



ORGANISATION PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



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

### **65<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL**

*Washington, D.C., ÉUA, du 30 septembre au 4 octobre 2013*

---

*Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire*

Doc. off. 345 (Fr.)  
1<sup>er</sup> septembre 2013  
ORIGINAL : ANGLAIS

### **PLAN STRATÉGIQUE**

### **DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAIN DE LA SANTÉ**

### **2014-2019\***

\* Note : cette version finale contient des changements et des ajustements éditoriaux concernant les données de base ainsi que les cibles des indicateurs des domaines programmatiques. Cette note sera éliminée du document après son approbation par le 52<sup>e</sup> Conseil directeur.

**PLAN STRATÉGIQUE DE  
L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE  
LA SANTÉ 2014-2019**

*« Défense de la santé : développement durable et équité »*

### **Note d'introduction à l'intention du Conseil directeur**

1. Conformément à la feuille de route pour l'élaboration du Plan stratégique (PS) 2014-2019 et du Budget programme (BP) 2014-2015 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), telle qu'approuvée par la 151<sup>e</sup> session du Comité exécutif de l'OPS en septembre 2012, le PS 2014-2019 a été développé en trois phases correspondant au cycle des organes directeurs de l'OPS pour 2013, comme suit :

- a) *Phase 1* : les grandes lignes ont été présentées à la septième Session du Sous-comité du Programme, du Budget et de l'Administration (SPBA7) en mars 2013, en tenant compte des décisions prises par le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en janvier 2013 relatives au projet de douzième programme général de travail 2014-2019 de l'OMS.
- b) *Phase 2*: un projet de Plan stratégique 2014-2019 a été soumis pour examen par la 152<sup>e</sup> Session du Comité exécutif de l'OPS en juin 2013, en tenant compte de la version finale du douzième programme général de travail de l'OMS ainsi que du BP 2014-2015 de l'OMS, tels qu'approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013.
- c) *Phase 3*: la version définitive du Plan stratégique 2014-2019 est présenté pour approbation par le 52<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en septembre 2013.

2. En vue d'assurer la participation des États Membres de l'OPS et leur appropriation de l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, outre les mécanismes mis en place par ses organes directeurs, le Comité exécutif de l'OPS a nommé un groupe consultatif de pays représentant les États Membres. Ce groupe s'est vu confier la responsabilité d'apporter des contributions stratégiques et techniques à l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019 et de son premier BP 2014-2015. En outre, le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a facilité des consultations nationales afin d'obtenir les contributions de tous les pays et territoires de la Région. Le personnel du BSP à tous les niveaux a également participé à l'élaboration de ce Plan.

3. Le BSP est heureux de présenter le document complet du Plan stratégique 2014-2019 au 52<sup>e</sup> Conseil directeur pour examen et approbation.

**PLAN STRATÉGIQUE DE  
L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE  
LA SANTÉ 2014-2019**

*« Défense de la santé : développement durable et équité »*

Organisation panaméricaine de la Santé  
Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé  
pour les Amériques

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
<b>I. Avant-propos de la Directrice .....</b>	<b>8</b>
<b>II. Synthèse .....</b>	<b>10</b>
<b>III. Introduction .....</b>	<b>16</b>
<b>IV. Analyse contextuelle .....</b>	<b>22</b>
Contexte politique, économique, social et environnemental .....	22
Déterminants sociaux de la santé .....	24
Tendances démographiques .....	26
Santé et environnement .....	27
Santé régionale .....	28
La réponse des systèmes de santé .....	31
Le point sur le Plan stratégique 2008-2013 de l'OPS .....	33
<b>V. Programme stratégique .....</b>	<b>37</b>
Présentation stratégique .....	37
Cibles d'impact et axe stratégique .....	41
Organisation du Plan .....	46
Définition des priorités .....	47
<b>VI. Catégories, domaines programmatiques et résultats .....</b>	<b>50</b>
<b>Catégorie 1 – Maladies transmissibles .....</b>	<b>50</b>
Champ d'application .....	50
Contexte .....	50
Analyse des parties prenantes .....	57
Stratégies pour la coopération technique .....	58
Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé .....	59
Hypothèses et risques .....	62
Catégorie 1. Maladies transmissibles : domaines programmatiques et résultats .....	63
1.1 VIH/sida et IST .....	63
1.2 Tuberculose .....	64
1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle .....	64
1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques .....	65
1.5 Maladies à prévention vaccinale .....	66
<b>Catégorie 2 – Maladies non transmissibles et facteurs de risque .....</b>	<b>67</b>
Champ d'application .....	67

Contexte .....	67
Analyse des parties prenantes .....	72
Stratégies pour la coopération technique .....	73
Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé .....	74
Hypothèses et risques.....	75
Catégorie 2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque : domaines programmatisés et résultats .....	77
2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque .....	77
2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives .....	78
2.3 Violence et traumatismes.....	78
2.4 Handicap et réadaptation.....	81
2.5 Nutrition.....	79
<b>Catégorie 3 – Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie .....</b>	<b>80</b>
Champ d'application.....	80
Contexte .....	81
Analyse des parties prenantes .....	88
Stratégies pour la coopération technique .....	89
Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé .....	91
Hypothèses et risques.....	92
Catégorie 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie : domaines programmatisés et résultats .....	94
3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique .....	94
3.2 Vieillesse et santé .....	95
3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique.....	95
3.4 Déterminants sociaux de la santé.....	95
3.5 Santé et environnement.....	96
<b>Catégorie 4 – Systèmes de santé .....</b>	<b>97</b>
Champ d'application.....	97
Contexte .....	98
Analyse des parties prenantes .....	102
Stratégies pour la coopération technique .....	103
Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé .....	105
Hypothèses et risques.....	106
Catégorie 4. Systèmes de santé : domaines programmatisés et résultats .....	108
4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé.....	108
4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes .....	108
4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire.....	108

4.4	Systèmes d'information de la santé et données probantes.....	109
4.5	Ressources humaines pour la santé.....	109
<b>Catégorie 5 – Préparation, surveillance et intervention .....</b>		<b>111</b>
	Champ d'application.....	111
	Contexte .....	111
	Analyse des parties prenantes .....	115
	Stratégies pour la coopération technique .....	116
	Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé .....	117
	Hypothèses et risques.....	119
	Catégorie 5. Préparation, surveillance et intervention : domaines programmatiques et résultats .....	121
5.1	Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI) .....	121
5.2	Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies ....	121
5.3	Gestion des risques et crises d'urgence .....	121
5.4	Salubrité des aliments .....	122
5.5	Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises .....	122
<b>Catégorie 6 – Services institutionnels/fonctions essentielles.....</b>		<b>123</b>
	Champ d'application.....	123
	Contexte .....	123
	Analyse des parties prenantes .....	129
	Stratégies pour la fourniture des services institutionnels/fonctions essentielles .....	131
	Thématiques transversales .....	132
	Hypothèses et risques.....	132
	Catégorie 6. Services institutionnels/fonctions essentielles : domaines programmatiques et résultats .....	134
6.1	Leadership et gouvernance .....	134
6.2	Transparence, responsabilisation et gestion des risques .....	134
6.3	Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports .....	135
6.4	Gestion et administration .....	135
6.5	Communication stratégique .....	135
<b>Sigles et abréviations .....</b>		<b>140</b>
<b>Annexes .....</b>		<b>148</b>
	Annexe I. Principaux enseignements tirés des Plans précédents .....	145
	Annexe II. Cadre de stratification des priorités programmatiques .....	149
	Annexe III. Liste des pays et territoires avec leurs acronymes.....	153
	Annexe IV. Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS .....	154

## PLAN STRATÉGIQUE 2014-2019 DE L'OPS

### I. Avant-propos de la Directrice

1. Alors même que l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) renouvelle son engagement à améliorer la santé des populations de la Région des Amériques, elle s'appuie sur d'importantes réalisations passées, sur les forces de ses États Membres, ainsi que sur la compétence du Bureau sanitaire panaméricain (BSP). Face aux nombreux défis complexes à relever et à l'ampleur du travail à accomplir, je suis ravie de présenter le Plan stratégique de l'Organisation pour la période 2014-2019, intitulé « *Défense de la santé : développement durable et équité.* » Ce Plan ambitieux est le fruit de consultations et d'une collaboration intensive avec les États Membres et le personnel de l'ensemble de l'Organisation. Tout en étant centré sur les pays, il offre une orientation claire pour les années à venir, ce qui permettra à l'Organisation de rester à l'avant-garde des efforts visant à améliorer la santé et la qualité de vie des populations de la Région.

2. Avec ce Plan, l'Organisation continue de répondre aux priorités de santé publique des États Membres et de la Région tout en s'assurant que les programmes sont alignés sur les objectifs de santé mondiaux de l'Organisation mondiale de la Santé. En outre, le Plan définit les mesures accélérées requises pour donner l'impulsion finale afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement d'ici à 2015 et les nouvelles interventions stratégiques nécessaires pour améliorer la santé dans le cadre du Programme de développement pour l'après-2015.

3. La Région des Amériques a réalisé des progrès soutenus pour ce qui est de traiter des déterminants de la santé et d'améliorer la santé de sa population. Les indicateurs du développement humain s'améliorent, le revenu de l'emploi est en hausse, des progrès notables ont été enregistrés en matière de réduction de la pauvreté et des iniquités et d'importantes avancées ont été accomplies en vue de parvenir à l'éducation primaire universelle. Tous ces facteurs ont un impact positif sur la santé. De pair avec ces avancées sociales, la Région a enregistré des tendances positives sur le plan des indicateurs de la santé, y compris des baisses de la mortalité infantile et maternelle, une réduction de la morbidité et de la mortalité dues au VIH, une chute des taux de tuberculose et une réduction du fardeau du paludisme dans les pays où cette maladie est endémique. L'objectif d'élimination de la Région de plusieurs maladies infectieuses négligées est désormais réalisable, réalisation qui bénéficiera aux générations futures.

4. Alors que nous célébrons ces jalons importants, nous sommes tous conscients qu'il reste encore beaucoup à faire. Ce Plan présente en détail la façon dont l'Organisation, de pair avec ses États Membres, s'appuiera sur nos réalisations collectives et s'attachera à remédier aux lacunes qui subsistent de manière équitable et durable. Par exemple, un défi important que la Région est appelée à relever au cours des six prochaines années consiste à stopper et à inverser l'épidémie de maladies chroniques non

transmissibles. Nos États Membres ont fait la preuve d'un leadership considérable sur cette question, qui a d'énormes répercussions sociales et économiques sur les individus, les familles, les communautés et les services de santé et exige une réponse multisectorielle intégrée. L'approche axée sur les droits est fondamentale pour garantir la justice et équité dans le cadre de ces efforts. Parvenir à une couverture sanitaire universelle constitue donc un engagement clé ancré dans le Plan stratégique.

5. Le leadership, l'engagement et l'appropriation des États Membres sont autant d'éléments cruciaux pour le succès de ce Plan stratégique. En conséquence, le Plan établit la responsabilité conjointe et l'engagement des États Membres et du BSP pour ce qui est d'appuyer toute la gamme d'interventions nécessaires pour maintenir les progrès accomplis et faire face aux nouveaux défis. Le Plan présente également en détail les cibles et les indicateurs qui permettront d'évaluer la performance de l'Organisation (à la fois du Secrétariat et des États Membres). Ainsi, le Plan reflète l'engagement continu de l'OPS envers une approche fondée sur les résultats, conduisant à une meilleure efficacité, efficacité, responsabilisation et transparence.

6. Grâce à une collaboration et un dialogue continus avec l'ensemble des parties prenantes, nous nous appuyerons sur ce Plan et le mettrons en œuvre ensemble. Notre engagement envers **le développement durable et l'équité en matière de santé** dépend du leadership de l'Organisation et de sa capacité à construire une large coalition avec les partenaires engagés dans les différents secteurs. Le Plan stratégique 2014-2019 renouvelle l'engagement de l'OPS à améliorer la santé des populations des Amériques au cours des années à venir.

## II. Synthèse

7. Dans le cadre de la thématique « Défense de la santé : développement durable et équité », le Plan stratégique (« le Plan ») de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) définit l'orientation stratégique de l'Organisation, sur la base des priorités communes de ses États Membres et d'une approche axée sur les pays, et spécifie les résultats à atteindre au cours de la période 2014-2019. Le Plan énonce également les engagements pris par les États Membres de l'OPS et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), servant ainsi de base à l'élaboration des budgets programmes biennaux pour mettre en œuvre le Plan.

8. Le Plan est le fruit d'une étroite collaboration et concertation entre les États Membres et le BSP. Un Groupe consultatif de pays représentant les États Membres, nommé par le Comité exécutif de l'OPS (CE), a apporté une contribution stratégique et technique à l'élaboration du Plan et de son premier budget programme (BP 2014-2015). Des consultations nationales ont été également menées, ce qui a permis à tous les pays et territoires de faire part de leur avis sur les documents devant être présentés au Conseil directeur. Plus de 1100 professionnels de la santé de 48 pays et territoires de l'ensemble de la Région ont participé à ce processus. Les États Membres et le BSP travailleront de concert au cours des six prochaines années pour obtenir les résultats énoncés dans le Plan.

9. Le Plan répond à la fois aux mandats régional et mondial. En conséquence, son programme stratégique représente un juste équilibre entre la réponse de l'OPS aux priorités régionales définies dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, les autres mandats régionaux fixés par les États Membres de l'OPS, les priorités nationales communes identifiées dans les stratégies de coopération avec les pays (SCP) de l'OPS et l'alignement programmatique avec le Programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le Plan est également conforme aux modalités des principaux accords intergouvernementaux pour les opérations de développement du système des Nations Unies. L'élaboration et la mise en œuvre du Plan sont guidées par la vision, la mission, les valeurs et les fonctions fondamentales de l'OPS.

10. Ce Plan permettra à l'OPS de s'appuyer sur les acquis de santé publique dans la Région ainsi que sur les leçons tirées des périodes de planification précédentes pour guider les interventions visant à relever les défis nouveaux et existants. Le Plan soutiendra les efforts continus en vue d'accroître la responsabilisation, la transparence et l'efficacité des activités de l'OPS dans le droit fil de son cadre de gestion fondée sur les résultats et de la nouvelle politique budgétaire de l'OPS.

11. Le Plan adapte la chaîne de résultats de l’OMS, identifiant clairement le lien qui existe entre les instruments de planification à différents niveaux ainsi que la responsabilisation et les responsabilités respectives des États Membres de l’OPS et du BSP. Dans la mesure où le Plan constitue un engagement commun des États Membres de l’OPS et du BSP, les résultats découleront de la mise en œuvre des plans et stratégies de chaque pays (au niveau national ou infranational), des plans opérationnels du BSP et des efforts conjoints de l’Organisation en collaboration avec les autres partenaires.

12. Une analyse des principaux gains, lacunes et tendances de la santé dans la Région a constitué le fondement de la définition du programme stratégique et des interventions correspondantes énoncées dans le Plan. L’analyse se fonde sur des informations récentes tirées de la Santé dans les Amériques 2012, de l’évaluation à mi-parcours du Programme d’action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, d’un examen des stratégies de coopération avec les pays et d’un examen des rapports sur les stratégies et les plans d’action de l’OPS, entre autres.

13. Animé par une vision axée sur une vie saine et le bien-être, ce Plan vise à catalyser les changements dans la réponse du système de santé dans la Région en allant au-delà de l’approche traditionnelle axée sur la maladie. À cette fin, le Plan traite de nouvelles problématiques de santé liées aux changements en cours dans la Région, prône un nouveau modèle de développement fondé sur l’équité et la durabilité environnementale et réaffirme la santé comme un élément clé dans le développement durable.

14. Le Plan met l’accent sur la réduction des iniquités en matière de santé, à la fois au sein des pays et territoires et entre eux. Les actions spécifiques pour lutter contre ces iniquités comprennent celles qui ont été recommandées par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Une approche multisectorielle est au centre des efforts visant à traiter des déterminants sociaux de la santé et est appliquée en tant qu’approche stratégique transversale dans le Plan. La Santé dans l’ensemble des politiques constitue également une stratégie clé qui met l’accent sur une planification et des interventions coordonnées dans tous les secteurs et entre les différents niveaux gouvernementaux en vue d’influencer les déterminants sociaux qui vont au-delà de la responsabilité directe du secteur de la santé. Le Plan décrit aussi les stratégies clés de la santé publique, telles que la promotion de la santé, les soins de santé primaires et la protection sociale en matière de santé.

15. Conformément à l’engagement pris par l’OPS de faire progresser la couverture sanitaire universelle, et à la lumière des réalisations des États Membres dans ce domaine, le Plan inclut la réalisation progressive de la couverture universelle en tant qu’approche centrale. Cela permettra à la Région de consolider les progrès en matière de santé maternelle et infantile et de lutter contre les maladies transmissibles, de réduire le fardeau des maladies chroniques avec des modèles de soins innovants qui recouvrent la

prévention et la promotion de la santé et de réduire les écarts dans l'accès aux services de santé et leur utilisation.

16. Le Plan met en exergue quatre thématiques transversales : genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique. Ces approches programmatiques s'appliqueront à l'ensemble des catégories et des domaines programmatiques en vue d'améliorer les résultats sanitaires et de réduire les iniquités en matière de santé. Le Plan tire également pleinement parti de la nouvelle politique budgétaire de l'OPS et du concept de « pays clés ». Conformément aux principes d'équité et de solidarité panaméricaine, ce Plan définit huit pays clés – la Bolivie, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname – où l'Organisation mettra davantage l'accent sur sa coopération technique afin de s'assurer que les écarts sont comblés. En tenant compte du fait que les pays et territoires de la Région connaissent des situations et des besoins différents en matière de santé, le Plan définit les pays et territoires cibles par indicateurs de résultat intermédiaire afin d'axer la coopération technique de l'Organisation sur des questions de santé publique spécifiques.

17. Dans le droit fil des objectifs d'impact au niveau mondial (tels qu'énoncés dans le douzième Programme général de travail de l'OMS 2014-2019), et traitant des objectifs spécifiques pour la Région, le Plan définit neuf objectifs d'impact pour la période 2014-2019 :

- I. Améliorer la santé et le bien-être dans un cadre équitable
- II. Assurer un départ en bonne santé pour les nouveau-nés et les nourrissons
- III. Assurer une maternité sans risque
- IV. Réduire la mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé
- V. Améliorer la santé de la population adulte en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque
- VI. Réduire la mortalité due aux maladies transmissibles
- VII. Réduire la mortalité prématurée due à la violence et aux traumatismes en s'attaquant aux principaux risques pour les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans)
- VIII. Éliminer les maladies transmissibles prioritaires dans la Région
- IX. Prévenir les décès, les maladies et le handicap découlant d'urgences

18. La structure programmatique du Plan s'articule en six catégories et 30 domaines programmatiques (cinq par catégorie). Les 30 domaines programmatiques représentent les *priorités* pour l'Organisation au cours de la période de six ans couverte par le Plan. Ces domaines programmatiques ont été identifiés par les États Membres dans le cadre de

l'élaboration du douzième Programme général de travail de l'OMS 2014-2019, avec des consultations supplémentaires pour tenir compte des spécificités régionales. Ces six catégories sont les suivantes :

- I. *Les maladies transmissibles* : réduire la charge des maladies transmissibles (y compris le VIH/sida, les maladies sexuellement transmissibles et l'hépatite virale), la tuberculose, le paludisme et autres maladies vectorielles, les maladies négligées, tropicales et zoonotiques et les maladies à prévention vaccinale.
- II. *Les maladies non transmissibles et les facteurs de risque* : réduire la charge des maladies non transmissibles, y compris les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète et les troubles mentaux, ainsi que le handicap, la violence et les traumatismes, par la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et le suivi des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque.
- III. *Les déterminants de la santé et la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie* : promouvoir la bonne santé aux étapes clés de la vie, en tenant compte de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et mettre en œuvre des approches fondées sur l'égalité des sexes, l'origine ethnique, l'équité et les droits de l'homme.
- IV. *Les systèmes de santé* : renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires ; axer la gouvernance et le financement de la santé sur la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle ; organiser la prestation des services axés sur les personnes et intégrés ; promouvoir l'accès aux technologies de la santé et leur utilisation rationnelle ; renforcer les systèmes d'information et de recherche de la santé et l'intégration des données probantes dans les politiques de santé et les soins de santé ; faciliter le transfert des connaissances et des technologies ; et développer les ressources humaines pour la santé.
- V. *Préparation, surveillance et intervention* : réduire la mortalité, la morbidité et les perturbations sociales résultant d'épidémies, de catastrophes, de conflits et d'urgences environnementales et alimentaires en mettant l'accent sur les activités de réduction des risques, de préparation, d'intervention et de rétablissement qui renforcent la résilience et font appel à une approche multisectorielle pour contribuer à la sécurité sanitaire.
- VI. *Les services institutionnels/fonctions d'appui* : favoriser et mettre en œuvre le leadership de l'Organisation et les services institutionnels nécessaires pour assurer l'intégrité et le bon fonctionnement de l'Organisation, lui permettant de s'acquitter efficacement de ses mandats.

19. Pour chaque catégorie, le document énonce la portée, le contexte par domaine programmatique, l'analyse des parties prenantes clés, les stratégies de coopération technique, les thématiques transversales, les approches stratégiques de la santé, ainsi que les hypothèses et les risques. On trouve ensuite des tableaux présentant les résultats intermédiaires et leurs indicateurs pour chaque domaine programmatique dans la catégorie correspondante. Une liste des pays et territoires de référence et cibles, définie par le biais de consultations nationales, accompagne chaque indicateur de résultat intermédiaire. L'année de référence est 2012 ou l'année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles. L'année est indiquée pour les indicateurs pour lesquels les données de 2012 ne sont pas disponibles.

20. Reconnaissant que le Plan sera exécuté dans un contexte de ressources limitées, et en réponse aux recommandations des États Membres de concentrer l'activité de l'Organisation sur les priorités pour lesquelles l'OPS ajoute clairement de la valeur, le Plan définit un cadre d'établissement des priorités qui complète la politique budgétaire de l'OPS.

21. Le BSP a défini neuf priorités fondamentales en matière de leadership, qui guident son rôle de rassembleur et de coordinateur pour ce qui est du Plan stratégique 2014-2019 :

- a) Renforcer la capacité du secteur de la santé à traiter des déterminants sociaux de la santé, en utilisant la stratégie de la Santé dans toutes les politiques et en s'attachant à promouvoir une plus grande participation et autonomisation des communautés.
- b) Être un catalyseur de la réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle, en mettant l'accent sur les huit pays clés, avec notamment des interventions de promotion et de prévention.
- c) Accroître l'action intersectorielle et multisectorielle pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.
- d) Améliorer les capacités essentielles des pays pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international de 2005.
- e) Accélérer les actions en vue d'éliminer les maladies transmissibles prioritaires dans la Région.
- f) Mener à bien les activités sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et agir pour l'intégration de la santé dans le Programme pour l'après-2015 pour un développement durable.
- g) Renforcer la capacité du secteur de la santé à générer des informations et des données probantes pour mesurer et démontrer en matière de modes de vie sains et de bien-être.

- h) Tirer parti des connaissances et de l'expertise dans les pays de la Région pour la fourniture de coopération technique par le partage des expériences réussies et des enseignements tirés.
- i) Accroître la responsabilisation, la transparence, l'efficacité et l'efficacité des opérations du Bureau.

22. Le Plan énonce les différents facteurs qui seront nécessaires pour assurer sa mise en œuvre efficiente et efficace, y compris les stratégies pour la coopération technique, les rôles et les responsabilités du BSP et des États Membres, le financement du Plan (en suivant une approche programmatique afin de mobiliser des ressources flexibles) et la gestion des risques.

23. Le Plan comprend également le suivi, l'évaluation et le cadre de présentation de rapports de l'Organisation pour la période 2014-2019. La performance de l'OPS sera évaluée en mesurant les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des objectifs d'impact, des résultats intermédiaires et des résultats immédiats énoncés dans le Plan stratégique 2014-2019, à l'aide de 26 indicateurs d'impact et de 79 indicateurs de résultats intermédiaires et des cibles correspondantes.

### III. Introduction

24. Le Plan stratégique (« le Plan ») de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) est l'instrument de planification du plus haut niveau de l'Organisation, comme approuvé par ses Organes directeurs. Le Plan définit l'orientation stratégique de l'Organisation, sur la base des priorités collectives de ses États Membres et spécifie les résultats à atteindre au cours de la période de planification. Le Plan définit également les engagements pris par les États Membres de l'OPS et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), servant ainsi de base à l'élaboration des budgets programmes biennaux pour la mise en œuvre du Plan. Le Plan est centré sur les pays et est le fruit de la collaboration et des consultations avec les États Membres et il reflète les contributions du personnel à tous les niveaux du BSP.

25. Le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS (PS 2014-2019) répond aux mandats tant régional que mondial. En conséquence, son programme stratégique représente un juste équilibre entre la réponse de l'OPS aux priorités régionales définies dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, les autres mandats régionaux fixés par les États Membres de l'OPS, les priorités nationales communes identifiées dans les stratégies de coopération avec les pays (SCP) de l'OPS et l'alignement programmatique avec le Programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le Plan est également conforme aux modalités des principaux accords intergouvernementaux pour les opérations de développement du système des Nations Unies (ONU). L'élaboration et la mise en œuvre du Plan sont guidées par la vision, la mission, les valeurs et les fonctions fondamentales de l'OPS. Le Plan définit le cadre pour promouvoir la santé, le développement durable et l'équité et pour progresser vers l'objectif d'une couverture sanitaire universelle. Il intègre les déterminants de la santé en tant que thématique globale qui recoupe toutes ses composantes.

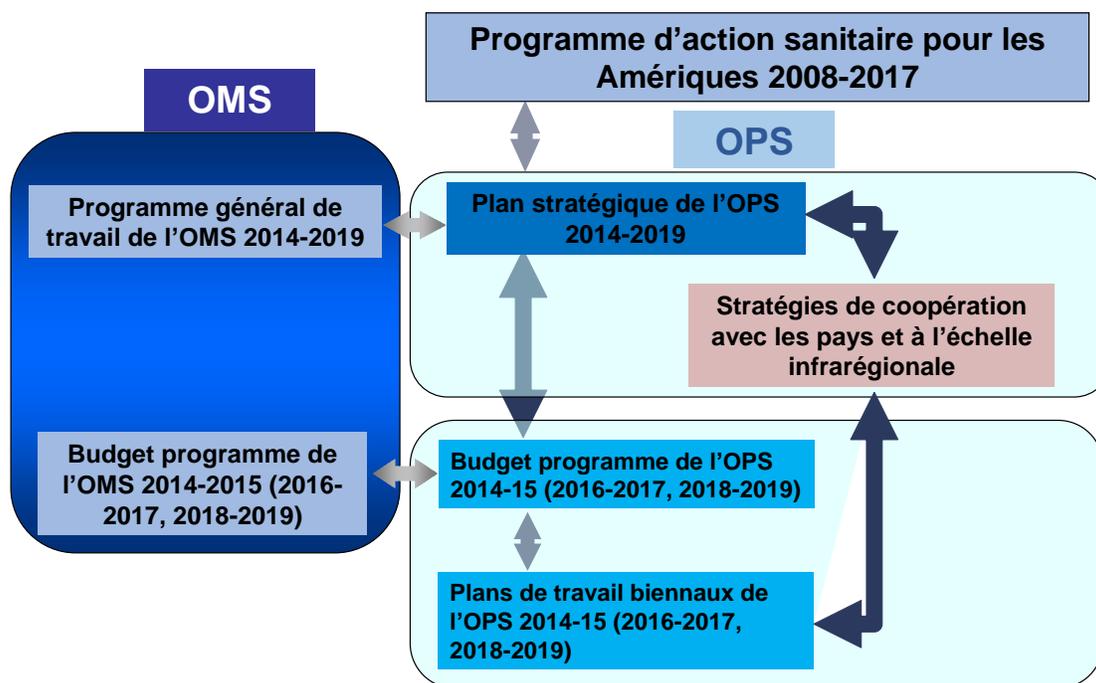
26. Ce Plan 2014-2019 permettra à l'OPS de continuer à s'appuyer sur les acquis de santé publique obtenus dans la Région des Amériques (« la Région ») à ce jour. Il permettra aussi à l'OPS d'orienter les interventions visant à relever les défis nouveaux et existants dans la Région. Le Plan continuera à s'appuyer sur les riches expériences de l'OPS et sur les leçons apprises au cours des précédentes périodes de planification. Il soutiendra les efforts continus en vue d'accroître la responsabilisation, la transparence et l'efficacité des activités de l'OPS dans le droit fil de son cadre de gestion fondée sur les résultats et de la nouvelle politique budgétaire de l'OPS.

27. Le Plan stratégique 2014-2019 représente un jalon important sur le plan de l'amélioration de l'alignement et de la synchronisation avec les processus de planification, de programmation et de budgétisation de l'OMS, étant donné que – pour la première fois – le Programme général de travail de l'OMS a été élaboré avant le

Plan stratégique de l'OPS. Le Plan a également bénéficié de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques réalisée en 2012. En outre, le Plan stratégique 2014-2019 a été façonné par la vision de la nouvelle Directrice du BSP, « Défense de la santé : développement durable et équité », par l'impulsion donnée en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et par le rôle de la santé dans Programme de développement pour l'après-2015. Au nombre des autres contributions essentielles, on peut citer un examen des stratégies et plans d'action régionaux de santé publique. Le Plan contribuera également au renforcement du système de développement des Nations Unies conformément à l'*Examen quadriennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies* (document A/67/226).

28. La figure 1 présente les éléments clés des cadres de planification de l'OPS et leur alignement avec le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ainsi qu'avec les cadres de planification de l'OMS. Le Plan stratégique 2014-2019 sera exécuté au cours de trois budgets programmes consécutifs (2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019). Un alignement et une harmonisation accrues entre le Plan stratégique et les SCP constituent un aspect important de la formulation et de la mise en œuvre du Plan. Les plans de travail biennaux (PTB) sont les plans opérationnels élaborés par les entités du BSP pour mettre en œuvre le budget programme et, par extension, le Plan stratégique de l'OPS.

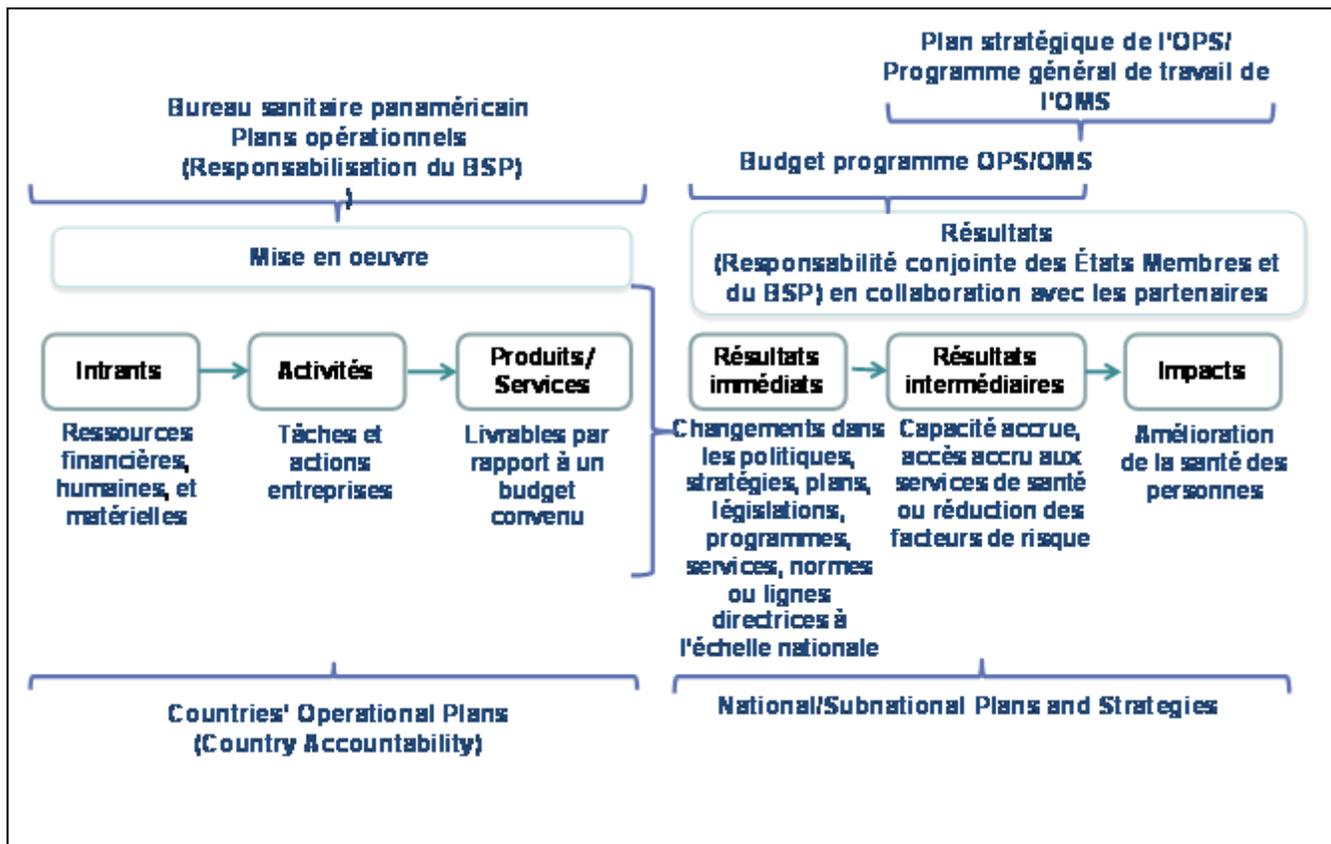
**Figure 1. Cadres de planification de l'OPS et de l'OMS**



29. **Chaîne de résultats :** Le Plan 2014-2019 adapte la chaîne de résultats de l’OMS, identifiant clairement le lien qui existe entre les instruments de planification à différents niveaux ainsi que la responsabilisation et les responsabilités respectives des États Membres de l’OPS et du BSP. Dans la mesure où le Plan constitue un engagement commun des États Membres de l’OPS et du BSP, les résultats découleront de la mise en œuvre des plans et stratégies de chaque pays (au niveau national ou infranational), des plans opérationnels du BSP et des efforts de l’ensemble de l’Organisation, comme le montre la figure 2. La section VIII comprend des détails sur le suivi, la présentation de rapports, la responsabilisation et la transparence pour ce qui est du Plan.

30. Le Plan stratégique et le budget programme couvrent à eux deux l’ensemble de la chaîne de résultats. Le Plan stratégique contient les impacts et les résultats intermédiaires assortis de leurs indicateurs respectifs, tandis que le BP énonce les résultats immédiats que les États Membres et le BSP conviennent ensemble de réaliser au cours d’un exercice biennal donné, ainsi que les cibles d’indicateur de résultats intermédiaires biennales.

**Figure 2. Chaîne de résultats OPS/OMS**



31. Les résultats de l'**impact** correspondent à des changements durables en matière de santé des populations, auxquels les États Membres de l'OPS, le BSP et d'autres partenaires contribuent. 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 (par exemple, des augmentations de l'espérance de vie en bonne santé de la population). En conséquence, la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS contribuera également à la santé et au développement à la fois sur le plan régional et mondial.

32. Les **résultats intermédiaires** correspondent à des changements collectifs ou individuels dans les facteurs qui ont une incidence sur la santé des populations, auxquels les activités des États Membres et du BSP contribueront. Ceux-ci incluent, sans que cette liste soit exhaustive, une capacité accrue, une amélioration de la couverture des services ou de l'accès aux services et/ou une réduction des risques liés à la santé. Les États Membres sont responsables de l'obtention des résultats, en collaboration avec le BSP et d'autres partenaires de l'OPS. Les résultats intermédiaires contribuent aux objectifs d'impact du Plan. Les progrès accomplis en matière d'obtention des résultats intermédiaires seront évalués au moyen des indicateurs correspondants qui mesurent les changements au niveau national ou régional.

33. Les **résultats immédiats** correspondent à des changements dans les systèmes, services et outils nationaux issus de la collaboration entre le BSP et les États Membres de l'OPS, dont ils sont conjointement responsables. Ces résultats immédiats comprennent, sans que ce soit limitatif, les changements dans les politiques, stratégies, plans, législations, programmes, services, normes et/ou directives à l'échelle nationale. Les productions seront définies dans les différents BP et seront évaluées au moyen d'un ensemble défini d'indicateurs de production qui mesureront la capacité du BSP à influencer sur ces changements.

34. Pour la catégorie 6 (Services institutionnels/fonctions essentielles), les résultats immédiats et les résultats intermédiaires reflèteront les changements institutionnels qui appuient la fourniture efficiente et efficace de coopération technique par l'Organisation dans les cinq autres catégories programmatiques.

35. Les **plans opérationnels** du BSP comprennent les composantes suivantes :

- a) Produits et services : ce qui est livré au BSP lors d'un exercice biennal par rapport à un budget convenu dont le BSP est directement responsable au cours de l'exercice biennal. Les produits et services sont concrets et observables.
- b) Activités : actions qui transforment les intrants en produits ou services.
- c) Intrants : ressources (humaines, financières, matérielles et autres) que le BSP va allouer aux activités et qui produisent des produits ou services.

36. Les composantes de planification opérationnelles sont nécessaires afin d'obtenir les productions et contribuent aux résultats intermédiaires et aux impacts. Les composantes de planification opérationnelle du BSP ne figurent pas dans le BP de l'Organisation ; elles sont incluses dans les plans opérationnels des différentes entités du BSP (bureaux, départements ou unités). Les États Membres participent directement au processus de planification opérationnelle du BSP par l'intermédiaire des Bureaux des représentants de l'OPS/OMS.

37. **Risques et hypothèses :** la chaîne de résultats complète repose sur un certain nombre de risques et hypothèses. Ils comprennent, par exemple, le principe selon lequel les ressources et la collaboration des pays sont en place pour assurer que les interventions contribuent aux résultats immédiats et aux résultats intermédiaires et permettent de les obtenir, comme indiqué dans le Plan. Cela contribuera à l'obtention des résultats d'impact et, par extension, à la réalisation de la vision stratégique du Plan.

38. **Enseignements tirés :** le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS s'appuie sur les expériences et les enseignements tirés des précédents plans, programmes, budgets et autres instruments et processus de planification de haut niveau, y compris ceux de l'OMS. L'accent a été mis en particulier sur un examen des enseignements tirés du Plan stratégique 2008-2013 de l'OPS, étant donné qu'il s'agissait du premier plan à être mis en œuvre en suivant l'approche de la gestion fondée sur les résultats et le premier à être aligné avec les processus de planification et de budgétisation de l'OMS. L'application de ces enseignements sera indispensable pour la mise en œuvre réussie du Plan et une amélioration continue de la gestion efficiente et efficace de l'Organisation. Les principaux enseignements tirés sont décrits ci-dessous et l'annexe I contient des détails supplémentaires.

- a) Une appropriation et une participation accrues des États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre du Plan, notamment dans la détermination des priorités et des cibles, sont essentielles pour la mise en œuvre réussie du Plan.
- b) La mise en œuvre de tous les aspects du cadre de gestion fondée sur les résultats est nécessaire et devrait s'accompagner d'une simplification des processus, d'améliorations de la qualité des indicateurs, d'une délégation de pouvoirs et de mécanismes de responsabilisation.
- c) Un meilleur alignement programmatique avec l'OMS facilitera une meilleure gestion des programmes, l'optimisation des ressources et une amélioration des processus de suivi et de présentation de rapports.
- d) Une plus grande cohérence est nécessaire entre le Plan stratégique et les différents cadres de planification, y compris les SCP et les plans et les stratégies régionaux.

- e) L'allocation des ressources devra être améliorée, selon les priorités programmatiques et en appliquant des critères et une méthodologie d'établissement des priorités.
- f) Un niveau de base de financement pour la présence au niveau des pays, comme prévu dans la nouvelle politique budgétaire, devra être assuré par l'Organisation afin de fournir efficacement les programmes de coopération technique aux États Membres.
- g) Les contributions volontaires nationales devront être incluses dans le budget programme afin de fournir une évaluation complète de la contribution des États Membres aux activités de l'Organisation.
- h) Les efforts pour accroître l'efficacité devront se poursuivre, notamment au moyen de mesures de limitation des coûts, de l'utilisation de la technologie et de l'innovation et de nouvelles modalités de coopération technique.

## IV. Analyse contextuelle

39. Ces dix dernières années, la Région des Amériques a réalisé des progrès soutenus sur le plan de l'amélioration de la santé de sa population, mais elle reste confrontée à des écarts importants et à de nouvelles questions que les pays s'efforcent de résoudre individuellement et collectivement. Cette analyse fait ressortir les principales réalisations, lacunes et tendances en matière de santé dans la Région comme base pour définir le programme stratégique et les interventions correspondantes énoncées dans le Plan stratégique 2014-2019. L'analyse se fonde sur des informations récentes en matière de santé dans les Amériques 2012, l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, un examen des stratégies de coopération avec les pays et un examen des rapports sur les stratégies et les plans d'action de l'OPS, entre autres.

### Contexte politique, économique, social et environnemental

40. La Région continue de progresser vers plus de **démocratie**, enregistrant des progrès notables dans plusieurs domaines. Les pays mènent des examens de leurs cadres constitutionnels et entament des processus électoraux et participatifs plus transparents. Un passage progressif de la démocratie électorale à la démocratie participative s'amorce, avec une décentralisation croissante, une plus grande autonomisation des communautés, la redistribution du pouvoir et de nouveaux concepts de citoyenneté.

41. Les pays de la Région participent à plusieurs alliances, initiatives et blocs sur la base de la proximité géographique et/ou d'intérêts commerciaux, culturels ou politiques communs. Les pays jouent un rôle plus important dans les blocs stratégiques mondiaux tels que l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Groupe des 20 (G20), le Forum pour la coopération économique Asie-Pacifique (APEC) et le groupe des BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud). En outre, de nouveaux partenariats et forums ont été créés récemment au sein de la Région, y compris l'Alliance bolivarienne pour les peuples de notre Amérique (connue sous son acronyme espagnol, ALBA), l'Union des nations sud-américaines (UNASUR) et la Communauté des États d'Amérique latine et des Caraïbes, qui coexistent avec des entités régionales et infrarégionales plus anciennes.

42. On constate un changement dans l'environnement des communications dans la Région, sous l'impulsion de l'expansion rapide de l'accès à Internet, de l'utilisation croissante des communications mobiles et d'une amélioration de l'accès aux informations et services en ligne. Les méthodes de communication nouvelles et émergentes mettent l'accent sur des plateformes interactives, une communication bidirectionnelle et le partage de contenu, d'informations et de commentaires. Le temps passé sur les sites de réseaux sociaux, en particulier par les femmes, ne cesse d'augmenter et les médias

sociaux redéfinissent la façon dont nous concevons la communication dans le domaine de la santé et des risques pour la santé. S'il est vrai que ces tendances offrent de nouvelles opportunités pour communiquer, apprendre et échanger des informations, elles influencent également des changements dans la culture, les modes de vie, les comportements et les modes de consommation, ce qui a un impact direct sur la santé des populations.

43. Depuis les années 90, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes réalisent des changements structurels qui incluent des ajustements sur le plan de la sécurité sociale, du commerce, de la fiscalité et des programmes de financement. Dans certains cas, ces changements ont entraîné des privatisations massives. Ces changements ne sont pas toujours allés de pair avec des investissements publics en matière de santé, l'éducation, l'infrastructure et la protection de l'environnement. Cela met en évidence la nécessité d'opérer des changements structurels qui accroissent le soutien et l'harmonisation de ces secteurs vitaux. Bien qu'elles soient encore controversées, des données probantes suggèrent que les investissements publics en matière de santé et le capital humain des populations pauvres ont largement contribué à la réduction de la pauvreté dans de nombreux pays d'Amérique latine.

44. Les pays de la Région sont de plus en plus intégrés dans l'économie mondiale, processus dont on estime qu'il présente des avantages potentiels pour l'Amérique latine. Bien que les pays d'Amérique latine n'aient pas échappé aux effets de la récession économique et financière mondiale, ils ont mieux résisté à la crise que d'autres régions du monde, montrant des signes de reprise plus rapide. Entre 2008 et 2010, la plupart des pays de la Région ont mis en place des politiques économiques anticycliques afin de compenser et d'atténuer le cycle. Ces mesures ont protégé, voire dans certains cas accru, les dépenses sociales publiques. Il convient de noter en particulier les programmes de subventions conditionnelles en espèces, qui, en 2010, s'élevaient à 3 % du produit intérieur brut (PIB) total dans les pays d'Amérique latine.

45. En raison du contexte international défavorable, la croissance économique en Amérique latine et dans les Caraïbes a ralenti au cours de 2012, bien que la tendance positive se poursuive. Le PIB régional a augmenté d'environ 3,1 % en 2012, soit environ 1 point de pourcentage de moins qu'au cours de l'année précédente. Ce ralentissement a touché la plupart des pays sud-américains, dont la croissance du PIB a été estimée à 2,7 % en 2012 (1,8 point de pourcentage de moins que les 4,5 % enregistrés en 2011). En revanche, les pays d'Amérique centrale ont enregistré un taux de croissance similaire à celui de l'année précédente, alors que les Caraïbes ont enregistré une croissance légèrement plus élevée. Cette performance moins bonne des plus grandes économies d'Amérique du Sud a nettement influé sur la tendance régionale. Malgré le ralentissement de la croissance du PIB dans la Région, la plupart des pays ont maintenu un taux de croissance positif, ce qui s'explique principalement par le dynamisme de la demande

intérieure et, dans une certaine mesure, par la performance relativement favorable des investissements et des exportations dans certains pays.

### **Déterminants sociaux de la santé**

46. Le revenu, la situation de l'emploi, l'éducation et le logement comptent au nombre des déterminants sociaux de la santé les plus importants, qui ont une influence sur d'autres déterminants intermédiaires et proximaux de la santé.

47. Les indicateurs de développement humain s'améliorent dans la Région. Entre 2000 et 2012, la valeur de l'indice de développement humain (IDH) est passée de 0,683 à 0,741 en Amérique latine, de 0,632 à 0,687 dans les Caraïbes et de 0,906 à 0,935 en Amérique du Nord. L'Amérique latine a atteint ce que le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) considère comme un niveau élevé de développement humain (0,711). Cependant, des différences subsistent au sein des pays et entre les pays, comme en témoignent les chiffres plus faibles d'IDH pour les pays des Caraïbes.

48. En dépit de ces indicateurs encourageants, **la pauvreté et les iniquités** continuent de constituer des défis pour la Région. Certaines données récentes présentent l'Amérique latine et les Caraïbes (ALC) comme la Région la plus inéquitable au monde, avec 29 % de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté et les 40 % les plus pauvres de la population recevant moins de 15 % du revenu total. En revanche, les données probantes font état d'une réduction globale des iniquités de revenus. Au cours de la première décennie de ce siècle, l'inégalité des revenus a diminué dans la plupart des pays d'Amérique latine.

49. Malgré le niveau de stabilisation macroéconomique, on reconnaît la nécessité d'intensifier les réformes dans certains domaines critiques – domaine budgétaire, emploi et protection sociale, entre autres.

50. L'augmentation des revenus de l'**emploi** et l'effet des politiques de redistribution de revenu mises en œuvre par le biais de programmes apportant des subventions conditionnelles en espèces progressives et durables aux groupes les plus vulnérables ont eu un impact positif sur les niveaux de pauvreté et d'inégalité dans la Région.

51. Le taux de chômage global a diminué pour les femmes et les hommes dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes en 2012. Cependant, des écarts entre les sexes persistent en matière d'emploi, dans la mesure où le chômage des femmes est toujours 1,4 fois supérieur au taux de chômage des hommes. Au troisième trimestre de 2012, le taux de chômage régional était de 7,7 % pour les femmes et de 5,6 % pour les hommes. Une baisse du taux de chômage des jeunes a également été observée, puisqu'il est passé de 15,2 % à 14,3 %. En dépit de ces progrès, des préoccupations subsistent

quant à l'exclusion des jeunes du marché du travail, étant donné que le chômage des jeunes est trois fois supérieur à celui de la population adulte.

52. L'emploi salarié a continué à croître plus vigoureusement que le travail indépendant dans certains pays, ce qui témoigne de la modernisation du marché du travail et de la croissance du secteur formel dans ces pays. L'emploi informel reste néanmoins important dans de nombreux pays. Il convient de tenir compte de la qualité de l'emploi et des conditions de travail à la fois dans les secteurs formel et informel.

53. **L'éducation** et la santé sont les pierres angulaires étroitement liées du développement. Une augmentation du niveau d'instruction est associée à des améliorations en matière de santé de la population et accroît la productivité, la mobilité sociale, la réduction de la pauvreté et le renforcement de la citoyenneté. En Amérique latine et dans les Caraïbes, des avancées significatives ont été réalisées sur le plan de l'éducation primaire universelle. En 2010, cette couverture atteignait 95 %, allant jusqu'à 99 % dans certains pays. Le retard scolaire – mesuré par le nombre de filles et de garçons qui abandonnent l'école primaire ou ne terminent pas leur dernière année au cours de la période assignée – est très important pour le secteur de la santé. Le nombre de grossesses chez les adolescentes est plus élevé chez les filles qui ont abandonné l'école et les taux les plus élevés de mortalité et de morbidité infantiles sont observés chez les enfants nés de mères adolescentes. Diverses études montrent que le fait d'avoir terminé l'enseignement secondaire constitue le strict minimum de scolarité dont une personne a besoin pour améliorer ses conditions de vie.

54. **L'équité entre les sexes et l'équité ethnique** font de plus en plus partie des programmes politiques de bon nombre de pays de la Région. Il y a eu une plus grande autonomisation des femmes, des populations autochtones et d'ascendance africaine et des groupes de diverses orientations sexuelles, y compris des lesbiennes, gays et transgenres, ainsi qu'une plus grande reconnaissance de leurs droits et contributions. En particulier, un plus grand nombre de femmes ont assumé des postes de haut niveau : en 2011, cinq des pays de la Région étaient gouvernés par des femmes. Toutefois, le nombre de femmes qui occupent des postes pourvus par voie électorale à tous les niveaux est encore insuffisant, étant donné que seuls 20 % environ de ces postes en Amérique latine et dans les Caraïbes étaient occupés par des femmes en 2010.

55. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les femmes représentent la majorité (90 %) des personnes s'occupant de personnes âgées. Elles assument un fardeau économique et physique qui n'est ni rémunéré ni reconnu. Les données disponibles montrent qu'avec le vieillissement de la population, l'augmentation épidémique des maladies chroniques et des invalidités et la réponse institutionnelle limitée, la charge de travail non rémunéré des femmes dans la prestation de soins aux personnes âgées continuera à augmenter.

56. Les programmes de réduction de la pauvreté ont encouragé une plus grande maîtrise des femmes sur leurs ressources, y compris l'accès aux soins de santé et à l'éducation. Dans la Région des Amériques, les femmes en tant que groupe ont dépassé les hommes en matière de scolarisation. Cependant, ces gains ne sont pas pleinement reflétés dans le bien-être économique, notamment en termes de salaires, puisque les femmes continuent d'accuser un retard par rapport aux hommes.

57. Quelque 1100 groupes autochtones vivent dans la Région. Les peuples autochtones représentent 10 % de la population totale dans la Région ALC, 4 % au Canada et 1,6 % aux États-Unis. Quel que soit leur pays de résidence, les populations autochtones et autres groupes ethniques, ainsi que les personnes d'ascendance africaine, souffrent à divers degrés d'exclusion sociale et de vulnérabilité. Selon la Banque mondiale, certaines de ces populations ne reçoivent que 46 % à 60 % de ce que gagnent les populations non autochtones. Étant donné les niveaux actuels de pauvreté et d'exclusion sociale parmi les groupes ethniques victimes de discrimination, il est probable que des effets négatifs sur la santé persisteront sur plusieurs générations.

### **Tendances démographiques**

58. Entre 2005 et 2012, la **population totale** de la Région est passée de 886 millions à 954 millions d'habitants. Toutefois, on constate actuellement un ralentissement relatif de l'expansion démographique. La croissance démographique annuelle moyenne au niveau régional qui était de 1,3 % en 1995-2000 a chuté à 1 % en 2005-2012.

59. Entre 2005 et 2012, le **taux de mortalité total** de la Région a diminué, passant de 6,9 à 5,9 pour 1000 habitants. Le taux de fécondité total pour la même période a diminué, passant de 2,3 à 2,1 enfants par femme. Les changements démographiques font apparaître différents degrés d'évolution d'un pays à l'autre.

60. Entre 2005 et 2012, on estime que l'**espérance de vie** dans les Amériques pour les deux sexes a augmenté, passant de 72,2 à 76,4 ans – soit une augmentation de quatre ans en une décennie – une nouvelle augmentation de 6,5 ans étant projetée pour 2050. Il subsiste cependant des différences significatives entre les pays.

61. En 2012, plus de 100 millions de **personnes de plus de 60 ans** vivaient dans la Région. D'ici à 2020, ce chiffre devrait doubler et plus de la moitié de ces personnes vivront en Amérique latine et dans les Caraïbes. Par conséquent, le ratio de dépendance total augmente. En 2010, le ratio de dépendance total estimé en Amérique latine et dans les Caraïbes était de 53,3, tandis qu'en Amérique du Nord il s'élevait à 49,0. D'ici à 2050, ces chiffres devraient atteindre 57,0 et 67,1 respectivement. En 2010, la proportion la plus élevée de dépendance dans la Région était enregistrée au sein des populations à plus faible revenu – ce qui, dans un scénario pessimiste, pourrait contribuer à perpétuer le cycle de la pauvreté.

62. Les pays latino-américains connaissent tous sans exception une situation démographique favorable pour le développement économique, qu'il est convenu d'appeler un **bonus démographique**. La première phase de ce processus se caractérise par un ratio de plus de deux personnes à charge pour trois personnes économiquement actives. Dans la deuxième phase, considérée comme la plus favorable, le ratio de personnes à charge atteint un niveau inférieur à deux personnes à charge pour trois personnes actives et reste stable. Dans la troisième phase, le ratio est toujours favorable, avec moins de deux personnes à charge pour trois personnes actives, mais il évolue en raison du nombre croissant de personnes âgées. Dans l'ensemble, l'Amérique latine se situe dans la deuxième phase. Cette phase a commencé au début du 21<sup>e</sup> siècle et devrait durer jusqu'à la fin de la décennie 2011-2020, moment où la troisième phase devrait commencer pour durer jusqu'au début des années 2040.

### **Santé et environnement**

63. De pair avec la croissance démographique, l'**urbanisation** a une influence directe sur l'environnement et sa durabilité. Près de 80 % de la population d'Amérique latine et des Caraïbes vit dans des zones urbaines, mais il existe des variations considérables au sein de la Région, entre les sous-régions et les pays. Les pays et territoires dont la population est fortement urbanisée (plus de 77 %) comprennent Anguilla, l'Argentine, les Bermudes, le Brésil, le Canada, les îles Caïmans, le Chili, les États-Unis d'Amérique, la Guadeloupe, le Mexique, le Pérou, Porto Rico, l'Uruguay, les îles Vierges américaines et le Venezuela. Ceux dont le niveau d'urbanisation est faible (inférieur à 50 %) comprennent Antigua-et-Barbuda, Aruba, la Barbade, les îles Vierges britanniques, la Grenade, le Guatemala, le Guyana, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Trinité-et-Tobago.

64. La Région des Amériques a déjà atteint l'objectif du Millénaire pour le développement pour l'accès à des sources améliorées d'**eau potable** et à l'**assainissement de base** et est sur la bonne voie pour atteindre la cible d'assainissement pour 2015. Cependant, des iniquités marquées persistent au sein des pays et entre les pays. Tout en s'attachant à remédier aux iniquités en matière d'accès à l'eau potable et à l'assainissement de base, la Région doit également traiter d'autres questions environnementales ayant un impact direct sur la santé :

- a) La gestion des **déchets solides** demeure préoccupante. Des déchets dangereux sans traitement préalable sont souvent jetés comme les déchets ordinaires dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes.
- b) S'agissant de la **pollution de l'air** ambiant et de l'air intérieur, on estime que plus de 100 millions de personnes dans la Région sont exposées à des concentrations de contaminants environnementaux dépassant les seuils recommandés dans les

- lignes directrices sur la qualité de l'air de l'OMS. La pollution de l'air intérieur due à la combustion de combustibles solides constitue le risque environnemental présentant la plus lourde charge de morbidité dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes.
- c) La **contamination par les pesticides** est un problème très répandu dans la Région. Il a été plus largement documenté en Amérique centrale, où 33 millions de kilos de principe actif ont été importés chaque année entre 1977 et 2006. Soixante-dix-sept pour cent d'entre eux sont des polluants organiques persistants qui devraient être éliminés, aux termes de la Convention de Stockholm.
  - d) Le contrôle et la gestion des **risques chimiques** sont tout particulièrement liés à la croissance de l'activité minière. En Amérique latine, l'activité minière est passée de 4,3 % du PIB régional en 2001 à 6,1 % en 2011. Bien que l'expansion de l'exploitation minière soit positive d'un point de vue économique, elle a des impacts directs et indirects sur la santé et l'environnement qui peuvent entraîner des coûts plus élevés pour la santé publique. Cela signifie que des études d'impact sont essentielles.

65. La vulnérabilité aux **catastrophes naturelles** et les effets du **changement climatique** constituent un problème mondial. Parmi les 63 villes d'Amérique latine et des Caraïbes qui comptent 1 million d'habitants ou plus, 38 se situent dans des zones présentant un plus grand risque de subir au moins un type de catastrophe naturelle. Un grand nombre d'habitants en situation de vulnérabilité socio-économique sont installés sur des terres qui peuvent être touchées par le changement climatique. Les précipitations plus fortes causées par des phénomènes météorologiques extrêmes liés au changement climatique entraînent des dépôts accrus de contaminants chimiques tels que les nutriments et les engrais dans les zones côtières, ce qui est propice à la prolifération d'efflorescences algales toxiques. Ces changements ont des implications pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle et pour l'eau potable, ainsi que pour la prévalence de maladies à transmission vectorielle.

### **Santé régionale**

66. Compte tenu de la date butoir de 2015 fixée pour les **OMD**, 84 % du temps imparti pour atteindre ces objectifs s'est déjà écoulé. La Région a progressé mais des défis demeurent, surtout en ce qui concerne les iniquités sur le plan de la santé à l'intérieur des pays et entre les pays.

- a) La **mortalité infantile** continue de baisser dans la Région. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le taux de mortalité infantile (TMI) est tombé de 42 pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 16 pour 1000 en 2011, soit une réduction de 62 %. Des taux de mortalité infantile encore plus faibles sont observés à la Barbade, au Canada, au Chili, au Costa Rica, à Cuba, aux États-Unis et en

- Uruguay (5 à 12 pour 1000 naissances vivantes), tandis que les taux les plus élevés sont enregistrés en Bolivie et en Haïti (40 à 45 pour 1000 naissances vivantes).
- b) La **mortalité maternelle** a diminué dans la Région mais reste trop élevée. Bon nombre de pays ne pourront pas atteindre la cible de l'OMD d'ici à 2015. Le taux de mortalité maternelle (TMM) régional est passé de 140 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 80 en 2010, soit une réduction de 41 %. Toutefois, les tendances varient entre les pays. Les principales causes de mortalité maternelle restent associées à la qualité des soins.
  - c) Les estimations de nouvelles **infections à VIH** dans les pays de la Région reflètent une réduction de la morbidité et de mortalité. En 2011, la Région comptait près de 6 % de l'ensemble des nouvelles infections à VIH dans le monde. Certaines populations subissent des impacts plus délétères, notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les travailleurs du sexe et les populations mobiles.
  - d) Entre 2000 et 2011, la Région a fait état d'une réduction de 58 % de la morbidité et d'une réduction de 70 % de la mortalité dues au **paludisme**. La majorité des pays où le paludisme est endémique ont réussi à réduire la charge de morbidité, mais des défis subsistent.
  - e) Les États Membres ont réalisé des progrès sur le plan de la lutte contre la **tuberculose** (TB). En 2011, le taux de détection était de 81 % des cas estimés par l'OMS pour la Région des Amériques. Malgré ces progrès, la tuberculose multirésistante et la tuberculose associée au VIH posent de graves défis qui doivent être relevés. La lutte contre la tuberculose est entravée par la persistance d'iniquités sociales et de vulnérabilités, notamment la pauvreté, les migrations et l'accès limité aux services de santé, surtout parmi les populations vulnérables comme les toxicomanes, les sans-abri, les malades mentaux et les minorités ethniques.
  - f) En ce qui concerne l'accès durable à l'**eau potable et à l'assainissement de base**, l'accès à des sources améliorées d'eau était de 96 % dans la Région en 2010 (99 % dans les zones urbaines et 86 % dans les zones rurales). La couverture de l'assainissement de base amélioré atteignait 88 % (91 % en milieu urbain et 74 % en milieu rural). Cependant, des préoccupations concernant la qualité de l'eau subsistent ; en 2010, 36 millions de personnes dans la Région n'avaient pas accès à une eau propre à la consommation humaine. Environ 120 millions de personnes ne disposaient pas de services améliorés d'élimination des eaux usées et près de 25 millions de personnes dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes défèquent à l'extérieur. La faible couverture d'eau potable et d'assainissement est généralement observée parmi la population des quintiles de revenus les plus bas. L'eau, l'assainissement et l'hygiène, en particulier pour les populations les plus vulnérables, nécessitent un soutien continu.

67. La Région est confrontée à une charge de morbidité importante due aux **maladies non transmissibles** (MNT), puisque d'après les estimations 250 millions de personnes souffrent d'au moins une de ces maladies. En 2010, plus de 75 % des coûts des soins de santé résultaient de pathologies chroniques.

- a) Les **maladies cardiovasculaires** sont la principale cause de décès dus à des maladies non transmissibles. Les décès prématurés résultant de maladies cardiovasculaires sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et surviennent à l'âge où la productivité est la plus grande, occasionnant de graves répercussions économiques et sociales.
- b) Les **tumeurs malignes** sont la deuxième cause de décès dans les pays des Amériques. Les cancers du poumon, de l'estomac, du côlon et du sein sont les plus grands facteurs de mortalité par cancer. L'incidence des cancers, en particulier des cancers du col de l'utérus et de la prostate, est la plus élevée dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire. L'incidence des tumeurs malignes est fonction d'interactions complexes entre les facteurs biologiques, génétiques et de style de vie.
- c) Le **diabète sucré** provoque environ 242 000 décès chaque année dans la Région. Des études estiment que 22 000 de ces décès (8 %) pourraient être évités grâce à la détection précoce et au traitement, surtout chez les personnes de moins de 50 ans. Les prévisions indiquent que le nombre de personnes atteintes de diabète dans les Amériques passera de 62,8 millions en 2011 à plus de 91 millions en 2030.
- d) Les **maladies rénales chroniques**, causées principalement par des complications du diabète et de l'hypertension, ont augmenté dans la Région. Entre 1990 et 2010, les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) en raison de ces maladies ont augmenté de 20 % aux États-Unis et de 58 % dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes. De nombreux pays d'Amérique centrale ont reconnu la nécessité de mieux comprendre et contrôler une forme sévère de maladie rénal chronique qui n'est pas liée au diabète et à l'hypertension. Cette maladie grave touche surtout les hommes jeunes travaillant dans le secteur agricole, situation qui a un impact social et économique énorme sur les familles, les communautés et les services de santé.

68. Les **facteurs de risque** partagés pour les maladies non transmissibles sont la consommation de tabac, l'usage nocif de l'alcool, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité. Les évolutions rapides et nocives observées dans la consommation d'aliments et les habitudes alimentaires dans toute la Région sont particulièrement préoccupantes. Ces changements touchent de larges secteurs de la population, en particulier les personnes à faible revenu et moins instruites. Des efforts sérieux pour corriger les

facteurs de risque doivent soutenir les efforts visant à enrayer les maladies non transmissibles.

69. La **violence**, y compris la violence faite aux femmes, constitue un problème croissant et un défi de santé publique majeur dans la Région. Entre 1999 et 2009, on estime que plus de 5,5 millions de personnes sont mortes de causes extérieures (de causes autres que les causes naturelles et reconnues comme évitables, y compris les homicides, les accidents et les suicides). Parmi ces morts, 3,5 millions (64 %), soit une moyenne de 319 000 par an, étaient des jeunes et des adultes de 10 à 49 ans. Sur le nombre total de décès de causes extérieures, 84 % étaient des hommes, soit cinq fois plus que le nombre de décès chez les femmes. Les causes extérieures les plus fréquentes étaient les homicides (33 %) et les accidents de transport terrestre (26 %).

### **La réponse des systèmes de santé**

70. Les systèmes de santé de la Région se caractérisent par leur segmentation, qui se traduit par une diversité de mécanismes de financement et d'affiliation. La fourniture de services de santé est aussi fragmentée, avec un grand nombre d'établissements, d'installations ou d'unités différents qui ne sont pas intégrés au réseau de la santé. Ces deux caractéristiques augmentent l'inégalité d'accès et réduisent l'efficacité dans la prestation des soins de santé et la gestion des services.

71. Les raisons sous-jacentes de cette segmentation et de cette fragmentation sont complexes. Elles reflètent souvent des facteurs systémiques d'ordre social, politique et économique qui se sont accumulés au fil du temps. Dans ce contexte, les services de santé eux-mêmes deviennent un déterminant important de la santé. Les services de santé sont susceptibles de contribuer à améliorer l'équité dans la mesure où ils encouragent une couverture universelle financée par des ressources publiques progressives qui réduisent au minimum les dépenses à la charge des patients et éliminent les pratiques discriminatoires et les différences dans la qualité des soins.

72. Ces dernières années, les pays de la Région ont réalisé des progrès vers le **caractère universel des systèmes de santé** par le biais de réformes et de changements qui mettent l'accent sur le droit à la santé et réaffirment les **soins de santé primaires** (SSP). L'importance de la mise en œuvre efficace des valeurs et des principes de la stratégie de soins de santé primaires, notamment grâce à une approche globale et multisectorielle pour traiter des déterminants de la santé, est largement reconnue. Néanmoins, plusieurs problèmes persistent, en particulier en ce qui concerne la façon de progresser vers une couverture complète des services, de réduire la participation aux frais de santé (co-paiement) et la part des dépenses de santé à la charge des patients et de garantir des prestations similaires pour tous. D'autres défis importants consistent à améliorer la qualité des soins et à adapter la capacité de réponse des services à la demande de soins de santé.

73. La Région a réaffirmé la stratégie des soins de santé primaires et l'objectif de la Santé pour tous et plusieurs pays de la Région réalisent d'importants efforts pour intégrer les soins de santé primaires dans leurs nouveaux modèles de soins de santé. Dans certains pays, toutefois, la pratique des soins de santé primaires s'est limitée à offrir des soins de premier niveau, souvent à des groupes à faible revenu, avec seulement quelques activités de promotion de la santé et de prévention. Une telle approche nuit à la capacité d'intervention lors des crises sanitaires.

74. La période la plus récente s'est caractérisée par un dynamisme soutenu dans l'élaboration des politiques, des stratégies et des plans de **ressources humaines**, en phase avec les priorités mondiales, régionales et nationales. Un large consensus se dégage dans la Région sur le rôle directeur des autorités sanitaires pour le renforcement des ressources humaines. Cela implique de rechercher la cohérence stratégique dans l'organisation des systèmes et des services de santé tout en établissant une relation étroite avec les institutions de formation. Cette approche a permis un élargissement efficace de la couverture par le biais d'équipes de santé familiales et communautaires pluridisciplinaires qui sont responsables d'une population et d'un territoire donnés dans les zones rurales, urbaines, périphériques et reculées. Bien que les pays de la Région aient progressé dans le domaine des ressources humaines de la santé, ils ne sont pas encore parvenus à une composition ou une distribution satisfaisantes de leur personnel de santé.

75. Tout au long de l'histoire de l'Amérique latine et des Caraïbes, l'élargissement de la couverture des services de santé a été l'objectif principal que se sont fixés plusieurs pays. Des éléments de preuve indiquent toutefois que la **qualité des soins** est tout aussi essentielle pour maintenir et améliorer la santé des personnes et de la population.

76. De 2005 à 2010, les **dépenses totales de santé** dans la Région d'Amérique latine et des Caraïbes, en pourcentage du PIB, sont passées de 6,8 % à 7,3 %. Au cours de cette même période, les dépenses de santé publique moyennes en Amérique latine et dans les Caraïbes ont augmenté, passant de 3,3 % à 4,1 % du PIB. Ces dépenses étaient nettement plus élevées au Canada (8,4 % du PIB) et aux États-Unis (8,0 % du PIB) en 2010.

77. En 2010, les **dépenses totales de santé par habitant** variaient de US\$ 90<sup>1</sup> en Bolivie à \$2711 aux Bahamas, à \$5499 au Canada et \$8463 aux États-Unis. Bien que les dépenses par habitant soient pertinentes, il n'existe pas de relation linéaire entre le montant dépensé et les résultats en matière de santé. D'autres variables jouent également un rôle important, notamment les politiques de protection sociale (ou leur absence), la gestion et l'organisation des systèmes de santé, la portée des programmes de santé publique et les activités de promotion de la santé, ainsi que la réglementation du marché de la santé.

---

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

78. Les dépenses de santé **à la charge des patients** dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes ont diminué, passant de 3,5 % à 3,2 % du PIB entre 2005 et 2010. Les dépenses directes à la charge des patients ont un effet d'appauvrissement sur les familles. L'expérience montre que la mise en place d'une couverture universelle et la mise en commun de fonds constituent les meilleures options pour protéger les finances des familles lorsqu'elles font face à des frais médicaux catastrophiques.

79. Bien que les pays d'Amérique latine et des Caraïbes aient réalisé des progrès sur le plan de la formulation et de la mise en œuvre de **politiques pharmaceutiques** au cours des cinq dernières années, seuls quelques-uns les ont actualisés. En 2008, les estimations montrent que, dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes, les dépenses moyennes annuelles par habitant à la charge des patients pour l'achat de médicaments s'élevaient à \$97, allant de \$7,50 en Bolivie à plus de \$160 en Argentine et au Brésil. L'utilisation des médicaments génériques dans la Région n'a pas progressé autant qu'il serait souhaitable, en partie en raison du caractère limité des incitations et des cadres réglementaires inadéquats.

80. Les pays des Amériques diffèrent largement en termes de couverture et de qualité de leurs **systèmes d'information sanitaire**. Une étude de 2008 a révélé que 7 pays sur 26 ont amélioré leurs registres de statistiques de l'état civil, avec une couverture supérieure à 85 % au niveau national. Sept autres pays enregistrent seulement jusqu'à 50 % de ces événements, c'est-à-dire une naissance ou un décès sur deux. En raison du faible nombre de naissances dans les établissements de santé dans certains pays et des limitations des services de statistiques, il est difficile pour les pays d'améliorer l'enregistrement des statistiques de l'état civil. En termes de qualité des données, une évaluation régionale récente a montré que seuls 19 des pays étudiés communiquaient des données de bonne qualité. En ce qui concerne les statistiques de l'état civil, une analyse récente réalisée dans la Région témoigne d'une prise de conscience de l'importance de l'enregistrement de tous les événements de l'état civil et montre que la couverture des naissances a tendance à augmenter quand *a)* le pays accepte le droit à l'identité en tant que droit de l'homme et *b)* d'autres secteurs de la société, tels que l'éducation et la santé, exigent l'enregistrement de ces statistiques de l'état civil. Concernant le registre des décès, le suivi des engagements pris par les pays pour atteindre les OMD, en particulier en ce qui concerne la mortalité infantile et maternelle, a encouragé les pays à en accroître la couverture.

### **Le point sur le Plan stratégique 2008-2013 de l'OPS**

81. Comme mentionné plus haut, le Plan stratégique 2014-2019 s'appuie sur les progrès réalisés pour atteindre les objectifs et les résultats énoncés dans le Plan stratégique 2008-2013. Il ressort des résultats de l'évaluation à mi-parcours de 2012-2013 menée en décembre 2012 que, sur les 16 objectifs stratégiques (OS), 12 étaient en bonne

voie et 4 présentaient des risques, comme le montre la figure 3. Sur les 90 résultats escomptés à l'échelle régionale (RER), 74 (82 %) étaient en bonne voie et 16 présentaient des risques. Sur les 256 indicateurs de RER, 215 (84 %) étaient en bonne voie, 33 présentaient des risques et 8 étaient en difficulté.

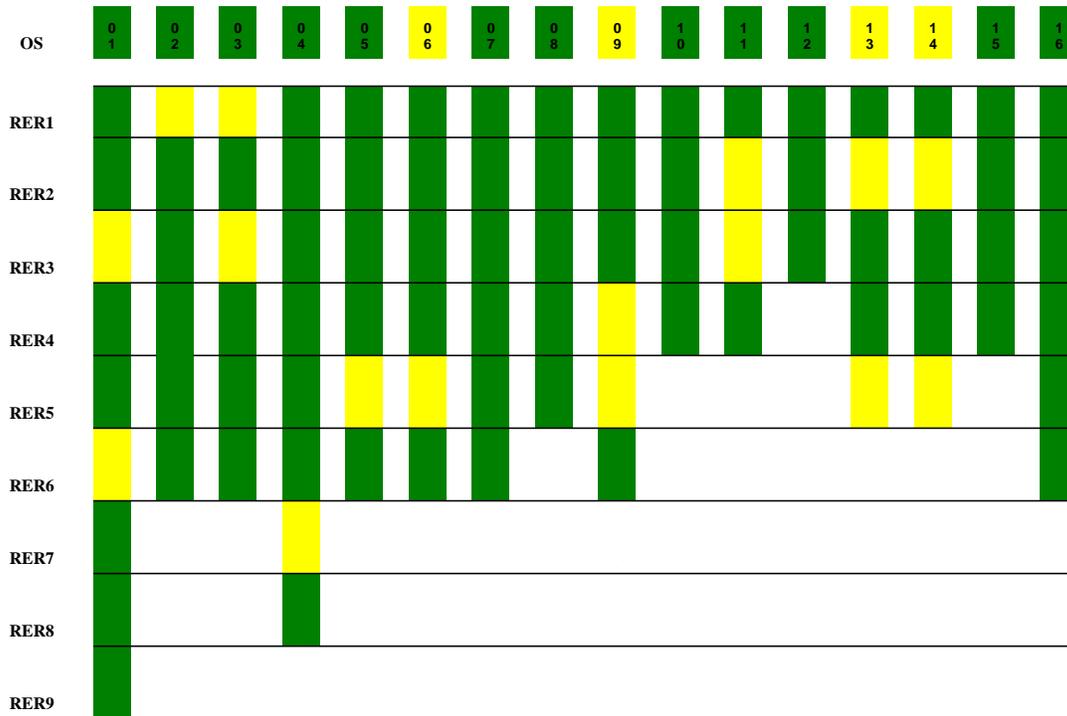
82. Les 16 RER considérés comme présentant des risques étaient les suivants :

- 1.3 Prévention, contrôle et élimination des maladies transmissibles négligées
- 1.6 Capacités fondamentales exigées par le Règlement sanitaire international pour la mise en place et le renforcement des systèmes d'alerte et de riposte à utiliser en cas d'épidémies et autres urgences de santé publique de portée internationale
- 2.1 Prévention, traitement et prise en charge des patients infectés par le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme
- 3.1 Engagements politiques et financiers pour lutter contre les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et les troubles du comportement, la violence, la sécurité routière et les handicaps
- 3.3 Information et analyse pour les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et les troubles du comportement, la violence, la sécurité routière et les handicaps
- 4.7 Stratégie et services de santé génésique
- 5.5 État de préparation national, alerte et intervention lors de situations d'urgence en matière de salubrité des aliments et de santé environnementale
- 6.5 Politiques, stratégies, programmes et lignes directrices en vue de prévenir et de réduire les régimes alimentaires déséquilibrés et la sédentarité, ainsi que les problèmes connexes
- 9.4 Plans et programmes de nutrition
- 9.5 Maladies zoonotiques et non zoonotiques d'origine alimentaire
- 11.2 Systèmes d'information sanitaire
- 11.3 Connaissances et éléments de preuve pour la prise de décisions
- 13.2 Recrutement et rétention du personnel sanitaire
- 13.5 Migration internationale du personnel sanitaire
- 14.2 Politiques ou systèmes de financement de la santé pour réduire les risques financiers associés aux maladies et aux accidents
- 14.5 Alignement et harmonisation de la coopération internationale en matière de santé

83. Les 8 indicateurs de RER suivants étaient considérés en difficulté et pourraient ne pas être atteints d'ici à la fin de 2013 :

- 1.6.1 Règlement sanitaire international (cible irréaliste de 25 pays ; les États Membres ont demandé une extension)
- 2.1.5 Taux de réussite du traitement de la tuberculose (2 pays ne font plus partie du groupe de référence ; il faut encore 7 pays pour atteindre la cible de 23 pays)
- 5.5.2 Plans nationaux pour les urgences chimiques, radiologiques et environnementales (il faut encore 2 pays pour atteindre la cible de 28 pays)
- 9.5.2 75 % des plans nationaux pour l'éradication de la fièvre aphteuse en Amérique du Sud mis en œuvre (il faut encore 2 pays pour atteindre la cible de 11 pays)
- 11.2.2 Pays qui ont mis en œuvre l'Initiative régionale sur les données sanitaires de base de l'OPS (il faut encore 5 pays pour atteindre la cible de 27 pays)
- 11.3.4 Pays qui opèrent un suivi des OMD liés à la santé (il faut encore 3 pays pour atteindre la cible de 36 pays)
- 12.1.3 Dons de sang 100 % bénévoles (cible irréaliste de 17 pays ; 9 pays devraient atteindre la cible)
- 13.2.2 Pays qui participent au réseau des observatoires des ressources humaines de la santé (il faut encore 10 pays pour atteindre la cible de 36 pays)

**Figure 3. Évaluation des Objectifs stratégiques et des Résultats escomptés à l'échelle régionale, 31 décembre 2012**



OS 01	Maladies transmissibles	OS 10	Services de santé
OS 02	VIH/sida, tuberculose et paludisme	OS 11	Leadership et gouvernance des systèmes de santé
OS 03	Maladies chroniques non transmissibles	OS 12	Produits et technologies médicaux
OS 04	Santé maternelle, infantile, adolescente et des personnes âgées	OS 13	Ressources humaines pour la santé
OS 05	Situations d'urgence et catastrophes	OS 14	Protection sociale et financement
OS 06	Promouvoir la santé et facteurs de risque	OS 15	Rôle de chef de file et gouvernance de l'OPS/OMS
OS 07	Déterminants sociaux et économiques de la santé	OS 16	Organisation souple, en apprentissage constant
OS 08	Environnement plus sain		
OS 09	Nutrition, sécurité sanitaire des aliments et sécurité alimentaire		

## V. Programme stratégique

### Présentation stratégique

84. Cette section présente les fondamentaux du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Elle définit les orientations stratégiques du Plan pour l'Organisation au cours des six prochaines années, guidées par la vision, la mission et les valeurs de l'OPS.

### Vision, mission et valeurs de l'OPS

#### **Vision**

Le Bureau sanitaire panaméricain sera le principal catalyseur pour s'assurer que toutes les populations des Amériques jouissent d'une santé optimale et contribuent au bien-être de leurs familles et de leurs communautés.

#### **Mission**

Diriger les efforts de collaboration stratégique entre les États Membres et d'autres partenaires en vue de promouvoir l'équité dans la santé, de lutter contre les maladies, et d'améliorer la qualité de vie et d'allonger la vie des populations des Amériques.

#### **Valeurs**

**Équité** – S'efforcer de parvenir à l'équité et la justice en éliminant les différences inutiles et évitables.

**Excellence** – Obtenir le plus haut niveau de qualité dans ce que nous faisons.

**Solidarité** – Promouvoir des intérêts et responsabilités partagés et encourager les efforts conjoints pour atteindre des objectifs communs.

**Respect** - Promouvoir la dignité et la diversité des personnes, des groupes et des pays.

**Intégrité** – Assurer une performance transparente, éthique et responsable.

### Fonctions essentielles de l'OPS

1. Jouer un rôle de chef de file sur les questions essentielles à la santé et s'engager dans des partenariats où une action conjointe est nécessaire.
2. Définir le programme de recherche et encourager la génération, la diffusion et l'application de connaissances précieuses.
3. Définir des normes et standards, et promouvoir et surveiller leur mise en œuvre.
4. Formuler des orientations éthiques et fondées sur des preuves.
5. Instaurer une coopération technique, faire office de catalyseur de changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles.
6. Opérer un suivi de la situation de santé et évaluer les tendances de la santé.

85. Le Plan stratégique répond aux priorités énoncées dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et est également conforme au douzième Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS. Il répond aux grands mandats régionaux et aux priorités collectives des pays tels qu'identifiés dans les stratégies de coopération avec les pays et d'autres documents stratégiques nationaux.

86. Dans le cadre de la thématique « Défense de la santé : développement durable et équité », le Plan vise à réduire les iniquités en matière de santé dans la Région au sein des pays et territoires et entre eux afin d'améliorer les résultats sanitaires. À cette fin, et en suivant une approche axée sur les pays, les principales stratégies du Plan : *a)* visent à promouvoir la santé et le bien-être, *b)* prônent une approche multisectorielle visant à traiter des déterminants sociaux de la santé et *c)* favorisent la collaboration avec tous les pays et territoires en vue de la mise en œuvre progressive de la couverture sanitaire universelle. Des stratégies spécifiques sont décrites dans chacune des catégories sur la base des fonctions essentielles de l'OPS.

87. L'OPS s'est engagée de longue date et explicitement à promouvoir l'équité en matière de santé dans la vision, la mission, les valeurs et les mandats de l'Organisation ; cet engagement est également conforme au Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Le terme « iniquité » a une dimension morale et éthique, se

référant à des iniquités injustes qui sont inutiles et évitables. Pour décrire une situation donnée comme étant inéquitable, la cause doit être examinée et jugée injuste dans le contexte de ce qui se passe dans le reste de la société. La réduction des iniquités dans la santé est une question d'équité et de justice sociale. Le Plan stratégique 2014-2019 énonce clairement l'engagement des États Membres et du BSP à *a)* réduire les iniquités en matière de santé, *b)* réduire les écarts de santé à l'intérieur des pays et entre les pays au niveau le plus bas possible et *c)* pour ce faire, offrir à tous la possibilité d'atteindre leur plein potentiel en matière de santé.

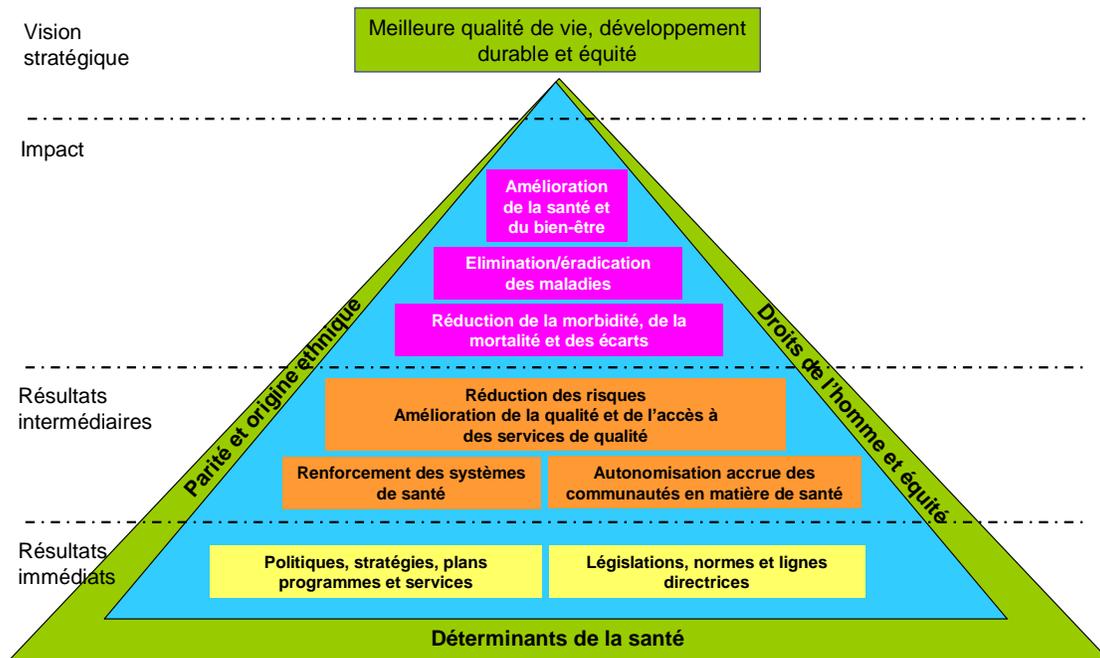
88. Les iniquités de la santé sont au cœur des déterminants sociaux de la santé. La Commission sur les déterminants sociaux de la santé a été créée par l'OMS pour répondre à la question de ce qui peut être fait, le cas échéant, pour remédier aux iniquités de la santé. Ce Plan s'inscrit dans le droit fil de la série de grandes recommandations proposées et met l'accent sur le **rôle du secteur de la santé pour traiter des déterminants sociaux de la santé**. À cet égard, la Région des Amériques a proposé le concept de la Santé dans toutes les politiques comme stratégie d'État clé qui met l'accent sur une planification coordonnée entre tous les secteurs et entre les différents niveaux gouvernementaux en vue d'influencer les déterminants sociaux qui vont au-delà de la responsabilité directe du secteur de la santé (par exemple, l'éducation, l'emploi, le logement). La stratégie de la Santé dans toutes les politiques se concentre sur l'équité, facilite la concrétisation progressive du droit à la santé et génère des synergies pour faire progresser durablement le bien-être de la population. Le Plan stratégique 2014-2019 énonce les mesures concrètes pour s'attaquer aux iniquités de la santé, telles que celles qui ont été recommandées par la Commission, dans les différents domaines programmatiques. Une **approche multisectorielle pour la santé est au centre des efforts des systèmes de santé en vue de traiter des déterminants sociaux de la santé** et constitue une approche stratégique transversale qui sous-tend ce Plan.

89. **L'OPS s'est engagée à faire progresser la couverture sanitaire universelle et il s'agit de l'un des principaux piliers du Plan stratégique 2014-2019.** Cette approche offre à la Région la possibilité de consolider et de maintenir les réalisations des États Membres de ces dernières années et, en même temps, réaffirme la santé comme un élément clé pour le développement durable. Cette approche abordera les défis existants dans la Région : elle permettra de consolider les avancées de la santé maternelle et de l'enfant et de la lutte contre les maladies transmissibles, de réduire le fardeau des maladies chroniques avec des modèles innovants de soins qui incluent la prévention et la promotion de la santé, et de réduire les écarts dans l'accès aux services de santé et leur utilisation.

90. S'appuyant sur les progrès réalisés dans la Région, **ce Plan vise à promouvoir une vision axée sur des modes de vie sains et le bien-être.** En conséquence, il s'attache à catalyser les changements dans la réponse sanitaire dans la Région afin de dépasser l'approche traditionnelle axée sur les maladies. Le Plan est influencé par les processus

mondiaux relatifs au programme de développement et y répond, dans la mesure où la santé est essentielle pour le développement durable. À cet égard, le Plan vise à répondre aux questions émergentes en fonction des changements simultanés qui se produisent dans la Région et promeut un nouveau modèle de développement fondé sur l'équité et la durabilité environnementale (figure 4).

**Figure 4. Vision stratégique et hiérarchie des résultats**



91. Conformément à ce qui précède et sur la base des expériences et des enseignements tirés, quatre **thématiques transversales** sont essentielles pour traiter des déterminants de la santé : **genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique**. En outre, le Plan appliquera les stratégies clés de la santé publique, telles que la promotion de la santé, les soins de santé primaires et la protection sociale en santé. Les thématiques transversales sont des approches programmatiques visant à améliorer les résultats sanitaires et à réduire les iniquités en matière de santé et elles s'appliquent aux catégories 1 à 6. Les stratégies de santé publique sont des approches globales visant à obtenir une meilleure santé pour tous et par tous, en mettant l'accent en particulier sur les politiques sanitaires publiques et des interventions communautaires ayant fait leurs preuves.

92. Ce Plan tire également pleinement parti de l'avantage stratégique que lui confèrent les éléments les plus récents de planification, de programmation et de

budgetisation énoncés par l'OPS, à savoir la politique budgétaire de l'OPS et l'identification de « pays clés ». Ceux-ci reconnaissent intrinsèquement un gradient social de la santé et visent la progressivité dans la répartition des ressources et dans les actions de coopération technique, en accordant une plus grande attention aux pays où les besoins sont les plus grands, tout en appliquant le principe du caractère universel proportionnel. À cet égard, et conformément aux principes d'équité et de solidarité panaméricaine, ce Plan définit **huit pays clés** – la Bolivie, le Guatemala, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, le Paraguay et le Suriname – où l'Organisation s'engage à mettre davantage l'accent sur sa coopération technique afin de s'assurer que les écarts seront comblés. Cela inclut la mise à disposition des ressources humaines et financières nécessaires pour relever les différents défis de santé publique auxquels sont confrontés ces pays.

93. En tenant compte du fait que les pays et territoires de la Région connaissent des situations et des besoins différents en matière de santé, le Plan définit les **pays et territoires cibles** par domaine programmatique afin d'axer la coopération technique de l'Organisation sur des questions de santé publique spécifiques. Les pays et les territoires cibles sont identifiés au niveau des indicateurs de résultat intermédiaire sur la base d'une analyse exhaustive et en consultation avec les États Membres. Afin d'établir des niveaux de référence et des cibles, le Plan suppose un univers de 51 pays et territoires : il s'agit de 35 États Membres, 4 États Membres associés et 12 territoires d'outre-mer (ces derniers comprenant 6 territoires du Royaume-Uni, 3 départements français des Amériques et 3 territoires des Antilles néerlandaises). La liste complète des pays et territoires figure à l'annexe III.

### **Cibles d'impact et axe stratégique**

94. Le succès du Plan se mesurera à l'aune de la contribution de l'Organisation à la réalisation des cibles d'impact décrites dans le tableau 1, tels que mesurées par les indicateurs correspondants.

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

96. Dans le droit fil des cibles d'impact au niveau mondial (tels qu'énoncées dans le 12<sup>e</sup> Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS), et dans l'optique de la

spécificité de la Région, le tableau 1 décrit les cibles d'impact et les indicateurs correspondants du Plan. Le rythme des changements au cours du cycle de planification constituera le fondement pour mesurer le succès du Plan, selon les indicateurs d'impact définis.

97. Les cibles d'impact et indicateurs proposés sont conformes aux conclusions du document de consensus récent intitulé « la santé dans le Programme pour l'après-2015 : rapport de la consultation thématique mondiale sur la santé » (avril 2013). Les indicateurs proposés peuvent être adaptés aux contextes nationaux et régionaux et aux conditions existantes afin de refléter les besoins et les priorités sanitaires nationaux.

98. Conformément à la vision du Plan, les 9 cibles d'impact ont été choisis pour tenir compte de plusieurs dimensions stratégiques des activités de l'OPS. Il s'agit *a)* du mandat de l'OPS pour améliorer la santé de la population des Amériques et réduire les iniquités en matière de santé entre les pays, *b)* du soutien de l'OPS aux pays pour mettre en œuvre le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, *c)* de l'engagement de l'OPS à atteindre les cibles de santé des OMD dans les pays de la Région, *d)* de l'engagement de l'OPS sur le plan du caractère universel, de la solidarité et du panaméricanisme, *e)* de la nécessité de traiter du triple fardeau que représentent pour la Région les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les traumatismes et *f)* de l'alignement avec le 12<sup>e</sup> Programme général de travail de l'OMS.

**Tableau 1 : cibles d'impact\***

<p><b>1. Améliorer la santé et le bien-être avec équité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter le nombre d'années en bonne santé (à déterminer).</li> </ul> <p><b>2. Assurer un départ en bonne santé pour les nouveau-nés et les nourrissons</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction d'au moins 15 % du taux de mortalité infantile régional d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Une réduction d'au moins 10 % de l'écart relatif du taux de mortalité infantile entre les groupes de pays les plus hauts et les plus bas dans l'indice des besoins de santé (HNI) d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Réduction absolue d'au moins 3 décès infantiles excédentaires pour 1000 naissances vivantes entre 2014 et 2019 sur tous les gradients de pays du HNI.</li> </ul> <p><b>3. Assurer une maternité sûre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction d'au moins 11 % du taux de mortalité maternelle régional d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Une réduction d'au moins 25 % de l'écart relatif du taux de mortalité maternelle entre les groupes de pays les plus hauts et les plus bas dans le HNI d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Réduction absolue d'au moins 18 décès maternels excédentaires pour 100 000 naissances vivantes entre 2014 et 2019 sur tous les gradients de pays du HNI.</li> </ul> <p><b>4. Réduire la mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction d'au moins 9 % du taux de mortalité pour causes potentiellement traitables** d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Un écart relatif ne dépassant pas 6 % d'augmentation du taux de mortalité pour causes</li> </ul>
---

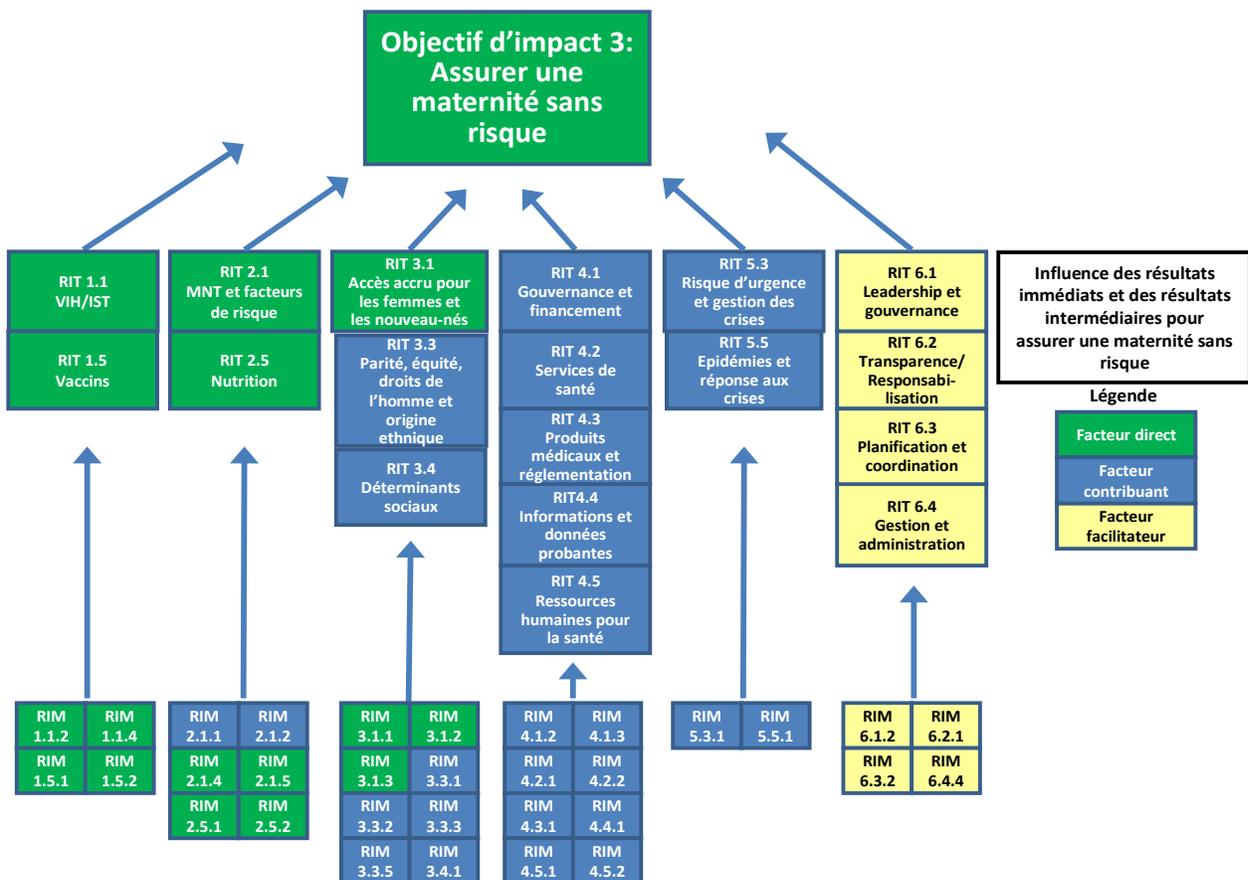
<p>potentiellement traitables entre les groupes de pays les plus hauts et les plus bas dans le HNI d'ici à 2019 par rapport à 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un écart absolu ne dépassant pas 8 décès évitables excédentaires pour 100 000 personnes entre 2014 et 2019 sur tous les gradients de pays du HNI.</li> </ul> <p><b>5. Améliorer la santé de la population adulte en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction d'au moins 9 % du taux régional de mortalité prématurée due à des MNT d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Un écart relatif ne dépassant pas 6 % d'augmentation du taux régional de mortalité prématurée due à des MNT entre les groupes de pays les plus hauts et les plus bas dans le HNI d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Un écart absolu ne dépassant pas 18 décès prématurés excédentaires dus à des MNT pour 100 000 personnes entre 2014 et 2019 sur tous les gradients de pays du HNI.</li> </ul> <p><b>6. Réduire la mortalité due aux maladies transmissibles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction d'au moins 15 % du taux de mortalité due au sida d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Réduction d'au moins 30 % des décès dus à la dengue d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Réduction d'au moins 24 % de la mortalité due à la tuberculose d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Réduction d'au moins 75 % de la mortalité due au paludisme d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> </ul> <p><b>7. Contenir la mortalité prématurée due à la violence et aux traumatismes en s'attaquant aux principaux risques pour les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction d'au moins 6 % du taux d'homicide d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Pas d'augmentation du taux de suicide d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> <li>• Pas d'augmentation ou une réduction d'au moins 1 % des décès dus aux accidents de la circulation d'ici à 2019 par rapport à 2014.</li> </ul> <p><b>8. Éliminer les maladies transmissibles prioritaires dans la Région</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale dans 16 pays et territoires.</li> <li>• Élimination de l'onchocercose dans 4 pays.</li> <li>• Interruption de la transmission de la maladie de Chagas dans 21 pays où elle est endémique.</li> <li>• Élimination du paludisme dans au moins 3 pays où il est endémique.</li> <li>• Zéro cas humains de rage humaine transmise par des chiens dans 35 États Membres.</li> </ul> <p><b>9. Prévenir les décès, les maladies et le handicap découlant d'urgences</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 70 % de situations d'urgence où le taux de mortalité brut retombe au niveau de référence accepté dans les trois mois.</li> </ul>
---

\* Ces cibles reflètent l'engagement collectif régional. Chaque pays déterminera ses propres cibles. Les définitions, y compris les spécifications techniques pour les indicateurs d'impact, figurent dans le recueil d'indicateurs du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, disponible sur le site Web de l'OPS. Afin d'améliorer la mesure des cibles d'impact et des indicateurs correspondants (notamment l'indice de besoins en matière de santé en tant que stratificateur social pour évaluer les iniquités en matière de santé), que ce soit dans les pays ou au niveau régional, et d'accroître également le niveau d'acceptation parmi la communauté scientifique dans la Région, le BSP établira une méthodologie, guidé par un groupe technique qui rendra compte au Comité exécutif et au Conseil directeur à la fin de l'exercice biennal 2014-2015.

\*\* La mortalité pour causes potentiellement traitables fait référence aux décès qui auraient pu être évités avec des soins médicaux appropriés. Ce sont les décès prématurés qui ne devraient pas se produire en présence de soins de santé rapides et efficaces, étant donné qu'ils résultent de pathologies pour lesquelles il existe des interventions cliniques efficaces.

99. Conformément à l’approche fondée sur les résultats, et comme indiqué plus haut, les résultats immédiats (RIM) et les résultats intermédiaires (RIT) organisationnels contribuent à l’obtention des impacts. Ces résultats immédiates et intermédiaires peuvent rentrer dans plusieurs catégories, comme décrit ci-après et illustré à la figure 5. Certains résultats intermédiaires, notamment les fonctions essentielles, peuvent contribuer à l’obtention de plusieurs impacts, dans la mesure où il n’existe pas de lien unique entre un résultat intermédiaire et un impact spécifiques.

**Figure 5. Relations entre les résultats immédiats, les résultats intermédiaires et les impacts : illustration**



100. Outre les cibles d’impact, le Plan contient six **domaines stratégiques d’action**, ou catégories, pour guider sa mise en œuvre :

- I. **Réduire le fardeau des maladies transmissibles**, y compris le VIH/sida, les maladies sexuellement transmissibles et l’hépatite virale ; la

tuberculose ; le paludisme et d'autres maladies vectorielles ; les maladies négligées, tropicales et zoonotiques ; et les maladies à prévention vaccinale.

- II. **Réduire le fardeau des maladies non transmissibles**, y compris les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète et les troubles mentaux, ainsi que le handicap, la violence et les traumatismes, en œuvrant sur la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et le suivi des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque.
- III. **Promouvoir la bonne santé aux étapes clés de la vie**, en tenant compte de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et en mettant en œuvre des approches fondées sur l'égalité des sexes, l'origine ethnique, l'équité et les droits de l'homme.
- IV. **Renforcer les systèmes de santé** en mettant l'accent sur la gouvernance pour la protection sociale en matière de santé ; renforcer les cadres législatifs et réglementaires et accroître la protection financière en vue de réaliser progressivement la couverture sanitaire universelle ; organiser la prestation des services axés sur les personnes et intégrés ; promouvoir l'accès à des technologies de la santé de qualité, sûres et efficaces, et leur utilisation rationnelle ; renforcer les systèmes d'information et les systèmes nationaux de recherche de la santé ; promouvoir la recherche en vue d'intégrer les connaissances scientifiques dans les soins de santé, les politiques de santé et la coopération technique ; faciliter le transfert des connaissances et des technologies ; et développer les ressources humaines pour la santé.
- V. **Réduire la mortalité, la morbidité et les perturbations sociales résultant d'épidémies, de catastrophes, de conflits et d'urgences environnementales et alimentaires** en mettant l'accent sur les activités de réduction des risques, de préparation, d'intervention et de rétablissement qui renforcent la résilience et font appel à une approche multisectorielle pour contribuer à la sécurité sanitaire.
- VI. **Favoriser et mettre en œuvre le leadership organisationnel et les services institutionnels** qui sont nécessaires pour maintenir l'intégrité et le fonctionnement efficace de l'Organisation, lui permettant de s'acquitter efficacement de ses mandats.

## Organisation du Plan

101. Conformément au douzième programme général de travail 2014-2019 de l’OMS, le Plan s’articule en six catégories et 30 domaines programmatiques comme indiqué au tableau 2. Les détails pour chaque catégorie et ses domaines programmatiques respectifs sont fournis dans les sections qui suivent. Pour chaque catégorie, le document énonce la portée ; le contexte, ventilé par domaine programmatique ; l’analyse des parties prenantes ; les stratégies applicables à la coopération technique ; et les thématiques transversales ainsi que les approches stratégiques en matière de santé, qui comprennent les possibilités de coordination et de collaboration interprogrammatiques. Viennent ensuite les tableaux présentant les résultats intermédiaires et leurs indicateurs pour chaque domaine programmatique au sein de la catégorie correspondante. Pour chaque indicateur de résultat intermédiaire, une liste de pays de référence et de pays cibles est définie. Sauf indication contraire, le niveau de référence est défini comme étant 2012.

**Tableau 2. Catégories et domaines programmatiques**

Catégorie	Domaines programmatiques
1. Maladies transmissibles	1.1 VIH/sida et IST 1.2 Tuberculose 1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas) 1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques 1.5 Maladies à prévention vaccinale (y compris le maintien de l’éradication de la polio)
2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque	2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque 2.2 Santé mentale et troubles liés à l’usage de substances psychoactives 2.3 Violence et traumatismes 2.4 Incapacités et réadaptation 2.5 Nutrition
3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie	3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique 3.2 Vieillesse et santé 3.3 Genre, équité, droits de l’homme et origine ethnique 3.4 Déterminants sociaux de la santé 3.5 Santé et l’environnement
4. Systèmes de santé	4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé 4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes 4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire 4.4 Systèmes d’information de la santé et données probantes 4.5 Ressources humaines pour la santé

Catégorie	Domaines programmatiques
5. Préparation, surveillance et intervention	5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI) 5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies 5.3 Gestion des risques et crises d'urgence 5.4 Salubrité des aliments 5.5 Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises
6. Services institutionnels/fonctions essentielles	6.1 Leadership et gouvernance 6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques 6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports 6.4 Gestion et administration 6.5 Communications stratégiques

Note : Veuillez vous reporter au Budget programme 2014-2015 (en anglais) ([Document Officiel 346](#)) pour plus de détails concernant la budgétisation pour la polio et pour l'intervention en cas d'épidémies et de crises, qui constituent des segments budgétaires séparés, conformément à la pratique de budgétisation de l'OMS.

### Définition des priorités

102. Les 30 domaines programmatiques du Plan stratégique 2014-2019 représentent les priorités pour l'Organisation au cours de la période couverte par le Plan. Ces domaines programmatiques ont été identifiés par les États Membres dans le cadre de l'élaboration du douzième Programme général de travail pour 2014-2019 l'OMS, avec des consultations supplémentaires pour tenir compte des spécificités régionales.

103. Reconnaissant que le Plan sera exécuté dans un contexte de ressources limitées, et en réponse aux recommandations des États Membres de concentrer l'activité de l'Organisation sur les domaines où l'OPS ajoute clairement de la valeur, le Plan définit un cadre d'établissement des priorités qui complète la politique budgétaire de l'OPS. La politique budgétaire régit l'attribution des ressources du budget ordinaire biennal de l'OPS entre les trois niveaux de l'Organisation (régional, infrarégional et national). Alors que la politique budgétaire est structurée par niveau organisationnel, le cadre d'établissement des priorités est organisé par domaine programmatique et constitue un élément clé pour cibler la mobilisation des ressources afin de mettre en œuvre le Plan stratégique 2014-2019 et ses Budgets programmes. Ce cadre est conforme au cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS. Les principes généraux, notamment la méthode scientifique et les critères, sont énoncées pour guider l'application de ce cadre de manière objective. La méthode et les critères ont été appliqués à tous les domaines programmatiques pour identifier les niveaux de priorité (ou strates) 1, 2 et 3. Le cadre complet, y compris la méthodologie et les critères, figure à l'annexe II.

104. Le cadre d'établissement des priorités s'appuie sur l'expérience du cycle de planification précédent. Il répond à la nécessité d'établir un processus plus transparent,

explicite et reproductible pour l'application systématique d'un critère de progressivité dans l'allocation des ressources du BSP, en répondant au principe de l'équité verticale en matière de santé parmi les domaines programmatiques, tout en reconnaissant le principe de l'équité horizontale en matière de santé dans l'ensemble des priorités. Dans la mesure du possible, ce processus d'établissement des priorités est guidé par la science, l'éthique et l'intérêt public. Reconnaisant les défis auxquels sont confrontés ceux qui sont appelés à définir les priorités, une attention particulière a été accordée au pluralisme, aux données probantes, au leadership, à la participation publique et aux processus. En ce qui concerne ce dernier point, la méthodologie, les critères et les procédures appliqués traitaient de la pertinence, de la publicité, des appels et de la mise en application, qui sont considérés comme les quatre éléments d'un processus de définition des priorités juste et raisonnable.

105. Pour assurer la pleine participation des États Membres au processus de détermination des niveaux de priorité, comme cela a été recommandé par le groupe consultatif de pays (GCP), l'exercice de stratification a fait partie intégrante des consultations nationales pour le Plan stratégique. La méthodologie et les procédures ont été appliquées par 43 pays et territoires et comprennent les évaluations individuelles de plus de 1000 responsables de haut niveau de la santé publique.

106. Le BSP reconnaît que le processus de définition des priorités passe inévitablement par un débat. Bien qu'il s'appuie sur des données probantes et des analyses, le processus ne peut être résolu uniquement grâce à la science ou aux règles de prise de décision. Le BSP reconnaît également que le processus de définition des priorités est renforcé par – et renforce – la capacité institutionnelle pour analyser les données probantes, clarifier les choix des politiques et promouvoir un débat éclairé. Les États Membres ont formulé des conseils sur la nécessité de mieux refléter les spécificités institutionnelles et de concevoir des méthodes pour éliminer la subjectivité résiduelle dans la méthodologie actuelle de matrice de définition des strates de priorités. En réponse à cet avis, un suivi approprié et des mécanismes approfondis d'analyse permettant d'actualiser, d'améliorer et de développer des moyens reproductibles, explicites et transparents permettant de mieux informer l'Organisation sur la définition des priorités et le raisonnement orientant l'allocation des ressources seront mis en place tout au long du cycle de planification actuel, en accord avec la recommandation du GCP.

107. Le tableau 3 présente les résultats régionaux du processus de définition des priorités. Il classe les 23 domaines programmatiques en trois strates ou niveaux de priorité et assigne à chaque domaine un ordre de priorité dans ces strates. Cette stratification sera utilisée pour l'affectation des ressources dans les Budgets programmes pour le Plan stratégique 2014-2019.

**Tableau 3. Classement des priorités programmatiques par tranches**

N°	Domaine programmatique	Tranche
1.5	Maladies à prévention vaccinale (y compris le maintien de l'éradication de la polio)	1
3.1	Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique	1
2.1	Maladies non transmissibles et facteurs de risque	1
5.2	Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies	1
2.5	Nutrition	1
1.1	VIH/sida et IST	1
1.3	Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas)	1
5.1	Capacités d'alerte et d'action (pour le RSI)	1
5.3	Gestion des risques et crises d'urgence	2
1.2	Tuberculose	2
4.5	Ressources humaines pour la santé	2
4.1	Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux sanitaires	2
4.3	Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	2
3.4	Déterminants sociaux de la santé	2
2.3	Violence et traumatismes	2
5.4	Salubrité des aliments	3
4.2	Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	3
3.5	Santé et environnement	3
2.2	Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	3
4.4	Systèmes d'information de la santé et données probantes	3
3.2	Vieillesse et santé	3
2.4	Invalidités et réadaptation	3
1.4	Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	3

## VI. Catégories, domaines programmatiques et résultats

### Catégorie 1 – Maladies transmissibles

*Réduire le fardeau des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, les maladies sexuellement transmissibles et l'hépatite virale ; la tuberculose ; le paludisme et d'autres maladies vectorielles ; les maladies négligées, tropicales et zoonotiques ; et les maladies à prévention vaccinale.*

#### Champ d'application

108. Les maladies infectieuses fréquentes, ainsi que les maladies transmissibles nouvellement réémergentes, entraînent une morbidité et une mortalité importantes dans la Région des Amériques, qui peuvent augmenter considérablement pendant les périodes de flambée épidémique (par exemple, avec la dengue). Ces maladies constituent une crise pour le monde en développement, aggravant la pauvreté, les iniquités et la mauvaise santé. Elles présentent également des défis importants pour les pays développés car elles constituent un fardeau inutile pour les systèmes sanitaires et sociaux, la sécurité nationale et l'économie. Cette catégorie couvre les domaines programmatiques suivants : *a)* le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles, *b)* la tuberculose, *c)* le paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris, la dengue et Chagas), *d)* les maladies négligées, tropicales et zoonotiques et *e)* les maladies à prévention vaccinale (y compris le maintien de l'éradication de la polio).

#### Contexte

##### 1.1 Le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles

109. En 2011, on estimait que 1,4 million de personnes en Amérique latine et 230 000 dans les Caraïbes vivaient avec le VIH. La Région a beaucoup progressé sur le plan de la réduction des nouvelles infections à VIH et de la mortalité liée au sida. Environ 83 000 personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en Amérique latine en 2011, contre 93 000 en 2001, et les décès liés au sida ont diminué de 10 %, passant de 60 000 à 54 000. Au cours de cette même période, les Caraïbes ont enregistré une baisse des nouvelles infections qui sont passées de 22 000 à 13 000 et une réduction de 50 % des décès liés au sida. Des progrès significatifs ont également été accomplis pour ce qui est d'élargir l'accès aux thérapies antirétrovirales (TARV) : la couverture thérapeutique estimée en Amérique latine et dans les Caraïbes était de 68 % en 2011. La Région a été la première à s'engager formellement à éliminer la transmission mère-enfant du VIH dans le

cadre d'une double approche qui recouvre l'engagement existant d'éliminer la syphilis congénitale.

110. Cependant, la plupart des pays de la Région ne sont pas encore parvenus à l'accès universel aux TARV. La verticalité persistante et la vulnérabilité financière de la réponse au VIH, en particulier des programmes de traitement, nuisent aux efforts visant à préserver ces acquis et à combler les lacunes restantes pour parvenir à un accès universel. Les populations clés, y compris les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les travailleurs du sexe et les personnes transgenres, demeurent disproportionnellement touchées par l'épidémie. La stigmatisation et la discrimination, ainsi que la capacité limitée du secteur de la santé à fournir des services adéquats à ces groupes, continuent de constituer les principaux obstacles à la formulation d'une réponse adéquate. Par ailleurs, les progrès sur le plan du renforcement des systèmes d'information stratégiques et de leur intégration dans les systèmes d'information de la santé n'ont pas été systématiques, ce qui continue de compromettre une programmation reposant sur des données probantes et le suivi des progrès réalisés.

111. La stratégie de coopération technique liée au VIH compte quatre priorités ou grands axes :

- a) Le renforcement et élargissement des programmes de traitement par la promotion d'options techniques et programmatiques fondées sur des données probantes sur la base des principes de santé publique et s'articulant autour des cinq piliers de l'Initiative de traitement 2.0.
- b) L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, grâce à la promotion, au renforcement et à l'intégration des services pour le VIH, la santé sexuelle et génésique et la santé maternelle, néonatale et des enfants; inscription précoce à des soins prénatals ; et détection précoce et traitement des femmes enceintes infectées par le VIH ou la syphilis et des enfants exposés.
- c) Le plaidoyer pour des politiques et la définition de priorités, en encourageant un environnement propice pour la sensibilisation des populations clés, des mesures pour remédier à la stigmatisation et à la discrimination, la promotion d'une approche axée sur les droits de l'homme pour la réponse au VIH, le développement d'ensembles de services (éléments pour faire avancer les soins compréhensifs), le renforcement des capacités des prestataires de services et la promotion de la participation des communautés.
- d) Le renforcement des systèmes d'information de la santé, promotion et soutien pour une approche longitudinale au moyen d'une surveillance des cas et du suivi du cycle continu des soins, analyse et diffusion de l'information régionale et mise en œuvre d'une stratégie régionale pour la prévention, la surveillance et le suivi des cas de résistance aux médicaments contre le VIH. Chacun des grands axes

met l'accent sur le renforcement des systèmes de santé et sur les soins de santé primaires.

112. Chaque année, on estime à 89 millions le nombre de nouveaux cas d'infections sexuellement transmises, comme la syphilis, la chlamydia, la gonorrhée et le virus du papillome humain (VPH), chez les personnes âgées de 15 à 49 ans dans la Région. Ces IST causent non seulement une mortalité directe, mais elles contribuent aussi à toute une série de résultats négatifs pour la santé, y compris l'infertilité, les mortinaissances, les grossesses extra-utérines et les cancers. Certaines IST, en particulier celles qui sont à l'origine d'ulcérations génitales, augmentent le risque d'acquisition ou de transmission de l'infection par le VIH. Le caractère limité des données et le manque de stratégies nationales globales pour la prévention, le diagnostic et le traitement des IST compromettent la capacité de la Région à bien cibler et traiter les IST.

113. La portée et la performance des activités de lutte contre les IST dans la Région sont variables et le soutien de l'OPS au renforcement des programmes nationaux est essentiel. Le soutien technique de l'OPS se concentrera sur le renforcement des fonctions d'information normatives et stratégiques des programmes nationaux. Il s'agira notamment de renforcer le Programme de surveillance de la résistance gonococcique (GASP). Il s'attachera également à appuyer les pays pour l'élaboration ou l'actualisation des stratégies nationales et des lignes directrices pour la prévention et la prise en charge des IST sur la base des données générées par GASP et des mécanismes de surveillance d'autre IST, et des orientations normatives mondiale et régionale disponibles.

114. Les personnes infectées par le VIH et d'autres groupes immunodéprimés (comme les femmes enceintes et les personnes souffrant de pathologies chroniques) sont touchés de manière disproportionnée par les hépatites virales, qui peuvent causer des complications hépatiques graves et augmentent le risque de décès. Environ un tiers de la population mondiale a été en contact avec ou a contracté une infection par le virus de l'hépatite B (VHB). Dans les Amériques, la prévalence estimée de l'infection par le virus de l'hépatite B varie de moins de 2 % à 4 %. En outre, on estime que 7 millions à 9 millions d'adultes dans la Région d'Amérique latine et des Caraïbes sont infectés par le virus de l'hépatite C (VHC). Parmi le personnel sanitaire en Amérique latine et dans les Caraïbes, on estime que 65 % à 80 % des cas d'hépatite B et environ 55 % des infections par le virus de l'hépatite C sont dus à des blessures par piqûre d'aiguille. Des surinfections par le virus de l'hépatite D se produisent également dans la Région et touchent particulièrement les peuples autochtones dans la région amazonienne, qui présentent un risque génétique. En outre, malgré des taux de prévalence généralement faibles, des flambées d'hépatite A et E ont été signalées dans certains pays, ce qui souligne la nécessité de disposer de meilleures données et mécanismes de surveillance de ces groupes de maladies. Les cas cliniques d'hépatite A qui touchaient auparavant les jeunes touchent désormais les personnes d'âge moyen et plus âgées, ce qui accroît le

potentiel de scénarios cliniques moins bons et d'un nombre de décès plus élevé. Les activités sur l'hépatite virale se concentreront sur l'éducation et le plaidoyer, la surveillance et le contrôle, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des cas et la recherche prioritaire.

## 1.2 Tuberculose

115. Des progrès importants ont été réalisés dans les Amériques depuis la mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS, qui a permis d'élargir le diagnostic et le traitement à la fois de la tuberculose sensible et de la tuberculose résistante, qu'elle soit ou non associée à une infection par le VIH. L'incidence de la tuberculose est maintenant en baisse dans la Région, mais à un rythme de seulement 3 % par an. Pour les Amériques en 2011, l'OMS a estimé à 268 000 le nombre de nouveaux cas de tuberculose et à 21 000 le nombre de décès dus à la TB, ce qui ne comprend pas les cas de co-infection avec le VIH. Cette même année, 218 000 nouveaux cas de tuberculose ont été signalés. Par rapport aux estimations, les cas signalés représentaient un taux de détection des cas de 81 %.

116. L'épidémie de TB est intensifiée par la pauvreté, les migrations et autres vulnérabilités sociales. En outre, l'augmentation des maladies non transmissibles, notamment le diabète et les maladies associées au tabagisme, signifie que davantage de personnes immunodéprimées courent le risque de tomber malades de la tuberculose. Ces facteurs de risque médicaux et sociaux convergent dans les quartiers pauvres des villes, où les iniquités sociales limitent l'accès aux services de santé, en particulier pour les femmes, les enfants, les personnes âgées et les populations vulnérables (les toxicomanes, les sans-abri, les malades mentaux et les minorités ethniques par exemple). Il est nécessaire d'intégrer des programmes et services de santé de base pour faciliter l'accès au diagnostic et traitement précoces de la tuberculose. De pair avec l'engagement croissant des communautés, de la société civile et du secteur privé, cela peut assurer une utilisation plus efficace des nouveaux diagnostics et médicaments désormais disponibles ou qui le seront bientôt pour la prévention et le traitement de la tuberculose, la tuberculose multirésistante (TB-MR) et la tuberculose associée au VIH (TB-VIH).

117. Les rôles normatif, de surveillance, d'assistance technique et de partenariat de l'OPS sont essentiels pour contrôler l'épidémie de tuberculose. Le Plan régional pour la lutte contre la tuberculose met l'accent sur le renforcement des capacités nationales pour mettre en œuvre la stratégie mondiale contre la tuberculose dans les États Membres, en s'efforçant d'atteindre les populations vulnérables en mettant en place des cadres nationaux pour la lutte contre la tuberculose. Le programme actualisera également et consolidera les nouvelles politiques et directives techniques et les adaptera aux contextes nationaux. Ainsi, la coopération technique à l'appui des programmes nationaux de lutte contre la TB renforcera l'utilisation d'outils de diagnostic rapide et de meilleures pratiques de laboratoire, une prestation renforcée de soins pour les personnes atteintes de

TB-MR, une prise en charge intégrée de la TB reposant sur la communauté, un accès adéquat aux nouveaux outils et lignes directrices, un meilleur accès aux médicaments de première et de deuxième intention de qualité et des systèmes de surveillance renforcés accompagnés de meilleures analyses et utilisation des données.

### **1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle**

118. Les taux de mortalité due au paludisme ont baissé de plus de 25 % dans le monde depuis 2000. Dans les Amériques, la mortalité a diminué de 67 % entre 2000 et 2011, tandis que la morbidité (c'est-à-dire le nombre total de cas confirmés) a diminué de 58 %. Toutefois, pour atteindre les objectifs fixés pour 2015 il faudra accroître massivement l'accès à la prévention du paludisme, en particulier par le biais d'une lutte antivectorielle durable, et à des tests de diagnostic de qualité garantie et des traitements antipaludiques efficaces. Il existe un risque de résurgence du paludisme en raison de la résistance croissante à l'artémisinine et aux insecticides et de la diminution des fonds internationaux pour la prévention et la lutte. Cela exige des investissements stratégiques dans la durée de la part des partenaires du développement et des pays où le paludisme est endémique. Des systèmes de surveillance renforcée sont nécessaires pour cibler comme il se doit les ressources limitées et évaluer les progrès et l'impact des mesures de lutte contre la maladie.

119. Dans le droit fil de la stratégie technique mondiale de contrôle et d'élimination du paludisme (2016-2025), les activités de l'OPS dans ce domaine orienteront les efforts des pays et d'autres parties prenantes pour préserver et renforcer les succès de la décennie écoulée. Le soutien aux pays d'endémie palustre comprendra le renforcement des capacités pour la prévention, le contrôle et l'élimination du paludisme, le renforcement de la surveillance et l'identification des menaces et des nouvelles opportunités pour la lutte contre le paludisme et son élimination. L'OPS mettra également à jour les orientations techniques et politiques pour la lutte antivectorielle, les tests de diagnostic et le traitement antipaludéen. En outre, l'Organisation renforce son engagement ferme à prévenir la réintroduction de transmission locale dans les zones précédemment déclarées exemptes de paludisme.

120. La dengue est une maladie endémique avec des cycles épidémiques qui sont associés aux déterminants sociaux tels que la croissance démographique, la pauvreté et un accès limité aux services de base. Depuis 2003, 45 pays et territoires des Amériques ont signalé 8,6 millions cas et 4400 décès. La dengue est une maladie qui, historiquement, a eu de graves répercussions politiques, économiques et sociales dans les pays. Actuellement, la coopération technique vise à renforcer les capacités nationales pour une surveillance complète, la prise en charge des patients, ainsi que la détection précoce, la préparation et la lutte contre les épidémies dans le cadre de la stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue (IMS-Dengue) et de la stratégie mondiale 2012-2020 de l'OMS.

121. La maladie de Chagas est la maladie transmissible tropicale la plus répandue en Amérique latine, avec une incidence annuelle de 28 000 cas. D'après les estimations, elle touche 8 millions de personnes et provoque en moyenne 12 000 décès par an. Il faut déployer plus d'efforts pour empêcher cette maladie de s'étendre encore et pour rechercher, diagnostiquer et traiter les patients déjà infectés. En outre, une importante coordination entre les pays sera nécessaire, de même qu'un travail technique, pour préserver les acquis sur le plan de l'élimination de cette maladie à transmission vectorielle sur de nombreux territoires d'endémie et pour maintenir un dépistage sanguin de qualité dans tous les pays. La stratégie et le plan d'action pour la prévention, le contrôle et la prise en charge de la maladie de Chagas, soutenus par des initiatives infrarégionales faisant intervenir différents pays, ont été efficaces pour réduire la morbidité, la mortalité et les souffrances humaines dues à la maladie de Chagas et ont également permis aux pays d'économiser des ressources en réduisant les coûts directs et indirects associés à cette maladie.

#### **1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques**

122. En Amérique latine et dans les Caraïbes, les maladies transmissibles négligées (MTN) touchent les populations pauvres et vulnérables, y compris les groupes autochtones et d'ascendance africaine, ainsi que les populations vivant en milieu rural et périurbain, qui ont souvent des difficultés pour accéder aux services de santé. On estime que la Région des Amériques compte 8,8 % des MTN dans le monde, chiffre qui reflète les 40 % de la population d'Amérique latine et des Caraïbes (soit environ 200 millions de personnes) qui vivent dans la pauvreté. Certaines MTN ont également été signalées aux États-Unis et au Canada, mais avec généralement une prévalence plus faible.

123. La « feuille de route » régionale de l'OPS pour cinq MTN présente des lignes directrices visant à accélérer les activités en vue de surmonter l'impact des maladies négligées et tropicales en Amérique latine et dans les Caraïbes. Elle définit un calendrier pour le contrôle et, le cas échéant, l'élimination de 12 maladies spécifiques. Dans le cadre de cette stratégie, le don de médicaments et le soutien de différents partenaires ont permis de mettre en œuvre à grande échelle une chimiothérapie préventive et un traitement adéquat des cas ; cela a déjà eu un impact positif et mesurable dans les pays touchés. Maintenir l'élan actuel pour lutter contre ces maladies exige non seulement des produits de base et des financements mais aussi un soutien politique. L'OPS se concentrera sur l'élargissement de la prise en charge préventive, innovante et renforcée de ces maladies et sur l'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels pour les maladies négligées, tropicales et zoonotiques. En outre, le renforcement des capacités nationales pour la surveillance des maladies, un suivi en temps opportun et de qualité des progrès, ainsi que la documentation et la certification et la vérification de l'élimination de certaines maladies restera un domaine de focalisation.

124. Tous les pays de la Région connaissent des zoonoses qui touchent principalement les populations humaines vulnérables ayant un accès limité aux soins de santé, ainsi que les personnes exposées aux animaux et aux produits d'origine animale dans de mauvaises conditions sanitaires. Étant donné que la plupart des zoonoses sont négligées, les données sur la charge de morbidité sont limitées. Toutefois, les données actuelles indiquent que dans les Amériques, 70 % des événements de maladies infectieuses enregistrés sont des zoonoses et/ou des maladies transmissibles communes aux humains et aux animaux. La plupart des zoonoses des animaux d'élevage sont endémiques dans la Région, tandis que les zoonoses d'animaux de compagnie et d'animaux sauvages sont détectées plus fréquemment, comme en témoigne la propagation de la rage humaine transmise par des chauves-souris hématophages. Malgré l'élimination généralisée de la rage humaine transmise par des chiens dans la Région, des poches de maladie subsistent. Les interventions de l'OPS/OMS visant à prévenir ces maladies chez les humains sont multisectorielles et exigent des activités de surveillance et de contrôle efficaces et intégrées de la part des programmes d'inspection vétérinaire et alimentaire, en coordination avec le secteur de la santé publique. La participation des organisations non gouvernementales, des administrations locales et des communautés à la détection précoce et au traitement des cas humains est également essentielle.

### **1.5 Maladies à prévention vaccinale**

125. La Région a été reconnue pour son leadership mondial sur le plan vaccinal et pour avoir ouvert la voie à l'innovation et d'autres avancées dans ce domaine. Le large éventail des réalisations du programme comprend l'élimination de la variole, de la poliomyélite, de la rougeole et de la rubéole ; des taux de couverture vaccinale qui sont parmi les plus élevés au monde ; des progrès rapides en matière d'introduction de nouveaux vaccins ; un leadership dans la promotion de la prise de décision fondée sur des preuves ; l'achat de vaccins abordables de qualité par l'entremise du Fonds renouvelable de l'OPS ; le développement et l'utilisation de registres d'immunisation informatisés ; et l'élargissement de la Semaine de la vaccination aux Amériques à la Semaine mondiale de la vaccination (en 2012). Le programme de vaccination qui s'adressait initialement aux enfants cible désormais toute la famille.

126. Il reste néanmoins beaucoup de travail à faire pour maintenir ces réalisations, poursuivre le programme inachevé consistant à étendre les avantages de la vaccination et faire face à plusieurs défis nouveaux et émergents.

127. Les niveaux élevés de couverture moyenne pour la Région cachent de fortes iniquités au sein des pays et entre les pays. Haïti reste le seul pays de la Région qui n'a pas encore éliminé le tétanos néonatal en tant que problème de santé publique et le pays ne dispose pas d'un programme de vaccination national consolidé et fort. Le processus de documentation et de vérification de la rougeole et de la rubéole dans la Région a fait apparaître d'importants problèmes sur le plan de la surveillance des maladies évitables

par la vaccination (MEV) ; ces problèmes doivent être traités afin de maintenir le statut de Région exempte des MEV qui ont déjà été éliminées. L'introduction durable de nouveaux vaccins (par exemple contre le paludisme et la dengue) pose un défi aux programmes de vaccination, puisque cela exige des augmentations budgétaires substantielles et une expansion significative de la chaîne du froid. Haïti a également rencontré des difficultés sur le plan de la disponibilité et de l'utilisation de vaccins pour traiter de problèmes de santé publique graves et complexes, comme le choléra.

128. Après plus de 20 ans sans cas, la Région court encore le risque de recevoir une importation du poliovirus sauvage ou d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc). Le plan d'action pour maintenir les Amériques exemptes de poliomyélite fournit un cadre pour les périodes pré et post-élimination, ainsi que pour la transition entre ces périodes. Le plan énonce une stratégie globale visant à améliorer tous les aspects de la protection des communautés et de la surveillance épidémiologique.

### **Analyse des parties prenantes**

129. La surveillance, la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement, le contrôle et l'élimination des maladies transmissibles seront possibles grâce à des efforts conjoints avec des partenaires nouveaux et existants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. L'OPS continuera à promouvoir des collaborations avec diverses agences des Nations Unies, de grandes fondations, les Centres collaborateurs de l'OMS, des organismes multilatéraux et bilatéraux, des institutions scientifiques et autres grands partenaires stratégiques qui partagent la même vision pour réduire le fardeau des maladies transmissibles aux niveaux régional et mondial. Ces efforts feront appel aux outils disponibles pour établir des alliances, tels que les accords de coopération technique, les comités de coordination interinstitutions (CCI), les partenariats public-privé, la coopération technique entre les pays (CTP), des lettres d'accord, etc.

130. Au nombre des partenaires stratégiques actuels, on compte : l'Agence canadienne de développement international (ACDI), l'Agence de la Santé publique du Canada (ASPC), l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID), l'Alliance GAVI, l'Alliance mondiale pour la lutte contre la rage (GARC), la Banque de développement d'Amérique latine (CAF), la Banque interaméricaine de développement (BID), la Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF), les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), la Fondation Oswaldo Cruz (Fiocruz), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), l'Initiative contre la rougeole et la rubéole, l'Initiative du Comité « Feu vert » (GLC), l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA), le Marché commun du Sud (MERCOSUR), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation internationale régionale pour la protection des plantes

et la santé animale (OIRSA), l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE), le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide contre le sida (PEPFAR), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Programme de technologie appropriée pour la santé (PATH), le Sabin Vaccine Institute (SVI), la Société canadienne pour la santé internationale (SCSI), la Société mondiale pour la protection des animaux (WSPA), le Task Force for Global Health (TFGH).

### **Stratégies pour la coopération technique**

131. Appuyer le renforcement des capacités nationales et l'autonomie :

- a) apporter une coopération et un soutien techniques aux États Membres qui répondent aux mandats et résolutions des organes directeurs de l'OPS, aux cadres mondiaux et régionaux et aux recommandations fondées sur des données probantes émanant de groupes consultatifs régionaux stratégiques et techniques reconnus.
- b) accorder la priorité aux populations vulnérables et aux groupes à haut risque dans la coopération technique fournie.
- c) intensifier les interventions efficaces axées sur la surveillance, la promotion, la prévention, le diagnostic, le traitement, le contrôle et l'élimination des maladies transmissibles.
- d) mettre l'accent sur le renforcement des capacités nationales et locales à tous les niveaux, ainsi que sur la collaboration efficace entre les pays, afin d'obtenir un impact positif et durable sur les programmes sanitaires et sociaux.
- e) promouvoir et soutenir l'adoption et l'utilisation de technologies nouvellement mises au point, accessibles et efficaces qui permettent d'accélérer les efforts déployés pour atteindre les objectifs de santé dans les pays et la Région.
- f) élaborer et appliquer des stratégies efficaces pour l'élimination graduelle et la durabilité des programmes connexes au niveau national, par exemple en passant d'un soutien ciblé à certains pays clés à une coopération technique régionale de plus haut niveau.

132. Élaboration de normes et standards :

- a) s'appuyer sur l'expertise technique de l'OPS, qui repose sur des preuves scientifiques et des connaissances appliquées, pour définir et adapter des normes régionales.
- b) travailler en collaboration avec les États Membres pour produire des données probantes pour l'élaboration de lignes directrices, d'outils et de méthodologies régionaux.

- c) favoriser l'adhésion des parties prenantes et l'appropriation par les pays des normes régionales qui sont définies dans le domaine des maladies transmissibles, facilitant leur large diffusion, utilisation et adaptation à tous les niveaux.
- d) veiller à ce que les éléments de supervision, de suivi et d'évaluation soient intégrés dans les programmes à tous les niveaux.

133. Définir le programme de recherche :

- a) identifier les grands défis liés à la santé qui ont besoin de réponses opérationnelles ou basées sur des connaissances.
- b) promouvoir la recherche opérationnelle et l'utilisation appropriée des résultats afin de réduire la morbidité, la mortalité et le fardeau causé par les maladies infectieuses dans la Région.
- c) soutenir la mise en place de mécanismes pour la collecte, l'analyse, la préparation, la diffusion et l'utilisation des informations stratégiques pour contribuer à l'ensemble des connaissances sur les meilleures pratiques pour la surveillance, la prévention, le contrôle et l'élimination des maladies transmissibles.

### **Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé**

134. La surveillance, la promotion, la prévention, le traitement, le diagnostic, le contrôle et l'élimination des maladies transmissibles dans les Amériques présentent de nombreuses possibilités de travail interprogrammatique afin d'assurer une approche intégrée dans l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre. Ces collaborations transversales se produisent entre les domaines programmatiques de catégorie 1, ainsi qu'entre les différentes catégories. En outre, tous les domaines programmatiques au sein de la catégorie 1 sont étroitement liés aux activités réalisées dans le cadre de la catégorie 5 (préparation, surveillance et intervention), plus précisément en ce qui concerne les efforts visant à suivre une approche intégrée pour la prévention, la détection précoce, l'intervention immédiate et la déclaration des maladies transmissibles qui relèvent du Règlement sanitaire international 2005.

135. Dans le domaine du VIH/sida et des IST, les activités contribuent à et bénéficient de la catégorie 2 (maladies non transmissibles et facteurs de risque), la catégorie 3 (déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie), car la prévention de la transmission mère-enfant offrira des possibilités d'accès aux services pour le VIH et d'autres services de santé aux femmes à différents stades de la vie, la catégorie 4 (systèmes de santé), par le biais d'une infrastructure de la santé améliorée et d'un accès accru au traitement et la catégorie 5 (préparation, surveillance et intervention).

136. Le domaine de la tuberculose est lié aux catégories 2 et 4. Dans le cas du lien avec la catégorie 2, les personnes souffrant de certaines maladies non transmissibles, telles que le diabète, peuvent avoir un système immunitaire moins actif qui augmente leur risque de contracter la tuberculose. De même, en ce qui concerne la catégorie 4, les fondements d'un programme efficace de lutte contre la tuberculose reposent sur le bon fonctionnement du système de santé primaire pour diagnostiquer et traiter les patients, suivi par un système de référence et de contre-référence sélectif mais efficace.

137. Le domaine programmatique des maladies négligées, tropicales et zoonotiques est lié à la catégorie 3, dans la mesure où les interventions visant à prévenir et à traiter la schistosomiase, le trachome, les géohelminthes et d'autres maladies négligées auront un impact positif sur les résultats en matière de santé de la mère et de l'enfant.

138. Dans le domaine des maladies à prévention vaccinale, il existe des possibilités d'activités interprogrammatiques avec la catégorie 2, pour traiter des questions liées au VPH et aux vaccins contre l'hépatite B, la catégorie 3, où l'administration de vaccins classiques et nouveaux contribue à améliorer la santé tout au long de la vie, la catégorie 4, car la vaccination est un moyen d'atteindre les populations vulnérables avec d'autres interventions de santé et offre également des possibilités de regrouper les registres de vaccination, l'enregistrement des naissances et d'autres statistiques de la santé en un système d'information de la santé complet, et la catégorie 5, pour le suivi étroit des maladies à prévention vaccinale pour assurer un dépistage précoce et une riposte rapide aux épidémies dans la Région et pour le renforcement des capacités des laboratoires.

139. Au sein de la catégorie 1, les activités sur l'hépatite virale sont étroitement liées aux efforts sur le VIH/sida et les IST en raison du problème de co-infections ; les stratégies relatives à la sécurité transfusionnelle, à la sécurité des injections et à la promotion de pratiques sexuelles sûres s'appliquent également aux deux domaines. Au sein de la catégorie 2, l'hépatite est plus susceptible de survenir chez les patients immunodéprimés, y compris les patients souffrant de maladies chroniques. Ce domaine exige également des possibilités de collaboration interprogrammatiques entre les catégories 3, 4 et 5.

140. Les thématiques transversales du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'origine ethnique sont incluses dans la catégorie 1 pour améliorer les résultats sanitaires.

- a) Les interventions de lutte contre les maladies transmissibles sont adaptées pour répondre aux questions de genre et de diversité culturelle en s'appuyant sur une compréhension des hommes et des femmes de tous âges et de leurs héritages culturels, et des facteurs qui influent sur leur situation de santé. Ce travail

- comprend également la collecte et la transmission de données ventilées par âge, sexe et autres variables pertinentes.
- b) L'accent mis sur la prévention, le traitement et le contrôle des maladies transmissibles, en particulier dans les zones où les besoins sont les plus grands, appuie les idéaux d'équité en matière de santé et de réduction de la pauvreté afin d'atteindre les populations vulnérables au moyen d'interventions de santé intégrées qui permettent d'éviter les malheurs extrêmes en cas de maladie.
  - c) Une approche axée sur les droits de l'homme est particulièrement pertinente pour les domaines programmatiques du VIH/sida et des IST, de la tuberculose, des maladies négligées, tropicales et zoonotiques et de l'hépatite virale. Il convient d'accorder une attention particulière à la promotion d'interventions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination.
141. Les approches stratégiques en matière de santé, à savoir les déterminants, les soins de santé primaires, la promotion de la santé et la protection sociale, sont fortement intégrées dans les activités de catégorie 1.
- a) La croissance démographique, la pauvreté, les migrations, les conditions de vie inadéquates et le manque de services de base sont autant de facteurs qui entravent les efforts visant à prévenir, traiter et contrôler les maladies transmissibles (maladies négligées, tropicales et zoonotiques, par exemple). Les déterminants sociaux contribuent ainsi à des résultats négatifs en matière de santé qui accentuent les iniquités en matière de santé. Des interventions mises en œuvre par les domaines programmatiques s'appuieront sur les meilleures pratiques pour traiter directement des déterminants sociaux afin d'améliorer les résultats sanitaires.
  - b) De nombreuses interventions alignées sur les activités des divers domaines programmatiques se produisent au niveau des soins de santé primaire et fournissent un point d'entrée aux familles pour accéder à d'autres services de santé de qualité (par exemple les vaccinations), ainsi que des possibilités supplémentaires de recevoir une éducation sanitaire. L'incorporation de ces interventions au niveau des soins de santé primaires facilite également l'accès à un diagnostic précoce et le traitement des maladies transmissibles (par exemple du paludisme et de la tuberculose).
  - c) La prévention des maladies transmissibles s'inscrit dans le droit fil des principes de la protection sociale en matière de santé en limitant l'exposition à des agents infectieux qui peuvent conduire à la maladie, au handicap ou à l'augmentation de la pauvreté, particulièrement au sein des populations marginalisées et vulnérables.

## Hypothèses et risques

### Hypothèses :

- a) Les pays maintiennent leurs engagements en matière de ressources politiques, humaines et financières pour la prévention, la détection précoce, le diagnostic, le traitement et la lutte contre les maladies transmissibles et pour l'accès universel et équitable à la vaccination.
- b) Les ressources engagées sont remises et accessibles en temps opportun et la dépendance vis-à-vis des fonds extérieurs pour mettre en œuvre les actions nécessaires diminue.
- c) Les États Membres utilisent pleinement le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins et le Fonds stratégique de l'OPS pour l'achat de médicaments et de fournitures médicales pour les MNT.
- d) Des systèmes de surveillance pleinement opérationnels recueillent des données pertinentes afin de déterminer les gains et les lacunes. Il est remédié aux lacunes clés dans les connaissances et l'on procède à l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et à la mise en œuvre des programmes.
- e) Les efforts sont coordonnés, en synergie et optimisés (et non fragmentés, contradictoires et faisant double emploi).
- f) Les environnements juridiques et normatifs sont propices à un accès et une utilisation plus larges des services VIH/IST.
- g) Des mesures efficaces sont en place pour atténuer l'impact des événements catastrophiques.

### Risques :

- a) Une réorientation des priorités de la santé à l'échelle mondiale, régionale, ou nationale se traduit par une réduction du soutien financier aux programmes sur les maladies transmissibles et la vaccination.
- b) Des programmes de santé parallèles, non coordonnés se disputent les priorités et les ressources.
- c) Les instruments juridiques et normatifs entravent l'accès aux systèmes de santé et/ou leur utilisation.
- d) La mobilité des personnes au-delà des frontières contribue à la complexité de la prévention, du contrôle et de l'élimination des maladies.
- e) Des situations d'urgence, des catastrophes et des pandémies utilisent des ressources allouées aux programmes pour les grandes maladies transmissibles et

font qu'il est difficile, voire impossible, de recueillir et de compiler des informations stratégiques.

- f) La stigmatisation et la discrimination envers les personnes infectées par le VIH/sida s'accroissent.
- g) Les MNT continuent de se voir accorder une priorité très faible dans les programmes gouvernementaux de certains pays et partenaires.
- h) Il y a une pénurie de médicaments utilisés pour traiter les MNT et les maladies zoonotiques dans la Région, résultant de l'insuffisance des matières premières disponibles.
- i) L'investissement dans des activités de vaccination est faible ou insuffisant, ce qui remet en cause l'objectif d'une couverture universelle.

## Catégorie 1. Maladies transmissibles : domaines programmatiques et résultats

### 1.1 VIH/sida et IST

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)*
RIT 1.1 Accès accru aux principales interventions pour la prévention et le traitement du VIH et des IST	RIT 1.1.1	Nombre de pays ayant une couverture de 80 % pour les thérapies antirétrovirales (TARV) dans les populations éligibles**	12 ARU, BER, BON, CUB, CUR, DSM, ECU, GUY, PER, SAB, STA, TRT	28 ARG, BAH, BRA, CHI, COL, COR, DOR, ELS, HAI, JAM, MEX, NIC, PAR, SAV, TCA, VEN
	RIT 1.1.2	Nombre de pays et territoires ayant une couverture d'au moins 95 % pour le traitement prophylactique du VIH pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH	6 ARU, BER, BON, CUR, SAB, STA	25 ANU, BAR, BLZ, BRA, CAN, CUB, COL, CHI, DOM, DOR, ELS, GRA, GUY, MEX, PER, SAV, SCN, USA, VEN

\* L'année de référence est 2012 ou l'année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles. L'année est indiquée pour les indicateurs pour lesquels les données de 2012 ne sont pas disponibles. Les cibles pour 2019 comprennent l'année de référence 2012 et les cibles proposées pour 2015.

\*\* À partir du milieu de 2013, les populations ayant droit aux services sont les personnes séropositives qui ont un taux de CD4 de 350/ml ou moins. La définition des populations ayant droit aux services pourrait bientôt changer à la lumière de la recommandation de l'OMS de démarrer la TARV à partir de 500 CD4/ml.

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)*
	RIT 1.1.3	Nombre de pays et territoires ayant une couverture d'au moins 95 % pour le traitement de la syphilis chez la femme enceinte	6 ARU, BER, BON, CUR, SAB, STA	24 ANU, BAR, BLZ, CAN, CUB, COL, CHI, DOM, DOR, ELS, GRA, GUY, MEX, PER, SAV, SCN, USA, VEN

## 1.2 Tuberculose

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 1.2 Augmentation du nombre de malades atteints de tuberculose qui sont diagnostiqués et traités avec succès	RIT 1.2.1	Nombre cumulé de malades souffrant de TB confirmée bactériologiquement traités avec succès dans le cadre de programmes qui ont adopté la stratégie recommandée par l'OMS depuis 1995	1,34 million	2,3 millions
	RIT 1.2.2	Nombre annuel de patients souffrant de tuberculose avec TB-MR confirmée ou présumée, y compris les cas résistants à la rifampicine, placés sous traitement TB-MR dans le monde entier	3473	4410
	RIT 1.2.3	Pourcentage de nouveaux patients atteints de tuberculose diagnostiqués par rapport aux estimations de cas de l'OMS de 1995 à 2011	81 %	90 %

## 1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 1.3 Capacité accrue des pays à élaborer et appliquer des plans, des programmes ou des stratégies pour la surveillance, la prévention, le contrôle et l'élimination du paludisme et autres maladies à transmission vectorielle	RIT 1.3.1	Pourcentage de cas de paludisme confirmés dans le secteur public, recevant un traitement antipaludéen de première intention conformément à la politique nationale (sur la base des recommandations de l'OPS/OMS)	85%	95%
	RIT 1.3.2	Nombre de pays et territoires disposant d'une capacité installée pour éliminer le paludisme	10 ARG, ARU, BER, COR, CUR, ECU, ELS, JAM, MEX, PAR	23 BLZ, BOL, COL, DOR, DSM, ECU, GUT, GUY, HAI, HON, NIC, PAN, VEN
	RIT 1.3.3	Nombre de pays et territoires disposant d'une capacité installée pour la prise en charge de tous les cas de dengue	14 BAH, BER, BON, BRA, CUR, COL, ELS, JAM, GUY, MEX, SAB, STA, TRT, VEN	30 ARG, ARU, BOL, COR, DOM, DOR, DSM, ECU, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, PER, PUR, SCN

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
	RIT 1.3.4	Nombre de pays et territoires où l'ensemble du territoire ou de l'unité territoriale endémique a un indice d'infestation national (par les principales espèces vectrices de triatomes ou par le vecteur de substitution, le cas échéant) inférieur ou égal à 1 %	15 ARG, ARU, BER, BLZ, BOL, BRA, CHI, COR, GUT, HON, MEX, NIC, PAR, PER, URU	31 BON, COL, CUR, DSM, ECU, ELS, FRG, GUY, JAM, PAN, SAB, SCN, STA, SUR, TCA, VEN

#### 1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 1.4 Capacité accrue des pays à élaborer et appliquer des plans, des programmes ou des stratégies pour la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination des maladies négligées, tropicales et zoonotiques	RIT 1.4.1	Nombre de pays et territoires avec une augmentation annuelle des cas diagnostiqués et des traitements étiologiques résultant d'une augmentation de la qualité et de la couverture des soins médicaux pour la leishmaniose humaine	3 CUR, DOR, MEX	19 ARG, ARU, BRA, BOL, COL, COR, ELS, GUY, GUT, HON, NIC, PAN, PAR, PER, TCA, VEN
	RIT 1.4.2	Nombre de pays et territoires d'endémie ayant un taux de morbidité élevé de lèpre qui ont réduit de 35 % le taux de nouveaux cas présentant des invalidités de niveau 2 pour 100 000 habitants par rapport à leurs propres données de référence 2012	0	10 ARG, BOL, BRA, COL, CUB, DOR, ECU, MEX, PAR, VEN
	RIT 1.4.3	Nombre de pays et territoires d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de la population à risque pour la filariose lymphatique	4 ARU, HAI, DOR, SCN	6 BRA, GUY,
	RIT 1.4.4	Nombre de pays et territoires d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de la population à risque pour l'onchocercose	5 ARU, BRA, DOR, MEX, SCN	7 COL, VEN
	RIT 1.4.5	Nombre de pays et territoires d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de la population à risque pour le trachome	3 ARU, MEX, SCN	8 BRA, COL, DOR, GUT, VEN
	RIT 1.4.6	Nombre de pays et territoires d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de la population à risque pour la schistosomiase	3 ARU, BRA, SCN	5 CUR, VEN

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
	RIT 1.4.7	Nombre de pays et territoires d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de la population à risque pour les helminthes transmis par la terre	8 ARU, BLZ, GUY, HAI, MEX, NIC, TRT, SCN	19 BRA, BOL, COL, DOM, DOR, ECU, ELS, HON, PAR, PER, VEN
	RIT 1.4.8	Nombre de pays et territoires disposant de processus ayant une capacité et une efficacité établies pour éliminer la rage humaine transmise par les chiens	31 ANI, ARG, ARU, BAH, BAR, BER, BLZ, CAN, CHI, COL, COR, CUB, CUR, DOM, ECU, ELS, GRA, HAI, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, SCN, SAL, SAV, SUR, TRT, USA, URU, VEN	38 BRA, BOL, DOR, GUT, GUY, HON, PER

### 1.5 Maladies à prévention vaccinale

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 1.5 Augmentation de la couverture de la vaccination pour les populations et communautés difficiles à atteindre et maintien du contrôle, de l'éradication et de l'élimination des maladies évitables par la vaccination	RIT 1.5.1	Couverture moyenne régionale avec trois doses de vaccin pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche	92%	94%
	RIT 1.5.2	Nombre de pays et territoires avec reprise de la transmission endémique du virus de la rougeole et de la rubéole	0	0
	RIT 1.5.3	Nombre de pays et territoires qui ont introduit un ou plusieurs nouveaux vaccins	34 ARG, ARU, BAH, BAR, BER, BOL, BON, BRA, CAN, CAY, CHI, COL, COR, CUR, DOR, ECU, ELS, FRG, GUA, GUT, GUY, HON, MAR, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, TRT, SAB, STA, URU, USA, VEN	51 ANI, ANU, BLZ, BVI, CUB, DOM, DSM, GRA, HAI, JAM, MON, PUR, SAL, SAV, SCN, SUR, TCA
	RIT 1.5.4	Nombre de pays et territoires signalant des cas de paralysie due au poliovirus sauvage ou circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) au cours des 6 mois précédents	0	0

## **Catégorie 2 – Maladies non transmissibles et facteurs de risque**

*Réduire le fardeau des maladies non transmissibles, y compris les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques, le diabète et les troubles mentaux, ainsi que le handicap, la violence et les traumatismes, en œuvrant sur la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et le suivi des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque.*

### **Champ d'application**

142. L'OPS, avec les organisations partenaires dans différents secteurs, traitera du fardeau des maladies non transmissibles en se focalisant sur les maladies cardiovasculaires (en particulier l'hypertension), le cancer, le diabète, les maladies pulmonaires et l'insuffisance rénale chronique. L'accent sera mis sur les facteurs de risque communs que sont l'usage du tabac, l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation, la consommation de sel, la sédentarité et l'obésité. Dans la réponse aux maladies non transmissibles, l'OPS se concentrera également sur la nutrition et d'autres conditions relatives aux maladies non transmissibles, y compris la santé mentale, la violence et les traumatismes et les invalidités et la réadaptation. Les principaux objectifs des activités entreprises dans cette catégorie consisteront à traiter des déterminants sous-jacents des maladies non transmissibles, notamment des facteurs socio-économiques, environnementaux et professionnels tout au long de la vie, ainsi qu'à renforcer la réponse des soins primaires aux maladies non transmissibles, aux facteurs de risque et aux pathologies connexes. Les approches spécifiques sont énoncées dans les divers mandats de l'OPS/OMS liés aux maladies non transmissibles, y compris le Plan d'action régional pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013 -2019.

### **Contexte**

#### **2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque**

143. Plus de 75 % de tous les décès dans les Amériques sont causés par des maladies non transmissibles, qui sont extrêmement évitables et peuvent être contrôlées au moyen de politiques publiques et de règlements, des services de santé et d'interventions sur les modes de vie. Le fardeau des décès prématurés dus aux maladies non transmissibles est particulièrement préoccupant : dans les Amériques, chaque année, plus de 1,5 million de personnes âgées de moins de 70 ans meurent de maladies non transmissibles, ce qui a des conséquences graves pour le développement social et économique. Du fait que l'épidémie de maladies non transmissibles est entraînée par la mondialisation, l'urbanisation, les tendances démographiques et les conditions socio-économiques, des interventions sont nécessaires non seulement de la part du secteur de la santé mais aussi d'autres secteurs

gouvernementaux tels que l'agriculture, l'éducation, les transports, l'emploi, l'environnement et le commerce, ainsi que de la part de la société civile et du secteur privé. Les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer constituent des problèmes croissants dans la Région des Amériques et, avec le vieillissement de la population et la croissance démographique, cette situation devrait encore s'aggraver. Ainsi, des politiques et des services visant à réduire les principaux facteurs de risque et à promouvoir la santé dans les communautés, sur les lieux de travail, dans les écoles et dans d'autres cadres sont urgents. Et pour mieux contrôler les maladies non transmissibles, les systèmes et services de santé doivent être renforcés, notamment au niveau des soins primaires, pour le dépistage, la détection précoce et la prise en charge des maladies non transmissibles et des facteurs de risque, garantissant l'accès aux médicaments, aux technologies et à une qualité de soins continue.

144. La consommation de tabac est l'un des facteurs de risque les plus importants de maladies non transmissibles. La prévalence de la consommation du tabac chez les adultes dans la Région des Amériques est de 22 % et 16 % de la mortalité totale des adultes est imputable au tabac. L'écart de consommation de tabac entre les hommes et les femmes se réduit, en particulier chez les adolescents. La consommation de tabac reflète également les iniquités sociales, la prévalence étant plus grande dans les groupes de population à faible revenu et ayant un faible niveau d'éducation. Dans la Région, 29 pays ont ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS. Même si une vingtaine de pays ont adopté une législation conforme à au moins un des mandats de la Convention, de nombreux progrès doivent encore être réalisés. L'ingérence de l'industrie du tabac reste un défi majeur dans la Région, qui freine les progrès dans la mise en œuvre de la Convention-cadre.

145. Les rapports indiquent qu'une réduction du tabagisme de 20 % et de l'apport en sel de 15 %, tout en traitant les patients présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires avec une combinaison de médicaments appropriés, pourrait permettre de prévenir jusqu'à 3,4 millions de décès dans la Région à un coût raisonnable sur une période de 10 ans. Ces données renforcent l'argument selon lequel les pays, guidés par des dirigeants bien informés au sein des ministères de la santé, peuvent continuer à prôner des politiques multisectorielles qui favorisent des soins individuels auto-administrés responsables, axés sur la prévention et améliorer la disponibilité des médicaments essentiels.

146. La consommation d'alcool est un autre facteur de risque pour les maladies non transmissibles, responsable d'au moins 347 000 décès en 2004 dans la Région et de la perte de plus de 13 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). La consommation moyenne par habitant est estimée à 8,7 litres chez les plus de 15 ans, contre une moyenne mondiale de 6,1 litres par personne par an. En 2005, environ 17,9 % des hommes et 4,5 % des femmes de la Région pratiquent une forte consommation

épisode (« *binge drinking* ») sur une base hebdomadaire. L'expansion de l'industrie des boissons alcoolisées dans la Région et leur commercialisation et promotion agressives en l'absence d'un contrôle réglementaire effectif demeurent un obstacle majeur à l'adoption d'une intervention efficace.

147. Au niveau régional, on constate des changements rapides et délétères dans la consommation d'aliments. Ces changements touchent de larges secteurs de la population, en particulier les segments à faible revenu et moins instruits. La consommation d'aliments transformés à haute teneur en calories, riches en graisses, en sucres et en sel augmente, tandis que la consommation de fruits et légumes est en baisse. Cette évolution des habitudes alimentaires s'accompagne d'une réduction de l'activité physique. Il en résulte une épidémie inquiétante de **surcharge pondérale et d'obésité**. Les estimations sur l'ensemble de la Région indiquent qu'entre 50 % et 60 % de tous les adultes, plus d'un tiers de tous les adolescents et entre 7 % et 12 % de tous les enfants de moins de 5 ans sont soit en surpoids (IMC > 25) soit obèses (IMC > 30). Pire encore, les prévisions indiquent que ce chiffre va augmenter rapidement, atteignant 289 millions de personnes (39 % de la population totale) d'ici à 2015. Dans presque tous les pays, ce problème est plus prononcé chez les femmes.

148. L'obésité est liée à plusieurs maladies non transmissibles. Une analyse de 57 études prospectives souligne que chaque excès de 5 kg/m<sup>2</sup> sur l'indice de masse corporelle (IMC) est associé à une augmentation de la mortalité de près de 30 % (40 % dus aux maladies cardiovasculaires, 60-120 % aux complications liées au diabète, 10 % au cancer et 20 % aux maladies respiratoires chroniques).

149. Dans la Région, l'urbanisation rapide, la hausse des salaires et la croissance économique sont des facteurs sous-jacents qui contribuent à la mauvaise alimentation et à la sédentarité qui, à leur tour, ont entraîné le problème de l'obésité. Parmi les facteurs en cause, on peut citer la commercialisation mondialisée des aliments transformés et des boissons sucrées, l'énorme popularité des divertissements électroniques et des ordinateurs, le rôle central des voitures privées dans la planification et la conception urbaines et la peur croissante de la criminalité dans la rue qui amène un grand nombre de personnes à rester chez elles. Avec l'adoption de la stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'activité physique et la santé (DPAS), l'attention s'est portée sur l'importance cruciale de l'environnement alimentaire dans la mesure où il influe sur les préférences, les décisions d'achat et les comportements alimentaires.

## 2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives

150. Les troubles mentaux, neurologiques et les troubles liés à l'abus de substances psychoactives représentent une cause importante de morbidité, de mortalité et d'invalidité. Huit pathologies prioritaires contribuent le plus à la morbidité dans la majorité des pays en développement : la dépression, la schizophrénie et d'autres troubles

psychotiques, le suicide, l'épilepsie, la démence, les troubles due à la consommation d'alcool, les troubles liés à l'utilisation de drogues illicites et les troubles mentaux chez les enfants. Dans la Région, les pathologies qui nécessitent une attention particulière incluent la dépression, les troubles dus à l'alcool, la démence et les troubles mentaux des enfants et des adolescents, y compris la prévention du suicide. Ce sont les principaux déterminants et causes de morbidité. L'OPS se concentrera sur quatre domaines : *a)* l'information et la surveillance, en élargissant les données probantes sur la santé mentale, *b)* l'élaboration de politiques, de plans et d'instruments juridiques, l'accent étant mis en particulier sur la protection des droits de l'homme, *c)* le développement et l'intégration de la composante de la santé mentale des soins de santé primaires et *d)* l'apport de soins de santé mentale et d'un soutien psychosocial en cas de catastrophes et d'urgences humanitaires. À cet égard, la restructuration des services de santé mentale devrait continuer d'être une priorité en Amérique latine et dans les Caraïbes.

### **2.3 Violence et traumatismes**

151. La violence et les traumatismes représentent une grande cause de morbidité et de mortalité dans les Amériques, les homicides étant la première cause de mortalité chez les hommes âgés de 15 à 29 ans et la deuxième cause chez les femmes du même groupe d'âge. Les accidents de la circulation sont la principale cause de décès chez les enfants de 5 à 14 ans et la deuxième cause chez les personnes de 15 à 44 ans. Pour chaque personne qui décède des suites de violence et de traumatismes, bien d'autres en subissent des conséquences à long terme sur le plan de la santé physique et mentale. Différentes formes de violences touchent les populations de différentes façons. Alors que la plupart des attaques contre les hommes, y compris les jeunes hommes, sont le fait de personnes qui leur sont étrangères ou de vagues connaissances, les femmes sont plus susceptibles de subir des violences de la part de leur mari ou de leur compagnon, tandis que les enfants ont plus de probabilités de subir des violences de la part d'adultes proches d'eux.

152. La violence entraîne des coûts directs et indirects considérables pour les sociétés. Elle draine les budgets des secteurs de la santé, du secteur social et de la justice qui engagent des dépenses pour traiter les survivants et arrêter et poursuivre en justice les auteurs d'actes de violence. La violence a aussi pour effet de réduire la productivité, d'accroître l'absentéisme et d'entraîner des frais intergénérationnels considérables en raison des effets de la violence sur les enfants des survivants. En outre, la peur de la violence peut creuser les iniquités en isolant les pauvres dans leurs domiciles et les riches dans leurs espaces de vie séparés, ce qui a des incidences sur le bien-être et le tissu social des familles et des communautés.

### **2.4 Handicaps et réadaptation**

153. Dans les Amériques on estime que 140 à 180 millions de personnes souffraient d'une forme de handicap en 2010. Ce nombre devrait augmenter en raison de la

croissance démographique, du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies non transmissibles, des accidents, des catastrophes, de la violence, de la mauvaise alimentation et des abus de substances psychoactives. Des ressources limitées, des politiques inappropriées, un accès limité aux services de santé et de réadaptation et des transports difficiles d'accès représentent des défis importants pour les personnes handicapées. La question de la santé oculaire, auditive et buccodentaire doit être traitée, étant donné qu'environ 80 % des cas de cécité dans les Amériques sont évitables et que les caries dentaires touchent plus de 90 % de la population de la Région.

154. L'OPS contribuera à améliorer la santé et les conditions de vie des personnes handicapées par le biais de la coopération technique en encourageant la participation des communautés, ainsi que grâce à une approche fondée sur les droits. L'accès aux services de santé, y compris aux services de réadaptation, sera renforcé pour les personnes souffrant d'un handicap. Il s'agira notamment de générer des synergies entre les programmes de santé connexes pour promouvoir la santé et la prévention des handicaps, renforcer les capacités des ressources humaines en matière de santé, assurer une protection sociale pour les personnes handicapées et améliorer l'information concernant les handicaps dans les systèmes d'information sanitaire.

## **2.5 Nutrition**

155. Une mauvaise nutrition entraîne des retards de croissance chez l'enfant et contribue à la surcharge pondérale et à l'obésité tout au long de la vie. Ceci constitue aussi un facteur de risque important pour trois des quatre grandes maladies non transmissibles : les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète. Les pathologies liées à la malnutrition et au surpoids/obésité font peser un fardeau sur les personnes, les communautés et le système de santé et nuisent au développement humain et à l'équité ; il est essentiel de prévenir ces pathologies pour réaliser les objectifs de développement régionaux et mondiaux. Des cibles régionales ont été fixées pour l'allaitement maternel exclusif et pour la réduction des retards de croissance chez les enfants, du surpoids et de l'anémie chez les femmes.

156. L'OPS appuiera le renforcement de la base de données probantes pour des interventions efficaces sur le plan de la nutrition, contribuera à l'élaboration et à l'évaluation de politiques et de programmes et fournira le leadership, les connaissances pratiques et les capacités nécessaires pour intensifier ces actions. L'Organisation fournira une coopération technique pour l'amélioration des environnements – par exemple, pour favoriser l'allaitement maternel dans les hôpitaux ou des repas et des loisirs sains dans les écoles. L'OPS encouragera la participation du secteur privé dans les domaines de l'enrichissement des aliments de base et de la reformulation des produits et définira les cadres pour les règlements dans les domaines de l'étiquetage des aliments et de la commercialisation d'aliments et de boissons pour enfants. Toutes ces actions feront appel à des approches multisectorielles qui feront intervenir des acteurs clés tels que les

ministères de l'éducation, de l'agriculture et de l'environnement. Enfin, l'OPS opérera un suivi des progrès réalisés pour atteindre les cibles de nutrition convenues par les États Membres.

### **Analyse des parties prenantes**

157. Les principaux intervenants pour cette catégorie comprennent les ministres de la santé et les autorités sanitaires nationales responsables des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, de la nutrition, de la santé mentale, de la violence et des traumatismes, des handicaps et de la réadaptation, notamment les programmes de santé oculaire, auditive et buccodentaire. Dans la mesure où une approche faisant intervenir l'ensemble du gouvernement est nécessaire pour traiter des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, les parties prenantes clés comprennent également celles qui viennent de secteurs en dehors de la santé, comme l'agriculture, l'éducation, les transports, l'emploi, l'environnement et le commerce. L'OPS collabore également sur ces domaines programmatiques avec des intervenants en dehors du gouvernement, y compris les acteurs de la société civile (des organisations non gouvernementales, des organisations internationales, des associations professionnelles et le milieu universitaire) ainsi que le secteur privé.

158. L'OPS a établi des partenariats forts avec les Centres collaborateurs de l'OMS associés à cette catégorie ainsi qu'avec de nombreuses associations professionnelles, des universitaires, des organisations non gouvernementales et des organisations du secteur privé travaillant dans le domaine des maladies non transmissibles. Cette collaboration s'inscrit principalement dans le cadre du Forum panaméricain de lutte contre les MNT (PAFNCD), mais ces relations sont également bien établies dans le cadre d'autres initiatives liées aux domaines programmatiques spécifiques au sein de cette catégorie. La Coalition des Caraïbes pour une bonne santé (*Healthy Caribbean Coalition*), la Coalition d'Amérique latine pour la santé (*Latin America Coalition for Health*) et l'Alliance pour la Convention-cadre sont des coalitions de la société civile clés avec lesquelles l'OPS collabore, notamment pour la mobilisation sociale et la communication autour de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque.

159. L'OPS collabore également avec les agences des Nations Unies, y compris l'Union internationale des télécommunications, l'UNICEF, le PNUD, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, pour intensifier les programmes conjoints de lutte contre les maladies non transmissibles et les facteurs de risque aux niveaux régional et national.

160. Ses liens étroits avec les gouvernements ont permis à l'OPS de soutenir les diverses déclarations politiques sur les maladies non transmissibles. Il s'agit notamment de la Déclaration de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale de l'ONU sur la

prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, la Déclaration de Port of Spain sur les maladies non transmissibles, la Résolution des ministres andins de la santé sur les maladies non transmissibles et la surveillance des maladies non transmissibles (REMSAA XXXIV/5 et REMSAA XXXII, 2011), la résolution de l'UNASUR sur les maladies non transmissibles et la Déclaration d'Antigua (Guatemala) des ministres de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine sur les maladies non transmissibles, avalisée par les présidents du Système d'intégration de l'Amérique centrale.

161. L'OPS continuera à construire et développer les capacités au sein des ministères de la santé afin d'améliorer la réponse multi-parties prenantes, l'efficacité et l'impact des politiques nationales, des programmes et des services liés aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque.

### **Stratégies pour la coopération technique**

162. La priorité sera accordée à la mise en œuvre des différents mandats et résolutions sur les maladies non transmissibles, leurs facteurs de risque et les pathologies connexes, en particulier la Convention-cadre pour la lutte antitabac (un traité mondial juridiquement contraignant) et le Plan d'Action régional pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, dans le droit fil des efforts réalisés en vue d'atteindre les cibles mondiales et les indicateurs énoncés dans le Cadre de suivi mondial des maladies non transmissibles. L'OPS dirigera, conjointement avec les États Membres, une réponse multisectorielle, en structurant les options de politiques et réglementaires pour traiter des conditions environnementales physiques, sociales et économiques plus larges qui contribuent à une nutrition saine, à la réduction des facteurs de risque, à la santé mentale, à la prévention de la violence, à la prise en charge des handicaps et à la réadaptation, et à la prise en charge des maladies non transmissibles. Il s'agira de développer des partenariats efficaces et d'exercer un rôle de leadership et de coordination avec les fonds, programmes et agences pertinents des Nations Unies. Les activités de l'OPS s'appuieront fortement sur ses compétences normatives et de renforcement des capacités.

163. L'OPS soutiendra les États Membres dans leurs efforts pour établir des plans nationaux et renforcer les politiques, les programmes et les services, en mettant l'accent sur l'approche axée sur les soins de santé primaires pour les maladies non transmissibles, leurs facteurs de risque et les pathologies connexes. L'accent sera mis sur la prévention tout au long de la vie et sur le dépistage et la détection précoce du cancer, du diabète et des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque. Les autres priorités comprendront l'amélioration de la qualité des soins, un accès plus large à un diagnostic et un traitement abordables, la réduction de la souffrance des personnes atteintes de handicaps et de maladies chroniques et l'appui de stratégies et de technologies adaptées aux cadres de soins de santé primaires et aux lieux de travail dans des conditions de ressources limitées. L'OPS soutiendra également l'information, la surveillance et la

recherche, l'élargissement de la base de données probantes à l'appui des politiques, des stratégies et des législations nationales, en mettant l'accent sur la protection des droits. Les activités dans le domaine de la santé mentale comprendront la fourniture d'un appui sur le plan psychologique et mental dans les situations d'urgence humanitaire.

## **Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé**

164. La catégorie 2 et ses domaines programmatiques nécessiteront de mener des activités interprogrammatiques avec toutes les autres catégories, notamment la catégorie 1 (maladies transmissibles), la catégorie 3 (déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie) et la catégorie 4 (systèmes de santé). Les liens avec la catégorie 1 comprennent les comorbidités (par exemple, la tuberculose et le diabète, le VIH/sida et la santé mentale) et les vaccins destinés à prévenir certains types de cancers (vaccin contre l'hépatite B pour le cancer du foie, le vaccin anti-VPH contre le cancer du col de l'utérus). En ce qui concerne la catégorie 3, il existe des liens solides entre la mortalité et la morbidité néonatales et de la petite enfance et la promotion d'une alimentation saine (en particulier l'allaitement) comme moyen de prévention des maladies non transmissibles. Les stratégies pour prévenir et maîtriser les maladies non transmissibles soutiennent également le vieillissement actif et en bonne santé. Les actions multisectorielles nécessaires à la prévention des maladies non transmissibles sont celles qui portent sur les déterminants sociaux de la santé, mais aussi sur les menaces environnementales pour l'équité en matière de santé et entre les hommes et les femmes. Les liens avec la catégorie 4 sont particulièrement forts, dans la mesure où une approche de soins primaires, de soins axés sur les personnes et l'accès aux technologies médicales sont autant de paramètres essentiels à la prise en charge des maladies non transmissibles. Les questions qui relèvent de la catégorie 2 nécessitent une collaboration multisectorielle forte afin de traiter les causes sous-jacentes des maladies non transmissibles et les facteurs de risque associés de manière plus efficace.

165. Traiter des déterminants sociaux de la santé joue un rôle essentiel dans la stratégie visant à répondre à la charge des maladies non transmissibles, aux facteurs de risque et aux pathologies connexes. Les stratégies de promotion de la santé sont une composante essentielle de la prévention des maladies non transmissibles ; la promotion de la santé des enfants et des adolescents est particulièrement importante pour inculquer, dans les premiers stades de la vie, des modes de vie sains. Les soins de santé primaires constituent un autre élément essentiel de la prise en charge des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, de la santé mentale, des invalidités et de la réadaptation et de la prévention de la violence et des traumatismes. L'OPS intégrera des interventions de prise en charge des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque dans le cadre des efforts globaux visant à renforcer les systèmes de santé fondés sur l'approche de soins primaires. Des soins équitables pour les maladies non transmissibles, leurs facteurs de

risque et les pathologies connexes nécessitent une protection sociale en santé ; par conséquent, la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque devraient figurer dans les mécanismes de protection sociale.

166. Les thématiques transversales de l'OPS de genre, d'équité, des droits de l'homme et de l'origines ethnique vont être prises en considération dans la réalisation de tous les résultats et indicateurs de résultat ci-dessous.

## **Hypothèses et risques**

### **Hypothèses :**

- a) Les pays et territoires de la Région reconnaissent le concept de la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social.
- b) Les États Membres maintiennent et accroissent leurs engagements au titre des plans d'action sur les MNT de l'OMS et de l'OPS, en tenant également compte des autres mandats liés aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque, tels que les conventions des Nations Unies et les mandats sur l'alcool, le tabac, la mauvaise alimentation, l'activité physique, la santé mentale, la violence, la sécurité routière, le handicap et la nutrition. Il convient de noter en particulier les obligations des pays en vertu de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS.
- c) Les pays et les territoires donnent la priorité à la mise en œuvre de plans d'action nationaux pour traiter les maladies non transmissibles, la santé mentale et les facteurs de risque, avec notamment une augmentation des ressources financière et humaines pour leur mise en œuvre, conformément aux lignes directrices de l'OPS/OMS.
- d) Des collaborations et des partenariats multisectoriels et multidisciplinaires efficaces sont établis pour couvrir des politiques, mécanismes, réseaux et actions, faisant intervenir toutes les parties prenantes aux niveaux national, régional et international.
- e) Les pays et territoires et l'OPS améliorent leurs systèmes d'information de la santé pour mesurer et surveiller de façon adéquate les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.
- f) Une réponse intégrée du système de santé pour les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque est centrée sur les interventions de soins de santé primaires.
- g) L'approche fondée sur les communautés pour la santé mentale est adoptée par les pays et territoires.

**Risques :**

- a) Les priorités nationales concurrentes réduisent l'attention accordée aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque, y compris aux interventions pour la santé mentale et les handicaps au niveau des soins de santé primaires.
- b) L'investissement dans la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles est insuffisant à l'échelle nationale et internationale, ce qui remet en cause la mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les maladies non transmissibles et le plan d'action régional 2013-2019 sur les MNT proposé.
- c) La faible capacité réglementaire au niveau national permet aux industries du tabac, de l'alcool, des aliments transformés et des boissons sucrés d'intervenir et d'entraver les progrès dans les pays.
- d) L'application des lois traitant des facteurs de risque des maladies non transmissibles (y compris sur la sécurité routière et la violence) est limitée au niveau des pays.
- e) L'agrégation des données et le caractère insuffisant des informations sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque masquent des aspects importants relatifs à l'équité face à ces maladies et conditions, ce qui a pour effet d'affaiblir les interventions fondées sur des données probantes.
- f) La complexité des systèmes de suivi et de présentation de rapports, y compris la variété des méthodes utilisées, réduit la capacité des pays et territoires à communiquer leurs progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.
- g) Une faible priorité est accordée aux efforts de prévention de la violence, parce que les conséquences de la violence sont souvent invisibles dans les statistiques de santé actuelles et qu'il est tout aussi difficile d'évaluer les progrès dans ce domaine.

## Catégorie 2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque : domaines programmatiques et résultats

### 2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)*
RIT 2.1 Accès accru aux interventions visant à prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risques	RIT 2.1.1	Réduire l'usage nocif de l'alcool comme il convient dans le contexte national**	8,67 litres/personne/an (2003-2005)	7,8 litres litres/personne/an (réduction de 10 %)
	RIT 2.1.2	Prévalence de la consommation de tabac actuelle (15+ ans)	21 % (2010)	17 % (pour atteindre la cible mondiale de 30 % de réduction d'ici à 2025)
	RIT 2.1.3	Prévalence d'une activité physique insuffisante	60 % (en cours d'examen)	55 % (pour atteindre la cible mondiale de réduction relative de 10 %)
	RIT 2.1.4	Pourcentage des personnes ayant une hypertension contrôlée (< 140/90 mmHg)***	15 %	35 %
	RIT 2.1.5	Prévalence de glucose élevé dans le sang/diabète	18,8%	18,8% (même niveau, pour contribuer à la cible mondiale pour stopper la montée du diabète et de l'obésité d'ici à 2025)
	RIT 2.1.6	Nombre de pays ayant stoppé la montée de l'obésité au niveau national actuel	3 BER, JAM, MEX	11 COR, COL, PER, DOR, SCN, TCA, TRT, VEN
	RIT 2.1.7	Consommation moyenne de sel (chlorure de sodium) dans la population	11,5 grammes (2010)	7 grammes (pour atteindre la cible mondiale de réduction relative de 30 % d'ici à 2025)

\* L'année de référence est 2012 ou l'année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles. L'année est indiquée pour les indicateurs pour lesquels les données de 2012 ne sont pas disponibles. Les cibles pour 2019 comprennent l'année de référence 2012 et les cibles proposées pour 2015.

\*\* Les pays choisiront le ou les indicateur(s) de l'usage nocif de l'alcool en tenant compte du contexte national et conformément à la stratégie mondiale de l'OMS pour réduire l'usage nocif de l'alcool. Ces indicateurs peuvent inclure la prévalence de la consommation d'alcool excessive épisodique, la consommation totale d'alcool par habitant, ainsi que la morbidité et la mortalité liées à l'alcool, entre autres.

\*\*\* En mesurant le pourcentage de personnes souffrant d'hypertension contrôlée, les pays seront en mesure de répondre de manière globale au premier facteur de risque dans la Région qui est également le plus répandu pour les maladies non transmissibles. L'hypertension est une cause de mortalité prématurée par accident vasculaire cérébral, de maladies cardiovasculaires et d'invalidité causée par les insuffisances rénales chroniques. À l'aide de cet indicateur, la Région sera également en mesure de communiquer les données sur l'indicateur de l'OMS concernant la prévalence de pression artérielle élevée.

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)*
	RIT 2.1.8	Nombre de pays et territoires avec une couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus de 70 % d'ici à 2019 chez les femmes âgées de 30 à 49 ans, au moins une fois ou plus, et pour les groupes d'âge inférieurs et supérieurs en fonction des politiques nationales	9 BER, BRA, CAN, CHI, COL, CUB, JAM, SAB, USA	28 ARG, ARU, BAH, BOL, BON, COR, DOM, DOR, ELS, GUA, GUY, HON, MEX, PAR, SCN, STA, TCA, TRT, VEN
	RIT 2.1.9	Nombre de pays avec un taux de prévalence de néphropathies en phase terminale traitées d'au moins 700 patients par million d'habitants	10 ARG, ARU, BER, CAN, CHI, CUR, PUR, SAB, URU, USA	25 BRA, COL, COR, CUB, DOR, ELS, GUT, HON, MEX, PAN, PER, SCN, TCA, TRT, VEN

## 2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 2.2 Couverture de service accrue pour la santé mentale et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives	RIT 2.2.1	Nombre de pays qui ont augmenté le taux d'usagers traités par le biais d'installations de soins de santé mentale ambulatoires au-dessus de la moyenne régionale de 975/100 000 habitants	19 ARG, BLZ, BOL, BON, BRA, BVI, CHI, COR, CUB, DOM, HAI, JAM, PAN, SAB, SCN, SUR, URU, USA, VEN	30 ARU, BER, COL, CUR, ELS, HON, MEX, PER, STA, TCA, TRT

## 2.3 Violence et traumatismes

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 2.3 Facteurs de risque réduits associés à la violence et aux traumatismes en mettant l'accent sur la sécurité routière, les traumatismes des enfants et la violence à l'encontre des enfants, des femmes et des jeunes	RIT 2.3.1	Nombre de pays ayant au moins 70 % d'utilisation des ceintures de sécurité par tous les passagers*	4 CAN, COR, SCN, USA (2013 WHO report)	7 ARG, COL, ECU
	RIT 2.3.2	Nombre de pays et territoires qui utilisent une perspective de santé publique dans le cadre d'une approche intégrée de la prévention de la violence	6 ARG, BRA, CAN, JAM, USA, VEN	17 BAH, BER, COL, DOR, ELS, HON, MEX, NIC, PER, SCN, TRT

\* Cet indicateur sera revu lorsque l'indicateur mondial sera défini par l'OMS.

## 2.4 Handicap et réadaptation

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)
RIT 2.4 Accès accru aux services sociaux et de la santé pour les personnes handicapées, y compris la prévention	RIT 2.4.1	Nombre de pays atteignant 12 % d'accès aux services sociaux et de la santé pour les personnes handicapées, structuré dans le cadre du plan mondial d'action pour les personnes handicapées	3 ECU, TRT, SAB	24 ARG, BER, BOL, BON, BRA, CHI, COL, COR, CUB, DOR, DSM, ELS, HON, GUT, MEX, PER, SCN, STA, TCA, URU, VEN
	RIT 2.4.2	Nombre de pays et territoires atteignant un taux d'opération de la cataracte de 2000/million d'habitants/an	19 ARG, ARU, BAH, BAR, BRA, CAN, CHI, COR, CUB, CUR, DOM, MEX, SAB, SAL, STA TRT, URU, USA, VEN	27 BON, COL, ELS, NIC, PAN, PER, SCN, TCA

## 2.5 Nutrition

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)
RIT 2.5 Facteurs de risque nutritionnels réduits	RIT 2.5.1	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance	13,5 % (2010)	7,5 %
	2.5.2	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) souffrant d'anémie	22,5 % (2010)	18 %
	2.5.3	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en surpoids	6,9 % (2009)	7 %

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

*Promouvoir la bonne santé aux étapes clés de la vie, en tenant compte de la nécessité de traiter des déterminants sociaux de la santé (conditions sociétales dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent) et mettre en œuvre des approches fondées sur l'égalité des sexes, les origines ethniques, l'équité et les droits de l'homme.*

### Champ d'application

167. Cette catégorie regroupe des stratégies visant à promouvoir la santé et le bien-être de la périconception jusqu'à la vieillesse. Cela porte sur *a*) la santé comme résultat de toutes les politiques, *b*) la santé par rapport au développement, y compris l'environnement et *c*) les déterminants sociaux de la santé, qui recouvrent l'intégration et le renforcement des capacités dans les domaines suivants : genre , équité, droits de l'homme et origine ethnique.

168. Cette catégorie est par nature transversale et essentielle pour traiter des déterminants sociaux de la santé et de l'équité afin d'améliorer les résultats sanitaires dans la Région. Elle porte sur les besoins en santé de la population en mettant l'accent en particulier sur les étapes clés de la vie. Cette approche permet d'élaborer des stratégies intégrées qui répondent aux besoins évolutifs et aux changements démographiques, aux facteurs épidémiologiques, sociaux, culturels, environnementaux et comportementaux et aux iniquités en matière de santé et aux lacunes en matière d'équité. L'approche tout au long de la vie s'attache à examiner comment plusieurs déterminants interagissent et affectent la santé tout au long de la vie et à travers les générations. La santé est considérée comme un cycle continu dynamique plutôt que comme une série d'états de santé isolés. Cette approche met en évidence l'importance des transitions, reliant chaque étape à la suivante. Elle définit les facteurs de risque et de protection et donne la priorité aux investissements dans les soins de santé et les déterminants sociaux, le genre, la promotion et la protection des droits de l'homme et les approches ethniques/ raciales en matière de santé. En outre, les travaux entrepris dans le cadre de cette catégorie contribuent à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, surtout de l'OMD 3 (promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes), l'OMD 4 (réduire la mortalité infantile) et l'OMD 5 (améliorer la santé maternelle). Elle est également conforme aux traités et normes universelles et régionales sur les droits de l'homme et répond à la vision du Programme de développement pour l'après 2015.

## Contexte

169. Dans la Région des Amériques, l'espérance de vie à la naissance est passée de 69,2 en 1980 à 76,1 en 2011. Malgré de nombreux progrès, des iniquités flagrantes persistent et des indicateurs positifs masquent souvent des différences significatives au sein des pays et entre les pays. La Région a connu une transition démographique et une urbanisation rapide et se caractérise par un degré élevé de diversité ethnique. Les populations de minorités raciales ou ethniques (y compris les populations autochtones, d'ascendance africaine et les Roms) connaissent des taux plus élevés de pauvreté et un accès limité aux services de santé. Les différences homme/femme interagissent également avec d'autres déterminants de la santé pour influencer sur l'état de santé. Les populations confrontées à des iniquités sur la base du sexe, de l'origine ethnique, de l'âge, du lieu de résidence, de la langue, de la religion, de l'orientation sexuelle, ou d'autres facteurs tendent à souffrir de vulnérabilités plus élevées et à enregistrer de moins bons résultats sur le plan de la santé. Des mesures ciblées sont nécessaires pour réduire ces iniquités de la santé.

170. L'approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé examine la situation dans son ensemble dans chaque pays, en tenant compte des différents facteurs liés qui influent sur la santé et le bien-être. Elle permet aux professionnels de la santé publique de rechercher des solutions aux iniquités en matière de santé en dehors des systèmes de santé. En outre, elle fournit un cadre pour améliorer la santé des populations tout en encourageant des perspectives équitables tout au long de la vie, en promouvant la participation de la société civile et l'autonomisation des communautés.

171. La législation sur la santé et les droits de l'homme, telle que consacrée dans les conventions et les normes universelles et régionales sur les droits de l'homme, offre un cadre conceptuel et juridique unificateur permettant de cibler les stratégies sur les groupes vulnérables, ainsi qu'un mécanisme permettant d'en évaluer la réussite et de clarifier la responsabilité des différentes parties prenantes.

172. Bien que de nombreux pays aient réalisé des progrès considérables sur le plan de la réduction de la mortalité maternelle, les moyennes nationales dissimulent des iniquités. Chaque jour dans la Région, environ 30 femmes meurent de causes liées à la grossesse ou à l'accouchement. De meilleurs systèmes d'information et de collecte des données sont nécessaires pour mieux surveiller la santé maternelle. Les groupes vulnérables (les populations rurales, les groupes autochtones, les adolescents) nécessitent des actions ciblées reposant sur le sexe, l'équité, les droits de l'homme et les déterminants sociaux de la santé. Des efforts visant à réduire la mortalité maternelle devraient inclure des stratégies visant à améliorer la qualité des soins et à traiter la morbidité maternelle grave (décès évités de justesse).

173. Le recours excessif aux césariennes est devenu un problème de santé publique mondial. Une étude récente a montré que sur les 18,5 millions d'accouchements par césarienne effectués dans le monde entier en 2008, 73 % (13,5 millions) ont été réalisés dans 69 pays ayant un taux de césarienne de 15 % ou plus. Les études n'ont montré aucun avantage supplémentaire pour la mère ou le bébé dans les pays où le taux de césarienne est supérieur à 15 % ; au contraire, ces taux élevés ont été associés à des résultats négatifs sur le plan de la santé maternelle et des enfants. En revanche, des taux de césariennes inférieurs à 10 % ont été considérés comme reflétant une sous-utilisation.

174. Des approches globales et intégrées de la santé sexuelle et génésique sont nécessaires dans la Région. Cela passe par une évaluation des besoins des femmes tout au long de la vie, y compris lors des étapes de la périconception, prénatale, de l'accouchement, post-partum et de la ménopause. Il conviendrait d'inclure la contraception et l'avortement dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions de santé. D'autres problèmes affectant les femmes dans la Région comprennent la féminisation du VIH/sida, la santé mentale, les cancers gynécologiques, ainsi que la violence domestique, conjugale et sexuelle. Une question qui se fait jour dans les politiques de santé de la femme tient à l'interface avec les maladies non transmissibles telles que l'obésité, l'hypertension et le diabète, maintenant principales causes du fardeau de morbidité pour les femmes.

175. Les enfants des Amériques sont l'atout le plus important de la Région et la reconnaissance et la protection de leurs besoins et de leurs droits spécifiques sont essentielles pour un développement efficace. Les États Membres ont fait de grands progrès sur le plan de la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles et sont parvenus à mieux intégrer les services de santé pédiatriques dans les établissements de santé. Cependant, pour rendre cette intégration plus efficace encore, des politiques, des stratégies et des plans de santé à l'échelle nationale, ainsi que des lois et des règlements, doivent suivre une approche intersectorielle, interprogrammatique et tout au long de la vie.

176. Bien qu'il y ait eu des réductions significatives de la mortalité infantile, les défis persistants doivent être abordés. La mortalité néonatale est la principale composante de la mortalité infantile et de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et ses principales causes sont évitables. Chaque année, 210 000 enfants de la Région meurent avant leur cinquième anniversaire et plus de 60 % d'entre eux au cours du premier mois de vie.

177. Les conditions à la naissance et au cours des premiers stades de vie influencent fortement la santé et le développement tout au long de la vie. Diverses conditions défavorables dans les premières années sont associées à des effets négatifs sur la croissance, le développement et les capacités sensorielles, qui à leur tour affectent la

qualité de vie et la capacité à travailler et à apprendre. Ceci a en dernière analyse une incidence sur le capital humain du pays. Il existe aussi des données qui étayent la contribution de certaines maladies infantiles au développement de maladies chroniques à l'âge adulte.

178. Les iniquités et l'exclusion sociales constituent l'un des plus grands défis pour la santé des enfants dans la Région. La pauvreté et la privation au cours de la petite enfance peuvent nuire au développement de l'enfant et à l'apprentissage futur, dans la mesure où 80 % de la capacité du cerveau se développe avant l'âge de 3 ans. Cependant, les programmes de développement de la petite enfance ont une faible couverture et bon nombre de stratégies de survie des enfants suivent toujours une approche verticale qui ne tient pas compte des conditions environnementales et autres déterminants sociaux de la santé. Les pays rencontrent des défis lorsqu'il s'agit de mettre à l'échelle les stratégies de prestation de services de santé, à la fois cliniques et communautaires, pour atteindre les objectifs de santé et estimer les ressources nécessaires et les incidences financières de ces stratégies, notamment pour les populations exclues.

179. La population des adolescents et des jeunes représente aujourd'hui 26 % de la population totale de la Région, soit le niveau le plus élevé jamais enregistré par cette cohorte par rapport aux autres groupes d'âge. Le taux de fécondité des adolescentes (73,4 pour 1 000 adolescentes de 15-19 ans) reste élevé par rapport au niveau mondial (52,7 pour 1 000). Par ailleurs, 21 % des adolescents sont considérés en surpoids et 6 % sont obèses ; dans le même temps, l'anémie continue de constituer un problème important chez les jeunes femmes. En outre, la consommation de substances psychoactives et la violence chez les jeunes sont des problèmes inquiétants dans la Région. L'impact disproportionné de ces problèmes sur les jeunes à faible revenu, transfrontaliers et des minorités ethniques sera un axe central de recherche et d'intervention.

180. Les personnes âgées en bonne santé et indépendantes contribuent au bien-être de leur foyer et de leur communauté. Dans dix ans, la Région comptera deux fois plus de personnes âgées (plus de 65 ans) qu'en l'an 2000. Bien que les adultes qui atteignent l'âge de 60 ans aient une espérance de vie supplémentaire d'environ 21 ans, 10 de ces années sont généralement passées en mauvaise santé. Les adultes plus âgés souffrent d'iniquités sociales et économiques ainsi que de multiples problèmes de santé chroniques et handicaps qui sont compliqués par le manque de protection sociale et de couverture santé et un accès insuffisant à des services de qualité. La disponibilité des ressources des ménages pour soutenir les personnes âgées a diminué rapidement et, par conséquent, davantage de personnes âgées n'auront pas accès à ce type de soins. Des interventions en temps voulu et adéquates permettront de relever ces défis et d'accroître les contributions des personnes âgées au développement économique et social.

181. Des facteurs environnementaux ont une incidence sur la santé des personnes et des populations. Selon les estimations, les déterminants environnementaux de la santé

sont à l'origine de jusqu'à 25 % de la charge mondiale de morbidité et causent environ 1 million de décès dans les Amériques chaque année. Les principaux déterminants environnementaux de la santé dans la Région comprennent la pollution atmosphérique intérieure due à la combustion de combustibles solides, la pollution par les particules et l'ozone dans l'air ambiant, le radon résidentiel, l'exposition dangereuse des ménages aux métaux, en particulier au plomb, au mercure et au méthylmercure, les pesticides, les déchets dangereux, le manque d'accès durable à l'eau potable et à l'assainissement de base et les principaux facteurs de risques professionnels. Les déterminants environnementaux de la santé font apparaître une distribution fortement inéquitable, ce qui interagit avec les autres iniquités en matière de santé. Le fardeau de maladies environnementales et sa répartition inéquitable dans la Région représente une menace importante pour l'équité en matière de santé, la couverture sanitaire universelle, la sécurité et la croissance économiques, le développement humain durable, la gouvernance régionale et la réalisation des objectifs mondiaux de développement.

### **3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique**

182. Des interventions efficaces existent pour améliorer la santé des femmes et des enfants et réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Les défis consistent à mettre en œuvre et étendre ces interventions, en les rendant accessibles à tous au cours de la périconception, de la grossesse, de l'accouchement et des premières années de vie et en assurant la qualité des soins. La moitié des décès maternels, un tiers des décès néonataux et un tiers des enfants mort-nés, ainsi que la plupart des complications qui peuvent entraîner la mort de la mère ou du nouveau-né, se produisent dans les 24 heures autour de l'accouchement. C'est également au cours de cette période que les interventions les plus efficaces pour sauver la vie des mères et des bébés peuvent être réalisées : la prise en charge du travail, l'administration d'ocytocine après l'accouchement, la réanimation du nouveau-né, la mise en place rapide de l'allaitement et des interventions pour les enfants présentant des malformations congénitales. Les activités dans ce domaine font l'objet d'un engagement de haut niveau par l'entremise de son inclusion dans les OMD 4 et 5 ; c'est aussi un domaine de focalisation de la Commission sur l'information et la responsabilisation pour la santé des femmes et des enfants.

183. Le planning familial peut permettre d'éviter jusqu'à un tiers des décès maternels, mais, en 2012, les besoins en contraception de plus de 200 millions de femmes n'étaient pas couverts. La mise en œuvre des politiques de santé sexuelle et génésique, dans le cadre des droits à la santé génésique, doit être consolidée et renforcée dans la Région. Au nombre des défis importants, on peut citer la nécessité d'assurer les approvisionnements pour le planning familial, la généralisation de la contraception d'urgence, le fait d'assurer la disponibilité des services de stérilisation masculine et féminine, l'accroissement de la capacité de services de santé pour traiter l'infertilité, la nécessité d'assurer la prise en

charge des avortements dans les cas autorisés par la loi, en particulier lors de grossesses résultant de violences sexuelles, et l'intégration des programmes de santé sexuelle et génésique avec la prise en charge de l'hypertension, du diabète et des services de santé mentale, compte tenu du fardeau élevé que représentent ces maladies.

184. Au cours de la période 2014-2019, le BSP continuera de promouvoir des interventions efficaces en vue de diminuer les taux de mortalité des moins de cinq ans dans les pays en développement pour les ramener jusqu'à un niveau proche de ceux qui sont enregistrés dans les pays riches et de réduire les disparités entre les enfants les plus pauvres et les plus riches au sein des pays. Une attention particulière sera accordée au traitement de la pneumonie et de la diarrhée et à la coordination efficace avec les maladies évitables par la vaccination et les programmes environnementaux.

185. Pour les adolescents, les activités se concentreront sur l'investissement dans les facteurs de protection au niveau individuel, familial et communautaire pour promouvoir et protéger les comportements sains et prévenir les facteurs de risque. La priorité sera accordée aux adolescents pauvres dans des situations vulnérables et aux domaines de la santé sexuelle et génésique et de la violence conjugale et sexuelle, de la santé mentale, de la nutrition, des accidents, de l'utilisation et de la consommation nocive de substances psychoactives et des maladies non transmissibles, dans le cadre des droits de l'homme.

186. Un grand défi dans la Région consiste à mettre en œuvre la promotion de la santé et des services préventifs qui préservent la qualité de vie et le bien-être des adultes (18 à 65 ans), en particulier pour les populations masculines. Le dénominateur commun au cours de cette étape de la vie est le travail, qui fournit des revenus pour subvenir aux besoins des familles, confère un statut social et favorise la croissance personnelle et professionnelle. Cibler cet « âge actif » est important afin de promouvoir des modes de vie sains et de contrôler les facteurs de risque pouvant entraîner des maladies et des troubles au cours des derniers stades de la vie. Une grande variété de facteurs de risque ont une incidence sur la santé des adultes, y compris les comportements, les habitudes, la culture et les déterminants sociaux de la santé. Certains risques sont liés aux conditions de travail (comme l'exposition aux risques physiques, chimiques ou biologiques) ou aux modalités de travail (contrats, salaires, horaires, prestations sociales, etc.). En outre, certains types d'emplois peuvent promouvoir des habitudes non saines, comme par exemple une activité physique insuffisante ou une mauvaise alimentation. Les services préventifs et cliniques, y compris le dépistage systématique des maladies et les vaccinations prévues, sont essentiels pour améliorer la santé des adultes et prévenir les décès prématurés et l'invalidité.

### **3.2 Vieillesse et santé**

187. L'approche du parcours de vie pour la promotion de la santé favorise un vieillissement plus actif et en bonne santé. Au cours de la période 2014-2019, le BSP

accordera la priorité à la santé des 150 millions de personnes âgées qui vivent actuellement dans la Région et aux 50 autres millions qui deviendront des personnes âgées d'ici à 2025. Ces efforts porteront sur le maintien de leur capacité fonctionnelle à vivre activement et indépendamment au sein de leurs communautés, en réduisant le taux d'invalidité et de demande de soins de longue durée, de services de santé et d'assistance sociale, en promouvant la santé des personnes âgées dans les politiques publiques, en accordant la priorité à la santé mentale, en adaptant les systèmes de santé et le développement de ressources humaines les appuyant afin de relever les défis associés au vieillissement et en générant les informations nécessaires pour mettre en œuvre et évaluer les interventions.

### **3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique**

188. L'égalité des sexes en matière de santé constitue un objectif progressif pour que les femmes et les hommes, dans un contexte de diversité sexuelle et ethnique, aient des chances égales d'accéder aux ressources nécessaires pour protéger et promouvoir leur santé. Les conditions préalables pour parvenir à l'égalité entre les sexes comprennent le fait que l'État tienne ses obligations d'assurer le droit à la santé et de lutter contre les iniquités entre les sexes.

189. Les droits des enfants à bénéficier du niveau de santé le plus élevé réalisable et de participer aux questions qui influent sur leur santé, sont reconnus par la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant. Ces droits sont respectés dans l'élaboration des politiques et des programmes.

190. Une approche axée sur les synergies sera suivie pour l'intégration institutionnelle de l'égalité entre les sexes, de l'équité, des droits de l'homme et de l'origine ethnique à tous les niveaux de l'Organisation. Il s'agit de concevoir et de mettre en place des mécanismes structurels qui permettent l'intégration programmatique (politiques, plans et lois) pour réussir et qui appuient les pays dans la réalisation du genre, de l'équité et de l'égalité ethnique et dans la réalisation du droit à la santé et des droits de l'homme connexes. À cet égard, les défis pour l'OPS et les États Membres incluent le développement d'une expertise suffisante relative aux instruments juridiques sur les droits de l'homme et aux mécanismes de responsabilisation applicables tout au long de la vie, aux déterminants sociaux, au genre, à l'équité et à la diversité culturelle, et leur intégration au sein des systèmes de santé.

### **3.4 Déterminants sociaux de la santé**

191. Les activités sur les déterminants sociaux de la santé recoupent tous les domaines opérationnels de l'OPS. Au cours de la période 2014-2019, l'OPS continuera de mettre l'accent sur les déterminants sociaux et leurs liens avec la promotion de la santé, en

traitant de l'équité dans les cinq catégories programmatiques du Plan stratégique (à l'exception de la catégorie 6, Services institutionnels/fonctions essentielles). En outre, le renforcement des capacités sur l'intégration de l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé se poursuivra au sein du BSP et des États Membres. Des outils et lignes directrices sont nécessaires pour mettre en œuvre la Santé dans toutes les politiques dans le but de favoriser une plus grande prise de conscience de la valeur ajoutée par l'entremise de l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé et de ses liens avec la promotion de la santé, ce qui encourage une participation et une autonomisation accrues des communautés pour la santé. Le BSP élaborera également une série type d'indicateurs pour suivre l'action sur les déterminants sociaux de la santé et mettre en œuvre et suivre le plan de travail conjoint sur les déterminants sociaux avec les partenaires au sein et en dehors du secteur de la santé. Il faudra recueillir des données désagrégées pour améliorer l'analyse et la compréhension des iniquités et des gradients sociaux de la santé dans la Région, ainsi qu'au sein des pays.

192. La Santé dans toutes les politiques s'appuie sur les évolutions nationales et internationales dans le domaine de la politique de la santé et des soins de santé intégraux, y compris la Déclaration d'Alma Ata, la Charte d'Ottawa, la Déclaration universelle des droits de l'homme et la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé. La Déclaration politique de Rio, adoptée en 2011 par la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, exprime un engagement mondial à mettre en œuvre l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé. Cela permet aux pays de la Région de générer l'impulsion nécessaire pour élaborer leurs propres plans d'action et leurs stratégies multisectorielles à l'échelle nationale consacrés à la réduction des iniquités.

193. Enfin, comme énoncé dans la Déclaration politique de Rio, l'OPS mettra l'accent sur la nécessité d'améliorer la coordination et les orientations du nombre croissant d'acteurs dans le secteur de la santé, domaine généralement appelé la gouvernance de la santé. L'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé favorise la gouvernance par l'entremise de partenariats et de réseaux avec les différents secteurs de la société, en vue de lutter contre les iniquités flagrantes au sein de la Région à travers des actions concrètes et des politiques publiques consensuelles. L'objectif consiste à parvenir au plus haut niveau possible de santé pour tous et à la mise en œuvre des traités et normes universels et régionaux sur les droits de l'homme applicables à la santé.

### **3.5 Santé et environnement**

194. Il est indispensable d'agir sur les déterminants environnementaux de la santé pour construire des sociétés inclusives, en bonne santé et sûres dans lesquelles les personnes peuvent réaliser leur plein potentiel et mener une vie longue, saine, digne et productive. Cela requiert des mesures spécifiques pour lutter contre les iniquités environnementales en matière de santé. En accord avec le grand nombre d'engagements, accords et mandats

mondiaux et régionaux sur les questions liées à la santé environnementale, la coopération technique de l'OPS dans ce domaine prioritaire visera avant tout à : *a)* renforcer la gouvernance des autorités sanitaires nationales en matière de santé environnementale, *b)* accroître les capacités institutionnelles sur le plan de la santé environnementale, y compris les compétences professionnelles dans l'évaluation des risques et des impacts en santé environnementale, du suivi des iniquités environnementales en matière de santé et de la mise en place d'une base de données probantes pour contribuer à la définition des politiques, *c)* encourager le maintien et la promotion de la santé environnementale, en mettant l'accent sur la mise en œuvre des services environnementaux primaires au niveau local, *d)* encourager des actions visant à réduire les iniquités environnementales et leur impact sur la santé au moyen d'actions qui couvrent tous les gradients environnementaux et sociaux ainsi que d'actions qui ciblent les populations vulnérables et *e)* renforcer des programmes spécifiques qui répondent aux menaces environnementales actuelles et futures avec des impacts locaux sur la santé, comme le changement climatique, la perte de biodiversité, l'appauvrissement de l'écosystème, la pénurie d'eau et la désertification.

### **Analyse des parties prenantes**

195. Les activités dans la catégorie 3 seront entreprises dans le cadre de la stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé des femmes et des enfants et l'Initiative « Chaque femme, chaque enfant ». Les partenaires et collaborateurs comprendront H4 + (OMS, UNICEF, FNUAP, Banque mondiale, ONUSIDA, ONU Femmes), le partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, d'autres partenaires des Nations Unies comme le PNUD et la Division de la Population des Nations Unies, l'Organisation des États américains (OEA), des institutions universitaires et de recherche, la société civile et des organisations de développement, le Programme spécial PNUD/FNUAP/UNICEF/OMS/Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance GAVI. Ces partenariats seront complémentaires et accéléreront l'action pour l'élan final vers la réalisation des OMD 3, 4 et 5.

196. L'un des objectifs fondamentaux du Programme de développement pour l'après-2015 consiste à maximiser la santé à tous les stades de la vie. Les activités dans cette catégorie sont essentielles pour atteindre cet objectif, de même que la couverture sanitaire universelle. Pour y parvenir, l'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé et la promotion de la santé tout au long de la vie sont cruciales.

197. Avec l'expérience acquise en 2012-2013 par l'intermédiaire des activités de la plateforme des Nations Unies sur les déterminants sociaux de la santé (Organisation internationale du travail, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, UNICEF et OMS), l'Organisation est bien placée pour plaider en faveur d'une action sur les déterminants sociaux, y

compris leur intégration dans le Programme de développement pour l'après-2015 et pour fournir un soutien technique aux États Membres dans ce domaine. Un réseau d'institutions sera mis en place pour renforcer les capacités des États Membres à mettre en œuvre les cinq domaines d'action consacrés dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé.

198. L'OPS va maintenir son rôle au sein de l'UN-water, renforcer sa collaboration avec l'UNICEF sur le suivi mondial de l'eau et de l'assainissement et prendre la direction d'une initiative visant à assurer la qualité de l'eau grâce à un nouveau cadre de collaboration avec ONU-HABITAT, sur les questions de santé environnementale en milieu urbain. L'Organisation continuera à accueillir le Secrétariat du Programme inter-organisations pour la gestion rationnelle des produits chimiques et à y participer. L'OPS renforcera encore la représentation de la santé dans la réponse globale des Nations Unies aux changements climatiques par l'entremise du Comité de haut niveau sur les Programmes du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination. L'Organisation apportera une contribution technique sur la santé aux programmes dans le cadre de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques et à des partenariats spécifiques avec d'autres organisations du système des Nations Unies.

### **Stratégies pour la coopération technique**

- a) Assurer la disponibilité des données pour mesurer les tendances liées aux déterminants sociaux de la santé, aux droits de l'homme et à l'origine ethnique et l'égalité entre les sexes en ce qui concerne la santé de la Région.
- b) Renforcer les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation pour étendre la recherche et les données probantes disponibles pour la planification et l'évaluation des politiques grâce à des investissements adéquats, au renforcement des capacités et à un partenariat efficace entre les secteurs public et universitaire.
- c) Plaider auprès des gouvernements pour donner la priorité à un parcours de vie sain à l'aide d'un cadre de déterminants sociaux, de droits de l'homme, de diversité culturelle et d'égalité entre les sexes en matière de santé, au moyen de l'éducation, de politiques et d'un plan de communication, en mettant l'accent sur l'action intersectorielle et les partenariats public-privé.
- d) Renforcer les stratégies et plans nationaux de la santé pour traiter de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, en faisant participer la société civile et les parties prenantes concernées au moyen d'initiatives fondées sur les communautés.
- e) Soutenir l'intégration de l'égalité des sexes, l'égalité ethnique/raciale, la réduction de la pauvreté et les perspectives des droits de l'homme dans l'élaboration des directives de santé, la formulation des politiques et la mise en œuvre des programmes pour agir à la racine sur les causes des iniquités, de la discrimination

- et des iniquités en matière de santé en ce qui concerne les groupes les plus vulnérables.
- f) Mettre en œuvre les plans et stratégies régionaux existant convenus avec les États Membres, y compris les résolutions des organes directeurs de l'OPS, qui se rapportent à la santé tout au long de la vie, aux déterminants sociaux, aux droits de l'homme, à la diversité culturelle, à l'égalité entre les sexes en matière de santé et à l'environnement, et qui comprennent des interventions sur les principaux problèmes de santé à l'aide de stratégies de promotion et de prévention.
  - g) Contribuer au renforcement des systèmes de santé avec les éléments suivants :
    - i. Intégration et harmonisation des programmes et interventions sur tout un cycle continu de soins tout le long du parcours de vie qui recouvre le foyer, la communauté et les différents niveaux et services du système de santé.
    - ii. Expansion, intégration et réorientation des services de prestation d'interventions tout au long de la vie tenant compte de la problématique hommes/femmes et rentables, à l'aide de déterminants sociaux, des droits de l'homme et de l'égalité entre les sexes dans les cadres de la santé, par le biais de la prévention, du diagnostic, du traitement, des soins et du soutien, en assurant des services pour les populations difficiles à atteindre et les groupes vulnérables, notamment les populations autochtones.
    - iii. Renforcement des capacités du personnel de la santé publique à fournir des interventions de santé publique et des soins de santé de qualité en réponse aux nouvelles demandes liées aux tendances démographiques et épidémiologiques.
    - iv. Promotion d'interventions fondées sur les communautés et appui à des soins appropriés à domicile tout au long de la vie.
  - h) Établir et maintenir une coordination efficace avec les autres partenaires dans tous les secteurs pertinents, aux niveaux national, infrarégional et régional et favoriser les partenariats au niveau bilatéral et avec les agences des Nations Unies en vue d'harmoniser les actions qui permettent d'étendre l'échelle des interventions et de maximiser l'utilisation des ressources, en renforçant le réseau des Centres collaborateurs de l'OMS dans les Amériques.
  - i) Encourager le transfert de technologies et de nouvelles modalités de coopération technique (par exemple, Sud-Sud), en s'appuyant sur et en mobilisant l'expertise technique dans l'ensemble de la Région et en favorisant l'échange des leçons apprises entre les États Membres.
  - j) Renforcer l'alliance stratégique entre les ministères de la santé et de l'environnement pour renforcer les liens entre les secteurs de la santé et de

- l'environnement dans la planification et la mise en œuvre des politiques nationales.
- k) Mobiliser des ressources pour toutes les approches stratégiques en vue d'améliorer la santé tout au long de la vie.
  - l) Veiller à ce que la coopération technique soit adaptée aux besoins des États Membres et de leurs populations, en concentrant la coopération technique sur les pays clés tels que définis dans le présent Plan stratégique et sur les pays prioritaires identifiés pour cette catégorie.

### **Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé**

199. Cette catégorie présente de nombreux liens avec d'autres domaines de travail de l'OPS. Il existe des relations de travail spécifiques avec les services s'occupant des maladies transmissibles et des vaccins, de la nutrition, de la sécurité alimentaire et des services de santé intégrés, axés sur les personnes, qui fournissent des soins de santé primaires pour réduire la mortalité et la morbidité maternelle et infantile tout au long de la vie. Il existe également des liens entre les programmes portant sur les comportements à risque à l'adolescence et sur les maladies non transmissibles chez l'adulte. La réponse du BSP aux besoins sanitaires des populations plus âgées présente de multiples facettes et fait intervenir toutes les sections de l'Organisation. Une collaboration étroite avec l'analyse de la situation sanitaire et les maladies non transmissibles et la santé mentale tout au long de la vie et, ainsi que l'accès aux soins de santé et aux soins de longue durée et la prévention de l'invalidité chez les personnes âgées va revêtir une importance particulière. Le lien avec les efforts visant à assurer la santé des femmes, des enfants et des personnes âgées lors de situations d'urgence est tout aussi important.

200. En outre, de par leur nature même, les activités dans cette catégorie – à savoir, les efforts visant à soutenir la santé tout au long de la vie et les thématiques transversales telles que le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique – contribuent au travail et bénéficient du travail réalisé dans toutes les autres catégories. Cette catégorie servira de plateforme centrale pour s'assurer que le travail technique dans ces domaines transversaux est intégré dans tous les domaines programmatiques. En outre, la collaboration intersectorielle pour traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé devra être encouragée.

## Hypothèses et risques

### Hypothèses :

- a) Les États Membres maintiennent un engagement à remédier aux iniquités de la santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, y compris en mettant en œuvre la Déclaration politique de Rio et en assurant un suivi de ses progrès.
- b) Le secteur de la santé maintient sa position de leader dans la mise en œuvre du Cadre d'action des pays pour la Santé dans toutes les politiques.
- c) Des engagements politiques sont pris à l'échelle régionale et nationale en ce qui concerne les droits sur le plan de la santé sexuelle et génésique ainsi que de la santé tout au long de la vie, les thématiques transversales et les déterminants sociaux de la santé.
- d) Des approches et des mécanismes de coordination globaux sont en place dans et entre les catégories et avec les autres agences des Nations Unies pour améliorer la santé des populations vulnérables.
- e) Des activités interprogrammatiques sont conçues pour tirer parti des interventions sur le plan des systèmes de santé.
- f) Les systèmes d'information de la santé ont la capacité d'opérer un suivi de la situation sanitaire de tous les groupes de population.
- g) Les pays sont prêts à mettre en œuvre et à soutenir les changements dans les législations et les politiques visant à faire tomber les barrières à l'accès aux soins de santé et aux méthodes contraceptives, notamment chez les jeunes.
- h) Des interventions fondées sur des données probantes sont disponibles au niveau national, avec des outils appropriés pour leur mise en œuvre.
- i) Une approche globale en termes de vieillissement actif intègre non seulement la santé physique des adultes âgés, mais aussi les droits de l'homme, la santé mentale, les déterminants sociaux et autres programmes pertinents.
- j) La collaboration régionale et multisectorielle contribue au développement de nouveaux programmes et au partage des meilleures pratiques entre les États Membres.
- k) Les systèmes de santé sont prêts à fournir des services cliniques, des services de prévention et de promotion de la santé pour les travailleurs et les populations en âge de travailler.
- l) Une collaboration est en place avec les autres agences des Nations Unies pour traiter de la santé environnementale et de la santé des travailleurs.

- m) Les pays renforcent leurs cadres de politiques et législatifs sur la santé environnementale et la santé des travailleurs.

**Risques :**

- a) Des priorités concurrentes, des catastrophes et épidémies, des troubles politiques ou des troubles civils limitent les ressources pour les domaines programmatiques dans cette catégorie, ce qui a pour effet de compromettre l'obtention des résultats.
- b) On constate une érosion de la volonté politique d'appuyer les activités sur les déterminants sociaux de la santé et une capacité limitée à intégrer les déterminants sociaux dans les programmes de santé.
- c) Les interventions au niveau des soins de santé primaires sont entravées par la rotation fréquente du personnel et l'absence de masse critique de prestataires de soins de santé.
- d) Les systèmes d'informations produisent des données désagrégées limitées et peu nombreuses sur les déterminants sociaux de la santé.
- e) Il y a un engagement limité des principales parties prenantes à tous les stades du processus décisionnel autour du planning familial, des politiques jusqu'à la mise en œuvre des programmes, pour des raisons sociales et religieuses. L'approche multisectorielle n'est pas suivie pour assurer l'accès au planning familial. La plupart des pays ne disposent pas de systèmes de suivi et d'évaluation adéquats pour identifier les principaux obstacles au planning familial et les groupes ayant le moins accès à ces services, tels que les adolescents, les populations autochtones et les populations rurales.
- f) Le personnel de la santé n'est pas prêt pour l'élaboration de nouveaux programmes pour un vieillissement actif.
- g) L'utilisation de programmes fondés sur des preuves qui ont été adaptés aux contextes locaux et qui sont pertinents pour les populations locales est limitée.
- h) Bien que les priorités en matière de santé aux niveaux mondial, régional et national, se concentrent sur les thématiques transversales, celles-ci sont facilement laissées dans l'ombre ou de côté lorsqu'elles sont contestées par des groupes d'intérêt nationaux et internationaux. On constate des connaissances et un consensus limités entre les partenaires sur les définitions, les cadres et les stratégies pour les thématiques transversales.
- i) Des législations et politiques aux effets négatifs reposant sur les identités sexuelles, les expressions sexuelles, l'âge, l'origine ethnique et/ou l'orientation sexuelle font obstacle aux initiatives visant à respecter, promouvoir et protéger les droits de l'homme dans le contexte de la santé.

- j) Des politiques et des lois dépassées, et une application limitée des politiques et des lois, font qu'il est difficile de traiter efficacement de la santé environnementale et de la santé des travailleurs.

### Catégorie 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie : domaines programmatiques et résultats

#### 3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)**
RIT 3.1 Accès accru aux interventions visant à améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes	RIT 3.1.1	Pourcentage des besoins non couverts pour ce qui est des méthodes modernes de planning familial	44 %	25 %
	RIT 3.1.2	Pourcentage de naissances assistées par du personnel de santé qualifié	95 %	99 %
	RIT 3.1.3	Pourcentage des mères et des nouveau-nés recevant des soins postnataux dans les sept jours qui suivent l'accouchement	40 %	65 %
	RIT 3.1.4	Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein	43,8 %	54,0 %
	RIT 3.1.5	Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont on pense qu'ils souffrent de pneumonie qui reçoivent des antibiotiques	À déterminer	À déterminer
	RIT 3.1.6	Taux spécifique de fécondité chez les femmes de 15 à 19 ans***	60	52
	RIT 3.1.7	Nombre de pays améliorant la couverture des évaluations médicales au travail pour la population d'adultes actifs (18 à 65 ans) et l'accès à cette couverture	3 ARG, CHI, COL	10 À confirmer

\* L'année de référence est 2012 ou l'année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles. L'année est indiquée pour les indicateurs pour lesquels les données de 2012 ne sont pas disponibles. Les cibles pour 2019 comprennent l'année de référence 2012 et les cibles proposées pour 2015.

\*\* À partir de l'enquête de l'OMS devant être menée en 2014.

\*\*\* L'OPS mesurera aussi le pourcentage de mères adolescentes âgés de moins de 15 ans.

### 3.2 Vieillesse et santé

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 3.2 Accès accru aux interventions en vue de permettre aux personnes âgées de continuer à mener une vie indépendante	RIT 3.2.1	Nombre de pays et territoires ayant un accès accru aux services communautaires pour les personnes âgées et aux programmes leur permettant de se prendre en charge	7 CHI, COR, CUB, CUR, MEX, SAB, USA	18 ARG, BON, COL, ELS, DOM, HON, PER, SCN, STA, TRT, VEN

### 3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 3.3 Capacité accrue des pays à intégrer le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique en matière de santé	RIT 3.3.1	Nombre de pays et territoires ayant une réponse institutionnelle aux iniquités en matière de santé (sur la base du sexe et de l'origine ethnique) et en matière de droits de l'homme	32 ANU, ARG, ARU, BAR, BLZ, BOL, BON, BRA, BVI, CAN, CHI, COL, COR, DOR, ECU, CUR, DSM, ELS, GUT, GUY, HON, MEX, MON, NIC, PAN, PAR, SAB, SUR, STA, TRT, USA, VEN	39 BAH, CUB, HAI, PER, SAL, SCN, URU

### 3.4 Déterminants sociaux de la santé

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 3.4 Leadership accru du secteur de la santé pour traiter des déterminants sociaux de la santé	RIT 3.4.1	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre au moins deux des cinq piliers de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé	6 ARG, BON, BRA, CHI, COR, VEN	27 BAH, BAR, BLZ, BOL, COL, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GUY, GUT, MEX, NIC, PAN, PER, SAB, STA, SUR, TCA, TRT
	RIT 3.4.2	Nombre de pays et territoires qui ont réorienté leur secteur de la santé pour remédier aux iniquités en matière de santé	13 ARG, ARU, BON, BRA, CAN, CHI, COR, COL, DOR, MEX, NIC, SAB, VEN	26 BAH, BLZ, BOL, CUB, DSM, ELS, GUY, PAN, PER, SCN, STA, TCA, TRT

### 3.5 Santé et environnement

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 3.5 Réduction des menaces environnementales et professionnelles en matière de santé	RIT 3.5.1	Nombre de pays et territoires qui ont réduit l'écart entre l'accès des populations urbaines et rurales à de l'eau dont la qualité est contrôlée conformément aux directives de l'OMS	14 ARG, ARU, BAR, CAN, COL, CUR, DSM, JAM, SAB, SAV, SCN, TCA, URU, VEN	27 COR, BOL, DOR, ELS, GUT, GUY, HAI, HON, MEX, NIC, PER, STA, TRT
	RIT 3.5.2	Proportion de la population ayant accès à un assainissement amélioré	88%	92%
	RIT 3.5.3	Nombre de pays où la proportion de la population utilisant des combustibles solides est réduite	22 ANI, ARG, ARU, BAH, BAR, BON, CAN, DOR, DOM, DSM, ECU, GRA, JAM, SAB, SAL, SAV, STA, SCN, TRT, URU, USA, VEN	29 COL, ECU, ELS, GUT, HAI, NIC, PER
	RIT 3.5.4	Nombre de pays et territoires ayant la capacité de traiter de la santé des travailleurs (santé au travail) en mettant l'accent sur des secteurs économiques vitaux et sur les maladies professionnelles	11 ARG, BON, BRA, CAN, COL, CUR, MEX, PER, SAB, STA, USA	24 ARU, BAH, DOM, DOR, DSM, ELS, GUY, HON, JAM, SCN, TCA, TRT, VEN
	RIT 3.5.5	Nombre de pays et territoires ayant la capacité de traiter de la santé environnementale	11 ARG, BON, BRA, CAN, COL, CUR, MEX, PER, SAB, STA, USA	24 ARU, BAH, DOM, DOR, DSM, ELS, GUY, HON, JAM, SCN, TCA, TRT, VEN

## Catégorie 4 – Systèmes de santé

*Renforcement des systèmes de santé sur la base des soins primaires, accent mis sur la gouvernance et le financement de la santé en vue d'une réalisation progressive de la couverture sanitaire universelle, organisation de la prestation de services intégrés axés sur les personnes, promotion de l'accès à des technologies de la santé et de leur utilisation rationnelle, renforcement des systèmes d'information et de recherche de la santé et de l'intégration des données probantes dans les politiques de santé et les soins de santé, facilitation du transfert des connaissances et des technologies et développement des ressources humaines pour la santé.*

### Champ d'application

201. La couverture sanitaire universelle (CSU) est l'une des idées les plus fortes en santé publique. Elle combine deux composantes fondamentales : a) l'accès aux services de qualité nécessaires à une bonne santé pour chaque personne et pour la communauté, y compris la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs/à long terme, ainsi que des actions visant à traiter des déterminants de la santé, et b) les mécanismes financiers, les politiques et les règlements nécessaires pour garantir une protection financière et éviter que la mauvaise santé ne mène à la pauvreté ou ne l'aggrave.

202. Promouvoir la couverture sanitaire universelle passe par la promotion de l'accès universel à des travailleurs de la santé bien formés et motivés et à des technologies de la santé sûres et efficaces, y compris les médicaments et autres produits médicaux, par le biais de réseaux d'approvisionnement bien organisés. Cela passe aussi par la construction et le maintien de systèmes de santé solides basés sur les soins de santé primaires et s'appuyant sur des fondements juridiques, institutionnels et organisationnels solides. Les activités dans ces domaines doivent être guidées par l'innovation, les preuves scientifiques et les connaissances pertinentes. Les États Membres de l'OPS diffèrent en termes de taille, de ressources et de niveaux de développement ; la CSU offre un concept unificateur puissant pour orienter la santé et le développement et promouvoir l'équité en matière de santé dans les années à venir. Le leadership de l'OPS, tant technique que politique, sera crucial pour promouvoir la CSU et permettre aux pays de la réaliser.

## **Contexte**

### **4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux**

203. Les systèmes de santé dans la Région font face à deux grands défis organisationnels : la segmentation en raison des différents régimes de financement et d'affiliation et la fragmentation en raison de la fourniture de soins par de nombreux établissements et installations qui, souvent, ne sont pas intégrés dans des réseaux. D'autres problèmes incluent le manque de priorités et d'objectifs sanitaires nationaux clairs, l'absence de données comparables, la faiblesse de la gestion des services et des capacités de réglementation et les lacunes dans la disponibilité, la distribution et la qualité du personnel de la santé. Ces problèmes contribuent aux iniquités en matière de santé, à l'inefficacité des services de santé et aux lacunes dans l'accès effectif à des services de santé de haute qualité, y compris les produits médicaux et les autres technologies de la santé.

204. Alors que l'évaluation à mi-parcours de 2012 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques fait état de progrès importants dans la planification sanitaire stratégique dans une grande majorité des pays de la Région, le renforcement de cette fonction dans le secteur de la santé est essentiel pour un leadership et une gouvernance efficaces. Un grand défi lié au leadership et à la gouvernance du secteur de la santé tient à l'accès et à l'utilisation insuffisants des connaissances scientifiques pour mieux comprendre les effets des programmes et des services de santé publique.

205. L'accès aux services de santé n'est qu'un déterminant de la santé parmi d'autres. Il existe une relation forte entre la CSU et les piliers sociaux, environnementaux et économiques du développement durable. Par conséquent, des millions de personnes dans la Région ne jouissent pas d'un droit garanti à la santé et les ressources ne sont pas utilisées efficacement pour mettre en œuvre des interventions ayant fait leurs preuves pour traiter des priorités de la santé et améliorer les résultats sanitaires. Les populations les plus touchées sont celles qui sont les plus vulnérables, exclues par le passé et pauvres, comme les populations autochtones et d'ascendance africaine. Les politiques et les cadres juridiques favorisant l'équité dans l'accès aux soins de santé et aux technologies de la santé font l'objet d'activités dans toute la Région, de même que les mécanismes de protection sociale visant à réduire ou éliminer les barrières financières.

206. La CSU est conçue non comme un ensemble minimum de services mais comme un processus actif de réalisation progressive. Elle doit progresser sur trois fronts : *a)* la gamme de services de bonne qualité qui sont effectivement disponibles pour les personnes, *b)* la proportion des coûts de ces services qui est couverte et *c)* la proportion de la population couverte par les services de santé. Les résultats de l'évaluation à mi-

parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques affichent des progrès pour ce qui est du rôle de pilotage des autorités sanitaires nationales et suggèrent de poursuivre les efforts en vue de renforcer ces trois dimensions. Le développement de la bonne gouvernance en matière de santé, en tant que processus pour construire une vision commune et aligner les efforts, est essentiel pour la CSU. La stratégie politique proposée, qui établit des liens entre la santé et des objectifs sociaux et économiques plus larges, implique la mise en œuvre de politiques de protection sociale fondées sur des données probantes avec des mécanismes de financement spécifiques pour la CSU.

#### **4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes**

207. Dans les Amériques, la fragmentation des services de santé constitue une contrainte commune. Les systèmes fragmentés sont caractérisés par une coordination limitée entre les différents niveaux et points de service, la duplication de services et d'infrastructures, une capacité de production inutilisée ou sous-utilisée et la fourniture de services de santé dans les lieux les moins appropriés, en particulier les hôpitaux. Du point de vue de la population, la fragmentation se traduit par un accès limité aux services, la perte de continuité dans les soins et des services qui ne répondent pas aux besoins des utilisateurs.

208. La couverture sanitaire universelle suppose un modèle de soins centré sur les personnes et le développement de réseaux de soins complets pour répondre aux besoins et aux demandes de l'ensemble de la population tout au long de la vie. La transformation de la façon dont les soins sont dispensés assurera l'accès à des services de santé efficaces et complets, y compris les programmes de santé verticaux, dans l'ensemble du cycle continu de soins de santé. La prestation de services intégrés, centrés sur la population se concentre sur les besoins et les attentes en matière de santé des personnes et des communautés et non uniquement sur les maladies. Dans l'intervalle, des politiques fondées sur des données probantes s'appuient sur les meilleurs éléments de preuve scientifiques et d'autres formes de connaissances de manière systématique et s'attachent à promouvoir des approches appropriées et efficaces pour améliorer les soins de santé et les politiques pour la santé. Ces deux aspects jouent un rôle crucial dans la définition des politiques de santé et des services de santé.

#### **4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire**

209. Les technologies de la santé, y compris les médicaments et autres produits médicaux, sont indispensables à la fourniture de services de santé, de la prévention aux soins palliatifs. Améliorer l'accès aux technologies de la santé est une étape essentielle de la réalisation de la CSU et un élément indispensable de ce processus consiste à élaborer et mettre en œuvre des politiques visant à renforcer la gouvernance et la gestion des technologies de la santé. Il existe des disparités importantes dans l'accès aux médicaments et aux autres technologies de la santé entre les pays des Amériques et entre

les différents groupes socioéconomiques au sein d'un même pays. Dans la plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, les technologies de la santé constituent les plus grandes dépenses publiques après les dépenses en personnel, ainsi que le plus gros poste de dépenses de santé des ménages. L'utilisation inappropriée et irrationnelle des médicaments et des autres technologies de la santé a non seulement pour effet d'accroître le coût des soins de santé mais aussi de réduire la qualité des soins, de mettre en péril la sécurité des patients et de compromettre les résultats globaux de la santé.

210. Alors que certains pays de la Région ont renforcé leur capacité d'innovation technologique en matière de santé, plusieurs priorités de l'innovation n'ont pas encore été couvertes. De nouvelles technologies de la santé sont désormais disponibles, mais elles coûtent souvent plus cher que celles qu'elles remplacent. Par conséquent, les évaluations des technologies de la santé devraient guider la prise de décisions relatives à l'acquisition de nouvelles technologies et leur mise en œuvre au sein des services de santé, et des directives sur la pratique devraient être préparées en vue d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser les ressources pour la santé. Une capacité réglementaire appropriée est nécessaire pour assurer la disponibilité de médicaments et d'autres technologies de la santé sûres, de qualité et efficaces, et le renforcement de cette capacité est devenu une priorité pour les pays des Amériques dans leurs efforts pour progresser vers la CSU.

#### **4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes**

211. Les informations sur la santé constituent un intrant clé qui étaye tous les aspects de l'action sanitaire, y compris la recherche, la planification, les opérations, la surveillance, le suivi et l'évaluation, ainsi que la hiérarchisation des priorités et la prise de décisions. Toutefois, des disparités persistent entre les pays sur le plan de la couverture et de la fiabilité des systèmes d'information de la santé et du caractère opportun et de la qualité des informations qu'ils fournissent. Les pays diffèrent aussi en ce qui concerne leurs capacités de recherche et analytiques pour produire des données sur la santé et les utiliser pour analyser les causes des problèmes et les meilleures options disponibles pour y remédier. Les communautés doivent jouer un rôle plus actif dans la production et la diffusion des éléments de preuve pour mieux guider les actions visant à améliorer l'état de santé de la population.

212. Améliorer les conditions de vie de la population et réduire les iniquités dans les résultats sanitaires exige des mesures pour renforcer la capacité d'analyse de la situation de la santé, améliorer la production et le partage de données probantes et en faciliter l'application dans les politiques et la pratique de la santé publique. Les données scientifiques probantes et les informations sur la santé doivent être intégrées dans les processus décisionnels à tous les niveaux du système de santé afin de parvenir à des soins de santé et un processus décisionnel fondés sur des données probantes. Le BSP continuera à élaborer des lignes directrices et des outils, à produire des produits

d'information multilingue et multiformat, à promouvoir un accès durable à des connaissances scientifiques et techniques actualisées pour le personnel du BSP et les professionnels nationaux de la santé et à contribuer à l'autonomisation des patients grâce à des informations fiables. En outre, le BSP gèrera et appuiera des réseaux de connaissances, traduisant les données probantes dans les politiques et les pratiques et s'attachant à promouvoir l'utilisation appropriée des technologies de l'information et des communications (TIC).

213. Les informations de la santé constituent un droit fondamental des personnes. Le développement et l'utilisation des TIC, l'élargissement de l'alphabétisation numérique et l'expansion de l'accès aux connaissances et aux formations scientifiques peuvent tous contribuer à accroître l'accès de la population à des informations de qualité en matière de santé. En particulier, l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de la santé en ligne (*eHealth*) et de la santé mobile (*mHealth*), en utilisant des communications électroniques et des appareils mobiles, ont le potentiel de changer la façon dont les services de santé sont dispensés. L'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales de santé en ligne seront essentielles pour optimiser les prestations de santé offertes par les nouvelles technologies de l'information.

#### **4.5 Ressources humaines pour la santé**

214. Les ressources humaines – professionnels, scientifiques, techniciens, auxiliaires et agents de santé communautaires – constituent l'épine dorsale du système et des services de santé. À ce titre, elles sont essentielles à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Si l'attention voulue ne leur est pas accordée, cependant, le personnel de la santé peut devenir un obstacle principal à la réalisation de la CSU. De nombreux pays de la Région souffrent de graves pénuries de personnel de la santé au niveau national, définie comme moins 25 agents de santé pour 10 000 habitants. Presque tous les pays connaissent une pénurie d'agents de santé dans certains quartiers ou communautés, généralement des zones périurbaines ou des communautés rurales peuplées de populations autochtones ou d'autres groupes présentant des différences socio-économiques ou culturelles. À moyen terme, les demandes croissantes liées aux maladies non transmissibles et au vieillissement de la population, conjuguées aux pressions financières que subissent les systèmes de santé, vont intensifier les tensions relatives à la disponibilité, la distribution, la composition, les compétences, la gestion et la performance des ressources humaines de la santé. Un autre problème dans de nombreux pays tient à l'émigration du personnel sanitaire.

215. Le personnel sanitaire est également un acteur politique clé, suffisamment puissant pour faire évoluer la façon dont les politiques de santé sont formulées et appliquées. L'efficacité des soins de santé dépend dans une grande mesure de la performance du personnel sanitaire et, par conséquent de son financement, sa formation, sa sélection, ses contrats et son perfectionnement au moyen de perspectives de

développement de carrière complètes. Des services de santé intégrés, axés sur les personnes et de très bonne qualité exigent la bonne combinaison de personnel sanitaire, ayant les bonnes compétences, au bon endroit, au bon moment. Le renforcement de la gestion du développement des ressources humaines en matière de santé devrait faire partie des politiques publiques de la santé. Vingt des 30 pays qui ont participé à l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques en 2012 ont déclaré inclure ce domaine d'activité dans leurs plans nationaux de santé. Dans la mesure où les ressources humaines pour la santé peuvent avoir une incidence significative sur l'état de santé de la population, elles devraient être considérées comme des travailleurs essentiels et non comme une ressource flexible qui peut facilement être coupée face à un déficit budgétaire. Le personnel sanitaire constitue la tête, le cœur et les mains du système de santé.

### **Analyse des parties prenantes**

216. Le secteur de la santé compte de nombreuses parties prenantes à l'échelle mondiale, régionale, nationale et locale. En outre, ces dernières années un nombre croissant d'acteurs sont apparus dans le domaine de la santé internationale ; cela a favorisé une coopération constructive mais également la concurrence pour les ressources et pour l'influence sur les politiques de santé. Améliorer la santé et l'équité en matière de santé dans les Amériques passe par une vision commune, une approche fondée sur les droits et l'alignement de tous les efforts en vue de la réalisation d'objectifs communs.

217. En s'attachant à promouvoir la CSU et en soutenant les États Membres dans leurs efforts pour atteindre cet objectif, le BSP continuera de coopérer avec le secteur public, le secteur privé et la société civile. Dans le secteur public, le BSP continuera de faire participer des partenaires à des actions de coopération recouvrant de multiples secteurs, y compris l'éducation, l'agriculture, l'environnement, la planification, les finances, ainsi que le pouvoir législatif et judiciaire. Afin d'éviter de faire double emploi et en vue d'optimiser l'utilisation des ressources et d'accroître les synergies, le BSP continuera de renforcer la coordination avec d'autres agences des Nations Unies et du système interaméricain et d'améliorer l'harmonisation et l'alignement des trois niveaux de l'OMS.

218. Le BSP s'engagera avec toute une série de partenaires stratégiques impliqués dans les différents domaines programmatiques dans le cadre de cette catégorie. Ils comprennent l'Agence canadienne de développement international (ACDI), l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID), l'Alliance GAVI, la Banque interaméricaine de développement (BID), la Banque mondiale, la Bill et Melinda Gates Foundation, le Department of Health and Human

Services (HHS) des États-Unis, le Département de la Santé du Royaume-Uni, l'Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), la Fondation Oswaldo Cruz (Fiocruz), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, le Gouvernement du Brésil, RAD-AID International et Santé Canada. Enfin, le BSP renforcera ses relations et ses partenariats avec les Centres collaborateurs de l'OMS liés à cette catégorie, ainsi que ses relations avec de nombreuses associations professionnelles et universitaires, organisations non gouvernementales et organisations du secteur privé dans le domaine des systèmes de santé.

### **Stratégies pour la coopération technique**

- a) Mettre en place des partenariats et des réseaux avec toutes les branches du gouvernement, la société civile, les universités, les centres de recherche, les centres collaborateurs, les associations professionnelles, les bailleurs de fonds et autres en vue de promouvoir la couverture sanitaire universelle.
- b) Appliquer l'approche axée sur les soins de santé primaire à la transformation des systèmes de santé comme défini dans le document de position de l'OPS de 2007, « Renouveler les soins de santé primaire dans les Amériques. » Un système de santé axé sur les soins de santé primaires implique une approche globale en termes d'organisation et de fonctionnement des systèmes de santé qui fait du droit au plus haut niveau de santé réalisable son principal objectif, tout en maximisant l'équité et la solidarité. Un tel système est guidé par les principes de réactivité face aux besoins de la population, de qualité, de responsabilisation gouvernementale, de justice sociale, de durabilité, de participation sociale et de coordination intersectorielle.
- c) Traduire la recherche en politiques de santé publique qui appuient la CSU, en mettant en œuvre la politique de l'OPS sur la recherche pour la santé, la stratégie de l'OMS sur la recherche pour la santé et la stratégie de l'OMS pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Construire et maintenir les capacités nécessaires pour mener des recherches sur des questions d'intérêt national et régional dans les domaines de la santé publique, les politiques et réglementation de la santé et les systèmes de santé, et appliquer les conclusions dans les politiques et dans la pratique.
- d) Développer les capacités pour le renforcement du rôle de pilotage des autorités sanitaires nationales et pour forger des alliances entre les institutions gouvernementales et d'autres parties prenantes et partenaires pertinents afin de renforcer l'appropriation par les pays des buts et objectifs nationaux.
- e) Renforcer la capacité des autorités sanitaires nationales pour la définition, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des stratégies et des plans nationaux de la santé, soutenus par des politiques multisectorielles et des investissements nationaux.

- f) Renforcer les capacités parlementaires, tant à l'échelle régionale que nationale, pour élaborer la législation nécessaire pour parvenir à la CSU.
- g) Promouvoir le développement institutionnel et des options de politiques fondées sur des données probantes pour construire des cadres juridiques et des mécanismes financiers permettant d'augmenter la protection sociale en matière de santé.
- h) Développer l'utilisation des technologies de l'information et des communications et des médias sociaux pour favoriser une collaboration virtuelle et une sensibilisation accrue aux efforts de coopération technique, en tirant parti d'initiatives régionales telles que le réseau de collaboration pour les soins de santé primaires, la plate-forme régionale sur l'accès et l'innovation pour les technologies de la santé, le campus virtuel pour la santé publique et l'observatoire régional des ressources humaines en matière de santé.
- i) Assurer des activités de plaidoyer et de soutien auprès des États Membres lors de la réorganisation des soins de santé en appliquant le cadre des réseaux intégrés de services de santé (OPS 2010) et en renforçant les capacités de gestion et de leadership.
- j) Renforcer les institutions sur le plan national, infrarégional et régional et promouvoir une approche de santé publique pour le développement, l'innovation, l'intégration, l'évaluation, la réglementation, la gestion et l'utilisation rationnelle des technologies de la santé en vue d'assurer la sécurité des patients et la qualité des soins. Mettre en œuvre la stratégie mondiale de l'OMS et le Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, et renforcer le réseau d'évaluation des technologies de la santé des Amériques et le Fonds stratégique de l'OPS pour les médicaments et fournitures de santé publique.
- k) Élaborer et appliquer des normes internationales fondées sur des données probantes ainsi que des méthodes, des outils d'analyse et des options de politiques pour les systèmes et les services de santé et les technologies de la santé, y compris l'analyse de la santé, la recherche et la conception et l'évaluation d'interventions. Élargir les plates-formes de traduction des connaissances qui introduisent une approche systématique dans l'élaboration des politiques fondées sur des données probantes. Utiliser des systèmes validés pour répondre aux variations injustifiées ou non désirées dans les soins de santé.
- l) Consolider, maintenir et développer des initiatives régionales pour le renforcement des systèmes d'information et le partage d'informations, tels que le Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé (PEVS) et l'initiative régionale sur les données de santé fondamentales et les profils par pays. Promouvoir la cartographie des systèmes de recherche nationaux de la santé et d'autres outils pour appuyer la gouvernance de la

- recherche en matière de santé et la Plate-forme d'informations de la santé de l'OPS.
- m) Mettre en œuvre les stratégies et les plans d'action régionaux sur la Santé en ligne et la gestion des connaissances et les communications pour contribuer à la réalisation de sociétés mieux informées, plus équitables, plus compétitives et plus démocratiques.
  - n) Élaborer et appliquer des options de politiques et des outils fondés sur des éléments de preuve pour relever les cinq défis du développement des ressources humaines pour la santé définis par l'appel à l'action de Toronto pour une décennie des ressources humaines en matière de santé dans les Amériques.

### **Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé**

219. Les systèmes et les services de santé constituent les moyens de lutter contre les maladies, de promouvoir la santé physique et mentale et de prolonger la vie. Ils doivent garantir le droit à la santé sans discrimination d'aucune sorte. Ils sont aussi un moyen de promouvoir le développement économique et social. La mise en place et le maintien de systèmes de santé solides basés sur les soins de santé primaires sont la façon d'obtenir et de maintenir de meilleurs résultats de santé, d'améliorer l'équité et la protection sociale en matière de santé et d'accroître la satisfaction des populations envers leurs soins de santé. Les activités interprogrammatiques et la collaboration intersectorielle font partie intégrante de la stratégie de soins de santé primaires. En raison des contraintes au niveau du système et des services, il peut être difficile d'améliorer les résultats sanitaires, et pour comprendre ces contraintes et y remédier, un dialogue et une collaboration avec des experts dans tous les autres domaines d'activité sont nécessaires. Améliorer les résultats de santé avec équité exige l'application d'approches fondées sur les droits de l'homme, le genre et la diversité culturelle dans le développement des systèmes de santé et surtout dans l'évaluation de leur performance.

220. L'intégration des services dans l'ensemble du cycle continu de soins de santé et de meilleurs liens entre les soins médicaux, sociaux et à long terme offrent des avantages significatifs dans la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé maternelle et des enfants, la santé des populations vieillissantes. Le fardeau croissant de maladies non transmissibles aura des conséquences dévastatrices pour la santé des personnes, des familles et des communautés et menace de submerger les systèmes de santé. Les urgences de santé publique, les catastrophes, les maladies négligées et les nouvelles menaces pour la santé des populations exigent des systèmes de santé réactifs. Une action multisectorielle est nécessaire pour faire face à ces fardeaux et menaces et pour améliorer la santé avec équité.

221. Construire des systèmes de santé robustes pour la CSU est l'affaire de tous. C'est aussi un moyen d'atteindre les résultats escomptés dans les autres catégories d'activité – par exemple, renforcer les capacités et développer les outils pour la cohérence des politiques afin d'intégrer les déterminants sociaux de la santé, ou développer les capacités de base dont les États Membres ont besoin pour respecter le Règlement sanitaire international (par exemple, la législation nationale, les politiques, le financement, la coordination, les ressources humaines et les laboratoires, entre autres).

## **Hypothèses et risques**

### **Hypothèses :**

- a) La stabilité sociale et politique se poursuit dans la Région, avec une priorité donnée aux investissements publics en matière de santé.
- b) Toutes les parties prenantes, aux niveaux national, infrarégional et régional, s'engagent pour parvenir à l'équité en matière de santé.
- c) Un leadership dynamique assure une plus grande harmonisation et un meilleur alignement de la coopération en matière de santé.
- d) Les États Membres et les partenaires de développement utilisent de plus en plus des données de qualité pour la répartition des ressources, la définition des priorités et l'élaboration de politiques et de programmes.
- e) Les pays actualisent leurs politiques, leurs plans, leurs cadres législatifs et réglementaires et leurs systèmes de santé pour appuyer une couverture sanitaire universelle et garantir le droit à la santé.
- f) Les pays appliquent un modèle de soins centré sur les personnes à titre de réforme essentielle pour améliorer la qualité des services de santé et accroître la satisfaction des usagers.
- g) L'accès à des produits médicaux et des technologies de la santé de qualité continue d'être un enjeu stratégique important pour les autorités sanitaires nationales, en mettant l'accent sur le renforcement des cadres réglementaires et des systèmes de passation de marchés.
- h) Les efforts régionaux, infrarégionaux et nationaux visant à promouvoir le développement du personnel de santé se poursuivent, conformément à l'appel à l'action de Toronto.
- i) Les partenariats intersectoriels et interinstitutionnels à l'appui du développement du personnel sanitaire continuent à promouvoir la participation active de toutes les parties prenantes directes, y compris la société civile, les associations professionnelles et le secteur privé.

**Risques :**

- a) La réduction du financement externe des bailleurs de fonds et l'espace budgétaire national limité pour accroître les dépenses de santé publique compromettent la viabilité des politiques publiques visant à accroître l'équité.
- b) Il y a une diminution des ressources allouées aux approches couvrant l'ensemble du système, ainsi qu'une faible coordination intersectorielle.
- c) Les solutions à court terme sont priorisées par rapport aux investissements à long terme dans des mesures durables pour garantir la couverture sanitaire universelle et les droits des patients.
- d) La persistance de la segmentation entrave l'efficacité du système de santé et sa capacité à réduire l'exclusion.
- e) La persistance de la fragmentation dans les services de santé limite la réalisation de résultats de santé plus équitables répondant mieux aux besoins et aux attentes de la population.
- f) Les investissements dans la technologie et l'infrastructure sont réalisés sans évaluation appropriée des besoins.
- g) La négociation et la mise en œuvre d'accords de libre-échange limitent l'accès aux technologies et produits médicaux dans la Région.
- h) Des investissements nationaux et internationaux limités sont réalisés dans des systèmes d'information de la santé, la recherche et l'intégration de données probantes dans la pratique, notamment dans les pays à revenu intermédiaire, où résident la majorité des pauvres de la Région.
- i) Le financement du développement des ressources humaines de la santé baisse jusqu'à un niveau si bas que cela a une incidence sur les budgets et les mesures d'incitation pour le déploiement dans les zones mal desservies.
- j) Les pays touchés par une crise des ressources humaines sont toujours dans l'impossibilité de prendre les choses en main et de gérer eux-mêmes leurs interventions.
- k) Les forces du marché continuent à exercer des pressions pour l'exode des professionnels de la santé à l'étranger (« fuite des cerveaux ») et vers les zones urbaines, ainsi que vers d'autres professions.

## Catégorie 4. Systèmes de santé : domaines programmatiques et résultats

### 4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)*
RIT 4.1 Capacités nationales accrues pour parvenir à une couverture sanitaire universelle	RIT 4.1.1	Nombre de pays et territoires qui ont augmenté la couverture de santé par le biais de mécanismes de protection sociale	16 ARG, ARU, BON, BRA, CHI, COL, COR, CUR, DOR, ELS, MEX, SAB, STA, TRT, URU, VEN	28 BAH, BOL, DSM, ECU, GUY, HAI, HON, JAM, PER, PAR, SCN, TCA
	RIT 4.1.2	Nombre de pays et territoires engageant au moins 5 % du PIB pour les dépenses publiques pour la santé	16 ANG, ARG, ARU, BAH, BER, BON, CAN, CHI, CUB, CUR, DSM, MON, SAB, STA, TRT, USA	34 ANU, BAR, COL, COR, DOM, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, NIC, PAN, PAR, PER, SCN, TCA, URU, VEN

### 4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 4.2 Accès accru à des services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	RIT 4.2.1	Nombre de pays et territoires avec une utilisation accrue des services de soins de premier niveau, après la mise en œuvre du nouveau modèle de soins centré sur les personnes	16 ARG, BOL, BRA, CAN, CHI, COR, CUR, ELS, HAI, MEX, NIC, PAN, PER, SAB, STA, VEN	35 ARU, BAH, BON, DOR, DSM, ECU, GUT, GUY, HAI, JAM, PAR, PER, SAL, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, USA

### 4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 4.3 Amélioration de l'accès à et de l'utilisation rationnelle de médicaments, produits médicaux et technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité	RIT 4.3.1	Nombre de pays et territoires qui ont amélioré leurs mécanismes de protection financière assurant l'accès aux médicaments figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels	25 ARG, ANI, ARU, BAR, BON, BRA, COR, COL, CUB, CUR, DOM, DOR, ECU, ELS, GUY, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SAB, STA, TRT, VEN	35 BAH, BOL, CHI, DSM, GUT, HAI, PAR, SUR, TCA, URU,

\* L'année de référence est 2012 ou l'année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles. L'année est indiquée pour les indicateurs pour lesquels les données de 2012 ne sont pas disponibles. Les cibles pour 2019 comprennent l'année de référence 2012 et les cibles proposées pour 2015.

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
	RIT 4.3.2	Nombre de pays et territoires qui ont augmenté leur capacité réglementaire en vue de parvenir au statut d'autorité de réglementation fonctionnelle des médicaments et autres technologies de la santé	11 ARG, BON, BRA, COL, CUB, CUR, HAI, MEX, SAB, STA, USA	33 BAH, BOL, CHI, COR, DOM, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, PAN, PAR, PER, SCN, SUR, TCA, TRT, URU, VEN

#### 4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 4.4 Tous les pays ont des systèmes d'information de la santé et des systèmes de recherche en matière de santé qui fonctionnent	RIT 4.4.1	Nombre de pays et territoires qui ont augmenté la couverture et amélioré la qualité de leur système national d'information de la santé	17 ARG, BRA, CAN, CHI, COL, DOR, ECU, ELS, GUT, HAI, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAB, USA	46 ARU, ANI, ANU, ANG, BAH, BLZ, BOL, BON, BVI, CUB, CUR, DOM, DOR, DSM, ECU, GRA, GUY, HON, JAM, MON, SAL, SAV, SCN, STA, SUR, TCA, TRT, URU, VEN
	RIT 4.4.2	Nombre de pays et territoires avec un mécanisme fonctionnel pour la gouvernance de la recherche en matière de santé	8 ARG, ARU, BAH, BRA, COL, MEX, PER, STA	26 BOL, CHI, COR, CUR, DOM, DOR, ECU, ELS, GUT, GUY, HON, JAM, PAN, PAR, SAB, TCA, TRT, VEN

#### 4.5 Ressources humaines pour la santé

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 4.5 Disponibilité adéquate d'un personnel de santé compétent, culturellement approprié, bien réglementé et réparti et traité équitablement	RIT 4.5.1	Nombre de pays et territoires qui ne sont pas confrontés à des pénuries graves de personnel de santé	25 ANU, ARG, BAH, BAR, BRA, CAN, CAY, CHI, COR, CUB, DSM, FRG, GRA, GUA, MAR, MEX, MON, PAN, SAL, SAV, SUR, TRT, USA, URU, VEN,	34 BLZ, COL, DOM, DOR, ECU, ELS, PAR, PER, SCN

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
	RIT 4.5.2	Nombre de pays et territoires où 100 % des agents de soins de santé primaires ont des compétences de santé publique et interculturelles démontrables	7 BON, COR, CUB, GRA, NIC, SAB, SAL	27 ARG, BLZ, BRA, CHI, CUR, COL, DSM, DOR, ECU, ELS, GUT, HON, JAM, MEX, PAN, PER, STA, TCA, TRT, VEN
	RIT 4.5.3	Nombre de pays et territoires qui ont réduit de moitié l'écart dans la répartition du personnel de santé entre les zones urbaines et rurales	12 ARG, ARU, BAR, CHI, DOM, JAM, MON, NIC, SAB, SAL, SCN, TRT	24 ANI, BLZ, BOL, COL, ECU, ELS, GRA, PAN, PAR, PER, TCA, VEN

## Catégorie 5 – Préparation, surveillance et intervention

*Réduction de la mortalité, de la morbidité et des perturbations sociales résultant d'épidémies, de catastrophes, de conflits et d'urgences environnementales et liées à l'alimentation en mettant l'accent sur les activités de réduction des risques, de préparation, d'intervention et de relèvement qui renforcent la résilience et font appel à une approche multisectorielle pour contribuer à la sécurité sanitaire.*

### Champ d'application

222. Cette catégorie se concentre sur le renforcement des capacités des pays dans les domaines de la prévention, de la réduction des risques, de la préparation, de la surveillance, de l'intervention et du relèvement rapide pour ce qui est de tous les types de risques pour la santé humaine qui pourraient résulter de situations d'urgence ou de catastrophes. Une attention particulière est accordée aux capacités qui relèvent des spécifications du Règlement sanitaire international (RSI) 2005. Les activités dans cette catégorie visent à renforcer les capacités par risques spécifiques par rapport à un éventail de maladies susceptibles de causer des flambées, épidémies ou pandémies, ainsi que par rapport à des événements liés à la salubrité des aliments, aux zoonoses, à la résistance aux antimicrobiens, aux urgences chimiques et radiologiques, aux risques naturels et aux conflits. Elle tient compte de l'approche en matière de sécurité humaine pour l'élaboration de politiques intersectorielles cohérentes visant à protéger et à autonomiser les populations afin d'augmenter la résilience des communautés face aux menaces critiques et généralisées. En outre, cette catégorie comprend une assistance sanitaire internationale adéquate et coordonnée pour aider les États Membres à répondre aux situations d'urgence lorsque cela est nécessaire.

### Contexte

#### 5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)

223. En juin 2012, 29 des 35 États parties au RSI 2005 dans la Région des Amériques avaient demandé et obtenu un délai supplémentaire pour mettre en œuvre leurs capacités de base pour les composantes de surveillance et d'intervention du RSI 2005. L'état d'avancement des capacités de base dans la Région est assez hétérogène d'un pays à l'autre, mais les faiblesses les plus critiques identifiées dans les rapports à la 65<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ont trait aux situations d'urgences radiologiques, aux événements chimiques, aux points d'entrée, aux ressources humaines et à la préparation.

224. Le but de ce domaine programmatique consiste à s'assurer que tous les pays de la Région ont les capacités de base nécessaires pour assumer leurs responsabilités en vertu

du RSI 2005 avant l'échéance de 2016. Cela couvre la législation nationale, les politiques et le financement ; la coordination et la communication avec les points focaux nationaux ; la surveillance et la communication des risques ; la préparation et l'intervention ; la prévention et le contrôle ; les ressources humaines ; et le renforcement des capacités de laboratoire et leur mise en réseau. L'OPS apportera aux pays de la Région un appui pour les efforts nationaux visant à mettre en œuvre leurs plans nationaux relatifs au RSI et à maintenir leurs capacités.

225. En outre, l'OPS en tant que point de contact régional pour le RSI continuera à développer sa capacité à détecter et vérifier les risques et à coordonner l'évaluation des risques, à diffuser des informations précises et opportunes sur les éventuels événements de santé publique de portée internationale et à coordonner la riposte aux épidémies le cas échéant. Cela inclut la fourniture de conseils techniques et de soutien par l'entremise du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et d'autres mécanismes.

## **5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies**

226. Les maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies constituent une menace permanente et continue pour la sécurité sanitaire mondiale et régionale et pour le développement socioéconomique durable. La nécessité d'une surveillance exhaustive et d'une intervention rapide et collective dans la Région, en particulier face à des pandémies et des épidémies potentielles, est un défi majeur en raison de mouvements de population importants, des changements des cadres environnementaux, notamment du fait de la déforestation et du changement climatique, entre autres facteurs. Les maladies d'origine animale peuvent causer des épidémies et/ou pandémies, créant un besoin en termes de gestion efficace des risques de zoonoses émergentes et de maladies animales à fort impact qui peuvent causer des urgences de santé publique.

227. Les activités dans ce domaine programmatique permettront *a)* d'améliorer le partage des connaissances et des informations disponibles sur les maladies infectieuses émergentes et réémergentes, *b)* d'améliorer la surveillance et l'intervention suite aux épidémies de portée potentiellement internationale, comme la grippe, la fièvre jaune, les fièvres hémorragiques virales, le SRAS, le choléra, la peste pneumonique et l'infection méningococcique, ainsi que la surveillance de la résistance aux antimicrobiens, *c)* d'aider les pays à améliorer leur état de préparation, leur capacité d'intervention et leur résilience face aux épidémies, y compris par l'entremise du renforcement des capacités de laboratoire et de leur mise en réseau, *d)* de fournir des conseils sur la prise en charge clinique fondée sur des données probantes et la lutte contre les infections afin de réduire la morbidité et la mortalité lors d'épidémies, *e)* de contribuer aux processus et mécanismes internationaux visant à gérer la dimension internationale des maladies

épidémiques, tels que le cadre de préparation au risque de pandémie grippale et le groupe spécial mondial de lutte contre le choléra.

### **5.3 Gestion des risques et crises d'urgence**

228. Entre 2006 et 2010, près d'un quart des catastrophes dans le monde se sont produites dans les Amériques (442 sur 1915), touchant 48 millions de personnes dans la Région. L'impact économique de ces catastrophes sur la Région a dépassé 157 milliards de dollars, soit l'équivalent de 34 % des pertes mondiales totales. Entre 2000 et 2009, plus de 45 millions de personnes dans les Amériques sont restées sans soins de santé pendant des mois et parfois même des années, en raison des dommages subis par les hôpitaux et autres établissements de santé et causés par des risques naturels.

229. Le secteur de la santé a la responsabilité de surveiller, d'anticiper et d'atténuer les conséquences pour la santé de tous les types de situations d'urgence et de catastrophes. À cette fin, il doit renforcer sa capacité à répondre au moyen d'interventions efficaces et en temps opportun. Un défi majeur tient à la préparation : les infrastructures opérationnelles régulières, le personnel et l'organisation des services de santé ont besoin de la flexibilité et de la capacité de passer immédiatement en mode d'intervention d'urgence, en tenant notamment compte des laboratoires, du suivi, des équipements de protection individuelle, des ressources humaines et de la participation de la communauté.

230. Le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux a pour but de protéger la vie des patients et du personnel de la santé face aux catastrophes, de protéger les équipements et les fournitures de santé et de faire en sorte que les services de santé continuent à fonctionner efficacement pendant et après les situations d'urgence et les catastrophes afin de sauver des vies, de réduire les handicaps et de permettre au secteur de la santé de s'acquitter de ses responsabilités continues.

231. L'intégration de la notion de sécurité humaine dans les plans de santé des pays vise à remédier aux causes fondamentales des menaces multiples, interconnectées et largement répandues qui mettent en danger la survie, les moyens de subsistance et la dignité des personnes. Elle s'attache à améliorer la cohérence intersectorielle entre les mesures de protection au niveau national et les autres politiques de l'État, les soins de santé locaux et l'autonomisation des personnes et des communautés, en particulier celles qui sont en situation de plus grande vulnérabilité.

232. Les activités dans ce domaine programmatique visent à renforcer la capacité des pays à protéger le bien-être physique, mental et social de leurs populations et à opérer un relèvement rapide à la suite des situations d'urgence et des catastrophes. Cela nécessite un leadership national adéquat et une capacité durable du secteur de la santé pour renforcer la résilience des pays et territoires.

#### **5.4 Salubrité des aliments**

233. Ces derniers temps, les pays en développement et les pays industrialisés ont enregistré une demande croissante d'expertise dans le contrôle de la salubrité des aliments et des maladies zoonotiques dans les situations d'urgence et de catastrophe. Ces connaissances, qui font partie du domaine de la santé publique vétérinaire (SPV), sont fondamentales pour la préparation, la surveillance et une intervention efficace face aux urgences de santé publique liées à la salubrité des aliments.

234. La contamination des aliments avec des agents microbiens et chimiques (y compris les antimicrobiens) est associée à des maladies allant des maladies diarrhéiques à diverses formes de cancer ; elle représente donc un risque de santé publique important. L'OPS dispose d'un système d'information régional pour les flambées de maladies d'origine alimentaire en Amérique latine et dans les Caraïbes depuis 1993. Une étude de ces flambées de maladies signalées par 22 pays entre 1993 et 2010 a révélé que sur les 9180 flambées où l'agent responsable a été identifié, 69 % étaient d'origine bactérienne et 9,7 % d'origine virale ; 9,5 % avaient été causées par des toxines de l'océan, 2,5 % par des contaminants chimiques, 1,8 % par des parasites et 0,5 % par des toxines végétales. Bien que les données sur les maladies d'origine alimentaire dans la région d'Amérique latine et des Caraïbes soient limitées par un phénomène de sous-déclaration, ces chiffres montrent l'importance du problème. Les États-Unis à eux seuls représentent 47,8 millions des cas de maladies d'origine alimentaire chaque année. L'OMS estime également que, selon les pays, de 15 % à 79 % de tous les cas de diarrhée dans le monde sont dus à des aliments contaminés. Les études dans la Région des Amériques montrent que la fréquence relative des maladies diarrhéiques attribuables aux pathogènes d'origine alimentaire varie de 26 % à 36 %.

235. Une approche multisectorielle et transdisciplinaire est nécessaire pour assurer la salubrité des aliments tout en gérant efficacement les risques en termes de santé pour les humains, les animaux, les plantes et l'environnement. Des politiques, des stratégies et des plans publics intersectoriels pour la santé, l'agriculture et l'environnement sont essentiels au renforcement des systèmes de salubrité des aliments pour assurer des denrées alimentaire sûres et saines, de la ferme à la fourchette. Cela devrait inclure la protection des consommateurs, en mettant l'accent sur les populations pauvres et vulnérables.

#### **5.5 Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises**

236. La pandémie de grippe A (H1N1) en 2009 et le tremblement de terre dévastateur en Haïti en 2010, suivi par l'épidémie de choléra en Haïti, ont nécessité des opérations d'intervention d'urgence d'une ampleur énorme et qui étaient parmi les plus compliquées

et difficiles jamais entreprises par les pays touchés, par les premiers intervenants et par la communauté internationale dans son ensemble.

237. Pour la plupart, les pays de la Région peuvent désormais faire face à des catastrophes mineures de manière autonome. Cela étant, l'aide extérieure sera toujours nécessaire lors de catastrophes majeures. L'Organisation continuera de jouer un rôle important pour ce qui est d'aider les pays et territoires à répondre aux grandes catastrophes, guidés par la politique d'intervention institutionnelle du BSP en cas d'urgences et de catastrophes ; l'OPS doit donc continuellement accroître sa capacité à apporter une assistance dans les plus brefs délais. Une attention particulière devrait être accordée à la nécessité d'assurer un accès équitable à la santé pour les populations les plus vulnérables, y compris les enfants et les personnes âgées, les communautés autochtones et les femmes enceintes.

### **Analyse des parties prenantes**

238. La participation des parties prenantes, notamment des ministères de la santé et des organismes nationaux de gestion des urgences, est indispensable pour mettre en œuvre les activités prévues et réaliser les productions et les résultats de cette catégorie. Toutes les institutions nationales et internationales relatives à la santé jouent un rôle clé dans le renforcement des capacités des pays en termes de réduction des risques, de préparation, d'intervention et de relèvement face aux urgences et catastrophes de santé publique.

239. La Stratégie internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes, le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires et le Comité permanent interorganisations sont chargés de coordonner les efforts mondiaux pour réduire la mortalité, la morbidité et les perturbations sociales occasionnées par les catastrophes. Ils incluent régulièrement les priorités liées à la santé dans leurs délibérations, décisions et directives. Les activités en cours qui font partie des cadres et des mécanismes multilatéraux internationaux et régionaux existants seront pleinement appliquées, en particulier celles qui ont trait au Règlement sanitaire international (2005), au cadre de préparation au risque de pandémie grippale, au Plan d'action mondial pour les vaccins contre la grippe, au cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015, au Programme de transformation des Nations Unies, à la Commission du Codex Alimentarius, au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments, à l'initiative tripartite One Health de l'OMS-FAO-OIE, à l'Association internationale pour la gestion des conflits et à l'Initiative mondiale d'éradication de la polio, ainsi qu'aux conventions chimiques et plateformes mondiales et régionales pour la réduction des risques de catastrophe. De grands réseaux tels que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, le Système mondial de surveillance et d'action pour la grippe, le Groupe sectoriel mondial de la santé du Comité permanent interorganisations et les équipes d'action régionales seront maintenus et renforcés.

240. Les parties prenantes de la salubrité des aliments incluent tous les groupes qui s'intéressent à l'utilisation des informations de la sécurité sanitaire des aliments pour la prise de décisions, la recherche et le plaidoyer en ce qui concerne les différents maillons de la chaîne alimentaire. Il s'agit notamment des États Membres, des organisations bilatérales et multilatérales, des Nations Unies et autres organisations internationales, des fondations, des réseaux scientifiques, des institutions de recherche, des groupes de consommateurs, des grands médias et médias scientifiques, ainsi que des industries alimentaires, agricoles et pharmaceutiques.

241. Un grand nombre d'universités, de centres d'excellence et d'associations professionnelles, entre autres, mettent en œuvre des activités de formation et de recherche sur la gestion des urgences de santé publique. Ces éléments contribuent à l'élaboration, la diffusion et l'application de politiques, stratégies, plans d'action, directives techniques et publications par les États Membres de l'OPS et le BSP.

### **Stratégies pour la coopération technique**

242. L'approche de gestion des risques lors de situations d'urgence doit être globale, efficace et efficiente. Renforcer la résilience et protéger les populations nécessite une approche globale, coordonnée, multirisque, appliquée au sein du BSP et dans les différents États Membres ainsi qu'au sein de la communauté internationale de la santé. Pour un impact optimal, cette approche doit être intégrée dans des plans nationaux complets pour la gestion des risques d'urgence auxquels tous les secteurs doivent participer. En outre, elle nécessitera l'élaboration de politiques multisectorielles et de mesures fondées sur la science pour prévenir l'exposition aux contaminants tout le long de la chaîne alimentaire et assurer la sécurité des nouvelles technologies.

243. Le rôle de leadership des ministères de la santé sera appuyé par une focalisation accrue sur le développement des capacités pour l'intégration de la préparation, de la surveillance et des critères d'action dans les politiques, les plans, les normes et les budgets sur le plan national. L'accent sera désormais mis sur l'établissement de liens avec les établissements de recherche et d'enseignement afin de mieux comprendre les impacts potentiels de dangers spécifiques tels que la grippe pandémique, les tremblements de terre, les inondations, les ouragans, les urgences chimiques et radiologiques, les maladies d'origine alimentaire et le changement climatique. L'intégration de la réduction des risques de catastrophes dans le secteur de la santé est essentielle pour protéger les services de santé (tant en termes d'infrastructures physiques que de fonctions) et assurer leur continuité pendant et après les situations d'urgence.

244. L'accent sera mis sur l'utilisation des partenariats existants et nouveaux pour la santé et des réseaux de gestion des catastrophes, à l'intérieur comme en dehors du secteur

de la santé, faisant intervenir d'autres organismes du secteur public et le secteur privé. Les activités de collaboration comprendront le plaidoyer, la gestion des informations, la mobilisation des ressources et des accords nationaux et internationaux pour réduire les risques de catastrophes et d'urgences et assurer des interventions rapides et efficaces dans le domaine de la santé, pendant et après ces événements. Le BSP favorisera la collaboration entre les pays, s'appuyant sur les expériences et capacités spécifiques des pays. Le BSP s'attachera également à augmenter la prise de conscience politique de la pertinence des programmes de prévention et de maîtrise des infections dans le cadre des capacités de base du RSI.

245. Le BSP renforcera les capacités internes pour améliorer encore ses mécanismes de réponse coordonnée afin de se préparer aux catastrophes et urgences et d'aider efficacement les pays lorsque cela est nécessaire. En outre, il mettra en œuvre *a)* les procédures opérationnelles standard de l'OMS pour la gestion des menaces aiguës de santé publique dans toute l'Organisation, y compris en renforçant le système de gestion des événements dans l'ensemble de l'Organisation et en assurant une capacité opérationnelle dans toutes les circonstances, *b)* les politiques et procédures énoncées dans la Réponse institutionnelle de l'OPS aux urgences et aux catastrophes. Une approche fondée sur les enseignements tirés sera adoptée pour réviser et actualiser les politiques, procédures, directives techniques et autres outils de l'Organisation face aux urgences et aux catastrophes et ajuster ses stratégies lorsque cela sera nécessaire.

## **Thématiques transversales et approches stratégiques en matière de santé**

246. Une planification et exécution conjointes entre tous les domaines programmatiques au sein de la catégorie 5 sont indispensables pour mettre en œuvre le Plan stratégique. Des références spécifiques aux thématiques transversales et approches stratégiques sont reflétées dans les descriptions ci-dessous des liens avec les autres catégories d'activités et leurs domaines programmatiques spécifiques.

247. Cette catégorie présente des liens particulièrement forts avec la catégorie 1, qui vise à réduire le fardeau des maladies transmissibles. La surveillance et la maîtrise de ces maladies est un aspect majeur de la réponse de l'OPS aux urgences humanitaires et de ses responsabilités aux termes du RSI (2005). La contribution de l'Organisation comprend des conseils d'expert sur la prise en charge de la pneumonie, des maladies diarrhéiques, des maladies à prévention vaccinale, du paludisme, de la dengue, de l'hépatite virale, de la tuberculose et de l'infection par le VIH dans ces circonstances.

248. En ce qui concerne la catégorie 2, qui porte sur les maladies non transmissibles, la coordination avec le domaine programmatique sur la santé mentale est nécessaire sur le plan de la préparation et de la réponse aux besoins en termes de santé mentale et

psychosociaux des populations touchées par les catastrophes et les urgences. Étant donné que les traumatismes et la violence augmentent généralement dans les contextes d'urgence, la catégorie 5 entretient des liens étroits avec ce domaine programmatique, qui comprend la prévention des traumatismes et de la violence et la prestation de soins traumatologiques. Une intervention adéquate en cas de catastrophe permettra de réduire le handicap à long terme lorsque les stratégies appropriées sont en place. Les stratégies de prévention des maladies d'origine alimentaire contribueront également à éviter des invalidités chroniques comme l'arthrite réactionnelle ou le syndrome hémolytique et urémique, mais aussi les retards de croissance liés à la diarrhée, qui constitue un facteur important de retard de croissance chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Des liens étroits existent entre la salubrité des aliments et la nutrition dans un contexte de préparation aux situations d'urgence.

249. Les principes de droits de l'homme, d'équité, d'égalité entre les sexes et entre les populations d'origines ethniques différentes, de développement durable, de sécurité humaine et de responsabilisation de la catégorie 3 sont pris en compte dans l'ensemble des activités pour répondre aux situations d'urgence de l'Organisation. En cas de catastrophe, une collaboration est nécessaire avec les domaines programmatiques portant sur le parcours de vie, en particulier en ce qui concerne la protection et la prise en charge continue des femmes enceintes, des enfants et des personnes âgées. Les populations âgées, en particulier, peuvent avoir une moindre mobilité et capacité d'adaptation. Les rôles hommes/femmes doivent être pris en compte explicitement dans les programmes et plans d'urgence. En outre, les risques sont répartis selon un gradient social et les interventions devraient tenir compte plus particulièrement des populations qui sont marginalisées, culturellement différentes, ou en situation de vulnérabilité. Le renforcement des ressources communautaires pour répondre aux urgences fait partie du processus participatif sur lequel doit s'appuyer une action de protection cohérente de l'État. Une intervention d'urgence a besoin de la capacité institutionnelle pour identifier et gérer l'assainissement environnemental, les menaces chimiques et radiologiques et l'impact du changement climatique.

250. Les capacités requises pour la réduction des risques, la préparation aux catastrophes, l'intervention et le relèvement, et pour se conformer au RSI, sont des composantes fondamentales de la catégorie 4 (systèmes de santé). Un lien étroit avec les politiques, les stratégies et les plans de santé à l'échelle nationale est nécessaire pour faciliter la mise en œuvre des résolutions et des mandats concernant le RSI 2005, le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux, les politiques et réglementations en matière de sécurité sanitaire des aliments et la réforme des Nations Unies dans le domaine de la gestion des catastrophes. Un alignement complet avec l'approche de services de santé intégrés, axés sur les personnes est indispensable pour fournir une aide humanitaire et une intervention en cas d'épidémie. L'accès aux produits médicaux et le renforcement de la capacité de réglementation, notamment en ce qui concerne les situations d'urgence

radiologiques et les laboratoires, sont des aspects essentiels en ce qui concerne la préparation, le RSI et la réponse à la crise. Les systèmes d'information de la santé et les données probantes fourniront des données essentielles pour élaborer des évaluations des risques, surveiller les progrès, générer des mesures d'intervention fondées sur la science et mettre en œuvre des interventions d'urgence. L'un des piliers de la préparation aux situations d'urgence tient au renforcement des capacités des ressources humaines de la santé afin de mettre en œuvre une intervention rapide et adéquate aux conséquences sanitaires des situations d'urgence et des catastrophes.

251. En ce qui concerne la catégorie 6, le BSP fera appel à des partenariats pour aider les pays à renforcer leurs capacités de gestion du risque d'urgence. L'OMS renforcera son interaction avec d'autres organisations du système des Nations Unies et avec les organismes multilatéraux, bilatéraux et régionaux. Une intervention d'urgence nécessite une stratégie de communication sur les risques spécifiques, élaborée par les responsables de la gestion de l'intervention et un ensemble bien défini de canaux, messages et méthodes de communication pour atteindre les groupes cibles. Une grande partie des activités de la catégorie 5 dépendent de processus de leadership organisationnel associés à la planification stratégique, à la mobilisation des ressources et à la gestion des ressources (notamment l'accès aux ressources extrabudgétaires). L'élaboration, la négociation et la mise en œuvre de nouvelles approches de financement visant à accroître la prévisibilité, la souplesse et la durabilité du financement de l'OPS sont donc essentielles aux activités dans cette catégorie. L'existence et l'application de processus administratifs flexibles et axés sur les réalisations, en particulier pour les activités réalisées dans des contextes d'urgence, sont indispensables au fonctionnement efficace de la catégorie 5.

## **Hypothèses et risques**

### **Hypothèses :**

- a) Un processus transparent de présentation de rapports sur l'état effectif des capacités de base du RSI à l'échelle nationale est suivi dans les pays, à l'abri de toute influence politique.
- b) Suffisamment de personnel, de financement et de capacités sont en place aux niveaux national, régional et du siège de l'OPS/OMS pour permettre à l'Organisation d'élargir et d'intégrer une approche globale, efficace et efficiente sur le plan de la préparation aux situations d'urgence, de l'alerte et des capacités d'intervention.
- c) Des partenaires et réseaux clés à l'intérieur et en dehors du secteur de la santé fournissent un appui pour mettre en œuvre une collaboration entre les pays et augmenter la prise de conscience politique de l'importance du cadre du RSI et de

- la prévention de l'exposition à des contaminants tout au long de la chaîne alimentaire.
- d) La gestion du risque d'urgence et de catastrophe reste une priorité du secteur de la santé et les ministères de la santé et d'autres partenaires sont prêts à s'engager avec l'OPS dans ce domaine d'activité.
  - e) Des hauts responsables dans les bureaux nationaux, régionaux et mondiaux accordent une priorité suffisante aux activités dans cette catégorie, ce qui permet à l'OPS de renforcer ses capacités internes pour aider efficacement les pays à gérer les menaces aiguës de santé publique.
  - f) Les départements techniques nationaux et régionaux participent à la préparation de listes de relèvement rapide et autres activités de préparation et se montrent disposés à se conformer à un ensemble de normes fondamentales nécessaires pour tenir ou dépasser les capacités minimum pour gérer les risques de santé publique liés aux situations d'urgence.

**Risques :**

- a) Une priorité insuffisante est accordée par les pays ou l'Organisation à cette catégorie d'activités, ce qui contribue à la perte de financement.
- b) Il existe une incapacité à établir des partenariats solides avec d'autres organismes travaillant dans le domaine des mécanismes de préparation aux urgences, d'alerte et d'intervention dans les situations d'urgence au niveau des pays.
- c) En raison des faiblesses des mécanismes de vérification, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les capacités de base du RSI sont effectivement en place et les États parties ont une capacité limitée à maintenir ces capacités.
- d) On constate une incapacité à recruter du personnel technique solide aux niveaux national et infranational pour mettre en œuvre les plans et appliquer les outils de collecte d'informations requis.
- e) L'absence de consensus fait obstacle à l'achèvement d'un cadre de gestion des risques en situation d'urgence et de catastrophe pour la santé.
- f) L'instabilité politique et la détérioration de la situation sécuritaire limitent les opérations dans le secteur de la santé.
- g) La contribution d'autres catégories d'activités et départements techniques aux activités de préparation et de relèvement rapide est limitée.

## Catégorie 5. Préparation, surveillance et intervention : domaines programmatiques et résultats

### 5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)*
RIT 5.1 Tous les pays ont les capacités de base minimales requises par le Règlement sanitaire international (2005) pour l'alerte et l'intervention face à tous les risques	RIT 5.1.1	Nombre de pays et territoires qui tiennent et maintiennent les impératifs du RSI 2005 pour les capacités de base **	6 BRA, CAN, CHI, COL, COR, USA	35 ARG, ANI, BAH, BAR, BLZ, BOL, CUB, DOM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAL, SAV, SCN, SUR, TRT, URU, VEN

### 5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 5.2 Augmentation de la capacité de récupération des pays et de la préparation de façon adéquate pour mettre en place une intervention rapide, prévisible et efficace face aux grandes épidémies et pandémies	RIT 5.2.1	Nombre de pays et territoires ayant une capacité installée pour répondre efficacement aux grandes épidémies et pandémies	9 ARG, BRA, CAN, CHI, COL, COR, CUR, SCN, USA	43 ANI, ARU, BAH, BAR, BON, BLZ, BOL, CHI, CUB, DOM, DSM, DOR, ECU, ELS, GRA, GUT, GUY, HAI, HON, JAM, MEX, NIC, PAN, PAR, PER, SAB, SAL, SAV, STA, SUR, TCA, TRT, URU, VEN

### 5.3 Gestion des risques et crises d'urgence

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 5.3 Les pays ont un programme de gestion des risques en situation d'urgence sanitaire couvrant tous les risques pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes, qui met l'accent	RIT 5.3.1	Nombre de pays et territoires qui respectent ou dépassent les capacités minimum pour gérer les risques de santé publique liés aux situations d'urgence couvrant les	16 ARG, ARU, BON, BRA, CAN, CHI, CUR, ECU, FRG, GUA, GUT, MAR, MEX, NIC, PER, USA	43 ANI, BAH, BAR, BLZ, BOL, COL, COR, CUR, DOM, DOR, DSM, ELS, GRA, GUY, HON, JAM, PAN, SAL, SAB, SAV, SCN, STA, SUR, TCA,

\* L'année de référence est 2012 ou l'année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles. L'année est indiquée pour les indicateurs pour lesquels les données de 2012 ne sont pas disponibles. Les cibles pour 2019 comprennent l'année de référence 2012 et les cibles proposées pour 2015.

\*\* Le dénominateur pour cet indicateur est de 35 États parties au RSI.

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
sur les populations vulnérables		communautés vulnérables		TRT, URU, VEN
	RIT 5.3.2	Nombre de pays et territoires appliquant des interventions de réduction des risques de catastrophes dans le secteur de la santé qui augmentent la résilience des communautés	14 ARG, BAR, BON, CAN, CHI, COL, DOR, ECU, ELS, GUT, MEX, NIC, PER, USA	41 ANI, ARU, BLZ, BOL, BRA, COR, CUB, CUR, DOM, DSM, GRA, GUY, HAI, HON, JAM, PAN, PAR, SAB, SAL, SCN, SAV, STA, SUR, TCA, TRT, URU, VEN

#### 5.4 Salubrité des aliments

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 5.4 Tous les pays ont la capacité d'atténuer les risques pour la salubrité des aliments et de faire face aux épidémies	RIT 5.4.1	Nombre de pays et territoires qui ont des mécanismes adéquats en place pour prévenir ou atténuer les risques pour la salubrité des aliments et pour répondre aux épidémies, notamment parmi les populations marginalisées	7 BON, CAN, CHI, COL, CUR, USA, VEN	20 ARG, ARU, COR, DOR, ELS, GUY, HON, PAN, PAR, PER, SAB, STA, TRT

#### 5.5 Intervention face à aux flambées épidémiques et aux crises

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 5.5 Tous les pays répondent de façon adéquate aux menaces et aux situations d'urgence ayant des conséquences en termes de santé publique	RIT 5.5.1	Pourcentage de pays qui démontrent une intervention adéquate aux situations d'urgence résultant de tout danger avec une évaluation initiale coordonnée et un plan d'intervention du secteur de la santé dans les 72 heures suivant le début de la situation d'urgence	"sans objet"	100 %

## Catégorie 6 – Services institutionnels/fonctions essentielles

*Promouvoir et mettre en œuvre le leadership organisationnel et les services institutionnels qui sont nécessaires pour maintenir l'intégrité et le fonctionnement efficace de l'Organisation, lui permettant de s'acquitter efficacement de ses mandats.*

### Champ d'application

252. Cette catégorie comprend des fonctions et services qui contribuent au renforcement du leadership et de la gouvernance de l'OPS, mais aussi de la transparence, de la responsabilisation et de la gestion des risques. Elle vise également à améliorer la planification stratégique, la coordination des ressources, la mobilisation des ressources et la présentation de rapports, la gestion et l'administration et les communications stratégiques. Les activités de cette catégorie continueront à renforcer le rôle prépondérant de l'OPS dans la Région pour permettre aux nombreux acteurs de jouer un rôle actif et efficace pour ce qui est de contribuer à la santé de l'ensemble de la population. Elle se traduira également par une Organisation souple et transparente et enrichira les activités du BSP à l'appui de la prestation de coopération technique dans toutes les catégories de façon efficace et efficiente. Les activités de cette catégorie seront importantes pour améliorer la coordination avec les autorités nationales, les agences des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales, des partenariats public-privé et la société civile conformément à l'*Examen quadriennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies*.

### Contexte

#### 6.1 Leadership et gouvernance

253. Dans le cadre des efforts de l'Organisation en vue de promouvoir la santé et de remédier aux iniquités en matière de santé dans la Région, le BSP doit exercer un leadership actif en collaboration avec les pays et les partenaires. Par conséquent, ce domaine programmatique porte sur les fonctions suivantes : *a)* renforcer le leadership en matière de santé à l'appui des États Membres dans leur rôle de gouvernance dans le cadre de la réforme de l'OMS et de l'ONU, *b)* coordonner et mobiliser les parties prenantes en matière de santé afin d'assurer la bonne gouvernance et la responsabilisation des États Membres, *c)* renforcer les efforts des États Membres en vue de réaliser les priorités régionales en matière de santé, comme décrit dans ce Plan, ainsi que dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et *d)* renforcer la présence dans les pays pour répondre aux besoins de santé nationaux avec efficacité et efficacie. Ces efforts devraient aboutir à une action intersectorielle qui passerait d'une focalisation sur les

maladies à une focalisation sur le bien-être et le développement durable, en suivant une approche fondée sur les droits.

254. Le leadership politique et la gouvernance continueront d'être nécessaires pour gérer efficacement les relations de plus en plus complexes avec un nombre croissant d'acteurs et de parties prenantes dans l'environnement de la santé internationale. Le nombre croissant d'acteurs de la santé s'affirme comme une tendance persistante qui ne devrait pas s'estomper dans un avenir prévisible. Cela a conduit à de nouveaux partenariats, alliances, canaux de financement et sources de soutien technique. Dans le même temps, cela a occasionné des défis liés à la duplication des efforts, aux coûts de transaction élevés, à des impératifs de responsabilisation variables et à une perspective qui n'était pas toujours alignée sur les priorités nationales et régionales approuvées, telles que définies dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Dans ce contexte complexe, l'accès à des services et produits de santé de qualité nécessitera forcément une bonne compréhension des lois nationales et locales et une formulation de ces lois qui inclura des facteurs économiques, sociaux et culturels (par exemple, l'éducation, le logement, la sécurité sociale, la conservation des aliments, l'emploi et le fait de bénéficier des progrès scientifiques, etc.). Dans le même temps il faut veiller à la cohérence avec le droit international et les obligations découlant des traités.

255. Certaines économies émergentes accroissent leur appui financier et technique pour la santé au-delà de leurs programmes nationaux dans le cadre d'une tendance croissante à la coopération Sud-Sud et à des formes similaires de coopération. Reconnaisant la richesse de l'expertise dans les États Membres, l'OPS s'appuie de plus en plus sur cette ressource pour soutenir la coopération technique. Cette approche panaméricaine est essentielle pour renforcer l'action des États Membres et de l'Organisation.

256. L'OPS doit être en mesure de répondre à l'évolution des besoins des pays et de s'adapter aux changements externes tels que ceux qui découlent des réformes de l'OMS et des Nations Unies. Elle doit donc poursuivre ses efforts pour accroître l'efficacité de son engagement auprès d'autres parties prenantes, renforcer les capacités de négociation des acteurs de la santé, investir dans la diplomatie de la santé et tirer parti de sa position de leader pour renforcer la cohérence entre les nombreux acteurs impliqués en matière de santé aux niveaux mondial, régional, infrarégional et national. Cette cohérence peut être manifeste, le cas échéant, dans le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) ou d'autres initiatives similaires. À cet égard, l'Organisation devra renforcer et affiner ses activités à travers les trois niveaux fonctionnels – national, infrarégional et régional – et accroître l'harmonisation et la coordination avec l'OMS.

257. Les 9 priorités fondamentales suivantes pour le leadership du BSP garantiront que l'accent nécessaire est mis sur les domaines clés du Plan stratégique 2014-2019, ce qui

permettra au Plan d'atteindre ses résultats escomptés de façon efficace et efficiente. Le BSP plaidera pour que ces priorités soient traitées au plus haut niveau politique et pour que les actions nécessaires soient prises aux niveaux national, infrarégional et régional. Ce faisant, le Bureau va affiner les stratégies existantes, y compris la mise en œuvre de nouvelles modalités de coopération technique et renforcer les capacités dans la diplomatie de la santé et la gouvernance de la santé. Une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités des États Membres à créer des alliances et des partenariats stratégiques afin d'inclure la santé dans toutes les politiques et de gérer la coopération horizontale en matière de santé. L'efficacité de ces priorités de leadership sera mesurée à l'aune des progrès réalisés en vue d'atteindre les résultats et objectifs d'impact énoncés dans le Plan stratégique.

- a) Renforcer la capacité du secteur de la santé à traiter des déterminants sociaux de la santé, en utilisant la stratégie de la Santé dans toutes les politiques et en s'attachant à promouvoir une participation et une autonomisation accrues des communautés.
- b) Catalyser la mise en place progressive de la couverture sanitaire universelle, y compris des interventions de promotion et de prévention, en mettant l'accent sur les huit pays clés.
- c) Accroître l'action intersectorielle et multisectorielle pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.
- d) Améliorer les capacités de base des pays pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005).
- e) Accélérer les actions en faveur de l'élimination des maladies transmissibles prioritaires dans la Région.
- f) Mener à bien les activités sur les OMD liés à la santé et influencer sur l'intégration de la santé dans le Programme de développement durable pour l'après-2015.
- g) Renforcer la capacité du secteur de la santé à générer des informations et des données probantes pour mesurer et démontrer les progrès en termes de mode de vie sain et de bien-être.
- h) Tirer parti des connaissances et de l'expertise dans les pays de la Région pour la fourniture de coopération technique, le partage d'expériences réussies et des leçons apprises.
- i) Accroître la responsabilisation, la transparence, l'efficacité et l'efficacité des opérations du Bureau.

258. Pour s'assurer que l'OPS conserve sa pertinence en tant qu'organisation de santé publique de premier plan qui répond aux besoins de ses États Membres, le renforcement de la gouvernance de l'Organisation constitue une priorité permanente. Cela nécessite

l'engagement continu et la supervision des États Membres au moyen des mécanismes formels des organes directeurs de l'OPS et une étroite collaboration au niveau des pays.

259. La mission de l'Organisation sera renforcée et promue et dans le même temps l'Organisation préservera ses privilèges, ses immunités et son statut d'organisation de santé publique internationale. Promouvoir la bonne gouvernance et assurer le respect et l'application de la Constitution, des règles et des règlements de l'Organisation contribuera à protéger le nom de l'Organisation et son intégrité.

## **6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques**

260. La transparence de la gestion, la responsabilisation et la gestion des risques sont des aspects essentiels d'une gestion efficace et efficiente qui suscite la confiance dans le travail de l'Organisation de la part de nos États Membres, des bailleurs de fonds, des parties prenantes et des partenaires. À cette fin, l'OPS va renforcer les mécanismes existants et introduire de nouvelles mesures visant à s'assurer que l'Organisation continue d'être responsable, transparente et apte à gérer efficacement les risques.

261. L'évaluation est un aspect essentiel de la transparence et de la responsabilisation et facilite l'application des meilleures pratiques. L'OPS/OMS s'attachera à favoriser une culture de l'évaluation et son utilisation proactive dans l'ensemble de l'Organisation. Cela suppose de fournir un cadre institutionnel consolidé pour l'évaluation dans les différents niveaux, en application des normes du Groupe d'évaluation des Nations Unies. L'OPS traitera de ses besoins spécifiques dans ce domaine dans le contexte de la politique d'évaluation de l'OMS. De plus, l'OPS continuera de promouvoir une culture de l'évaluation en tant que partie intégrante de la planification opérationnelle, appuyée par un système d'assurance-qualité pour encourager les meilleures pratiques. Une approche coordonnée et l'appropriation de la fonction d'évaluation seront encouragées à tous les niveaux de l'Organisation. Une évaluation objective sera facilitée, conformément au projet de politique d'évaluation de l'OPS et sera étayée par des outils tels que des lignes directrices claires.

262. La fonction d'audit interne a été considérablement renforcée au sein de l'OPS au cours de ces dernières années. L'Organisation continuera de procéder à un audit de ses activités, au siège et dans les Bureaux des représentants de l'OPS/OMS, qui tiennent compte des facteurs de risque spécifiques. Le Bureau de l'éthique continuera de mettre l'accent sur le renforcement des normes de comportement éthique du personnel et effectuera une évaluation des risques afin d'identifier les vulnérabilités qui pourraient nuire à l'image et à la réputation de l'Organisation. L'accent sera mis en particulier sur l'élaboration d'un nouveau programme relatif aux conflits d'intérêt et à la divulgation d'informations financières. En tant que coordinateur du système d'intégrité et de gestion

des conflits de l'OPS, le Bureau de l'éthique dirigera également les efforts visant à renforcer davantage le système de justice interne de l'OPS.

263. La gestion des risques est un domaine d'activité important. L'OPS est continuellement exposée à des risques de différents types, y compris ceux qui sont liés à ses activités techniques en matière de santé publique, à son financement, à ses activités de passation de marchés au nom des États Membres, à ses relations avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et d'autres institutions et au contexte politique et de gouvernance. Tous ces risques ont le potentiel d'influer sur l'efficacité et la réputation de l'Organisation. Cette approche nécessite de mettre en place des processus bien établis et d'en opérer le suivi pour s'assurer que tous les risques sont correctement identifiés et gérés et notifiés régulièrement à la direction de l'OPS pour permettre que des décisions et des mesures éclairées soient prises au moment opportun.

264. Pour assurer le fonctionnement efficace du système de gestion des risques et des activités de mise en conformité et de contrôle, l'OPS va mettre en œuvre un système de gestion des risques d'entreprise à tous les niveaux de l'Organisation. Cela s'inscrit dans le droit fil du travail actuellement réalisé par le Comité consultatif d'experts indépendants de la Surveillance de l'OMS.

### **6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports**

265. Ce domaine programmatique englobe l'élaboration des politiques, la planification stratégique et opérationnelle, la gestion du budget, la performance, le suivi et l'évaluation et la présentation de rapports à tous les niveaux. Il couvre également le financement et la gestion des ressources afin d'assurer la cohérence, les synergies et l'alignement entre les différentes parties du Bureau en réponse aux priorités établies dans le Plan stratégique. Le BSP continue de promouvoir et de consolider la gestion fondée sur les résultats comme cadre opérationnel central pour l'amélioration de l'efficacité organisationnelle, de l'efficience, de l'alignement avec les résultats et de la responsabilisation. L'élaboration, la négociation et la mise en œuvre de nouvelles approches en vue de mobiliser les ressources et les partenariats, afin d'augmenter la prévisibilité, la souplesse et la durabilité du financement de l'OPS en utilisant une approche programmatique, tout en respectant le cadre juridique normatif de l'Organisation, sont particulièrement importantes.

### **6.4 Gestion et administration**

266. Ce domaine programmatique recouvre les services administratifs fondamentaux qui sous-tendent le fonctionnement efficace et efficient de l'OPS : finances, ressources humaines, technologies de l'information, passation de marchés et soutien aux opérations. Le Bureau s'efforcera de mettre en œuvre un système moderne de gestion qui permette de

simplifier les processus administratifs et d'améliorer les indicateurs et les contrôles de la performance. Cela se traduira par une amélioration de l'efficacité, de la transparence, de la responsabilisation, ainsi que par une plus grande décentralisation et délégation de pouvoirs. En outre, cela garantira que la prise de décisions et l'affectation des ressources interviendront plus près du moment où les programmes sont mis en œuvre. En outre, les compétences et capacités en matière de gestion et d'administration seront renforcées à tous les niveaux du BSP.

267. Le caractère adéquat du cadre de contrôle financier, en tant qu'aspect spécifique de la gestion des risques, revêt une priorité particulière. L'OPS améliorera et renforcera les mécanismes qui lui permettront de déclarer, en toute confiance et en temps opportun, comment toutes les ressources investies dans l'Organisation sont utilisées pour atteindre les résultats escomptés figurant dans le Plan stratégique et le Budget programme correspondant.

268. L'accent mis sur les ressources humaines est également conforme à la réforme de la gestion globale. Il s'agit de faire en sorte que l'OPS soit en mesure de recruter les membres du personnel appropriés et de les déployer là où ils sont nécessaires, de gérer les contrats du personnel conformément aux règles en vigueur et de manière à encourager la mobilité et le développement de carrière, d'avoir recours à la planification de la relève afin de promouvoir la continuité pour les fonctions essentielles et de faire en sorte que l'Organisation ait les politiques et les systèmes de ressources humaines en place afin de pouvoir répondre rapidement à l'évolution des circonstances et aux besoins de santé publique.

269. La passation de marchés est un élément clé de la mission de l'Organisation. Entre autres, elle appuie la coopération technique par le biais de l'acquisition de biens et de services pour le compte des États Membres, leur permettant ainsi d'avoir accès à des médicaments, vaccins et autres fournitures de santé publique à des prix abordables. L'Organisation a des politiques de passation de marchés et des procédures et des systèmes de planification organisationnelle en place pour assurer une gestion appropriée des activités stratégiques et transactionnelles et permettre une intervention rapide en cas d'urgence.

270. L'OPS assurera un environnement de travail sain et sûr à son personnel par le biais de la fourniture efficace et efficiente d'un soutien logistique et opérationnel, de la maintenance des infrastructures et de la gestion des actifs, y compris en appliquant les Normes minimales de sécurité opérationnelles des Nations Unies (MOSS) et les Normes minimales de sécurité opérationnelles applicables au domicile (MORSS).

271. Enfin, la formulation et la mise en œuvre de politiques et de services pour les technologies de l'information continueront à garantir que l'infrastructure, les

applications, les réseaux et les communications, le soutien aux usagers ultimes et la continuité des activités demeurent entièrement fonctionnels.

## **6.5 Communications stratégiques**

272. Les activités dans le domaine des communications stratégiques s'appuieront sur deux objectifs interdépendants. D'une part, l'OPS joue un rôle crucial pour ce qui est de fournir au public des informations sanitaires précises et opportunes, notamment dans les situations d'urgence. D'autre part, l'OPS doit mieux communiquer sur son propre travail et son impact, y compris les progrès régionaux sur les questions de santé et les besoins régionaux, afin d'accroître sa visibilité et son positionnement stratégique en tant qu'organisation sanitaire de premier plan.

273. La demande croissante en informations sur la santé exige de l'OPS qu'elle communique en interne et en externe de manière opportune et cohérente. Elle nécessite aussi de fournir des connaissances essentielles en santé et du matériel de plaidoyer aux États Membres, aux partenaires de la santé et aux autres parties prenantes, y compris la société civile.

274. L'OPS adoptera une approche plus proactive pour travailler avec son personnel et avec les médias afin de mieux expliquer le rôle de l'Organisation et son impact sur la santé des populations. Cela passera par la mise en œuvre de la Stratégie de gestion des connaissances et de communications à tous les niveaux de l'Organisation. De plus, l'OPS renforcera sa capacité à fournir des informations sanitaires en utilisant des communications innovantes pour toucher un public plus large.

275. Des éléments clés de ce domaine programmatique comprennent l'élaboration, la gestion et le partage d'informations et de connaissances reposant sur des données probantes produites par les États Membres de l'OPS et le BSP, la fourniture d'une assistance technique sur les communications et la gestion des connaissances, la facilitation des communications entre l'OPS et ses partenaires et les parties prenantes, y compris les systèmes onusien et interaméricain, le grand public, les publics spécialisés, l'amélioration de l'image et la protection de la réputation de l'Organisation et l'utilisation des communications pour promouvoir les changements individuels, sociaux et politiques nécessaires pour améliorer et préserver la santé et le bien-être.

## **Analyse des parties prenantes**

276. La participation et l'engagement d'un large éventail de parties prenantes sont nécessaires pour atteindre bon nombre de résultats et productions dans cette catégorie et pour étayer la mise en œuvre du Plan stratégique. Le BSP doit assurer une interaction et une communication continues avec les autorités de la santé, les secteurs gouvernementaux en dehors de la santé, les partenaires du développement, la société

civile, les médias et d'autres intervenants des secteurs public et privé, tout en leur fournissant des informations claires et convaincantes sur le rôle de l'OPS, ses réalisations et sa responsabilisation. Ceci est crucial pour les motiver et leur permettre de soutenir efficacement l'Organisation et de collaborer avec elle. En outre, ces parties prenantes attendent du BSP qu'il joue un rôle de chef de file pour ce qui est de définir, expliquer et promouvoir les principes et les objectifs de la santé publique, ce qui leur permettra alors d'améliorer leur propre capacité à soutenir et à promouvoir ces principes et objectifs.

277. Étant donné le rôle de l'Organisation au sein de l'OMS et des Nations Unies, on prévoit une coordination, une harmonisation et une communication continues et accrues avec ces systèmes. L'Organisation apportera des contributions positives à la mise en œuvre réussie des réformes institutionnelles en cours au sein de l'OMS et des Nations Unies. Compte tenu des efforts spécifiques en cours sur la définition des priorités programmatiques et la réforme de la gestion, les interactions de l'Organisation avec l'OMS et la famille des Nations Unies seront particulièrement importantes. Au niveau des pays, cela comprendra un engagement actif avec l'équipe des Nations Unies dans les pays ; au niveau régional, cela comprendra également la collaboration entre les agences des Nations Unies afin d'apporter un soutien en synergie ; et au niveau mondial, l'OPS continuera de participer au riche dialogue de politiques et technique. Afin de faire progresser les résultats collectifs de la santé, il sera important de continuer à renforcer les relations avec les entités d'intégration infrarégionale et avec d'autres agences et organisations spécialisées du système interaméricain.

278. Pour mettre en œuvre de nouvelles modalités de coopération technique, les partenariats et la collaboration dans les pays et entre les pays favoriseront des approches intersectorielles et multisectorielles. Celles-ci feront intervenir non seulement les ministères de la santé mais aussi des parties prenantes clés du secteur public et du secteur privé en dehors du secteur de la santé. Il sera essentiel de parvenir à mobiliser ces autres acteurs pour s'assurer qu'une attention suffisante est accordée aux déterminants sociaux de la santé et pour soutenir les efforts en vue de la couverture sanitaire universelle.

279. Les activités de l'OPS sont effectuées dans un contexte économique difficile caractérisé par une concurrence importante sur le plan des ressources. Néanmoins, l'Organisation continue de faire la preuve de résultats importants à ses partenaires. Ceci contribue à un engagement et une collaboration continus qui, à leur tour, permettent de garantir des ressources durables pour la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS, conformément au cadre de gestion fondée sur les résultats. À cet égard, l'Organisation doit être prête à élargir la collaboration dans les pays et entre les pays, à favoriser de nouveaux partenariats et à renforcer les alliances existantes à l'appui du programme régional de santé publique.

280. Compte tenu des iniquités persistantes entre les pays et au sein des pays de la Région, l'Organisation continuera à renforcer et à développer des modalités de financement avec les États Membres, pour faciliter la collaboration au sein des différents pays et se focaliser stratégiquement sur les questions régionales de santé publique. La collaboration avec des institutions financières régionales et infrarégionales clés sera importante dans le cadre de ce processus.

281. Le BSP devrait continuer à mobiliser les États Membres pour s'assurer qu'ils bénéficient pleinement des services de passation de marchés de l'Organisation dans le cadre de la coopération technique de l'OPS. Ce faisant, il convient d'assurer une bonne compréhension de la stratégie, des règles et des procédures de passation de marchés, y compris le rôle de l'Organisation en tant qu'interlocuteur stratégique dans l'élaboration des programmes de santé et de passation de marchés des pays. Dans le même temps, l'OPS devrait poursuivre son soutien et son engagement plein et entier auprès de la famille des Nations Unies grâce à une collaboration continue sur des initiatives et des projets communs, tels que la participation à la réforme de la gestion mondiale des Nations Unies ; l'harmonisation des processus et des bonnes pratiques pour les passations de marchés de biens et de services et la mise en œuvre d'initiatives de collaboration avec les agences des Nations Unies au niveau des pays en appliquant des directives de passation de marchés communes.

### **Stratégies pour la fourniture des services institutionnels/fonctions essentielles**

282. Les principales stratégies pour fournir les services institutionnels et les fonctions essentielles comprennent les éléments suivants :

- a) Conduire, diriger et coordonner avec l'OMS, les États Membres et les systèmes onusien et interaméricain, et avec les autres partenaires, parties prenantes et le grand public, afin d'assurer une plus grande réactivité face aux besoins de santé des États Membres, tout en promouvant les mandats régionaux et mondiaux pour la santé.
- b) Continuer à soutenir et coordonner l'élaboration de stratégies de coopération avec les pays qui soient étroitement alignées sur les politiques, stratégies et plans nationaux de la santé et avec les Cadres d'aide au développement des Nations Unies, afin de refléter une plus grande harmonisation.
- c) Promouvoir des approches intersectorielles et multisectorielles pour renforcer les capacités institutionnelles et le leadership parmi les États Membres pour leur rôle dans la gouvernance de la santé.
- d) Garantir que les États Membres et autres partenaires sont pleinement engagés envers les efforts visant à assurer des ressources durables pour la mise en œuvre

du Plan stratégique de l'OPS, au moyen d'une approche programmatique reposant sur la gestion fondée sur les résultats.

- e) Renforcer les compétences appropriées parmi le personnel de l'OPS pour le lancement de nouvelles approches sur le plan de la diplomatie de la santé et de nouveaux partenariats.
- f) Assurer la mise en œuvre d'un système d'information moderne pour la gestion afin que les procédures administratives soient simplifiées et que les contrôles et les indicateurs de performance soient améliorés, se traduisant par une efficacité, une transparence, une responsabilisation, une décentralisation et une délégation de pouvoirs accrues.
- g) Renforcer les capacités institutionnelles pour la mise en œuvre du système de gestion des risques d'entreprise.
- h) Renforcer les capacités et les compétences administratives et de gestion à tous les niveaux du BSP.
- i) Consolider la planification stratégique des ressources humaines, en se concentrant sur la planification de la relève, le déploiement de personnel en fonction des compétences et des besoins, la mobilité du personnel et le développement du personnel.
- j) Renforcer et maintenir la capacité du Bureau à mettre en œuvre des stratégies internes de communications et de gestion des connaissances.

### **Thématiques transversales**

283. En s'appuyant sur les politiques et les pratiques, les thématiques transversales de genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique s'appliqueront à toutes les activités de cette catégorie selon les besoins, mais surtout dans les questions liées à la gestion des ressources humaines et au système de justice interne. En outre, l'Organisation appliquera le Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes adopté récemment (UN-SWAP).

284. Dans le cadre des activités incluses dans cette catégorie, le Bureau appuiera les activités des autres catégories pour leur permettre de réaliser leurs résultats. Ainsi, la catégorie 6 est liée à toutes les autres catégories.

### **Hypothèses et risques**

#### **Hypothèses :**

- a) L'Organisation est en mesure de mobiliser les contributions nécessaires auprès des États Membres et des partenaires traditionnels et non traditionnels en temps

- opportun. Le niveau de financement reçu de l'OMS est conforme au budget approuvé.
- b) Des politiques et des règles de gouvernance claires, la responsabilité et la responsabilisation sont en place pour mettre en œuvre efficacement des programmes de manière de plus en plus décentralisée.
  - c) On constate une mise en œuvre réussie des réformes institutionnelles de l'OMS et des Nations Unies et une coordination et une harmonisation accrues avec ces systèmes à l'échelle mondiale, régionale et nationale.
  - d) Des accords juridiques clairs avec les États Membres et les parties prenantes sont en place pour éviter des conflits d'intérêts, des coûts de transaction élevés et des risques juridiques pour l'Organisation, les gouvernements, les organisations internationales, les partenaires et les bailleurs de fonds, tout en assurant la responsabilisation.
  - e) Une perception de plus en plus positive du rôle de l'OPS en tant que chef de file et partenaire clé pour le développement de la santé dans la Région s'affirme.
  - f) La responsabilisation de l'Organisation continue à être renforcée dans le contexte du cadre de gestion fondée sur les résultats.

**Risques :**

- a) Les réductions supplémentaires dans l'affectation des ressources provenant de l'OMS compromettent gravement la capacité de l'OPS à atteindre les résultats énoncés dans le Plan stratégique.
- b) Le niveau de l'aide internationale accordée à la Région continue à baisser.
- c) On constate un manque de volonté politique pour appliquer le Plan stratégique dans la Région.
- d) La présence limitée de l'OPS au sein des forums stratégiques nuit à la coordination avec les autorités nationales, les agences des Nations Unies et autres organisations intergouvernementales, les partenariats public-privé et la société civile conformément à l'examen quadriennal des politiques des Nations Unies.
- e) Les ressources mobilisées présentent une flexibilité limitée, ce qui compromet la capacité de l'Organisation à se concentrer sur les priorités convenues par les États Membres dans le Plan stratégique.
- f) Des conflits d'intérêt potentiels avec les partenaires privés nuisent à l'image et à la réputation de l'Organisation.
- g) L'incapacité à mettre en place un système d'information moderne pour la gestion retarde la simplification des processus administratifs et empêche une utilisation plus efficace et des mesures visant à réaliser des économies.

- h) La disponibilité et la fiabilité limitées de l'information empêchent la prise de décisions en temps opportun.

## Catégorie 6. Services institutionnels/fonctions essentielles : domaines programmatiques et résultats

### 6.1 Leadership et gouvernance

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012*	Cible 2019 (référence+)*
RIT 6.1 Une plus grande cohérence sur le plan de la santé régionale, avec l'OPS/OMS qui joue un rôle clé pour permettre au grand nombre d'acteurs différents de contribuer efficacement à la santé de tous les habitants des Amériques	RIT 6.1.1	Niveau de satisfaction des parties prenantes envers le rôle de chef de file de l'OPS/OMS sur les questions mondiales et régionales de la santé	Élevé (selon la notation composite résultant de l'enquête auprès des parties prenantes, novembre 2012)	Au moins élevée (enquête auprès des parties prenantes 2015)
	RIT 6.1.2	Nombre de plans ou de stratégies de santé au niveau national qui incluent les domaines d'action du Programme d'action sanitaire pour les Amériques (HAA) 2008-2017	20 (sur la base de l'évaluation à mi-parcours du HAA)	26 [À confirmer]
	RIT 6.1.3	Pourcentage des déclarations du Sommet des Amériques qui reflètent les priorités du Plan stratégique de l'OPS	12 % (sur la base du pourcentage de questions de santé incluses dans le sixième Sommet des Amériques, 2012)	Au moins 12 %

### 6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 6.2 L'OPS travaille d'une manière responsable et transparente et ses cadres de gestion et d'évaluation des risques fonctionnent de manière adéquate	RIT 6.2.1	Proportion des risques institutionnels assortis de plans d'intervention approuvés mis en œuvre	0	100 %

\* L'année de référence est 2012 ou l'année pour laquelle les données les plus récentes sont disponibles. L'année est indiquée pour les indicateurs pour lesquels les données de 2012 ne sont pas disponibles. Les cibles pour 2019 comprennent l'année de référence 2012 et les cibles proposées pour 2015.

### 6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 6.3 Financement et affectation des ressources alignés sur les priorités et les besoins en matière de santé des États Membres dans un cadre de gestion fondée sur les résultats	RIT 6.3.1	Pourcentage du budget approuvé de l'OPS financé	80 % à mettre à jour (sur la base de l'évaluation de la fin de la période biennale 12-13)	100 %
	RIT 6.3.2	Pourcentage de cibles d'indicateurs de résultats atteintes	89 % à mettre à jour (sur la base de l'évaluation de la fin de la période biennale 2012-2013)	90 %

### 6.4 Gestion et administration

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 6.4 Gestion et administration efficaces aux trois niveaux de l'Organisation	RIT 6.4.1	Proportion des mesures de gestion et d'administration (comme développé dans les Accords de niveau de service) réalisées	Données non mesurées actuellement	95 %

### 6.5 Communication stratégique

Résultat intermédiaire	N° d'ind.	Indicateurs de résultat intermédiaire	Référence 2012	Cible 2019 (référence+)
RIT 6.5 Meilleure compréhension par le public et les parties prenantes du travail de l'OPS/OMS	RIT 6.5.1	Pourcentage des États Membres et d'autres représentants des parties prenantes qui évaluent la performance de l'OMS/OPS comme étant excellente ou bonne	77 %	100 % (Enquête sur la perception des parties prenantes - OMS, novembre 2019)

## VII. Assurer une mise en œuvre efficace du Plan

285. Cette section met en exergue plusieurs grands facteurs qui peuvent avoir une incidence sur la mise en œuvre efficace du Plan : les stratégies de coopération technique, les rôles et les responsabilités de l'OPS et des États Membres, le financement et la gestion des risques.

286. Dans le but de demeurer pertinente et de répondre aux besoins des États Membres tout en continuant à jouer un rôle de leadership dans la Région, l'Organisation fera appel à des approches novatrices dans sa collaboration avec les États Membres et les partenaires. Le Plan stratégique 2014-2019 constitue le cadre de référence qui guidera les interventions de l'OPS pour promouvoir le programme de santé publique de la Région. Afin d'atteindre les résultats prévus dans le Plan stratégique, l'Organisation étudiera de nouvelles modalités de coopération technique et élargira sa base de partenariat national, infrarégional et régional. Une attention spéciale sera accordée au renforcement et à l'utilisation de l'expertise nationale dans les pays de la Région et au partage des expériences couronnées de succès et des leçons apprises. L'OPS encouragera et soutiendra la mise en œuvre d'interventions rentables, des meilleurs achats disponibles et des outils appropriés, selon le contexte propre à chaque pays.

287. Comme indiqué dans la chaîne des résultats, l'engagement et la collaboration des États Membres, du BSP et des partenaires seront nécessaires pour atteindre avec succès les résultats énoncés dans le Plan stratégique 2014-2019. L'accent sera mis sur la clarification des actions communes nécessaires à la réalisation des résultats du Plan et à l'obtention des impacts attendus.

288. Sur la base du niveau de financement précédemment disponible pour le Plan stratégique 2008-2013 et des projections pour l'avenir, l'enveloppe de ressources pour la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 est estimée à \$1,8 milliard. Cette estimation est présentée afin de donner aux États Membres et aux partenaires une idée de l'ampleur des ressources qui seront nécessaires au cours de la période de six ans couverte par le Plan afin de permettre la réalisation de ses résultats escomptés. Afin d'obtenir les ressources nécessaires pour mettre en œuvre le Plan, l'OPS devra élaborer une stratégie robuste de mobilisation des ressources. À cette fin, une attention particulière sera accordée à l'approche programmatique de l'OPS, selon les orientations du Plan, en vue d'obtenir les ressources nécessaires avec une flexibilité suffisante pour permettre la réalisation des résultats escomptés du Plan.

289. Le budget ordinaire (BO), les contributions volontaires (CV), les contributions volontaires nationales (CVN) et les fonds de l'OMS seront inclus dans les Budgets programmes. Il est important de noter que le Plan stratégique 2014-2019 est mis en

œuvre en application de la nouvelle politique budgétaire de l'OPS, qui intègre les principes d'équité et de solidarité panaméricaine et accorde une importance particulière à la présence dans les pays et à la budgétisation fondée sur les résultats. Une considération importante tient à la façon d'intégrer les CVN et de les traiter par rapport au financement des catégories et résultats du Plan.

290. Le BSP appliquera son cadre de gestion des risques d'entreprise afin d'identifier les risques et de mettre en œuvre des mesures d'atténuation qui augmentent la probabilité d'atteindre les résultats escomptés dans le Plan stratégique 2014-2019. Le cadre de gestion des risques d'entreprise repose sur la norme internationale ISO 31000 et comprend une méthodologie pour l'intégration de la gestion des risques à tous les niveaux de l'Organisation de façon proactive, continue et systématique. L'objectif est de permettre à l'Organisation d'identifier et de gérer les risques en temps opportun et de tirer parti avec succès des opportunités qui peuvent se présenter. Le cadre de gestion des risques d'entreprise s'appliquera au Plan stratégique 2014-2019, aux Budgets programmes 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019 et à la planification opérationnelle dans l'ensemble des bureaux du BSP.

## **VIII. Suivi et rapports, évaluation, responsabilisation et transparence**

291. La performance de l'OPS sera évaluée en mesurant les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des objectifs d'impact et des résultats intermédiaires énoncés dans le Plan stratégique 2014-2019 au cours de la période couverte par le Plan.

292. La performance globale du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS sera évaluée au moyen d'indicateurs de résultat intermédiaires définis. Une telle évaluation nécessitera un suivi et la présentation de rapports par les États Membres de l'OPS ainsi que par le BSP. Il est donc important que les indicateurs de résultats intermédiaires les plus pertinents et réalisables soient définis, en tenant compte aussi bien de la disponibilité des informations que de la capacité des États Membres à rendre compte sur ces indicateurs.

293. Afin de mesurer les progrès accomplis, des niveaux de référence et des cibles ont été définis pour les indicateurs d'impact, de résultats intermédiaires et de résultats immédiats, en consultation avec tous les pays et territoires de la Région. Pour presque tous les indicateurs de résultats intermédiaires, une liste de pays a été identifiée en tant que référence et cible pour évaluer les progrès spécifiques dans les pays et affiner les interventions nécessaires. Cela contribuera à la transparence et à la responsabilisation et responsabilité partagées des États Membres et du BSP pour atteindre les résultats escomptés du Plan.

294. Le suivi et les rapports sur les impacts, les résultats intermédiaires et les résultats immédiats du Plan stratégique 2014-2019 feront appel au système d'information de la santé existant de l'OPS (données fondamentales régionales sur la santé et Initiative des profils par pays de l'OPS). Il faudra pour cela renforcer et élargir la série de données actuelle. Un engagement de tous les pays et territoires à présenter des rapports sur les résultats intermédiaires et immédiats sera nécessaire afin d'opérer un suivi efficace de la mise en œuvre du Plan stratégique. Les indicateurs de niveau d'impact feront l'objet d'un suivi en utilisant les données fondamentales régionales de la santé de l'OPS et ne nécessiteront pas de suivi ou de présentation de rapports spécifiques par pays.

295. Une liste d'indicateurs a été élaborée afin de normaliser le suivi et la présentation de rapports. Le BSP fournira un soutien technique direct aux pays et territoires pour les processus de suivi et de présentation de rapports lorsque cela sera nécessaire.

296. Le suivi et l'évaluation de la performance pour le Plan seront réalisés sur une base annuelle et un rapport sera présenté aux organes directeurs à la fin de chaque exercice biennal. L'évaluation de la performance du Budget programme en fin d'exercice biennal

fournira une évaluation complète de la performance de l'OPS et comprendra une évaluation des progrès accomplis sur le plan de l'obtention des résultats intermédiaires escomptés et de la réalisation des résultats immédiats. Les évaluations de fin d'exercice biennal constitueront la base pour informer les États Membres sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du Plan stratégique.

297. Compte tenu du calendrier du Programme de développement pour l'après 2015, une évaluation à mi-parcours du Plan est proposée afin de déterminer les ajustements nécessaires en réponse au volet santé du nouveau programme. Une évaluation sera également menée à la fin de la période couverte par le Plan stratégique.

## Sigles et abréviations

Sigle	Description
<b>ACDI</b>	Agence canadienne de développement international
<b>AECID</b>	Agence espagnole de coopération internationale pour le développement
<b>ALBA</b>	Alliance bolivarienne pour les peuples de notre Amérique
<b>ALC</b>	Amérique latine et les Caraïbes
<b>AMS</b>	Assemblée mondiale de la Santé
<b>ASPC</b>	Agence de la Santé publique du Canada
<b>AVCI</b>	années de vie corrigées de l'incapacité
<b>BID</b>	Banque interaméricaine de développement
<b>BMGF</b>	Bill and Melinda Gates Foundation
<b>BO</b>	budget ordinaire
<b>BP 2014-2015</b>	budget programme 2014-2015 de l'OPS
<b>BRICS</b>	Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud
<b>BSP</b>	Bureau sanitaire panaméricain
<b>CAF</b>	Banque de développement d'Amérique latine
<b>CARPHA</b>	Agence de santé publique des Caraïbes
<b>CCI</b>	comité de coordination interinstitutions
<b>CCLAT</b>	Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
<b>CE</b>	Comité exécutif
<b>CKD</b>	chronic kidney disease/maladie rénale chronique
<b>CSDH</b>	Commission sur les déterminants sociaux de la santé
<b>CSU</b>	couverture sanitaire universelle
<b>CTP</b>	coopération technique entre les pays

Sigle	Description
CV	contributions volontaires
CVN	contributions volontaires nationales
DPAS	alimentation, activité physique et santé
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
eHealth	santé en ligne
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FDA	Food and Drug Administration (États-Unis)
Fiocruz	Fondation Oswaldo Cruz
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GARC	Alliance mondiale pour la lutte contre la rage
GASP	Programme de surveillance de la résistance gonococcique
GCP	groupe consultatif de pays
GFR	gestion fondée sur les résultats
GLC	Comité « Feu vert »
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie
GRE	gestion des risques d'entreprise
H1N1	pandémie de grippe A
HAA	Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017
HHS	Department of Health and Human Services (États-Unis)
HNI	indice des besoins de santé
HSH	hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
HTA	évaluation des technologies de la santé
IAPAC	International Association of Providers of AIDS Care
IDH	indice de développement humain
IICA	Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture

<b>Sigle</b>	<b>Description</b>
<b>IMC</b>	indice de masse corporelle
<b>IMS-Dengue</b>	Stratégie intégrée de gestion pour la prévention et la lutte contre la dengue
<b>IST</b>	infections sexuellement transmissibles
<b>MCV</b>	maladies cardiovasculaires
<b>MERCOSUR</b>	Marché commun du Sud
<b>MeV</b>	maladie évitable par la vaccination
<b>mHealth</b>	Santé mobile (sur téléphones portables, tablettes, etc.)
<b>MNT</b>	maladie non transmissible
<b>MOA</b>	maladie d'origine alimentaire
<b>MORSS</b>	normes minimales de sécurité opérationnelles applicables au domicile
<b>MOSS</b>	normes minimales de sécurité opérationnelles
<b>MTN</b>	maladies transmissibles négligées
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>RIM</b>	résultat immédiat
<b>RIT</b>	résultat intermédiaire
<b>OIE</b>	Organisation mondiale de la Santé animale
<b>OIRSA</b>	Organisation internationale régionale pour la protection des plantes et la santé animale
<b>OMD</b>	objectifs du Millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Nations Unies
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>OPS</b>	Organisation panaméricaine de la Santé
<b>OS</b>	objectif stratégique
<b>PAFNCD</b>	Forum panaméricain de lutte contre les MNT
<b>PATH</b>	Programme de technologie appropriée pour la santé

Sigle	Description
PVDVc	poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis d'Amérique pour l'aide contre le sida
PGT	Programme général de travail de l'OMS
PIB	produit intérieur brut
PMA	suivi et évaluation de la performance
PNMR	taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PS 2014-2019	Plan stratégique 2014-2019
PTB	Plan de travail biennal
REMSAA	Réunion des ministres de la Santé de la région andine
RER	résultat escompté à l'échelle régionale
RHS	ressources humaines pour la santé
RSI	Règlement sanitaire international
SCP	stratégie de coopération avec les pays
SCSI	Société canadienne pour la santé internationale
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SIG	Système d'information pour la gestion de l'OPS
SMNE	santé maternelle, néonatale et des enfants
SPR	système de hiérarchisation des priorités
SPV	santé publique vétérinaire
SSG	santé sexuelle et génésique
SSP	soins de santé primaires
SVI	Sabin Vaccine Institute
TARV	thérapies antirétrovirales
TB	tuberculose

<b>Sigle</b>	<b>Description</b>
<b>TB-MR</b>	tuberculose à bacilles multirésistants
<b>TB-VIH</b>	tuberculose liée au VIH
<b>TFGH</b>	Task Force for Global Health
<b>TIC</b>	technologies de l'information et des communications
<b>TME</b>	taux de mortalité évitable
<b>TMI</b>	taux de mortalité infantile
<b>TMM</b>	taux de mortalité maternelle
<b>TT</b>	thématiques transversales
<b>UNASUR</b>	Union des nations de l'Amérique du Sud
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>UN-SWAP</b>	Plan d'action sur l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes dans l'ensemble du système de l'ONU
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le développement international
<b>VHB</b>	virus de l'hépatite B
<b>VHC</b>	virus de l'hépatite C
<b>VIH</b>	virus d'immunodéficience humaine
<b>VPH</b>	virus du papillome humain
<b>WSPA</b>	Société mondiale pour la protection des animaux

## Annexes

### Annexe I. Principaux enseignements tirés des Plans précédents

1. Le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS s'appuie sur l'expérience de l'OPS et les enseignements tirés des précédents plans, programmes, budgets et autres instruments de planification et processus de haut niveau, y compris les processus de planification et de budgétisation de l'OMS. L'accent a été mis en particulier sur un examen des enseignements tirés du Plan stratégique 2008-2013 de l'OPS, étant donné qu'il s'agissait du premier plan à être mis en œuvre en suivant l'approche de la gestion fondée sur les résultats.

2. Les principaux enseignements qui ont été pris en compte dans le cadre de l'élaboration du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS sont décrits ci-dessous. Pour guider leur application aux principaux aspects du Plan, ils ont été divisés en trois catégories : *a)* politique et stratégique, *b)* programmatique et technique et *c)* gestion et administration. L'application de ces enseignements sera essentielle pour la mise en œuvre réussie du Plan et pour poursuivre l'amélioration de la gestion efficiente et efficace de l'Organisation.

#### Politique et stratégique

3. Le Plan stratégique 2008-2013 de l'OPS a été le premier plan aligné sur les processus de planification et de budget de l'OMS (spécifiquement le Plan stratégique 2008-2013 à moyen terme de l'OMS et ses Budgets programmes correspondants). Même si la décision a été prise d'aligner, pour la première fois, les activités de l'Organisation avec le Programme général de travail de l'OMS, cet alignement n'a pas été pleinement opéré sur les différents objectifs stratégiques. Ces écarts avec le Programme général de travail de l'OMS ont occasionné quelques difficultés dans la présentation de rapports à l'échelle mondiale. Le Plan stratégique 2014-2019 est aligné sur le douzième Programme général de travail de l'OMS, tout en préservant les spécificités régionales, et cet alignement devrait faciliter le suivi et la présentation de rapports sur les indicateurs mondiaux inclus dans le douzième Programme général de travail. Cela facilitera aussi la gestion des ressources reçues de l'OMS ainsi que la contribution de la Région au programme sanitaire mondial.

4. Le Plan stratégique 2014-2019 devrait être suffisamment souple pour s'adapter facilement à l'évolution des circonstances. Le processus de modification du Plan stratégique 2008-2013 a nécessité l'approbation des États Membres pour toutes les modifications, sans que ce soit limitatif, pour la définition des niveaux de référence et des cibles qui ont été fixés pour l'ensemble de la période de mise en œuvre. Le nouveau Plan définit plus clairement les rôles et les responsabilités des États Membres et du BSP. À cet

égard, il comprendra des mécanismes pour opérer les ajustements nécessaires sur les différentes composantes du Plan au cours de sa mise en œuvre.

5. Certes, un document stratégique devrait indiquer les domaines prioritaires vers lesquels l'Organisation va orienter ses ressources, mais une plus grande priorisation au sein des différents domaines est nécessaire pour traiter efficacement les questions clés. Quand le PS 2008-2013 a été préparé, les critères de priorisation ne reposaient pas sur des données probantes et n'ont pas été définis au moyen de vastes consultations ; cela a limité l'acceptation ultérieure du plan. Dans le Plan stratégique 2014-2019, les critères ont été définis sur la base d'une méthode scientifique et avec la participation du personnel de l'ensemble du BSP. Les critères et la méthodologie ont également fait l'objet d'un examen et ont été appliqués par les États Membres par l'entremise du Groupe consultatif de pays (GCP).

6. L'obtention des résultats du Plan stratégique devrait être une responsabilité conjointe du BSP et des États Membres. Un engagement plus fort des États Membres au cours de chacune des phases, depuis la définition du Plan jusqu'à sa mise en œuvre et l'évaluation finale, est nécessaire. À cet égard, le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS devrait être mis en œuvre dans d'autres cadres stratégiques, y compris le Programme général de travail de l'OMS et le programme d'action sanitaire pour les Amériques, ainsi que dans d'autres cadres pertinents dans la Région.

7. Les Contributions volontaires nationales (c'est-à-dire les contributions volontaires des États Membres uniquement pour la coopération technique dans leur propre pays) constituaient une partie importante des Contributions volontaires reçues par l'Organisation au cours de la mise en œuvre du Plan stratégique 2008-2013. Même si un effort a été réalisé pour assurer les liens appropriés avec les priorités stratégiques définies par les États Membres, il est nécessaire d'identifier explicitement ces contributions à l'obtention globale des résultats. Le Budget programme 2014-2015 indiquera les contributions volontaires nationales au titre de chaque catégorie et leur effet sur les autres sources de financement pour l'Organisation, ainsi que sur l'équilibre global entre les niveaux de ressources et les réalisations programmatiques.

### **Programmatique et technique**

8. L'Organisation a progressé sur le plan de la promotion et du soutien des activités interprogrammatiques entre les différentes catégories, en particulier au niveau des pays. Des défis subsistent à l'échelle régionale, où une structure fonctionnelle fixe semble entraver la collaboration horizontale. La réduction du nombre d'objectifs stratégiques – maintenant appelés catégories – et une approche plus souple de gestion visent à relever ce défi. Des modifications supplémentaires seront nécessaires sur le plan opérationnel pour encourager les activités entrant dans les différentes catégories.

9. La stratégie de coopération au moyen de réseaux pour améliorer la gouvernance et le leadership a été jugée appropriée et rentable ; cependant, elle nécessite un engagement institutionnel pour en assurer la durabilité à moyen/long terme. La création de réseaux devrait inclure des mécanismes de durabilité pour assurer leur succès sur le long terme.

10. Les projets de coopération technique entre pays en utilisant des sources de financement souples, comme la part des affectations variables des pays dans le budget, se sont avérés plus efficaces que des projets comparables ne disposant pas de cette souplesse. Il existe un grand nombre de facteurs propres à chaque pays (volonté politique, contraintes économiques et priorités de la santé) qui influent sur la viabilité de ces projets et les fonds doivent donc être adaptés aux besoins spécifiques des États Membres. Cependant, cela nécessite aussi la définition de critères afin d'assurer une approche équitable en matière d'affectation des ressources entre les pays. Les États Membres ont exprimé la nécessité d'un meilleur partage des connaissances entre les praticiens de la santé publique et les organismes de coopération internationale, ce qui a débouché sur des activités inter-organisationnelles en vue de créer une plateforme de partage des connaissances sur le Web, où les expériences et les bonnes pratiques en santé publique peuvent être partagées. L'importance croissante de la coopération Sud-Sud et triangulaire dans le dialogue international a conduit l'Organisation à élaborer un cadre politique pour la facilitation de la coopération entre les pays. Celui-ci sera examiné par les organes directeurs en 2013 et pourrait être intégré au nouveau Plan stratégique, s'il est approuvé.

11. Le niveau infrarégional de coopération technique a été introduit avec la politique régionale du Budget programme en 2006. Il a été conçu pour permettre à l'Organisation de soutenir les plans de santé des processus d'intégration infrarégionale dans les Amériques, en offrant un espace supplémentaire de coopération et de plaidoyer dans la Région. Les activités à ce niveau ont donné à l'OPS la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins des États Membres tout en encourageant la coopération entre les pays, qui est un aspect qui revêt de plus en plus d'importance parmi les pays de la Région. La coopération technique au niveau infrarégional facilite également les débats de politique de santé à l'échelle infrarégionale, régionale et mondiale en créant toute une série de forums diplomatiques au sein desquels les pays peuvent contribuer au dialogue et à la diplomatie sur les politiques de santé supranationales. Chaque processus infrarégional offre une plateforme pour évoquer les intérêts et préoccupations communs, ainsi qu'un espace où des politiques et des pratiques innovantes peuvent émerger à travers le dialogue et les échanges collectifs.

### **Gestion et administration**

12. La quantité, la qualité et le caractère mesurable des indicateurs ont posé des difficultés tout au long de la mise en œuvre du Plan stratégique 2008-2013. L'évaluation dans la plupart des cas portait essentiellement sur des indicateurs quantitatifs, avec une

analyse qualitative limitée. L'amélioration au fil des ans du suivi et de l'évaluation de la performance du Plan stratégique 2008-2013 a démontré la valeur d'une analyse qualitative complète afin de mieux démontrer les résultats. Toutefois, le processus a été jugé assez lourd. En conséquence, il a été simplifié : le nombre d'indicateurs a été réduit et leur qualité a été améliorée. Les indicateurs du Plan stratégique 2014-2019 se concentrent sur la mesure des progrès réalisés en termes d'amélioration de l'état de santé par rapport aux indicateurs d'impact, plutôt que sur l'évaluation des processus.

13. Le processus de suivi et d'évaluation de la performance pour le Plan stratégique 2008-2013, même s'il a été effectué au niveau du BSP, a également couvert les progrès réalisés par les États Membres. Le nouveau processus d'évaluation définira clairement les différents niveaux de responsabilisation. Les impacts et les résultats seront évalués sur la base des systèmes d'information officiels disponibles dans les États Membres et la responsabilité des productions et des livrables incombera au BSP. Le BSP a examiné le processus de suivi et d'évaluation de la performance et un nouveau processus qui combine efficacité et souplesse pour l'identification des défis et la performance des ajustements a été identifié. Un processus d'évaluations indépendantes périodiques devrait aussi être introduit pour assurer une amélioration continue de la programmation et contribuer à la responsabilisation, avec des informations mises à la disposition de tous les niveaux de gestion et des parties prenantes.

14. Le Plan stratégique 2008-2013 de l'OPS a été le premier plan à être intégralement mis en œuvre en utilisant le cadre de la gestion fondée sur les résultats. La mise en œuvre de la gestion fondée sur les résultats a permis à l'Organisation de mieux démontrer les résultats et de mieux cibler l'affectation des ressources tout en augmentant la transparence et la responsabilisation. Cette approche a été institutionnalisée au sein de l'OPS dans une large mesure, comme en témoigne le dernier rapport du Corps commun d'inspection des Nations Unies. L'OPS continuera à consolider son cadre de gestion fondée sur les résultats afin d'améliorer la transparence et la responsabilisation, tout en simplifiant la planification, la budgétisation et les processus de suivi et d'évaluation de la performance, en accroissant le renforcement des capacités. Le nouveau système d'information pour la gestion du BSP (SIG) renforcera encore la mise en œuvre de la gestion fondée sur les résultats au sein du BSP. Ce système générera et utilisera les informations sur la performance pour la reddition de comptes, les rapports aux parties prenantes externes et pour fournir des informations à la gestion interne pour le suivi, l'apprentissage et la prise de décisions.

## **Annexe II. Cadre de stratification des priorités programmatiques**

1. Le Plan stratégique définit ce cadre afin qu'il serve d'instrument clé pour guider l'affectation de toutes les ressources disponibles pour le Bureau sanitaire panaméricain, y compris les ressources humaines et financières, et pour cibler la mobilisation des ressources afin de mettre en œuvre le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Ce cadre est conforme aux principes de la politique budgétaire de l'OPS et au cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS. Les principes généraux, y compris les critères et une méthode scientifique, sont énoncées pour guider l'application de ce cadre de manière objective.
2. Ce cadre s'appuie sur le processus de définition des priorités programmatiques du Plan stratégique 2008-2013 de l'OPS et sur celui qui a été utilisé dans le projet de 12<sup>e</sup> Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS.
3. La méthodologie du cadre est conforme au cadre de gestion fondée sur les résultats de l'OPS et devrait donc contribuer à renforcer la responsabilisation et la transparence dans l'attribution et la mobilisation des ressources à l'aide d'une approche programmatique.
4. Ces critères et cette méthode seront appliqués dans tous les domaines programmatiques (approuvés par la direction et le Groupe consultatif de pays) pour identifier les niveaux de priorité (par exemple, des niveaux de priorité 1, 2 et 3).
5. Étant donné que la catégorie 6 (Services institutionnels/Fonctions essentielles) appuie la fourniture de coopération technique dans les catégories 1 à 5, y compris la présence dans les pays, et qu'elle dépend du Budget ordinaire, il est important de s'assurer que les fonds nécessaires sont disponibles pour couvrir ces fonctions. Le niveau de financement pour cette catégorie sera déterminé notamment sur la base de l'analyse des coûts essentiels, des efficacités et des mesures rentables (le BSP effectuera ces analyses). Dans la mesure où les thématiques transversales dans le domaine programmatique 3.3 (Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique) s'appliquent à toutes les catégories, les critères utilisés pour le financement des domaines programmatiques dans la catégorie 6 s'appliquent à ce domaine programmatique.
6. Sachant que l'Organisation a déjà défini les domaines programmatiques, qui représentent les priorités du Plan stratégique 2014-2019, un niveau plancher pour le Budget ordinaire doit être défini pour chaque domaine programmatique. Cela assurera une couverture minimale de l'Organisation pour préserver les acquis et les capacités de réponse institutionnelle. Les dépenses passées sur le Budget ordinaire au cours des deux derniers exercices constitueront un élément clé pour déterminer le niveau budgétaire plancher pour chaque domaine (la moyenne devant être déterminée par le BSP).

7. Une fois que les éléments aux paragraphes 5 et 6 auront été couverts, la répartition des fonds restants sera guidée par la méthode de stratification de priorité et les critères définis dans ce cadre. Ceci sera complété par les critères établis dans le cadre du mécanisme de coordination des ressources, y compris l'écart d'indicateur de résultat (la distance entre le niveau de référence et la cible attendue à atteindre d'ici à la fin de l'exercice biennal), sur la base des coûts dans les Budgets programmes. L'allocation des ressources flexibles mobilisées se fera selon le niveau de priorité et l'écart programmatique. Cette méthode offre un moyen de comparer différentes questions de santé dans un cadre relatif et non absolu, dans des conditions aussi égales que possible et d'une manière relativement objective.

8. La méthodologie est de nature qualitative et, en ce sens, elle suppose des jugements de valeur utilisés pour générer des consensus. Les résultats reflètent la perception collective des sujets, questions ou problèmes évalués. Par conséquent, son application bénéficie d'une approche multidisciplinaire.

### **Méthodologie**

9. La méthodologie repose sur la méthode bien connue et largement acceptée de Hanlon pour l'établissement de priorités en matière de santé.

10. Cette méthode s'appuie sur les éléments suivants : *a*) ampleur, *b*) gravité, *c*) efficacité et *d*) faisabilité (voir la définition ci-dessous de chaque composante). Une pondération est appliquée selon la méthode modifiée de Hanlon pour la définition des priorités (APEXPH/NACHO, 1991). Ces quatre composantes tiennent compte du secteur public, en particulier du secteur de la santé. En outre, le positionnement institutionnel et stratégique de l'Organisation est considéré comme une cinquième composante, y compris les critères proposés par Musgrove (1999).

### **Ampleur du problème (taille de la question ou du problème)**

- a) Contribution relative au fardeau régional des maladies ou importance relative pour le Programme d'action sanitaire régional (sur la base des données fondamentales régionales de la santé de l'OPS et de l'Initiative de profils par pays, la Santé dans les Amériques 2012 et les principaux résultats de l'étude de 2010 sur le fardeau mondial des maladies)
- b) Contribution relative au fardeau mondial des maladies ou importance relative pour le Programme d'action sanitaire mondial (sur la base des données fondamentales régionales de la santé de l'OPS et de l'Initiative de profils par pays, la Santé dans les Amériques 2012 et les principaux résultats de l'étude de 2010 sur le fardeau mondial des maladies)

- c) Biens publics (critiques pour améliorer la santé publique et pas nécessairement attrayants pour les marchés)

**Gravité de la question (gravité et urgence de la question ou du problème)**

- a) Caractère émergent du problème
- b) Fardeau pour les services de santé
- c) Cause potentielle de mortalité prématurée et d'invalidité
- d) Contribution à la sécurité sanitaire mondiale et régionale
- e) Menace pour le développement humain durable
- f) Impact disproportionné sur les groupes de population vivant dans des conditions de vulnérabilité
- g) Menace pour l'accès universel à la santé
- h) Pertes économiques potentielles au niveau individuel et communautaire

**Efficacité des interventions pour régler la question (dans quelle mesure la question peut être résolue, le cas échéant)**

- a) Disponibilité d'interventions rentables (comprend les pratiques exemplaires et les meilleurs achats)
- b) Possibilités de travailler avec d'autres secteurs, organisations et parties prenantes afin d'avoir un impact significatif sur la santé
- c) Demandes publiques (y compris les aspects politiques, l'opinion publique, les pressions pour les dépenses publiques)

**Faisabilité d'une solution à la question (les critères PEARL)**

- a) Propriété : Cette question relève-t-elle du mandat/responsabilité du secteur de la santé ?
- b) Économique (faisabilité économique) : est-il raisonnable sur le plan économique de traiter de cette question ; y aura-t-il des conséquences économiques si cette question n'est pas traitée ? (inclut la proximité de l'élimination ou de l'éradication d'une maladie ou d'une infection)
- c) Acceptabilité : les États Membres et/ou la population cible accepteront-ils que cette question soit traitée ? (y compris l'existence de connaissances fondées sur des données probantes, de données scientifiques et de la technologie pour améliorer la santé et la capacité de les appliquer)

- d) Ressources : des ressources sont-elles disponibles pour traiter cette question ? (y compris les capacités institutionnelles nationales, la participation d'autres organismes/partenaires traitant de cette question et la disponibilité de ressources financières provenant de sources nationales ou extérieures)
- e) Législation : les lois, règlements et mandats actuels (aux niveaux mondial, régional ou national) permettent-ils de traiter de cette question ?

### **Positionnement stratégique institutionnel**

- a) La valeur ajoutée de l'OPS (comprend la rentabilité de la coopération technique de l'OPS pour atteindre les résultats de santé définis dans le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS)
- b) Clé pour la gouvernance et le leadership de l'OPS
- c) Capacité de l'OPS à contribuer au renforcement des capacités dans les États Membres
- d) Question explicitement définie comme une priorité dans les stratégies de coopération avec les pays de l'OPS ou dans les stratégies ou les plans nationaux de la santé (ou dans les stratégies ou les plans au niveau des états ou des provinces dans le cas des pays fédérés)

### **Application**

11. Une matrice de stratification des priorités de type Hanlon-PRS adaptée pour l'OPS a servi aux évaluateurs pour attribuer des notes dans des séries de notation initialement indépendantes. Ensuite, une note globale pour chaque domaine programmatique a été déterminée en calculant la moyenne ajustée des différentes notes attribuées (c'est-à-dire en excluant les valeurs minimales et maximales). Le GCP a validé la méthodologie lors d'un exercice pilote mené en collaboration avec le BSP. Cette méthodologie a été appliquée par les États Membres dans le cadre des consultations nationales pour le Plan stratégique 2014-2019. Un outil de matrice de stratification des priorités a été utilisé pour reprendre les notes de chaque État membre. Toutes les notes ont été intégrées pour obtenir les notes régionales moyennes par domaine programmatique (valeurs extrêmes supprimées), ce qui a permis de définir les trois strates ou niveaux de priorité, comme indiqué dans la méthode présentée ci-dessus.

12. Les Bureaux des Représentants de l'OPS/OMS ont facilité les consultations nationales en collaboration avec les autorités de la santé.

13. Les résultats ont été inclus dans le Plan stratégique 2014-2019 et leur application dans le Budget programme a été soumise aux États Membres pour approbation.

### Annexe III. Liste des pays et territoires avec leurs acronymes

Pays	Acronyme	Pays	Acronyme
<b>États Membres</b>		<b>Membres associés</b>	
<b>35</b>		<b>4</b>	
1 Antigua et Barbuda	ANI	36 Aruba	ARU
2 Argentine	ARG	37 Curaçao	CUR
3 Bahamas	BAH	38 Porto Rico	PUR
4 Barbade	BAR	39 Sint Maarten	DSM
5 Belize	BLZ		
6 Bolivie (État Plurinational de)	BOL	<b>États participants</b>	
7 Brésil	BRA	<b>3</b>	
8 Canada	CAN	France	<b>3</b>
9 Chili	CHI	40 Guyane française	FRG
10 Colombie	COL	41 Guadeloupe	GUA
11 Costa Rica	COR	42 Martinique	MAR
12 Cuba	CUB		
13 Dominique	DOM	Royaume des Pays-Bas	<b>3</b>
14 République dominicaine	DOR	43 Bonaire	BON
15 Équateur	ECU	44 Saba	SAB
16 Salvador	ELS	45 Sint Eustatius	STA
17 Grenade	GRA		
18 Guatemala	GUT	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	<b>6</b>
19 Guyana	GUY	46 Anguilla	ANU
20 Haïti	HAI	47 Bermudes	BER
21 Honduras	HON	48 Îles Vierges britanniques	BVI
22 Jamaïque	JAM	49 Îles Caïmans	CAY
23 Mexique	MEX	50 Montserrat	MON
24 Nicaragua	NIC	51 Îles Turques et Caïques	TCA
25 Panama	PAN		
26 Paraguay	PAR		
27 Pérou	PER		
28 Saint-Kitts-et-Nevis	SCN		
29 Sainte-Lucie	SAL		
30 Saint-Vincent-et-les-Grenadines	SAV		
31 Suriname	SUR		
32 Trinité-et-Tobago	TRT		
33 États-Unis d'Amérique	USA		
34 Uruguay	URU		
35 Venezuela (République bolivarienne du)	VEN		

## Annexe IV. Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS

Catégorie et domaine programmatique		Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS
<b>1</b>	<b>Maladies transmissibles</b>	
1.1	VIH/sida et IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan stratégique régional pour le VIH/SIDA/IST pour le secteur de la santé [2006-2015] (résolution CD46.R15 [2005])</li> <li>– Stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale [2010-2015] (résolution CD50.R12 [2010])</li> <li>– Hépatite virale (WHA63.18 [2010])</li> <li>– Prévention et lutte contre l'hépatite virale : cadre d'action mondial, (OMS 2012)</li> </ul>
1.2	Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stratégie régionale de lutte contre la tuberculose (2005-2015) (résolution CD46.R12 [2005])</li> <li>– Plan d'expansion de la prise en charge programmatique de la tuberculose pharmacorésistante : vers un accès universel à la TB-D/M/XDR dans les Amériques, 2010-2015 (OPS, 2011)</li> </ul>
1.3	Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stratégie et plan d'action contre le paludisme (2011-2015) (résolution CD51.R90 [2011])</li> <li>– Stratégie pour la prévention et le contrôle de la dengue au sein des Amériques (résolution CSP27.R15 [2007])</li> <li>– Stratégie et plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas[2010-2013] (résolution CD50.R17 [2010])</li> <li>– Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle (document CD48/13 [2008])</li> </ul>
1.4	Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques (résolution CD48.R10 [2008])</li> <li>– Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté (résolution CD49.R9 [2009])</li> <li>– Contrôle/élimination des cinq maladies négligées en Amérique latine et dans les Caraïbes, [2010-2015] (OPS, 2010)</li> <li>– Maladies tropicales négligées (résolution WHA66.12 [2013])</li> </ul>

<b>Catégorie et domaine programmatische</b>	<b>Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS</b>
1.5 Maladies à prévention vaccinale (y compris le maintien de l'éradication de la polio)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan d'action mondial pour les vaccins (résolution WHA65.17 [2012])</li> <li>– Vaccins et immunisation (résolution CSP26.R8 [2002])</li> <li>– Renforcement des programmes de vaccination (résolution CD50.R5 [2010])</li> <li>– Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale dans la Région des Amériques (document CSP28.R16 [2012])</li> <li>– Poliomyélite : intensification de l'initiative mondiale d'éradication (résolution WHA65.5 [2012])</li> </ul>
<b>2 Maladies non transmissibles et facteurs de risque</b>	
2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (résolution CSP28.R13 [2012])</li> <li>– Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool [2012-2021] (document CD51/8, Rév.1 [2011])</li> <li>– Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus [2008-2015] (document CD48/6 [2008])</li> <li>– Stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé [2006-2015] (document CD47/17 [2006])</li> <li>– Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité (document CD48/5 [2008])</li> <li>– Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (OMS, 2003)</li> <li>– Renforcer la capacité des États Membres à mettre en œuvre les dispositions et lignes directrices de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (résolution CD50.R6 [2010])</li> <li>– Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques (résolution CD48.R2 [2008])</li> </ul>
2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stratégie et plan d'action sur l'épilepsie [2011-2021] (document CD51/10 [2011])</li> <li>– Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [2009-2019] (résolution CD49.R17 [2009])</li> <li>– Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique [2012-2021] (résolution CD51.R7 [2011])</li> <li>– Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 (résolution WHA66.8 [2013])</li> </ul>

<b>Catégorie et domaine programmatique</b>		<b>Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS</b>
2.3	Violence et traumatismes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan d'action sur la sécurité routière (2012-2017) (résolution CD51.R6 [2011])</li> <li>– Prévention de la violence et des traumatismes et promotion de la sécurité : Appel à l'action dans la Région (résolution CD48.R11 [2008])</li> </ul>
2.4	Invalidités et réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables (2009-2013) (résolution CD49.R11 [2009])</li> <li>– Handicap (résolution WHA66.9 [2013])</li> <li>– Le handicap : prévention et réhabilitation dans le contexte du droit de la personne de jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale et autres droits connexes (résolution CD47.R1 [2006])</li> </ul>
2.5	Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stratégie régionale et plan d'action portant sur la nutrition en matière de santé et le développement [2006-2015] (résolution CD47.R8 [2006])</li> <li>– Stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique [2010-2015] (résolution CD59.R11 [2010])</li> </ul>
<b>3 Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie</b>		
3.1	Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes [2010-2018] (résolution CD49.R14 [2009])</li> <li>– Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle [2012-2017] (résolution CD51.R12 [2011])</li> <li>– Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes [2008-2018] (résolution CD48.R5 [2008])</li> <li>– Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant [2008-2015] (résolution CD48.R4, Rév. 1 [2008])</li> <li>– Stratégie et plan d'action pour la santé intégrée de l'enfant [2012-2017] (résolution CSP28.R20 [2012])</li> </ul>
3.2	Vieillesse et santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan d'action pour la santé des personnes âgées y compris le vieillissement sain et actif [2009-2018] (résolution CD49.R15 [2009])</li> </ul>
3.3	Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique d'égalité entre les sexes [2009-2013] (résolution CD49.R12 [2009])</li> </ul>
3.4	Déterminants sociaux de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stratégie et plan d'action sur la santé en milieu urbain [2013-2021] (résolution CD51.R4 [2011])</li> </ul>
3.5	Santé et environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stratégie et plan d'action sur les changements climatiques [2012-2017] (résolution CD51.R15 [2011])</li> </ul>

Catégorie et domaine programmatique	Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS
<b>Systèmes de santé</b>	
4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Soins de santé primaires aux Amériques : leçons apprises ces 25 dernières années et futurs défis (résolution CD44.R6 [2003])</li> <li>– Extension de la protection sociale en santé: initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'Organisation internationale du Travail (résolution CSP26.R19 [2002])</li> <li>– Fonctions essentielles de la santé publique (résolution CD42.R14 [2000])</li> <li>– La santé et les relations internationales : leur lien avec la gestion du développement national de la santé (résolution CD48.R16 [2008])</li> </ul>
4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Politique et stratégie régionales visant à assurer la qualité des soins de santé, y compris la sécurité des patients [2007-2013] (résolution CSP27.R10 [2007])</li> <li>– Cadre des réseaux de prestation de services de santé intégrés (OPS, 2010)</li> <li>– Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires (résolution CD49.R22 [2009])</li> <li>– Politique et stratégie régionales pour assurer la qualité des soins, y compris la sécurité des patients (résolution CE140.R18 [2007])</li> </ul>
4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Accès aux médicaments (résolution CD45.R7 [2004])</li> <li>– Renforcement des autorités de réglementation nationales en matière de médicaments et produits biologiques (résolution CD50.R9 [2010])</li> <li>– Dispositifs médicaux (résolution CD42.R10 [2000])</li> <li>– Harmonisation des réglementations pharmaceutiques (résolution CD42.R11 [2000])</li> <li>– Santé publique, recherche en santé, production et accès aux médicaments essentiels (résolution CD47.R7 [2006])</li> <li>– Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques (résolution CD48.R7 [2008])</li> <li>– Santé publique, innovation et propriété intellectuelle: une perspective régionale (résolution CD48.R15 [2008])</li> <li>– Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains (résolution CD49.R18 [2009])</li> <li>– Évaluation et incorporation des technologies de la santé dans les systèmes de santé (résolution CSP28.R9 [2012])</li> </ul>

Catégorie et domaine programmatique		Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS
4.4	Systèmes d'information de la santé et données probantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Protection contre les rayonnements ionisants et sûreté des sources de rayonnements : Normes fondamentales internationales de protection (résolution CSP28.R15 [2012])</li> <li>– Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé [2008-2013] (résolution CD48.R6 [2008])</li> <li>– Stratégie pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays des Amériques (résolution CSP27.R12 [2007])</li> <li>– Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté [2012-2017] (résolution CD51.R5 [2011])</li> <li>– Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication 2013-2018 (résolution CSP28.R2 [2012])</li> <li>– Santé publique, recherche en santé, production et accès aux médicaments essentiels (résolution CD47.R7 [2006])</li> <li>– Politique sur la recherche pour la santé (résolution CD49.R10 [2009])</li> </ul>
4.5	Ressources humaines pour la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Appel à l'action de Toronto pour une décennie de ressources humaines de la santé dans les Amériques (2006-2015)</li> <li>– Développement et consolidation de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé (résolution CD43.R6 [2001])</li> <li>– Observatoire des ressources humaines en santé (résolution CD45.R9 [2004])</li> <li>– Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (résolution CD50.R7 [2010])</li> <li>– Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 (résolution CSP27.R7 [2007])</li> <li>– Programme élargi de manuels et de matériel pédagogique (PALTEX) (résolution CSP28.R3 [2012])</li> </ul>
<b>5</b>	<b>Préparation, surveillance et intervention</b>	
5.1	Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (résolution WHA64.1 [2011])</li> <li>– Révision du Règlement sanitaire international (résolution WHA58.3 [2005])</li> <li>– Application du Règlement sanitaire international (2005) (résolution WHA59.2 [2006])</li> </ul>

Catégorie et domaine programmatique	Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS
5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (résolution WHA61.2 [2008])</li> <li>– Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (résolution WHA65.23 [2012])</li> <li>– Sécurité sanitaire internationale, Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) (résolution CSP27.R13 [2007])</li> </ul>
5.3 Gestion des risques et crises d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Règlement sanitaire international (2005). Deuxième édition (OMS, 2008)</li> <li>– Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux (2010-2015) (résolution CD50.R15 [2010])</li> <li>– Sécurité des hôpitaux : une initiative régionale sur des installations de santé résistantes aux catastrophes (2008-2015) (résolution CSP27.R14 [2007])</li> <li>– Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes (résolution CSP28.R19 [2012])</li> <li>– Les ouragans Katrina et Rita et les préparatifs en cas de catastrophes dans la Région des Amériques (résolution CD46.R14 [2005])</li> <li>– Préparation et réponse aux catastrophes (résolution CD45.R8 [2004])</li> <li>– Ouragans Georges, Mitch et Floyd (résolution CD41.R6 [1999])</li> <li>– Préparation aux situations d'urgence sanitaire pour les catastrophes causées par El Niño (résolution CD40.R13 [1997])</li> <li>– Préparation aux situations d'urgence et coordination des secours en cas de catastrophe (résolution CD31.R23 [1985])</li> <li>– Programme de préparation aux situations d'urgence (résolution CD27.R40 [1980])</li> <li>– Programme de préparation aux situations d'urgence et de coordination des secours en cas de catastrophe dans les Amériques (résolution CD26.R36 [1979])</li> </ul>
5.4 Salubrité des aliments	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Promouvoir les initiatives sur la salubrité des aliments (résolution WHA63.R3 [2010])</li> </ul>
5.5 Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes (résolution CSP28.R19 [2012])</li> <li>– Protection civile et réponse (résolution CD45.R8 [2004])</li> <li>– Préparation aux situations d'urgence et coordination des secours en cas de catastrophe (résolution CD32.R10 [1987])</li> </ul>

Catégorie et domaine programmatische		Mandats, résolutions, stratégies et plans d'action de l'OPS
<b>6</b>	<b>Services institutionnels/fonctions essentielles</b>	
6.1	Leadership et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Processus de réforme des Nations Unies et rôle de l'OMS en matière d'harmonisation des activités opérationnelles de développement au niveau des pays (résolution WHA58.25 [2005])</li> <li>– Le partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement (2011)</li> <li>– Réforme de l'OMS (document A66/4 [2013])</li> <li>– Déclaration du Millénaire (2000), Nations Unies (document A/55/L.2 [2000])</li> <li>– Examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies (document A/62/208 [2008])</li> <li>– Coopération entre pays pour le développement de la santé dans les Amériques (résolution CE152/15 [2013])</li> </ul>
6.2	Transparence, responsabilisation et gestion des risques	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cadre de la gestion fondée sur les résultats de l'OPS (document SPB4/5, Rév.2 [2010])</li> </ul>
6.3	Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017</li> <li>– Politique budgétaire de l'OPS (résolution CSP28.R10 [2012])</li> <li>– 12<sup>e</sup> Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS (document A66/6 [2013])</li> <li>– Budget programme 2014-2015 de l'OMS (document A66/7 [2013])</li> </ul>
6.4	Gestion et administration	
6.5	Communications stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication (document CSP28/12, Rév.1 [2012])</li> </ul>