliminer la transmission du paludisme au niveau local entre les États Membres et prévenir l'éventuelle reprise de la maladie</p>	<p>Indicateur d'impact 21 Taux d'incidence du paludisme</p> <p>Indicateur d'impact 22 Nombre de pays d'endémie en 2015 qui maintiennent l'élimination du paludisme ou y parviennent</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.e Nombre de pays et territoires d'endémie avec >70 % des cas de paludisme diagnostiqués et traités dans les 72 heures suivant l'apparition des symptômes</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 17.b Nombre de pays et territoires où plus de 80 % des cas de paludisme ont fait l'objet d'une investigation et ont été classés dans les zones ciblées pour l'élimination de la maladie ou la prévention de son rétablissement</p>
	<p>10.7 Éliminer les maladies infectieuses négligées comme problèmes de santé publique</p>	<p>Indicateur d'impact 24 Élimination des maladies infectieuses négligées dans les pays et territoires</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 12.b Nombre de pays et territoires où l'ensemble du territoire ou de l'unité territoriale endémique (par transmission vectorielle) a un indice d'infestation domestique (par l'espèce principale de transmission vectorielle Triatominae ou par le vecteur de substitution, selon le cas) inférieur ou égal à 1 %</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 17.c Interruption de la transmission des maladies infectieuses négligées dans les pays, conformément aux critères et directives de l'OMS</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
	<p>10.8 Traiter et prévenir les maladies infectieuses, notamment l'utilisation responsable et rationnelle de médicaments de qualité, sûrs, efficaces, accessibles et à un coût abordable</p>	<p>Indicateur d'impact 25 Nombre d'infections du sang pour 1000 patients par an causées par des organismes résistants au carbapénème</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 12.c Nombre de pays et territoires dotés d'une capacité accrue de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (RAM) pour guider les interventions de santé publique visant à réduire le risque et à prévenir la propagation des infections multirésistantes par une action intersectorielle</p>
	<p>10.9 Atténuer les risques envers la salubrité des aliments</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 12.d Nombre de pays et territoires qui disposent de mécanismes adéquats pour prévenir ou atténuer les risques liés à la salubrité des aliments</p>
	<p>10.10 Contrôler la transmission de la dengue, de la fièvre chikungunya, de la maladie à virus Zika et de la fièvre jaune grâce à une approche intégrée et intersectorielle</p>	<p>Indicateur d'impact 23 Taux de létalité due à la dengue</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 4.f Nombre de pays et territoires ayant la capacité de mener une surveillance intégrée des cas d'arbovirus</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 24.b Nombre de pays et territoires d'endémie avec une couverture vaccinale $\geq 80\%$ contre la fièvre jaune</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
<p>11. Réduire l'inégalité et l'iniquité en matière de santé au moyen d'approches intersectorielles, multisectorielles, régionales et infrarégionales concernant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé</p>	<p>11.1 Démontrer une forte réduction des écarts en matière d'inégalités en santé, mesurée par l'un ou l'autre des facteurs de stratification de l'équité suivants : le lieu de résidence (rural/urbain), la race, l'ethnicité, l'emploi, le genre, le sexe, l'âge, l'éducation et le statut socioéconomique, en employant des mesures simples de l'inégalité (l'écart absolu et relatif)</p>	<p>Indicateur d'impact 1 Réduction des inégalités de la santé à l'intérieur du pays</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.a Nombre de pays et de territoires ayant la capacité de mettre en œuvre et d'assurer un suivi des politiques visant à traiter des déterminants sociaux de la santé</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 26.a Nombre de pays et territoires disposant de réponses institutionnelles et de mécanismes de reddition de comptes qui font progresser l'équité en santé, l'égalité des genres et entre les origines ethniques dans le domaine de la santé et des droits de l'homme</p>
	<p>11.2 Réduire de façon substantielle le nombre de décès et de maladies causés par des produits chimiques dangereux et par la pollution de l'air, de l'eau et des sols, particulièrement lorsque le risque environnemental pourrait avoir un impact disproportionné sur des populations ou communautés défavorisées</p>	<p>Indicateur d'impact 26 Taux de mortalité attribué à la pollution de l'air dans les foyers et de l'air ambiant</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.e Proportion de la population qui dépend principalement de combustibles et de technologies propres</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.f Nombre de villes de $\geq 500\,000$ habitants (ou au moins la plus grande ville du pays) dans chaque pays et territoire qui respectent les Directives de l'OMS sur la qualité de l'air pour la moyenne annuelle des particules fines (PM_{2,5}) ou progressent sur le plan de leur mise en œuvre</p>

Objectif PASDA2030	Cible PASDA2030	Indicateur du Plan stratégique 2020-2025 qui contribue à l'indicateur de l'ODD
		<p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.g Nombre de pays et territoires ayant la capacité de traiter de la santé dans le domaine de la sécurité chimique (y compris l'exposition des êtres humains aux métaux ou aux pesticides)</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.h Nombre de pays et territoires ayant la capacité de faire face aux effets du changement climatique sur la santé</p>
	<p>11.3 Diminuer de façon significative les inégalités relatives à la qualité et à l'assainissement de l'eau en progressant avec les secteurs responsables de l'accès aux services d'eau et d'assainissement pour leur gestion sécuritaire</p>	<p>Indicateur d'impact 27 Taux de mortalité attribué à l'eau non potable, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.c Proportion de la population utilisant des services d'eau potable gérés de manière sûre</p> <p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.d Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés de manière sûre, y compris une installation de lavage des mains avec du savon et de l'eau</p>
	<p>11.4 Instaurer des politiques qui intègrent la mobilité et la migration sûres et saines des personnes</p>	<p><i>Cela peut être couvert par les indicateurs de résultats immédiats dans les budgets programmes</i></p>
	<p>11.5 Promouvoir des milieux de travail sains, sécuritaires et sans risque pour les travailleurs, y compris les travailleurs migrants et les personnes qui occupent des emplois précaires</p>	<p>Indicateur de résultat intermédiaire 18.b Nombre de pays et territoires ayant la capacité de prévenir les principales maladies professionnelles</p>

Annexe C. Résultats de l'établissement des priorités

Le processus de consultations nationales sur l'établissement des priorités du Plan stratégique 2020-2025 a été officiellement lancé en décembre 2018. À la date de publication pour le Conseil directeur, 47 pays et territoires de la Région avaient défini leurs priorités programmatiques selon la méthode Hanlon adaptée à l'OPS. Le tableau C.1 présente les résultats consolidés régionaux de l'établissement des priorités pour les résultats intermédiaires 1 à 25 du Plan stratégique 2020-2025.¹

Tableau C.1. Résultats consolidés de l'établissement des priorités pour le Plan stratégique 2020-2025

Niveau de priorité	N° du résultat intermédiaire	Résultat intermédiaire
Élevé	5	Accès aux services de santé pour les MNT et les troubles mentaux
	13	Facteurs de risque des MNT
	12	Facteurs de risque des maladies transmissibles
	25	Détection des urgences sanitaire et riposte
	23	Préparation aux urgences sanitaires et réduction des risques
	14	Malnutrition
	1	Accès à des services de santé complets et de qualité
Moyen	24	Prévention et contrôle des épidémies et des pandémies
	4	Capacité de réponse aux maladies transmissibles
	8	Accès aux technologies de la santé
	2	La santé tout au long du parcours de vie
	10	Augmentation du financement de la santé publique
	20	Systèmes d'information intégrés pour la santé
	16	Action intersectorielle en faveur de la santé mentale
	7	Personnel de santé
Faible	17	Élimination des maladies transmissibles
	11	Protection financière renforcée
	9	Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance
	3	Des soins de qualité pour les personnes âgées
	6	Capacité de réponse en cas de violence et de traumatismes
	18	Déterminants sociaux et environnementaux
	19	Promotion de la santé et action intersectorielle
	15	Réponse intersectorielle à la violence et aux traumatismes
	21	Données, informations, connaissances et données probantes
	22	Recherche, éthique et innovation pour la santé

¹ Les résultats intermédiaires 26, 27 et 28 ont été exclus de l'exercice d'établissement des priorités en raison de la nature institutionnelle de leur portée. Pour plus de détails, voir le paragraphe 74 du Plan stratégique.

Annexe D. Mandats régionaux et mondiaux pertinents

La présente annexe contient les mandats régionaux et mondiaux qui appuient déjà ou appuieront la réalisation des résultats pour 2020-2025. Les nouveaux mandats qui seront définis au cours de la période couverte par le Plan stratégique 2020-2025 devront être guidés par le présent plan et contribueront à sa mise en œuvre.

Tableau D.1. Mandats régionaux¹

Résolution	Titre du document
CD56.R2	Plan d'action pour l'entomologie et la lutte antivectorielle 2018-2023 (document CD56/11)
CD56.R5	Plan d'action en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle 2018-2023 (document CD56/10, Rev. 1)
CD56.R8	Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030 (document CD56/8)
CD56.R9	Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030 (document CD56/9)
CSP29.R2	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (document CSP29/6, Rev. 3)
CSP29.R3	Politique en matière d'ethnicité et de santé (document CSP29/7, Rev. 1)
CSP29.R4	Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022 (document CSP29/9)
CSP29.R11	Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques (2018-2023) (document CSP29/8)
CSP29.R12	Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022 (document CSP29/11)
CSP29.R15	Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CSP29/10)
CD55.R2	Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS (document CD55/7)
CD55.R3	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques (document CD55/8, Rev. 1)
CD55.R5	Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 (document CD55/14)
CD55.R6	Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses (document CD55/16)

¹ La liste des mandats régionaux comprend les mandats actifs de la Conférence sanitaire panaméricaine ou du Conseil directeur pour la période 2020-2025, conformément au document du Conseil directeur CD57/INF/3. Les mandats dont la période de mise en œuvre a expiré avant la période 2020-2025, mais dont les résolutions doivent néanmoins encore être clôturées conformément aux exigences en matière de rapports aux Organes directeurs ont été inclus. Les mandats proposés pour le cycle 2019 des Organes directeurs seront considérés comme faisant partie de cette liste, étant entendu que les résolutions doivent être approuvées par le 57^e Conseil directeur pour être actives. De la même façon, les mandats approuvés dans les cycles des Organes directeurs pour 2020, 2021, 2022, 2023 et 2024 seront élaborés conformément au présent Plan stratégique et seront donc ajoutés à cette liste une fois approuvés.

Résolution	Titre du document
CD55.R7	Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 (document CD55/13)
CD55.R8	Résilience des systèmes de santé (document CD55/9)
CD55.R9	Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 (document CD55/15)
CD55.R10	Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 (document CD55/17, Rev. 1)
CD55.R11	Analyse des mandats de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CD55/18, Rev. 1)
CD55.R12	Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel CD55/10, Rev. 1)
CD55.R13	La santé des migrants (document CD55/11, Rev. 1)
CD54.R6	Plan d'action sur la santé des travailleurs (document CD54/10, Rev. 1)
CD54.R7	Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales (document CD54/13, Rev. 1)
CD54.R8	Plan d'action en matière de vaccination (document CD54/7, Rev. 2)
CD54.R9	Stratégie en matière de législation sur la santé (document CD54/14, Rev. 1)
CD54.R10	Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose (document CD54/11, Rev. 1)
CD54.R11	Stratégie et plan d'action relatifs à la démence et aux handicaps chez les personnes âgées (document CD54/8, Rev. 1)
CD54.R12	Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (document CD54/9, Rev. 2)
CD54.R15	Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens (document CD54/12, Rev. 1)
CD54.R18	Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015 (document CD54/23)
CD53.R2	Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (document CD53/10, Rev. 1)
CD53.R6	Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle (document CD53/6)
CD53.R7	Plan d'action sur la santé mentale (document CD53/8, Rev. 1)
CD53.R8	Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles (document CD53/11)
CD53.R9	Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire (document CD53/12)
CD53.R12	Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation (document CD53/7, Rev. 1)
CD53.R13	Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents (document CD53/9, Rev. 2)
CD53.R14	Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CD53/5, Rev. 2)
CD52.R5	Les principes du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé (document CD52/17)
CD52.R6	Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et trans (document CD52/18)
CD52.R10	L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles en Amérique centrale (document CD52/8)
CD52.R13	Ressources humaines pour la santé : élargir l'accès à des personnels de santé qualifiés dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (document CD52/6)
CD52.R14	Prise de décisions fondées sur les données probantes pour les Programmes nationaux de vaccination (document CD52/9)

Résolution	Titre du document
CD52.R15	La coopération pour le développement en matière de santé aux Amériques (document CD52/11)
CSP28.R9	Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires (document CSP28/11)
CSP28.R13	Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (document CSP28/9, Rev. 1)
CSP28.R15	Protection contre les rayonnements ionisants et sûreté des sources de rayonnements : Normes fondamentales internationales de protection (document CSP28/17, Rev. 1)
CSP28.R19	Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes (document CSP28/13)
CD51.R4	Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain (document CD51/5)
CD51.R7	Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique (document CD51/9)
CD51.R8	Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie (document CD51/10, Rev. 1)
CD51.R14	Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool (document CD51/8, Rev. 1)
CD50.R2	Stratégie relative à l'usage de substances psychoactives et la santé publique (document CD50/18, Rev. 1)
CD50.R6	Renforcement de la capacité des États Membres pour mettre en œuvre les dispositions et les directives de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (document CD50/26)
CD50.R8	La santé et les droits de l'homme (document CD50/12)
CD50.R9	Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques (document CD50/20, Rev. 1)
CD50.R16	Santé, sécurité humaine et bien-être (document CD50/17)
n/d	Cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS (document CD50/INF/2)
CD49.R10	Politique sur la recherche pour la santé (document CD49/10)
CD49.R12	Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes (document CD49/13)
CD49.R14	Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (document CD49/12)
CD49.R15	Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif (document CD49/8)
CD49.R18	Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains (document CD49/14)
CD49.R20	Santé et tourisme (document CD49/15)
CD48.R2	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques (document CD48/12)
CD48.R5	Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (document CD48/8)
CD48.R9	Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité (document CD48/5)
CD48.R11	Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : appel à l'action dans la Région (document CD48/20)
CSP27.R10	Politique et stratégie régionales pour assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients (document CSP27/16)
CD46.R16	Politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes (document CD46/12)
CD45.R7	Accès aux médicaments (document CD45/10)

Tableau D.2. Mandats mondiaux²

Résolution	Titre du document
A/RES/70/1	Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030
A71/4	Treizième programme général de travail 2019-2030
n/d	Règlement sanitaire international (2005), 2^e édition
n/d	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

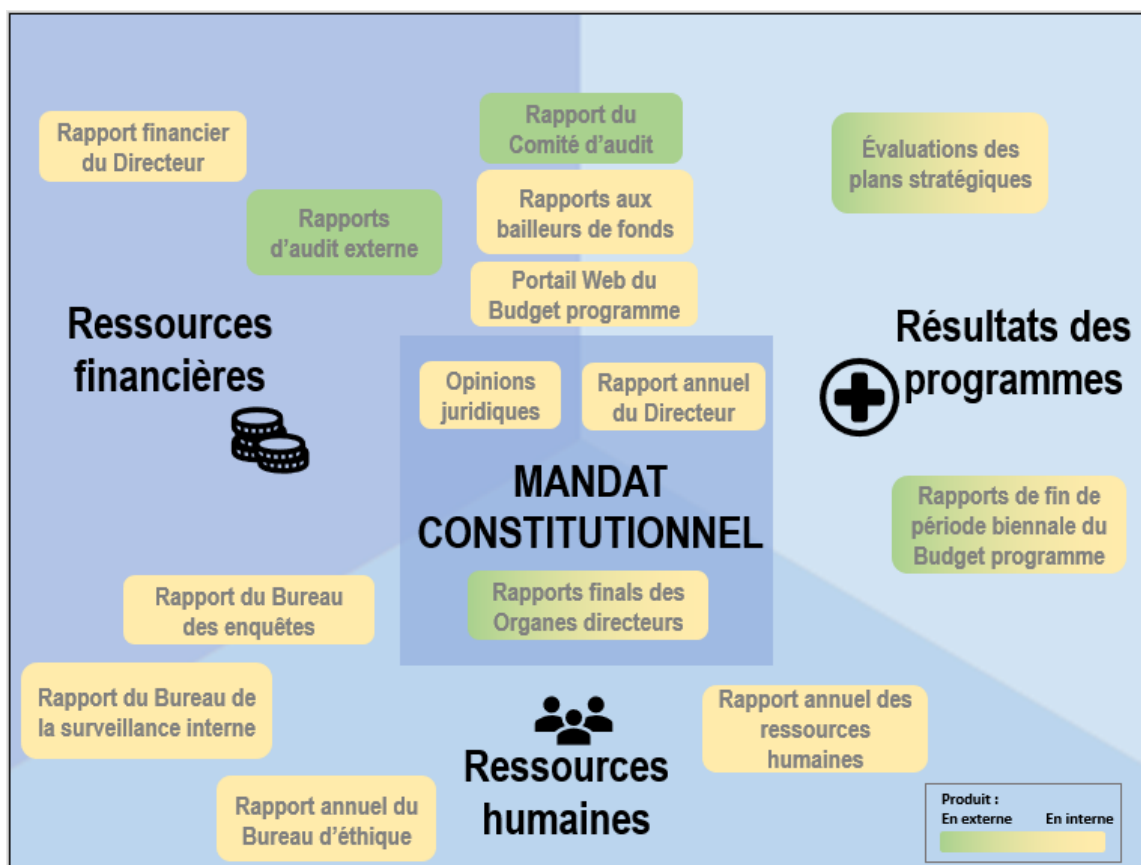
² Certains mandats mondiaux sont inclus. Le Plan stratégique appliquera d'autres mandats mondiaux, le cas échéant.

Annexe E. Mécanismes de responsabilisation

1. La responsabilisation est un élément essentiel du bon fonctionnement de toute organisation qui met en œuvre une approche de gestion axée sur les résultats fondée sur la performance. L'OPS est un chef de file en matière de gestion axée sur les résultats, et l'Organisation dispose également de multiples mécanismes pour s'assurer qu'elle gère correctement les fonds des donateurs et qu'elle se conforme aux règles et règlements établis en matière de ressources financières et humaines.
2. Ces mécanismes regroupent les divers éléments de responsabilité, de transparence et d'autorité et font partie du cadre général de gouvernance et de supervision institutionnelles internes de l'Organisation. En outre, ils sont fondés sur le mandat constitutionnel et les systèmes de contrôle interne de l'OPS et sont liés à une série de produits qui démontrent l'utilisation responsable des ressources financières par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) pour atteindre les objectifs et les résultats programmatiques et assurer la conformité du BSP avec les règles et règlements applicables aux ressources financières et humaines.
3. Le mandat constitutionnel de l'OPS et les obligations institutionnelles connexes sont détaillés dans les Documents fondamentaux de l'Organisation.¹ Les documents fondamentaux constituent la base de toutes les opérations de l'OPS et contiennent de nombreux éléments de la responsabilisation institutionnelle de l'Organisation à l'égard des États Membres.
4. La figure E.1 montre comment les divers mécanismes externes de responsabilisation de l'Organisation sont liés les uns aux autres et où ils se situent en termes de ressources financières, programmatiques et humaines, le mandat constitutionnel de l'OPS étant au centre.

¹ Les documents fondamentaux peuvent être consultés en anglais sur :
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=11&Itemid=270&lang=en.

Figure E.1. Principaux mécanismes de responsabilisation



5. Le reste de la présente annexe donne un bref aperçu des principaux mécanismes de responsabilisation institutionnelle au cours de la période 2020-2025. S'il y a lieu, des liens donnant des détails supplémentaires sur chaque mécanisme sont fournis.

MANDAT CONSTITUTIONNEL

Rapports finals des sessions des Organes directeurs (élaborés par le Bureau des Organes directeurs en collaboration avec le rapporteur de chaque réunion des Organes directeurs)

6. Les rapports finals des sessions des Organes directeurs sont produits conformément au règlement intérieur de chaque organe : la Conférence sanitaire panaméricaine, le Conseil directeur, le Comité exécutif et le Sous-comité du programme, du budget et de l'administration. Les rapports finals comprennent un rapport sur les délibérations et toutes les résolutions et décisions adoptées par chaque organe. Ils sont publiés dans les langues officielles de l'Organisation et contiennent également l'ordre du jour, la liste des documents examinés et la liste des participants, ainsi que les noms et titres des délégués de chaque État Membre présents à la session. Le Président de la

réunion et le Secrétaire *ex officio* signent le rapport final. L'original signé du rapport final est déposé dans les archives de l'Organisation. Un compte rendu audio des débats verbatim est conservé dans les archives de l'Organisation et, sur demande, une copie doit être mise à la disposition d'un Membre ou Membre associé. Les rapports finals de chaque session sont disponibles sur le [site Web des Organes directeurs](#).

Rapport annuel du Directeur du Bureau sanitaire panaméricain

7. Ce rapport est soumis aux Organes directeurs et donne un aperçu général des principales réalisations et des principaux défis de l'Organisation au cours de la période annuelle considérée. Il résume la coopération technique du BSP avec les États Membres, la collaboration avec les principaux partenaires et parties prenantes et les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de santé publique pertinents pour l'année dans le cadre du Plan stratégique. Exemple : document [CD56/3](#).

Opinions juridiques (Bureau du Conseiller juridique)

8. Le Bureau du Conseiller juridique fournit des services, des avis et des conseils juridiques unifiés et centraux au BSP, à la Direction et aux Organes directeurs de l'Organisation. Les opinions juridiques, écrites et verbales, favorisent la bonne gouvernance, le respect du cadre constitutionnel, juridique et administratif de l'Organisation et la réalisation des plans stratégiques et de leurs objectifs. Les opinions juridiques favorisent également l'accomplissement de la mission de l'Organisation en protégeant ses privilèges et immunités, sa réputation, son intégrité et son statut d'organisation internationale de la santé publique.

9. Le Bureau du Conseiller juridique travaille également en étroite collaboration avec d'autres membres du Système de l'intégrité et de la gestion des conflits de l'OPS pour promouvoir un comportement éthique et le respect des règles et règlements de l'Organisation et pour assurer une gestion efficace des conflits, le droit à une procédure régulière et la cohérence dans la prise de décisions au sein de l'Organisation. Pour plus d'informations, consulter le site web (en anglais) du [Bureau du Conseiller juridique \(LEG\)](#).

DOCUMENTS DES ORGANES DIRECTEURS

Rapport financier du Directeur (élaboré par le Département de la gestion des ressources financières)

10. Le Rapport financier du Directeur contient les états financiers de l'Organisation panaméricaine de la Santé et est préparé chaque année conformément aux Normes comptables internationales pour le secteur public (IPSAS) et au Règlement financier et aux règles financières de l'OPS. Lorsque les normes IPSAS ne traitent pas d'une question particulière, la norme internationale d'information financière (IFRS) appropriée est appliquée.

11. Les états financiers comprennent l'état de la situation financière, l'état de la performance financière, l'état de l'évolution de l'actif net, l'état des flux de trésorerie, l'état comparatif des prévisions budgétaires et des montants effectifs et les notes afférentes. Les états financiers constituent les mécanismes définitifs de reddition de comptes pour l'ensemble des revenus et des dépenses de l'Organisation. Le Rapport financier du Directeur comprend une déclaration annuelle sur le contrôle interne.

12. La publication des états financiers de l'Organisation est autorisée par le Directeur de l'OPS en vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par la Conférence sanitaire panaméricaine, conformément à la résolution CSP28.R7 de septembre 2012. Aucune autre autorité n'a le pouvoir de modifier les états financiers après leur publication.

13. Les états financiers sont appuyés par des lettres de déclaration annuelles soumises par tous les responsables de centres de coûts au Directeur. Ces rapports fournissent une assurance sur le fonctionnement des contrôles internes dans le cadre des responsabilités des superviseurs ainsi que des rapports périodiques (mensuels ou trimestriels) de clôture financière et de certification de conformité par les responsables de centres de coûts. Exemple : [Document officiel 356](#).

Rapport d'audit externe

14. Ce rapport fournit une opinion indépendante et une lettre d'assurance sur les états financiers consolidés annuels de l'Organisation panaméricaine de la Santé conformément aux Normes internationales d'audit de la Fédération internationale des Experts-Comptables (IFAC), aux Normes et directives d'audit formulées par le Comité des commissaires aux comptes des Nations Unies et aux Normes internationales des Institutions supérieures de contrôle des finances publiques (ISSAI). Ce rapport résume également les constatations et les recommandations des Commissaires aux comptes externes en matière de contrôle interne et de gouvernance.

15. Le but de l'audit est de collaborer avec l'OPS afin qu'elle atteigne ses objectifs tout en favorisant le respect des principes de transparence, de légalité et de saine gestion financière. Exemple en anglais : [Document officiel 351](#).

Rapport du Comité d'audit de l'OPS

16. Le Comité d'audit présente un rapport annuel au Comité exécutif. Le rapport fournit une évaluation indépendante des conclusions et des conseils au Directeur et aux États Membres de l'OPS sur le fonctionnement des structures de contrôle et d'établissement de rapports financiers de l'Organisation, sur ses processus de gestion des risques et sur l'adéquation des systèmes de contrôle interne et externe de l'Organisation, conformément aux normes et meilleures pratiques internationalement reconnues. Le Comité d'audit se réunit deux fois par an. Les rapports du Comité d'audit sont disponibles à chacune des sessions de juin du Comité exécutif sur le [site Web des Organes directeurs](#).

Rapport du Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation

17. Ce rapport annuel est soumis aux Organes directeurs de l'OPS et donne un aperçu des activités entreprises par le Bureau de la surveillance interne et des services d'évaluation (IES). Le rapport présente les recommandations de l'IES pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la gestion des risques et des contrôles internes afin d'aider la direction à atteindre ses objectifs. Le rapport comprend un résumé des missions d'audit interne de l'IES et de la fourniture de services de conseil pour les missions d'évaluation. Exemple (en anglais) : document [CE162/22](#).

Rapport annuel du Bureau des enquêtes

18. Le rapport annuel du Bureau des enquêtes est un rapport indépendant présenté au Comité exécutif de l'OPS qui précise les statistiques et les tendances générales concernant les questions traitées par le Bureau des enquêtes et les résultats des activités du Bureau au cours de l'année civile précédente.

19. Afin de garantir et de maintenir son indépendance fonctionnelle, le Bureau des enquêtes rend compte directement aux Organes directeurs de l'OPS par l'entremise du Comité exécutif. Cela permet au Bureau de faire preuve d'intégrité, d'objectivité et de confidentialité et de s'acquitter de son mandat sans crainte de représailles et sans aucune influence du personnel, de la direction ou de tierces parties extérieures à l'Organisation. Pour plus d'informations, consulter le site web (en anglais) du [Bureau des enquêtes](#).

Rapports de fin de période biennale sur le budget programme (produits par le Département de la planification et du budget en collaboration avec les États Membres et toutes les entités de l'ensemble l'Organisation)

20. Les rapports de fin de période biennale constituent le principal moyen de reddition de comptes institutionnelle sur la réalisation des objectifs fixés dans les budgets programmes biennaux de l'OPS. Le rapport de fin de période biennale est produit dans l'année qui suit l'exercice biennal (par exemple, le BP16-17 a été soumis aux Organes directeurs de l'OPS en 2018, dans les documents [CD56/5](#) et [CD56/5, Add. I](#)). Le rapport contient l'évaluation conjointe menée avec les États Membres des résultats de santé au niveau des pays, ainsi que l'auto-évaluation du BSP à tous les niveaux. Le rapport rend également compte du financement (ressources financières) et de la mise en œuvre du budget par rapport aux montants prévus, et fait état des enseignements tirés qui seront utilisés dans les budgets programme ultérieurs.

Examens et évaluations du Plan stratégique (élaboré par le Département de la planification et du budget en collaboration avec les États Membres et toutes les entités de l'Organisation)

21. Dans le cadre du rapport de fin de période biennale sur le budget programme, qui fait également office de rapport intérimaire ou, en dernier ressort, de rapport final sur le progrès de la mise en œuvre du Plan stratégique, un rapport est présenté tous les deux ans concernant le Plan stratégique, dont la durée est de six ans. Ce rapport rend compte des

progrès accomplis sur le plan de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique correspondant, présente l'évaluation conjointe des résultats de santé menée avec les États Membres au niveau des pays et inclue les enseignements tirés qui peuvent être appliqués aux activités de planification futures. Ils constituent le principal moyen d'assurer la reddition de comptes institutionnelle sur l'exécution programmatique de l'OPS. Exemple : [Document officiel 348](#).

Rapport annuel sur les ressources humaines (élaboré par le Département de la gestion des ressources humaines)

22. Le rapport sur la gestion des ressources humaines du BSP met en lumière les initiatives prises en matière de ressources humaines, y compris les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie des ressources humaines du BSP, et fournit des statistiques sur les tendances des effectifs du BSP pour une année civile. Exemple (en anglais) : document [CE162/25](#).

Rapport annuel du Bureau d'éthique

23. Ce rapport est soumis aux Organes directeurs de l'OPS et décrit les activités, les réalisations et les défis du Bureau d'éthique au cours d'une année donnée. Les domaines couverts comprennent : *a)* les conseils et les orientations fournis au personnel du BSP en réponse aux consultations sur les questions d'éthique, *b)* les activités de formation qui ont été entreprises pour accroître la sensibilisation et atténuer les risques de fraude et de corruption, de harcèlement et d'autres types de fautes graves, *c)* les nouvelles initiatives qui ont été mises en œuvre pour faire en sorte que l'OPS demeure une organisation éthique dont les politiques reflètent les dernières pratiques du secteur et *d)* les mesures futures qui seront prises pour améliorer encore la culture éthique du BSP. Exemple (en anglais) : document [CE162/8](#).

AUTRES MÉCANISMES (NON SOUMIS AUX ORGANES DIRECTEURS)

Portail web du Budget programme de l'OPS (produit par le Département de la planification et du budget)

24. Le Portail web du budget programme de l'OPS donne un aperçu détaillé des activités de l'Organisation, de son financement et de l'avancement de son exécution budgétaire. Les informations disponibles sur le portail présentent une ventilation du budget programme de l'OPS, y compris les chiffres du budget et des dépenses par composante de la chaîne de résultats et par bureau de pays. Lien (en anglais) : <https://open.paho.org/>.

Rapports aux bailleurs de fonds (élaborés par diverses entités organisationnelles)

25. Des rapports d'avancement sont soumis aux partenaires à des intervalles variables. Ces rapports contiennent des informations programmatiques et financières sur les résultats obtenus dans le cadre d'un projet au cours d'une période donnée, en utilisant la contribution financière d'un partenaire et les contributions correspondantes de l'OPS.

Les rapports techniques comparent les résultats et les cibles prévus avec les résultats obtenus, notent les progrès des activités connexes et fournissent une évaluation de la performance globale du projet. Ces rapports peuvent varier considérablement en termes de format, de détails et de périodicité, conformément aux exigences en matière de rapports figurant dans l'accord juridique correspondant.

Annexe F. Liste des pays et territoires avec leurs sigles

Pays États Membres		Sigle 35	Pays Membres associés		Sigle 4
1	Antigua-et-Barbuda	ATG	36	Aruba	ABW
2	Argentine	ARG	37	Curaçao	CUW
3	Bahamas	BHS	38	Porto Rico	PRI
4	Barbade	BRB	39	Sint Maarten	SXM
5	Belize	BLZ			
6	Bolivie (État Plurinational de)	BOL	États participants		3
7	Brésil	BRA		France	3
8	Canada	CAN	40	Guyane française	GUF
9	Chili	CHL	41	Guadeloupe	GLP
10	Colombie	COL	42	Martinique	MTQ
11	Costa Rica	CRI			
12	Cuba	CUB			
13	Dominique	DMA		Royaume des Pays-Bas	3
14	République dominicaine	DOM	43	Bonaire	BON
15	Équateur	ECU	44	Saba	SAB
16	El Salvador	SLV	45	Saint Eustatius	STA
17	Grenade	GRD			
18	Guatemala	GTM		Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6
19	Guyana	GUY	46	Anguilla	AIA
20	Haïti	HTI	47	Bermudes	BMU
21	Honduras	HND	48	Îles Vierges britanniques	VGB
22	Jamaïque	JAM	49	Îles Caïman	CYM
23	Mexique	MEX	50	Montserrat	MSR
24	Nicaragua	NIC	51	Îles Turques et Caïques	TCA
25	Panama	PAN			
26	Paraguay	PRY			
27	Pérou	PER			
28	Saint-Kitts-et-Nevis	KNA			
29	Sainte-Lucie	LCA			
30	Saint-Vincent-et-les Grenadines	VCT			
31	Suriname	SUR			
32	Trinité-et-Tobago	TTO			
33	États-Unis d'Amérique	USA			
34	Uruguay	URY			
35	Venezuela (République bolivarienne du)	VEN			
