



**Organisation  
panaméricaine  
de la Santé**



**Organisation  
mondiale de la Santé**  
BUREAU RÉGIONAL DES  
**Amériques**

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

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

*Session virtuelle, 28 et 29 septembre 2020*

---

*Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire*

CD58/5, Add. I  
3 septembre 2020  
Original : anglais

#### **RAPPORT DE L'ÉVALUATION DE FIN DE PÉRIODE BIENNALE DU PROGRAMME ET BUDGET DE L'OPS 2018-2019/ RAPPORT FINAL SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS 2014-2019**

**Rapport sur les résultats de l'OPS : 2018-2019**

---

## Table des matières

I.	Avant-propos de la Directrice .....	3
II.	Introduction.....	4
III.	Obtenir les résultats voulus.....	5
	Atteindre les objectifs d'impact du Plan stratégique.....	5
	Réalisations, défis et réussites clés des pays par catégorie.....	8
	Catégorie 1 : Maladies transmissibles .....	13
	Catégorie 2 : Maladies non transmissibles et facteurs de risque .....	18
	Catégorie 3 : Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie .....	22
	Catégorie 4 : Systèmes de santé .....	27
	Catégorie 5 : Urgences sanitaires .....	34
	Catégorie 6 : Leadership, gouvernance et fonctions d'appui.....	37
IV.	Exécution du budget .....	42
	Présentation générale du budget pour la période couverte par le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 .....	42
	Mise en œuvre du programme et budget de l'OPS 2018-2019 .....	48
	Programmes de base.....	51
	Programmes spéciaux.....	55
	Principales sources de financement pour 2018-2019 .....	56
V.	Analyse des risques.....	61
VI.	Enseignements tirés et recommandations .....	65
	Annexe A : Examen détaillé des objectifs d'impact	
	Annexe B : Processus et méthodologie d'évaluation de fin de période biennale	
	Annexe C : Glossaire des termes programmatiques et budgétaires	

## I. Avant-propos de la Directrice

La période couverte par le Plan stratégique 2020-2025 s'ouvre avec l'un des plus grands défis de santé publique de mémoire récente, la pandémie de COVID-19. L'ampleur et la profondeur de l'impact social et économique de cette crise sont sans précédent dans l'ère moderne. Au moment de la rédaction du présent document, on ne sait pas encore exactement comment la situation va évoluer au cours des mois et des années à venir.

Vous vous demandez peut-être pourquoi j'écris cela dans l'avant-propos d'un document qui est tourné vers le passé. La raison en est claire : en dressant le bilan des six dernières années, nous ne pouvons nous empêcher de considérer les progrès réalisés dans le contexte de la situation actuelle, alors qu'une grande partie de ces progrès sont aujourd'hui menacés. Nous faisons face à des défis pour atteindre les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 avant que la pandémie de COVID-19 ne frappe, mais ces défis sont aujourd'hui décuplés. Dans le meilleur des cas, les pays de la Région des Amériques connaîtront des difficultés à l'heure où ils tentent de préserver leurs acquis en matière de santé publique. Leur capacité à entreprendre les nouvelles actions nécessaires pour atteindre les cibles ambitieuses fixées dans le cadre du *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030* sera gravement compromise.

Au cours de cette période difficile, l'Organisation panaméricaine de la Santé reste fidèle à son approche fondée sur des données probantes pour apporter sa coopération technique et son soutien à ses États Membres, en s'appuyant sur les enseignements tirés et en promouvant des modèles ayant fait leurs preuves pour améliorer la santé au niveau des pays et dans les communautés les plus vulnérables. Malgré les difficultés budgétaires que connaissent de nombreux pays, un financement adéquat de l'Organisation est nécessaire pour répondre de manière efficace et efficiente aux mandats et aux priorités des États Membres. Comme cela a été noté par le passé, l'investissement dans la santé publique n'est jamais plus essentiel qu'en pleine crise économique, car c'est à ce moment-là que les populations pauvres, marginalisées et vulnérables en ont le plus besoin.

Je vous demande donc de vous pencher avec moi sur ce qui semble avoir été une période plus heureuse, avant la COVID-19, et de célébrer les nombreuses étapes que vous avez franchies en Amérique latine et dans les Caraïbes ces dernières années. Mais je vous demande également de continuer à vous concentrer sur nos grands défis sanitaires – les maladies non transmissibles ne disparaissent pas en cas de pandémie – et de renforcer nos efforts collectifs pour mettre en œuvre des solutions fondées sur la science face à la multitude de problèmes de santé publique auxquels nous sommes confrontés. Ensemble, dans un esprit de solidarité, nous pouvons tirer les leçons du passé, nous appuyer sur nos réussites et aller de l'avant, unis, pour améliorer la santé et le bien-être de chaque enfant, chaque femme et chaque homme des Amériques.

## II. Introduction

1. La résolution CD52.R8, adoptée lors du 52<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 2013, demande à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de faire rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé correspondant à la période 2014-2019 (*Document officiel 345*) au moyen de rapports biennaux d'évaluation de la performance. En outre, le programme et budget 2018-2019 approuvé de l'OPS (*Document officiel 354*) précise qu'une évaluation finale de sa mise en œuvre à la fin de la période biennale doit être préparée par le BSP. Le présent rapport répond à ces deux exigences. Il convient de noter que le rapport examine la version du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 qui a été amendée en 2017 et approuvée par les États Membres lors de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine par le biais de la résolution CSP29.R5.

2. L'évaluation de fin de période biennale est le principal instrument de responsabilisation et de transparence pour l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Elle offre à la Région des Amériques l'occasion de réfléchir aux progrès réalisés et aux lacunes qui subsistent dans le domaine de la santé, ainsi qu'aux défis, aux opportunités et aux enseignements tirés. Conformément à l'approche axée sur les pays adoptée par l'OPS, les réussites sont mises en évidence pour illustrer la coopération technique de l'Organisation avec les pays. Le rapport présente également une analyse de la performance programmatique et budgétaire de l'OPS, en particulier l'exécution du budget et la gestion des risques. Les enseignements tirés et les conclusions de cette évaluation constituent une contribution importante pour guider les interventions au cours de la période biennale 2020-2021 et au-delà. Au cours de cette période, l'Organisation passera au Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 (*Document officiel 359*) et, avec les États Membres et les partenaires, elle continuera à mettre en œuvre le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (document CSP29/6, Rev. 3) dans le contexte des objectifs de développement durable (ODD).

3. Un élément clé de l'évaluation de fin de période biennale est l'évaluation de la réalisation des indicateurs d'impact, de résultats intermédiaires et de résultats immédiats qui ont été définis dans le Plan stratégique 2014-2019 et le programme et budget 2018-2019. En raison des difficultés à mener l'évaluation conjointe des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats alors même que les pays font face à la COVID-19, les résultats de ce rapport ne comprennent pas d'informations provenant de l'évaluation conjointe. En fait, les indicateurs ont été évalués sur la base des informations dont dispose le BSP. Les différentes autorités sanitaires nationales termineront l'évaluation conjointe lorsqu'elles le pourront afin de refléter l'évaluation des indicateurs par le pays et de documenter les résultats en vue de la planification future.

4. Enfin, il convient de noter que les résultats de l'évaluation intérimaire de fin de période biennale réalisée par le BSP ont constitué la principale contribution de la Région des Amériques à l'évaluation du budget programme 2018-2019 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui sera présentée à la reprise de la 73<sup>e</sup> session de l'Assemblée mondiale de la Santé plus tard cette année.

### III. Obtenir les résultats voulus

5. Cette section présente une analyse de la situation de santé publique de la Région et des progrès réalisés sur le plan des priorités du Plan stratégique 2014-2019 et du programme et budget 2018-2019.<sup>1</sup> Une attention particulière a été accordée à l'impact des activités de l'OPS au niveau des pays, y compris les progrès réalisés pour atteindre les objectifs d'impact du Plan stratégique 2014-2019 et accroître l'équité dans la santé. Une évaluation finale des six catégories du Plan stratégique a également été effectuée, mettant en évidence certaines des réalisations, des défis et des réussites des pays les plus significatifs. Des détails sur la méthodologie d'évaluation des résultats en termes d'impact, de résultats intermédiaires et de résultats immédiats sont présentés à l'annexe B.

#### *Atteindre les objectifs d'impact du Plan stratégique*

6. Les États Membres et le BSP se sont engagés dans le Plan stratégique 2014-2019 à atteindre 26 cibles dans le cadre de neuf objectifs d'impact d'ici à 2019. Conformément à la vision stratégique du Plan, les cibles d'impact mesurent les progrès régionaux en matière d'amélioration de la santé et du bien-être avec équité. L'évaluation menée par le BSP montre qu'à la fin de la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019, la Région avait fait de grands progrès en termes d'amélioration de la santé et du bien-être, mais qu'il restait des défis importants sur lesquels il sera nécessaire de se pencher dans le cadre du prochain Plan stratégique, notamment en raison de l'impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé dans les pays. Comme le montre le tableau 1, on estime qu'une faible majorité des 26 cibles d'impact ont été atteintes (huit) ou dépassées (six) à la fin de 2019. Cinq cibles ont enregistré des avancées partielles, et les sept autres n'ont pas été atteintes.

7. Parmi les signes les plus positifs, on peut citer la réduction de la mortalité infantile, de la mortalité due au VIH/sida, du taux de létalité de la dengue, de la mortalité due au suicide et de la mortalité due aux accidents de la route au niveau régional. En outre, bien que le taux de mortalité maternelle n'ait pas atteint la réduction ciblée de 11 %, le fait qu'elle ait diminué de 9,4 % reste une réalisation significative. Des progrès notables ont également été réalisés pour six des huit cibles d'inégalité en termes d'écart relatif d'inégalité et de gradient absolu d'inégalité. En ce qui concerne l'élimination des maladies transmissibles, la cible d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale a été atteinte, de même que les cibles d'élimination de l'onchocercose et du paludisme.

8. Enfin, sur la base des 16 situations d'urgence qui ont été évaluées pour la période 2014-2019, la cible 9.1 peut être considérée comme atteinte. La mortalité pour six situations d'urgence est revenue aux niveaux de référence dans les trois mois qui ont suivi.

---

<sup>1</sup> Il s'agit du premier rapport sur les résultats de la période de mise en œuvre du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030). Étant donné que le rapport couvre principalement le Plan stratégique 2014-2019, initialement élaboré en 2013, l'accent sera mis principalement sur le Plan stratégique. Un rapport d'avancement sur le PASDA2030 sera fourni dans le cadre du rapport sur le nouveau Plan stratégique 2020-2025.

La cause sous-jacente de mortalité qui a été observée au moment de 10 des 16 événements n'a pas montré de lien de cause à effet raisonnable avec ces événements. Dans neuf de ces dix événements, aucun décès dû à l'exposition aux forces de la nature n'a été enregistré dans la base de données sur la mortalité du pays pour l'année au cours de laquelle l'événement s'est produit.

**Tableau 1. Situation des cibles d'impact en 2019**

Dépassée (6)		Atteinte (8)		Partiellement atteinte (5)		Non atteinte (7)	
Évaluation	Cible	Variation	Situation en 2019				
<b>Objectif 1. Améliorer la santé et le bien-être avec équité</b>							
●	1.1 Espérance de vie en bonne santé ↑ 1 %	↓ 0,2 %	66,47 ans				
<b>Objectif 2. Assurer un départ en bonne santé pour les nouveau-nés et les nourrissons</b>							
●	2.1 Taux de mortalité infantile ↓ 15 %	↓ 13,9 %	11,0 décès pour 1 000 naissances vivantes				
●	2.2 Écart relatif d'inégalité du taux de mortalité infantile ↓ 10 %	↓ 8,3 %	Ratio de 4,5				
●	2.3 Gradient absolu d'inégalité du taux de mortalité infantile ↓ 3 décès excédentaires	↓ 4,1	15,2 décès excédentaires				
<b>Objectif 3. Assurer une maternité sûre</b>							
●	3.1 Taux de mortalité maternelle (TMM) ↓ 11 %	↓ 9,4 %	54,9 décès pour 100 000 naissances vivantes				
●	3.2 Écart relatif d'inégalité du taux de mortalité maternelle ↓ 25 %	↓ 24,4 %	Ratio de 8,5				
●	3.3 Gradient absolu d'inégalité du taux de mortalité maternelle ↓ 18 décès excédentaires	↓ 31,1	100,5 décès excédentaires				
<b>Objectif 4. Réduire la mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé</b>							
●	4.1 Mortalité attribuable aux soins de santé (MAHR) ↓ 9 %	↓ 6,5 %	173,8 décès pour 100 000 habitants				
●	4.2 Écart relatif d'inégalité de la mortalité attribuable aux soins de santé ↑ pas plus de 6 %	↓ 14,8 %	Ratio de 2,5				
●	4.3 Gradient absolu d'inégalité de la mortalité attribuable aux soins de santé ↓ 8 décès excédentaires	↓ 41	144,7 décès excédentaires				
<b>Objectif 5. Améliorer la santé de la population adulte en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque</b>							
●	5.1 Taux de mortalité prématurée dû à des MNT ↓ 9 %	↓ 4,9 %	287,8 décès pour 100 000 habitants.				
●	5.2 Écart relatif d'inégalité du taux de mortalité prématurée dû à des MNT ↑ pas plus de 6 %	↑ 10,6 %	Ratio de 1,36				
●	5.3 Gradient absolu d'inégalité du taux de mortalité prématurée dû à des MNT ↓ 18 décès excédentaires	↓ 18,3	97,1 décès excédentaires				

Évaluation	Cible	Variation	Situation en 2019
<b>Objectif 6. Réduire la mortalité due aux maladies transmissibles</b>			
●	6.1 Mortalité due au VIH/sida ↓ 15 %	↓ 14,3 %	4,5 décès pour 100 000 habitants
●	6.2 Taux de létalité des cas de dengue ↓ 30 %	↓ 30 %	0,049 %
●	6.3 Mortalité due à la tuberculose ↓ 24 %	↓ 4,1 %	1,7 décès pour 100 000 habitants.
●	6.4 Décès dus au paludisme ↓ 75 %	↑ 200 %	336 décès
<b>Objectif 7. Contenir la mortalité due à la violence, aux suicides et aux accidents chez les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans)</b>			
●	7.1 Mortalité due aux homicides ↓ 6 %	↑ 14,3 %	38,8 décès pour 100 000 habitants
●	7.2 Pas d'augmentation du taux de suicide	↓ 1,9 %	9,5 décès pour 100 000 habitants
●	7.3 Pas d'augmentation de la mortalité due aux accidents de la route	↓ 4,1 %	19,0 décès pour 100 000 habitants
<b>Objectif 8. Éliminer les maladies transmissibles prioritaires dans la Région</b>			
●	8.1 Éliminer la transmission mère-enfant de l'infection au VIH et de la syphilis congénitale dans 10 pays <sup>2</sup>	↑ 7	7 pays
●	8.2 Éliminer l'onchocercose dans 4 pays	↑ 3	4 pays
●	8.3 Éliminer la transmission de la maladie de Chagas dans 21 pays où elle est endémique	Aucune	15 pays
●	8.4 Éliminer le paludisme dans 3 pays où il est endémique	↑ 3	3 pays
●	8.5 Éliminer les cas humains de rage transmise par les chiens dans 35 pays	↑ 16	33 pays
<b>Objectif 9. Prévenir les décès, les maladies et les handicaps découlant d'urgences</b>			
●	9.1 Le taux brut de mortalité retombe au niveau de référence dans les trois mois pour au moins 70 % des situations d'urgence	100 %	100 % des situations d'urgences

9. La réalisation de plus de la moitié des cibles n'aurait pas été possible sans une action concertée des États Membres, notamment l'expansion de la promotion de la santé et de l'accès aux services, et une plus grande collaboration avec différents secteurs au niveau des pays. Tout au long de la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019, l'OPS a joué un rôle de catalyseur en répondant aux priorités des États Membres dans le cadre de sa coopération technique et de la mise en œuvre des fonctions essentielles de l'OPS.

10. Plusieurs défis ressortent de l'analyse des indicateurs d'impact. Il s'agit notamment de la légère diminution de l'espérance de vie en bonne santé, de l'incapacité à accélérer la réduction de la mortalité due à des causes attribuables aux soins de santé, de la mortalité

<sup>2</sup> Dans le Rapport sur les résultats pour 2016-2017, l'OPS a indiqué que la cible 8.1 initiale du PS14-19 n'était plus mesurable. L'indicateur révisé était « Nombre de pays et territoires validés par l'OMS comme ayant éliminé la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale », et une cible de 10 pays a été fixée pour 2019.

due aux maladies non transmissibles (MNT) et de la mortalité due à la tuberculose (TB), de l'écart relatif d'inégalité qui se creuse rapidement pour la mortalité prématurée due aux MNT, et de la tendance à la hausse des homicides chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la Région.

11. Il est important de souligner que bien que la tendance régionale suggère des difficultés pour certains indicateurs, dans de nombreux cas, les pays ont fait de bons progrès sur ces mêmes indicateurs à titre individuel. Les réussites comme celles qui sont présentées dans chaque catégorie devraient être reproduites dans les domaines où l'OPS peut avoir le plus grand impact. Par ailleurs, on a constaté des variations significatives dans les performances entre les pays et au sein des pays, avec des indicateurs à la traîne pour de nombreuses populations vulnérables et marginalisées. Compte tenu des inégalités persistantes dans la Région, il est nécessaire de renforcer les efforts là où ils sont le plus nécessaires, en particulier dans les pays clés de l'OPS et pour les populations en situation de vulnérabilité. Ces constatations viennent renforcer la pertinence d'une approche axée sur l'équité dans la mise en œuvre du Plan stratégique 2020-2025.

12. De nombreux autres facteurs récurrents et émergents ont entravé l'obtention de résultats au niveau de l'impact, notamment les lacunes en matière de couverture et de qualité des soins, la charge croissante des soins pour les populations vieillissantes qui vivent plus longtemps qu'auparavant, les progrès insuffisants pour ce qui est de traiter des déterminants de la santé et de réduire les facteurs de risque en mettant l'accent sur la prévention, le taux élevé d'attrition et la planification inadéquate de la relève qui limitent la disponibilité de personnel qualifié et l'impact des situations d'urgence. Afin de continuer à progresser sur le plan des ODD liés à la santé, la Région doit relever ces défis tout en protégeant les acquis, notamment la réduction de la mortalité et de la morbidité, la couverture vaccinale élargie et les progrès sur le plan de l'élimination des maladies.

13. Pour contribuer aux impacts sanitaires, l'OPS travaille avec les pays et les partenaires, principalement en s'attachant à atteindre des résultats au niveau des résultats intermédiaires et immédiats. L'analyse dans différents domaines techniques a montré que des impacts de plus haut niveau sont possibles, mais leur réalisation dépend de nombreux facteurs différents qui sont extérieurs aux interventions du secteur de la santé, d'où la nécessité d'adopter une approche multisectorielle. Enfin, cette analyse a mis en exergue une fois de plus l'importance d'étendre les systèmes d'information pour la santé et de renforcer les statistiques de l'état civil et de la santé dans les pays afin d'améliorer la qualité des données en termes d'exhaustivité, de précision, de cohérence et d'accessibilité.

### ***Réalisations, défis et réussites des pays clés par catégorie***

14. Cette section résume l'état d'avancement des catégories et des domaines programmatiques, y compris les progrès accomplis dans la réalisation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats grâce aux efforts conjoints des États Membres et du BSP. L'analyse s'appuie sur l'évaluation interne du BSP. Des rapports détaillés par catégorie et domaine programmatique, comprenant une analyse

programmatische et budgétaire détaillée et l'évaluation complète des indicateurs, sont disponibles sur le portail Web du programme et budget de l'OPS.<sup>3</sup>

15. Comme le montre la figure 1, deux des six catégories ont répondu aux attentes pour la période biennale 2018-2019, tandis que les quatre autres n'ont que partiellement répondu aux attentes. Il convient de noter l'amélioration de la performance, par rapport aux périodes biennales précédentes, pour les catégories Situations d'urgence sanitaire (catégorie 5), tout comme la performance constante de Fonctions de leadership, de gouvernance et fonctions d'appui (catégorie 6). Toutefois, malgré quelques signes positifs, l'incapacité persistante à inverser la tendance en ce qui concerne les catégories Maladies non transmissibles et facteurs de risque (catégorie 2), Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie (catégorie 3) et Systèmes de santé (catégorie 4) est préoccupante. Des progrès significatifs ont été réalisés dans le domaine des Maladies transmissibles (catégorie 1), mais certains défis persistent.

16. Sur les 34 domaines programmatiques, 15 ont pleinement répondu aux attentes en 2018-2019, tandis que les 19 autres n'ont répondu que partiellement aux attentes. La situation générale a fluctué au cours des trois périodes biennales du Plan stratégique. Des performances remarquables ont été enregistrées tout au long de la période pour Nutrition (2.5), Vieillesse et santé (3.2), Déterminants sociaux de la santé (3.4), Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire (4.3) et Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises (5.7), ainsi que pour trois domaines programmatiques internes au BSP : Leadership et gouvernance (6.1), Gestion et administration (6.4) et Communications stratégiques (6.5). Plusieurs domaines programmatiques ont enregistré des améliorations, notamment Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas) (1.3), Salubrité des aliments (1.7), et Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé (4.1).

---

<sup>3</sup> Les rapports de catégorie seront publiés sur le portail Web du programme et budget de l'OPS, disponible sur <https://open.paho.org/>.

**Figure 1. Évaluation des catégories et des domaines programmatiques tout au long du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (périodes biennales 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019)**

Cat 1: Communicable Diseases	14-15	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.7 (5.4)
	16-17	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.7 (5.4)
	18-19	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6
Cat 2: Noncommunicable Diseases and Risk Factors	14-15	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	
	16-17	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	
	18-19	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	
Cat 3: Determinants of Health and Promoting Health throughout the Life Course	14-15	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	
	16-17	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	
	18-19	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	
Cat 4: Health Systems	14-15	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	
	16-17	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	
	18-19	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	
Cat 5: Health Emergencies	14-15						5.7
	16-17						5.7
	18-19	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6
Cat 6: Leadership, Governance, and Enabling Functions	14-15	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	
	16-17	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	
	18-19	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	

Note : vert = a répondu aux attentes, jaune = a partiellement répondu aux attentes.

17. Toutefois, cinq domaines programmatiques n'ont pas pleinement répondu aux attentes au cours de l'une quelconque des trois périodes biennales : Maladies non transmissibles et facteurs de risque (2.1), Violence et traumatismes (2.3), Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique (3.1), Santé et environnement (3.5), et Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes (4.2). La situation d'autres domaines programmatiques s'est aggravée au cours des dernières périodes biennales, notamment pour Systèmes d'information de la santé et données probantes (4.4) et Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports (6.3) (interne au BSP). Plusieurs autres ont présenté des performances variables. En ce qui concerne les neuf domaines programmatiques figurant au premier rang des priorités des États Membres, aucun d'entre eux n'a systématiquement répondu aux attentes pour les trois périodes biennales, et seuls les domaines programmatiques 1.3 et 4.1 ont été évalués comme ayant répondu aux attentes pour la période 2018-2019. Les raisons de ces résultats intermédiaires moins satisfaisants et les considérations relatives à la manière dont l'OPS peut renverser la tendance dans le cadre du Plan stratégique 2020-2025 sont présentées ci-après.

18. En raison de la réforme sur les urgences sanitaires, l'amendement de 2017 du Plan stratégique 2014-2019 a modifié la structure des domaines programmatiques de la catégorie 5 (à l'exception de la composante intervention face aux flambées épidémiques et aux crises, qui est resté constant). Il est donc difficile de comparer les progrès réalisés. Pour les évaluations de 2014-2015 et 2016-2017, trois des cinq domaines programmatiques étaient en bonne voie et, en 2018-2019, quatre sur sept avaient répondu aux attentes.

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

19. À la fin du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, la Région avait réalisé des progrès collectifs importants sur le plan de la réalisation des indicateurs de résultats intermédiaires. Comme le montre la figure 2, 30 des 89 indicateurs de résultats intermédiaires ont été atteints ou dépassés (33 %), tandis que 39 ont été partiellement atteints (44 %) et 14 n'ont pas été atteints (16 %). Six autres indicateurs (7 %) n'ont pas pu être évalués en raison de la non-disponibilité des données ou de contraintes méthodologiques, notamment des changements dans la méthodologie d'évaluation. La figure 3 montre que 103 des 173 indicateurs de résultats immédiats (59 %) ont été atteints ou dépassés, 58 (34 %) ont été partiellement atteints et 9 (5 %) n'ont pas progressé. Trois indicateurs de résultats immédiats n'ont pas été évalués en raison d'un manque de données (2 %).

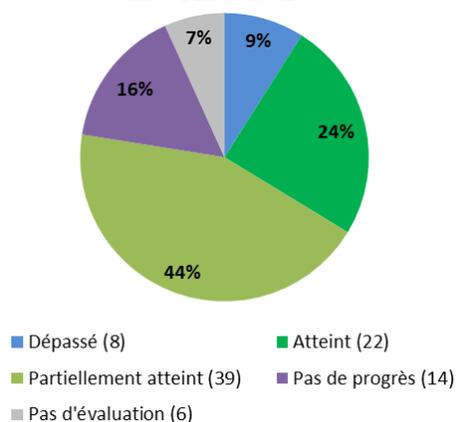
20. La Région a atteint des jalons importants en référence à certains des indicateurs de résultat intermédiaire qui ont été dépassés :

- a) Le pourcentage des besoins non couverts pour ce qui est des méthodes modernes de planification familiale est passé de 15 % en 2013 à 9 % en 2019 (3.1.1). Le taux régional de fécondité spécifique chez les femmes de 15-19 ans est passé de 60 pour 1000 en 2013 à 48,3 pour 1000 dans cette tranche d'âge (3.1.6). Vingt pays et territoires ont rapporté des améliorations en matière de régulation des examens de médecine du travail périodiques (3.1.7). Dix-huit pays et territoires disposaient

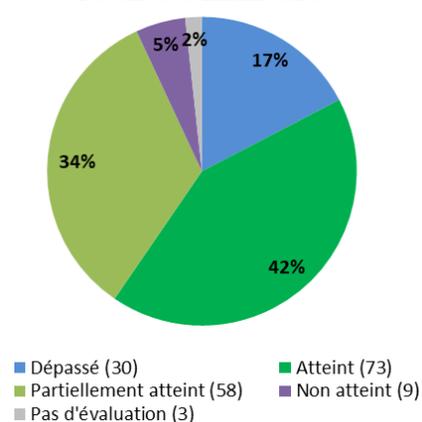
- d'au moins un programme d'auto-prise en charge fondé sur des données probantes pour les adultes âgés (60 ans et plus) atteints de maladies chroniques multiples (3.2.1).
- b) Quarante-trois pays et territoires ont atteint ou dépassé les capacités minimales de gestion des risques pour la santé publique associés aux situations d'urgence (5.2.1).
- c) Quinze des seize pays ayant connu des situations d'urgence répondant aux critères des niveaux 2 ou 3 (94 %) ont été en mesure de fournir un ensemble essentiel de services de santé permettant de sauver des vies (5.4.1). En outre, 75 % du financement des Urgences sanitaires a été assuré au moyen de ressources essentielles flexibles et d'accords de financement pluriannuels (5.5.1).

21. Les principaux problèmes qui ont eu une incidence sur la sous-performance à la fois des indicateurs de résultats intermédiaires et des indicateurs de résultats immédiats comprenaient le contexte politique complexe de nombreux pays et le faible niveau d'engagement politique pour traiter des domaines prioritaires de la santé publique ; les catastrophes, les flambées épidémiques, les troubles sociaux et l'impact des migrations sur les systèmes de santé ; l'absence ou l'insuffisance de l'action intersectorielle ; les faiblesses des systèmes d'information ; les progrès insuffisants dans la lutte contre les inégalités dans la santé ; les capacités institutionnelles limitées ; et le manque de ressources humaines et financières, ainsi que les priorités concurrentes des programmes régionaux et nationaux. Les domaines de préoccupation spécifiques comprennent le traitement de la schistosomiase, la prévalence d'une activité physique insuffisante, l'augmentation de la glycémie/du diabète, la consommation élevée de sel, le surpoids et l'obésité, la lutte contre l'hypertension, le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des maladies rénales en phase terminale, le port de la ceinture de sécurité, l'accès aux services d'adaptation et de réadaptation et aux services sociaux pour les personnes en situation de handicap, ainsi que la présence de personnel qualifié lors des accouchements. Nombre de ces questions ont été récurrentes tout au long de la période couverte par le Plan stratégique et sont abordées ci-dessous, dans la section VI, et dans les rapports détaillés par catégorie en ligne.

**Figure 2. Vue d'ensemble de l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires**



**Figure 3. Vue d'ensemble de l'évaluation des indicateurs de résultats immédiats**



## Catégorie 1 : Maladies transmissibles

### Priorités clés

Réduire le fardeau des maladies transmissibles

Éliminer les maladies à prévention vaccinale et préserver les acquis de la Région

Renforcer l'approche multisectorielle pour réduire l'impact de la résistance aux antimicrobiens et des maladies d'origine alimentaire

### Principales réalisations

22. Les principales réalisations de la Catégorie 1 sont les suivantes :

- a) Six pays et territoires ont été revalidés pour deux années supplémentaires par l'OMS pour la double élimination de la transmission mère-enfant (TME) du VIH et de la syphilis. L'initiative pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de la maladie de Chagas congénitale (ETME Plus) est mise en œuvre dans l'ensemble de la Région. En 2019, 16 pays ont communiqué des données compatibles avec l'ETME du VIH et de la syphilis congénitale, tandis que les données disponibles indiquent qu'ils sont 13 à avoir atteint la cible d'élimination de l'hépatite B périnatale.
- b) Les pays où le fardeau de la tuberculose est le plus élevé (Brésil, Colombie, Haïti, Mexique et Pérou) ont renforcé la mise en œuvre de la *Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose*.
- c) L'Argentine et le Paraguay ont été certifiés comme pays exempts de paludisme. D'autres pays ont fait des progrès importants, notamment El Salvador, qui a enregistré trois ans sans transmission locale, et le Belize, qui n'a pas connu de transmission autochtone en 2019. On a constaté une réduction de la transmission locale du paludisme au Guatemala, au Honduras et au Pérou, où l'approche a consisté à s'attaquer aux foyers prioritaires. La lutte contre le paludisme parmi les groupes autochtones au Nicaragua et au Pérou a amélioré la réponse au paludisme dans les foyers avec des populations en situation de vulnérabilité. Ces stratégies ont guidé de nouvelles initiatives, telles que l'Initiative régionale sur l'élimination du paludisme et l'initiative Municipalités sans paludisme.

---

*« L'élimination de la rage ne se fait pas par hasard. Il faut une volonté politique, une planification rigoureuse et une exécution méticuleuse. Je félicite les autorités mexicaines pour cette fantastique réalisation et j'espère que de nombreux autres pays suivront cet exemple ».*  
 - Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus  
 Directeur général de l'OMS

---

- d) En octobre 2019, il a été confirmé que la Colombie avait interrompu la transmission de la maladie de Chagas par *Rhodnius prolixus* dans 34 municipalités supplémentaires de sept départements d'endémie.



### Renforcer la détection et la surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans la CARICOM

La résistance aux antimicrobiens (RAM) touche tous les pays et met en danger l'efficacité de la prévention et du traitement des infections. La RAM survient lorsque les médicaments deviennent inefficaces contre les agents pathogènes et que les infections persistent dans l'organisme, augmentant ainsi le risque de propagation à d'autres personnes. Ces dernières années, les Amériques ont connu une série de flambées épidémiques causées par des bactéries multirésistantes, qui ont eu un impact sur les vies et les coûts hospitaliers.

Face à cette situation, l'OPS a coordonné un partenariat entre l'Argentine et les pays de la Communauté des Caraïbes (CARICOM). Dans le cadre de la Coopération entre pays pour le développement de la santé (CCHD), les parties ont lancé un projet visant à renforcer les capacités des laboratoires pour la surveillance de la RAM. Le projet visait à obtenir des données microbiologiques fiables et des informations en temps opportun et reproductibles afin d'améliorer la prise en charge des patients et de renforcer la surveillance grâce à des programmes d'assurance qualité durables.

Dans le cadre d'une approche « Une seule santé » pour relever ce défi intersectoriel, et en tirant parti de l'expertise technique de l'Argentine, plus de 300 professionnels de la santé et techniciens de laboratoires humains et vétérinaires de sept pays des Caraïbes ont été formés à la collecte d'échantillons et à la détection et l'évaluation de la RAM. Huit laboratoires de santé humaine, un laboratoire de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), deux laboratoires alimentaires et trois laboratoires vétérinaires de la CARICOM ont été évalués sur leur capacité à détecter la RAM. Neuf pays ont reçu des fournitures, des réactifs et un guide de détection, ce qui a permis

- e) Le Mexique est devenu le premier pays au monde certifié par l’OMS comme ayant éliminé la rage humaine transmise par les chiens en tant que problème de santé publique.
- f) La couverture vaccinale s’est améliorée dans de nombreux pays au cours de la période biennale 2018-2019. Vingt-deux pays ont augmenté leur couverture entre 2017 et 2018. En plus de soutenir le maintien de l’élimination de la rougeole dans la plupart des pays, l’OPS a joué un rôle important dans la lutte contre l’épidémie de rougeole au Venezuela au cours de cette période biennale. Grâce aux efforts conjoints de l’OPS et de ses partenaires, 8,9 millions d’enfants âgés de six mois à 15 ans ont été vaccinés. La Région reste en tête de l’introduction de nouveaux vaccins (pneumocoque, rotavirus, VPH) et de l’utilisation du vaccin contre la grippe saisonnière (avec plus de 300 millions de doses administrées chaque année). En 2019, la Région a fêté ses 25 ans de certification d’absence de transmission de la poliomyélite, et elle a été certifiée exempte de poliovirus sauvage de type 3.
- g) Un projet sur la résistance aux antimicrobiens (2020-2022), soutenu par l’Union européenne, a été lancé. Ce projet qui est dirigé par l’OPS, en collaboration avec l’Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO) et l’Organisation mondiale de la santé animale (OIE), vise à aider les pays à mettre en œuvre leurs plans d’action de lutte contre la RAM dans le cadre de l’approche « Une seule santé ». Sous les auspices du programme de Coopération entre pays pour le développement de la santé (CCHD, selon le sigle anglais) de l’OPS, l’Argentine et la CARICOM ont collaboré au renforcement des capacités de détection et de surveillance de la RAM dans les Caraïbes.
- h) En 2018, l’ensemble du territoire brésilien a été certifié par l’OIE comme étant exempt de fièvre aphteuse, avec et sans vaccination. En outre, le Pérou et le Suriname ont obtenu le statut de pays exempt de fièvre aphteuse sans vaccination.

### ***Défis***

- 23. Les principaux défis de la Catégorie 1 sont les suivants :
  - a) Le processus de validation de l’ETME devient plus complexe et plus lourd pour les pays, et il devient de ce fait difficile de continuer à faire progresser cette initiative.



### Prévention et traitement de la tungose dans les communautés autochtones du Brésil

La tungose est une maladie tropicale localisée, à forte prévalence et négligée, qui touche les hommes et les animaux dans les communautés pauvres d'Amérique du Sud, mais dont on soupçonne qu'elle touche également les îles des Caraïbes et l'Afrique subsaharienne. Il s'agit d'une infection parasitaire de la peau causée par les puces de sable. La maladie touche principalement les personnes les plus vulnérables, telles que les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées. Les personnes qui tombent malades (des enfants dans de nombreux cas) souffrent souvent d'infections graves et chroniques qui entraînent des difficultés à marcher, des difformités des doigts et la perte des ongles, ce qui se traduit par une réduction de leur qualité de vie.

Au début de 2018, le gouvernement brésilien, par l'intermédiaire de son Secrétariat spécial pour la santé autochtone (SESAI), a demandé la coopération technique de l'OPS/OMS pour lutter contre la tungose dans les communautés autochtones gravement touchées de la région de Yanomami et de Boa Vista. L'OPS/OMS a travaillé en étroite collaboration avec le SESAI, en fournissant une assistance technique et en utilisant les meilleures données probantes pour introduire un ensemble de mesures de lutte contre cette maladie comprenant le traitement des personnes et des animaux touchés et la mise en place d'interventions systématiques au niveau des communautés pour lutter contre l'infestation des foyers par les puces. Ces activités ont été mises en œuvre avec succès dans 80 % des communautés touchées. Il en a résulté une réduction immédiate et significative du nombre et de la gravité des cas et une amélioration de la santé et de la vie de nombreuses personnes et de nombreux animaux qui étaient touchés par l'infection. Aucune évacuation médicale due à la tungose n'a été nécessaire en 2019, ce qui a permis de préserver des ressources précieuses pour les services de santé

- b) La réalisation des cibles régionales de réduction de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme a subi l'incidence de l'augmentation de la transmission au Venezuela.

- c) En 2019, 3,1 millions de cas de dengue ont été enregistrés, soit le plus grand nombre jamais enregistré dans l'histoire de la maladie dans la Région. Le profil de la maladie est également en train de changer, avec une modification des schémas saisonniers et un impact plus important sur les populations plus jeunes.
- d) Maintenir une couverture vaccinale élevée, homogène et équitable, tout en renforçant la coordination avec les services de santé pour garantir la disponibilité des services de vaccination au niveau local pour toutes les populations, reste un défi pour de nombreux pays. Cela met en péril les efforts déployés pour maintenir la Région exempte de transmission endémique de la rougeole et pour retrouver le statut d'élimination au Brésil et au Venezuela.
- e) L'application des règlements sur l'utilisation des antibiotiques en santé humaine et animale est inadéquate et on constate un manque de surveillance intégrée des données pour le contrôle de la RAM provenant des laboratoires, des cadres cliniques et de la communauté.
- f) On constate un manque de sensibilisation et d'engagement sur le plan de la salubrité des aliments en tant que fonction prioritaire de santé publique qui nécessite une approche multisectorielle.

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

### Priorités clés

Réduire le fardeau des maladies non transmissibles, des troubles mentaux, des handicaps, de la violence et des traumatismes

Traiter des causes sous-jacentes, des facteurs de risque et des déterminants par la promotion de la santé et la réduction des risques

Renforcer la réponse des soins primaires aux maladies non transmissibles par la prévention, le traitement et la surveillance

### Principales réalisations

24. Les principales réalisations de la Catégorie 2 sont les suivantes :
- a) Le premier rapport technique complet sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque pour la Région a été produit, renforçant ainsi la capacité de l'OPS à suivre les progrès des indicateurs des maladies non transmissibles et des facteurs de risque. Le rapport fournit des points de référence pour les actions nécessaires à la réalisation des cibles mondiales en matière de maladies non transmissibles et des objectifs des ODD concernant les maladies non transmissibles et la santé mentale (y compris les suicides).
  - b) Des mandats de haut niveau ont été approuvés par les Organes directeurs de l'OPS pour lutter contre les MNT et leurs facteurs de risque en 2018-2019. Le *Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus 2018-2030* (document CD56/9) a été adopté lors du 56<sup>e</sup> Conseil directeur en septembre 2018 et représente un engagement des autorités sanitaires nationales à réduire d'un tiers l'incidence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus d'ici à 2030. Un *Plan d'action pour éliminer les acides gras trans produits industriellement 2020-2025* (document CD57/8) a été approuvé par le 57<sup>e</sup> Conseil directeur en septembre 2019.
  - c) Le Brésil a été le premier pays de la Région à mettre en œuvre les six mesures de lutte antitabac MPOWER au niveau de meilleure pratique, devenant ainsi le deuxième pays au monde seulement (après la Turquie) à atteindre cette cible. Cela représente un progrès significatif vers la mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans ce pays.
  - d) L'intervention mondiale HEARTS visant à améliorer la lutte contre l'hypertension dans les soins de santé primaires a été mise en œuvre dans quatre nouveaux pays, l'Argentine, l'Équateur, le Panama et Trinité-et-Tobago, qui ont ainsi rejoint les quatre pays participants, à savoir la Barbade, le Chili, la Colombie et Cuba. Un ensemble normalisé a été mis en place dans plus de 30 centres de santé, ce qui a permis d'améliorer les taux de contrôle de l'hypertension des patients dans ces centres sur une courte période. Les pays travaillent à l'extension de ce programme à l'échelle nationale.



## Amélioration de la gouvernance de la sécurité routière au Costa Rica et en République dominicaine

Les décès et les traumatismes causés par les accidents de la route représentent un important fardeau de morbidité, de mortalité et d'invalidité au Costa Rica et en République dominicaine, en particulier chez les personnes âgées de 14 à 29 ans. La mise en œuvre de politiques publiques appropriées et le renforcement de l'administration générale de la sécurité routière par les institutions nationales peuvent contribuer à prévenir les accidents.

Pour relever ce défi, le Costa Rica et la République dominicaine se sont lancés dans un projet de Coopération entre pays pour le développement de la santé (CCHD) avec l'OPS afin de développer les meilleures pratiques et les outils qui pourraient contribuer à réduire la mortalité, la morbidité, les handicaps et les dommages matériels causés par les accidents de la route dans les deux pays. Grâce à cette modalité de coopération, les deux pays s'attachent à partager leurs connaissances, leurs compétences et leur expertise. Ces échanges comprennent des manuels, des guides et des règlements sur la sécurité routière, ainsi que des stratégies de collecte, de traitement et d'analyse des données sur les traumatismes et les décès. Les produits qui en résultent peuvent servir de modèles pour d'autres pays de la Région.

Grâce à cette collaboration, la République dominicaine procède actuellement à une refonte de son programme d'inspection des véhicules, en veillant à l'adoption de dispositifs et de lignes directrices de sécurité inspirés des meilleures pratiques du Costa Rica. Parallèlement, le Costa Rica met en œuvre de nouvelles techniques de communication au moyen des réseaux sociaux, en s'inspirant de l'expérience de la République dominicaine.

- e) Six pays ont approuvé une législation imposant des taxes sur les boissons sucrées. Cinq pays ont mis en place des réglementations visant à protéger les enfants et les adolescents contre l'impact de la promotion et de la commercialisation de boissons sucrées, de la restauration rapide et des produits à forte densité énergétique et pauvres en nutriments. Ces pays ont également mis en place un système d'étiquetage sur le devant des emballages qui fournit des informations claires sur les produits transformés ou ultra-transformés à forte teneur en sucre, en graisses et en sel.
- f) Le premier indicateur normalisé de la part de taxation des boissons alcoolisées et sucrées a été élaboré pour permettre de suivre les politiques fiscales dans le temps et d'établir des comparaisons entre les pays, ce qui constitue une base pour la mise en place de meilleures pratiques. L'OPS est le pionnier du développement de cet indicateur au niveau mondial.
- g) Des informations cruciales sur le risque que présentent les MNT pour la population ont été recueillies dans le cadre des enquêtes STEPS. Trois pays (les Bahamas, la Bolivie et l'Équateur) ont réalisé des enquêtes STEPS, qui ont permis pour la première fois de disposer de données au niveau de la population en Bolivie et en Équateur pour suivre les indicateurs des maladies non transmissibles clés.
- h) L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires s'est poursuivie, principalement au moyen de formations dans le cadre du Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) de l'OMS. Des initiatives dans le cadre du mhGAP ont maintenant été menées dans la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Des critères normalisés pour le traitement de la toxicomanie ont progressé grâce à une initiative inter-institutions à laquelle participent 19 pays. Un argumentaire d'investissement pour la santé mentale en Jamaïque a été réalisé, le premier du genre, démontrant que pour chaque dollar jamaïcain investi pour étendre le traitement de la dépression, de l'anxiété et de la psychose, on peut attendre un retour sur investissement de 5,5 dollars jamaïcains.
- i) Outre le projet CCHD entre le Costa Rica et la République dominicaine présenté ci-dessus, des exemples de réussite du Brésil, du Mexique et de l'Uruguay en matière de législation sur la sécurité routière ont été développés pour servir de modèles à des stratégies efficaces de mise en œuvre d'interventions de sécurité routière. L'OPS a encouragé le lancement du Réseau parlementaire latino-américain pour la sécurité routière en septembre 2019 au Paraguay, avec la participation de parlementaires de Bolivie, du Brésil, du Costa Rica, du Honduras,

---

*« Le message est clair : ce qui a été réalisé jusqu'à présent sur le plan de la prévention des MNT est clairement insuffisant. Les progrès sur le plan des MNT dépendent de l'engagement politique à faire passer la santé des populations avant la politique, avant les profits et avant l'autopromotion ».*

*- Dr. Carissa F. Etienne, Directrice de l'OPS, lors d'une session conjointe de haut niveau sur les MNT du Conseil permanent de l'Organisation des États Américains et du Conseil interaméricain pour le développement intégré, Washington, D.C., 19 mars 2018*

---

- du Paraguay et du Pérou, ainsi que de représentants du Parlement centraméricain et du Parlement andin. L'OPS fait office de Secrétariat technique du réseau.
- j) Une enquête sur la violence faite aux enfants a été menée avec succès dans 28 États Membres ; l'analyse des données est en cours et sera publiée dans un rapport en 2020. En ce qui concerne la violence conjugale dont sont victimes les femmes, une analyse comparative des estimations de prévalence pour 24 pays des Amériques a été réalisée. La prévalence déclarée de violence conjugale physique et/ou sexuelle allait d'environ une femme sur sept ayant déjà eu un partenaire intime et âgée de 15 à 49 ans (14 %-17 %) à plus d'une femme sur deux (58,5 %).
- k) Le Guyana et Haïti sont devenus les deux premiers pays de la Région à entreprendre une évaluation systématique de la situation de la réadaptation, un outil de l'OMS pour le renforcement des services de réadaptation. Cette évaluation est la première étape d'un processus visant à élaborer une planification stratégique nationale pour des services de réadaptation complets.



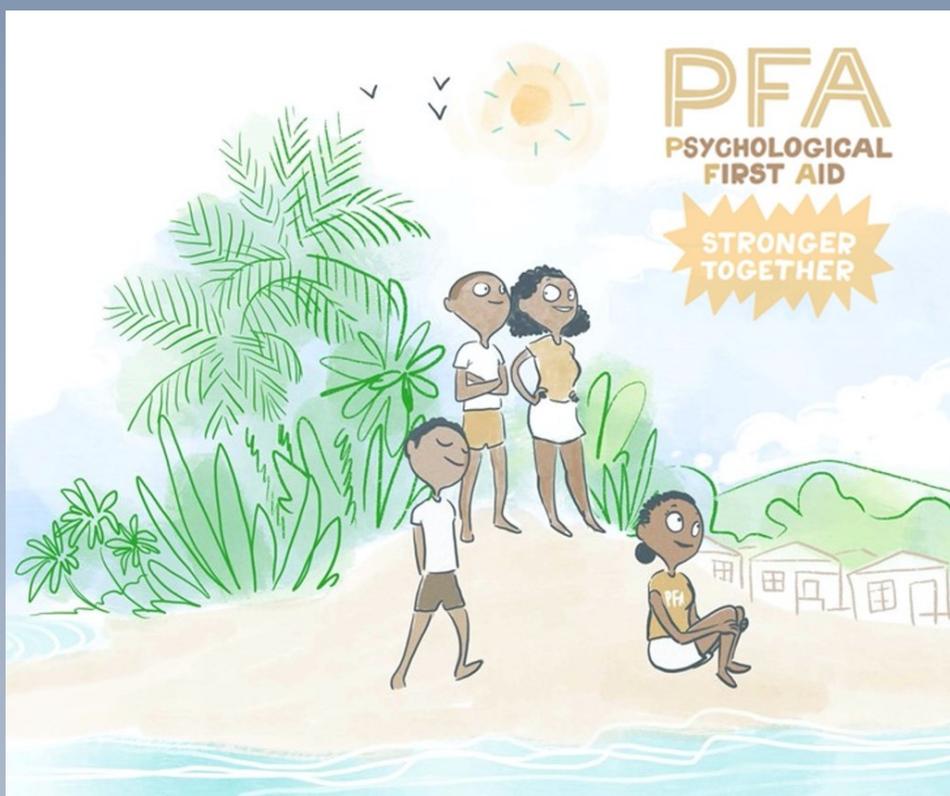
### Renforcement institutionnel pour la planification et le suivi des programmes de lutte contre le cancer en Amérique latine

Dans divers pays de la Région des Amériques, on a constaté une augmentation notable du fardeau du cancer, ce qui souligne la nécessité d'élaborer des plans de lutte fondés sur des données probantes. Il est essentiel de disposer de sources d'information fiables qui servent de base à la planification, au suivi et à l'évaluation de la mise en œuvre des politiques. Les statistiques de l'état civil fournissent des informations sur la mortalité, et les registres du cancer basés sur la population sont le principal mécanisme permettant d'obtenir des informations sur l'incidence du cancer et la survie dans la population.

Toutefois, divers défis doivent être relevés pour mettre en place des registres du cancer de haute qualité basés sur la population, tels que la durabilité, la qualité des données et la capacité d'analyse et de production. Dans le cadre de la coopération entre les pays pour le développement de la santé (CCHD), l'OPS soutient un projet qui vise à renforcer les capacités locales afin d'améliorer la couverture et la qualité des registres du cancer basés sur la population dans cinq pays : El Salvador, le Guatemala, le Panama, le Paraguay et le Pérou. Des experts d'Argentine et de Colombie, ainsi que du Centre international de recherche sur le cancer, aident ces cinq pays à mettre en place des cadres stratégiques adaptés, des capacités de saisie/gestion des données et de surveillance, et des registres du cancer basés sur la population. Avec le soutien de l'OPS/OMS, un transfert de bonnes pratiques a été mis en place avec les instituts nationaux du cancer d'Argentine et de Colombie, qui ont organisé des ateliers de formation et des visites sur place dans les pays cibles.

*Défis*

25. Les principaux défis de la Catégorie 2 sont les suivants :
- a) Le financement et le soutien de haut niveau pour les travaux sur les maladies non transmissibles restent à la traîne des autres priorités de santé publique. Ce retard persiste même si les maladies non transmissibles sont la principale cause de décès et d'années vécues avec un handicap dans la Région, comme indiqué à l'annexe A sous l'objectif d'impact 5. La lutte contre les maladies non transmissibles est une priorité nationale fréquemment citée, en partie en raison de solides arguments économiques.
  - b) L'ingérence des industries de l'alcool, du tabac et des aliments et boissons ultra-transformés retarde, affaiblit ou entrave les politiques, la législation et les mesures réglementaires destinées à protéger la santé publique. Cela reste un obstacle majeur au progrès.
  - c) La capacité limitée du système de santé à prévenir la violence et à répondre aux besoins des victimes fait obstacle aux progrès dans ce domaine. La violence touche de manière disproportionnée les populations les plus vulnérables, notamment les femmes et les filles. L'insuffisance des investissements nuit à l'élaboration d'une réponse cohérente et unifiée à la violence dans des secteurs clés autres que la santé, notamment l'éducation, la police et la justice.
  - d) Malgré les efforts déployés pour développer et renforcer le modèle de santé mentale communautaire dans plusieurs pays, les hôpitaux psychiatriques prédominent toujours et sont associés à de graves violations des droits de l'homme. Le problème de l'inadéquation de la législation en matière de santé mentale continue de se poser.
  - e) Bien que les gouvernements se soient engagés à réduire de moitié le nombre de décès dus aux accidents de la route d'ici à 2020, la législation sur la sécurité routière et son application n'ont pas progressé. En outre, l'utilisation des deux-roues a augmenté et, en l'absence de réglementation et de législation visant à protéger ces usagers vulnérables de la route, la mortalité qui leur est associée augmente également.



## Renforcement des capacités en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans la gestion des catastrophes dans les Caraïbes

Après les ouragans dévastateurs de 2017, l'OPS et la Banque de développement des Caraïbes ont uni leurs forces pour améliorer la santé mentale et le soutien psychosocial (MHPSS) dans la gestion des catastrophes. En appliquant les enseignements tirés des précédentes interventions à la suite de catastrophe, le projet a permis :

- de mettre en place une liste de professionnels de la santé mentale formés pour fournir des services aux pays en cas de catastrophe.
- de lancer une campagne régionale de communication et de sensibilisation, « Plus forts ensemble » (<https://www.paho.org/en/stronger-together-2020>).
- de dispenser un cours d'auto-apprentissage en ligne sur les premiers secours psychologiques, disponible sur le nœud Caraïbes du Campus virtuel de l'OPS pour la santé publique.
- d'évaluer les besoins et les lacunes en matière de santé mentale et de soutien psychosocial à Anguilla, Antigua-et-Barbuda, aux Bahamas, à la Dominique et aux Îles Turques et Caïques, et d'élaborer une procédure opérationnelle normalisée pour l'intégration de la de santé mentale et du soutien psychosocial dans les plans nationaux de préparation et de riposte multi-aléas.

Les approches novatrices et les partenariats inter-programmatiques du projet ont attiré l'attention du monde entier, notamment lors du Forum de l'OMS sur la santé mentale 2019, où la brochure illustrée sur les premiers secours psychologiques a été présentée. Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, l'OPS adante ce projet afin de renforcer les réponses de santé mentale et de soutien

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

#### Priorités clés

Promouvoir la santé aux  
étapes clés de la vie

Mettre en œuvre des approches  
fondées sur l'égalité des sexes,  
l'origine ethnique, l'équité et les  
droits de l'homme

Traiter des déterminants  
sociaux et environnementaux  
de la santé

#### Principales réalisations

26. Les principales réalisations de la Catégorie 3 sont les suivantes :
- a) Comme indiqué plus haut, on a constaté une réduction marquée de la mortalité infantile, juvénile et maternelle au cours de cette période, notamment une diminution des inégalités en termes absolus et relatifs en matière de mortalité infantile et maternelle. Les plans de réduction de la mortalité maternelle ont été mis à jour dans huit des dix pays prioritaires.
  - b) Plus de 30 pays utilisent l'outil du Système d'information périnatale pour obtenir des informations précises sur les événements obstétriques, et on constate une utilisation accrue dans les Caraïbes en 2018-2019. Treize pays opèrent un suivi des anomalies congénitales, et 250 professionnels de 23 pays ont été formés aux systèmes de surveillance de ces anomalies. Au Suriname, 90 vêtements antichocs non pneumatiques ont été fournis aux établissements de santé pratiquant des accouchements et aux instituts d'enseignement, et une formation a été dispensée en matière de soins obstétriques d'urgence. Le projet « Zéro décès maternels par hémorragie » a continué à être mis en œuvre, avec des résultats positifs au Brésil.
  - c) La participation des jeunes à la santé a été renforcée avec la création du groupe « Les jeunes pour la santé » de l'OPS. Ce groupe a été le fer de lance de la campagne « I-Thrive », conçue pour donner aux jeunes une voix dans la définition de ce qui leur permet de s'épanouir.
  - d) Avec la ratification par l'Équateur de la Convention interaméricaine sur la protection des droits de l'homme des personnes âgées et l'approbation d'une loi spécifique, huit pays ont désormais mis en œuvre la Convention dans leur législation nationale.
  - e) Le *Plan d'action pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent*

---

*« Une meilleure santé et une plus grande équité en matière de santé seront possibles lorsque les chances de vie et le potentiel humain seront libérés, afin de créer les conditions permettant à chacun d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible et de mener une vie digne ».*

*- Rapport de la Commission indépendante sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques*

---

2018-2030 (document CD56/8 Rev. 1), la *Stratégie et le Plan d'action sur la promotion de la santé dans le contexte des objectifs de développement durable 2019-2039* (document CD57/10), ainsi que la *Stratégie et Plan d'action sur l'ethnicité et la santé 2019-2025* (document CD57/13, Rev. 1) ont été approuvés et sont en cours de mise en œuvre, renforçant ainsi des approches qui sont essentielles pour ne laisser personne pour compte. Les processus participatifs qui ont présidé à l'élaboration de ces documents ont permis de mener de vastes discussions avec les pays sur les changements de paradigme du modèle de soins et l'intégration de la santé dans d'autres domaines, dans le cadre du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030) et des ODD.

- f) Le nombre de communautés amies des personnes âgées dans les Amériques a augmenté de plus de 200 pour atteindre aujourd'hui un total de plus de 600, soit plus que dans toute autre région de l'OMS. Le mouvement des maires pour des villes, municipalités et communautés en bonne santé s'est encore renforcé en tant que plateforme pour traiter des déterminants sociaux de la santé et prendre des mesures intersectorielles sur les questions prioritaires de santé publique.
- g) Le rapport de la Commission indépendante de l'OPS sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques a été lancé lors d'une manifestation parallèle très réussie à l'occasion du 57<sup>e</sup> Conseil directeur. L'OPS a également réalisé une analyse de l'intégration de l'équité en matière de santé dans les politiques nationales de santé et les plans de développement nationaux dans 32 pays. Avec le soutien du gouvernement du Canada, un mécanisme intégré a été mis au point qui a permis de montrer des exemples significatifs de la manière dont l'OPS renforce sa capacité et ses activités pour traiter de quatre thèmes transversaux dans les pays.
- h) Onze pays ont signé les engagements en matière de santé du Sommet sur l'action climatique, et le Plan d'action des Caraïbes sur la santé et le changement climatique a été lancé lors d'une manifestation de haut niveau en 2018. Dix villes se sont engagées à mettre en œuvre des actions visant à atteindre les normes définies dans les lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'air d'ici à 2030. Vingt-sept pays et administrations infranationales ont rejoint la campagne *BreatheLife* et mettent en œuvre des mesures pour améliorer la qualité de l'air et protéger la santé publique. Le Parlement centraméricain a approuvé une résolution visant à promouvoir l'élaboration d'une législation nationale pour les pays de la sous-région et, avec le soutien de l'OPS, a créé un observatoire de la qualité de l'air au sein du Système d'intégration de l'Amérique centrale.



### Amélioration de la santé infantile et maternelle à la frontière nord entre Haïti et la République dominicaine

Entre 2014 et 2016, les femmes haïtiennes représentaient 44 % de l'ensemble des femmes ayant accouché à l'hôpital provincial de la ville frontalière de Dajabón, en République dominicaine. Pour faire face aux problèmes de santé des femmes enceintes, les deux pays voisins ont lancé un projet dans le cadre de la coopération entre les pays pour le développement de la santé (CCHD), soutenu par l'OPS, visant à réduire la mortalité maternelle et néonatale. Ce projet a pour objectif d'améliorer la prévention, la détection précoce et la prise en charge adéquate des principales causes de décès chez les femmes enceintes dans les établissements de santé et au niveau communautaire.

Cette initiative se concentre sur la partie nord de la frontière entre Haïti et la République dominicaine, avec une coordination locale et la pleine participation des autorités sanitaires régionales et nationales des deux pays dans la mise en œuvre, la supervision et le suivi du projet. Elle utilise une approche à trois niveaux pour promouvoir l'échange de bonnes pratiques au niveau départemental, dans les établissements de santé et au sein des communautés. Des réseaux binationaux axés sur les soins de santé maternelle et adolescente pour les femmes migrantes haïtiennes sont en cours de mise en œuvre. Des réunions conjointes avec les dirigeants communautaires et les agents de santé garantissent l'appropriation du projet.

Le projet a amélioré la capacité des services de santé à prendre en charge les urgences obstétriques. Il a également permis de former des agents de santé et communautaires, de renforcer la gestion de l'approvisionnement en sang et de mettre en place le système d'information périnatale.

#### *Défis*

27. Les principaux défis de la catégorie 3 sont les suivants :
- a) Le secteur de la santé dispose de ressources et de capacités institutionnelles limitées pour assurer les fonctions essentielles liées à cette catégorie, telles que la santé publique environnementale et professionnelle. La mise en œuvre des priorités de l'Organisation (y compris les nouveaux plans d'action) nécessitera des approches intersectorielles créatives.
  - b) De nombreux pays n'ont que récemment commencé à prendre conscience des conséquences du vieillissement de la population sur leurs systèmes de santé et

- économiques. L'OPS a constaté une demande croissante de soutien technique pour l'organisation de systèmes pour la prestation de soins de longue durée.
- c) La Région ne dispose pas de données suffisantes dans de nombreux domaines d'activité clés, notamment sur les disparités ethniques et l'intégration de la dimension de genre dans la santé, ainsi que sur des thématiques émergentes telles que les LGBT et les masculinités. Les systèmes d'information dans les pays ne sont pas suffisamment intégrés pour le suivi et l'évaluation des progrès réalisés sur le plan des indicateurs des ODD liés à la santé.
- d) Bien que des progrès aient été réalisés en termes d'amélioration de la santé dans l'ensemble des Amériques au cours des dernières décennies, des inégalités et des iniquités importantes subsistent. Il n'existe pas de cadre convenu, partagé, inclusif et interdisciplinaire – ni au sein du BSP ni dans les pays – pour les activités sur l'équité dans la santé qui intègrent les approches des systèmes de santé, les activités intersectorielles sur les déterminants sociaux et environnementaux et le suivi.



### Combattre la violence sexiste dont sont victimes les femmes au Honduras

Au Honduras, 383 décès dus à la violence sexiste contre les femmes de 15 à 39 ans ont été enregistrés en 2018.

Grâce à la coopération technique de l'OPS, et avec le soutien de partenaires comme le Canada, 100 femmes de Yamaranguila (Intibucá), ont reçu une formation sur la violence sexiste et l'autonomisation des femmes. Cette intervention vise à réduire la violence intrafamiliale au sein de la communauté autochtone Lenca de Yamaranguila. Cette formation complète applique une approche interculturelle qui s'attache à renforcer l'estime de soi des femmes, leur dignité humaine et leurs compétences en matière de leadership. La formation permet une meilleure compréhension de la violence domestique et intrafamiliale ainsi que des droits des enfants, des adolescents et des femmes, et explique également les canaux disponibles pour signaler les cas de violence et demander de l'aide.

Aujourd'hui, Ana\*, l'une des participantes à la formation, se décrit comme une femme en bonne santé et autonomisée. C'est une mère et une grand-mère fière et un leader dans sa communauté, qui anime des ateliers et raconte son histoire pour que d'autres femmes se sentent elles aussi soutenues et habilitées à sortir du cycle de la violence.

\* Le nom a été modifié.

## Catégorie 4 : Systèmes de santé

### Priorités clés

Renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins primaires en mettant l'accent sur la gouvernance et le financement de la santé en vue de la réalisation progressive de la santé universelle

Organiser une prestation de services intégrée et axée sur les personnes et promouvoir l'accès aux technologies de la santé et leur utilisation rationnelle

Renforcer les systèmes d'information et de recherche en matière de santé, l'intégration des données probantes et le transfert de connaissances et de technologies

Développer les ressources humaines pour la santé

### Principales réalisations

28. Les principales réalisations de la Catégorie 4 sont les suivantes :

- a) La Commission de haut niveau sur la santé universelle au 21<sup>e</sup> siècle : 40 ans d'Alma-Ata était un groupe interdisciplinaire de 17 experts régionaux. À la suite de la présentation du rapport de la Commission, la Directrice du BSP a lancé un Pacte régional sur les soins de santé primaires pour la santé universelle 30-30-30.
- b) Trente-trois pays ont mis en œuvre des mesures en vue de la réalisation progressive de la santé universelle, notamment des réformes importantes du secteur de la santé, des modifications de la législation et/ou la définition de stratégies, de plans et de feuilles de route. Parmi ceux-ci, 26 pays ont inclus des options stratégiques sur le financement afin de rendre plus réalisable et durable une réforme plus large du secteur de la santé. À titre d'exemple, en 2019, l'Assemblée nationale d'El Salvador a approuvé une législation innovante qui a fourni la base et les outils nécessaires pour promouvoir l'intégration du système de santé segmenté du pays.
- c) Afin de mieux répondre aux nouveaux besoins en matière de données dans le cadre du programme des ODD et du Pacte régional sur les soins de santé primaires pour la santé universelle 30-30-30, le BSP a produit des méthodologies et des estimations de qualité pour les indicateurs clés des obstacles à l'accès aux services de santé, la protection financière en matière de santé et les statistiques sur les dépenses de santé dans 30 États Membres. Les statistiques sur la protection financière produites par l'OPS ont été utilisées dans divers rapports régionaux et mondiaux.
 

*« Nous avons tous la responsabilité solennelle de veiller à ce que la Déclaration sur les soins de santé primaires adoptée aujourd'hui permette à chacun et à chacune d'exercer partout et en tout lieu son droit fondamental à la santé ».*

*- Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus,  
Directeur général de l'OMS,  
sur la Déclaration d'Astana,  
25 octobre 2018*
- d) Vingt-quatre pays ont développé leur capacité nationale à mettre en œuvre le

- cadre des réseaux intégrés de prestation de services de santé, en mettant l'accent sur le renforcement de la capacité de résolution du premier niveau de soins.
- e) Pour soutenir la réduction de la mortalité maternelle, l'outil d'évaluation des conditions essentielles a été adapté afin d'identifier les possibilités d'amélioration des soins maternels. Une formation a été dispensée à des professionnels de 12 pays identifiés comme prioritaires pour la réduction de la mortalité maternelle, et l'évaluation a été menée dans six pays.
  - f) L'OPS a lancé l'Initiative régionale pour l'échange d'informations sur les prix, la couverture et la réglementation économique des technologies de la santé afin d'améliorer l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé et de les rendre plus abordables. Treize pays y participent désormais : Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Honduras, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou et Uruguay.
  - g) Trente-quatre des 35 États Membres de l'OPS ont maintenant signé des accords pour utiliser le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (le Fonds stratégique) de l'OPS, avec une croissance de 17 % des achats de médicaments essentiels, de kits de diagnostic et de fournitures pour la lutte antivectorielle de 2018 à 2019. Le compte de capital est passé à US\$ 20 millions,<sup>4</sup> offrant des lignes de crédit sans intérêt aux États Membres au cours de la période biennale.
  - h) Les États Membres ont davantage adopté l'outil mondial d'évaluation comparative, disponible en anglais, en espagnol et en français, qui renforce les systèmes réglementaires pour les médicaments et autres technologies de la santé. Des auto-évaluations des capacités réglementaires ont été réalisées en 2019 par la Bolivie, le Costa Rica et le Paraguay, et une évaluation conjointe a été effectuée par l'OPS et l'OMS au Pérou. Le système réglementaire des Caraïbes stimule les réformes réglementaires dans la CARICOM, accélérant l'accès à des médicaments de qualité et assurant un suivi de la qualité des médicaments sur le marché.
  - i) La couverture et la qualité des registres des naissances et des décès se sont améliorées dans toute la Région. Ceci est le fruit d'interventions concertées des États Membres qui ont donné la priorité aux statistiques de l'état civil et ont investi dans des systèmes d'information pour la santé (IS4H, selon le sigle anglais) qui facilitent la collecte de données de qualité. Les systèmes d'information de 18 pays et territoires ont été évalués à l'aide de l'outil d'évaluation de la maturité des systèmes d'information pour la santé de l'Organisation, et 25 États Membres ont créé des centres de référence nationaux ou des comités interinstitutionnels qui gèrent les statistiques de l'état civil et de la santé en suivant les directives de l'OPS.

---

<sup>4</sup> Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans ce document sont exprimées en dollars des États-Unis.



### Vers la santé universelle pour la région du Chaco

Le territoire du Chaco est une zone transfrontalière entre l'Argentine, la Bolivie et le Paraguay. Dans cette région de 400 000 habitants, environ 30 % de la population appartient à des communautés autochtones qui font face à de nombreux problèmes, dont le manque d'accès aux services de santé. Malheureusement, les femmes et les enfants vivant dans le Chaco ont une probabilité plus élevée de mourir de causes évitables que ceux qui vivent dans d'autres régions.

Guidée par le mandat de « ne laisser personne pour compte », l'OPS a mis en œuvre un projet dans le cadre de son programme de CCHD pour concevoir et renforcer des services de santé culturellement adaptés aux populations autochtones et rurales. Le projet vise à éliminer les obstacles à l'accès aux soins, à promouvoir l'accès à l'eau potable et à la nutrition et à assurer une riposte d'urgence aux catastrophes.

Dans le Chaco bolivien, l'école de la santé Tekove Katu a aidé des partenaires à devenir des promoteurs qui facilitent l'accès à l'eau et à l'assainissement, la gestion des déchets et l'hygiène dans les centres de santé et les communautés. Au Paraguay, le projet a renforcé les liens entre les sages-femmes autochtones et les professionnels de la santé, leur permettant de travailler ensemble pour des accouchements plus sûrs grâce à une approche interculturelle et à l'échange de connaissances. Le territoire du Chaco figure désormais en meilleure place dans les programmes des ministères de la Santé des trois pays, ce qui permet de mieux faire connaître les défis de cette région frontalière, notamment la nécessité de disposer de meilleures données et informations.

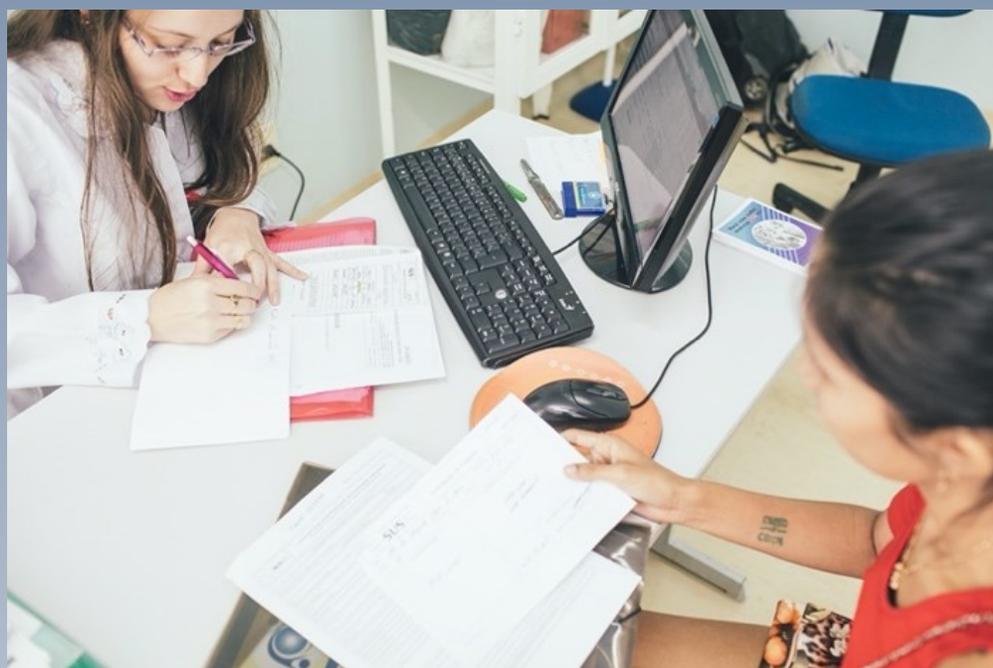
- j) Vingt-sept pays ont défini des priorités, des objectifs et des indicateurs pour mesurer leurs progrès par rapport au *Plan d'action sur les ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (document CSP29/10).
- k) Le campus virtuel pour la santé publique a continué à se développer, avec 87 cours d'auto-apprentissage disponibles et un total de 1 040 000 participants. Quarante-

deux pays et territoires ont continué à promouvoir les stratégies et les programmes de formation du personnel de santé orientés vers la santé publique et la prise en charge clinique dans le cadre du campus virtuel ou de réseaux d'apprentissage en ligne équivalents. Dix-neuf pays ont mis en place des forums pour la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative dans le domaine de la santé.

### *Défis*

29. Les principaux défis de la Catégorie 4 sont les suivants :
- a) Compte tenu de la complexité des contextes politiques et nationaux auxquels sont confrontés les systèmes de santé, il est nécessaire de concevoir et de mettre en œuvre des feuilles de route complètes pour progresser vers la santé universelle. Toutefois, la capacité limitée des autorités sanitaires nationales à orienter, diriger et gérer les processus de transformation et de renforcement, y compris le dialogue avec la société civile, se traduit par des approches fragmentées qui ralentissent et entravent les efforts visant à accroître l'équité et l'efficacité.
  - b) L'examen et le renforcement des cadres législatifs et réglementaires nationaux en matière de santé continuent de nécessiter des efforts supplémentaires de la part des États Membres, en vue de concrétiser le droit de jouir du meilleur état de santé pouvant être atteint.
  - c) Les dépenses de santé publique ont augmenté, mais à un rythme relativement lent. Cela n'a pas été suffisant pour remplacer le reste à charge comme source de financement ni pour accroître la protection financière des ménages, écart qui s'explique en grande partie par l'augmentation du coût des médicaments et des technologies de la santé.
  - d) Des défis subsistent en ce qui concerne la disponibilité des données et l'état des systèmes d'information, conjugués à une capacité limitée de suivi des politiques de santé et des processus de réforme dans les pays. Les pays qui collectent régulièrement des informations doivent encore structurer leurs efforts de suivi avec le processus d'élaboration des politiques.
  - e) Un certain nombre d'obstacles rendent difficile l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité. Il s'agit notamment de la fragmentation des interventions en termes de qualité, avec une prédominance des programmes verticaux, d'une approche de l'accès et de la couverture des services de santé qui ne met pas l'accent sur la qualité, des faiblesses dans la mise en œuvre et la supervision des normes de qualité, d'un contexte non favorable à une culture de la qualité, de l'insuffisance de la disponibilité, des capacités et de la formation continue des ressources humaines pour la santé, de l'accès limité aux médicaments et aux autres technologies de la santé, ainsi que d'un financement insuffisant et inadéquat.
  - f) L'intégration des services pharmaceutiques, sanguins et radiologiques au sein des réseaux de prestation de services de santé intégrés reste un défi qui fait obstacle non

seulement à l'accès aux services et aux produits, mais aussi à la capacité de réponse du premier niveau de soins. L'absence de services pharmaceutiques appropriés au premier niveau de soins complique l'organisation des services et nuit à l'accès de la population aux médicaments.



### Amélioration des services de transfusion sanguine au Guyana

Au Guyana, le service de transfusion sanguine faisait face à des difficultés liées à la mauvaise qualité des systèmes d'approvisionnement et au manque de structures et de lignes directrices pour une gouvernance de qualité, ce qui avait un impact négatif sur la prestation des services de santé. Avec le soutien du centre d'hémothérapie de l'hôpital de Garrahan en Argentine et de l'OPS, le Guyana a renforcé son système de transfusion sanguine grâce à des échanges axés sur l'amélioration de la gestion et le renforcement des capacités des agents de santé.

Grâce à cette collaboration, le service national de transfusion sanguine a amélioré ses opérations de recrutement des donneurs, de traitement et de distribution du sang. Parmi les réalisations spécifiques de cette initiative figurent l'adoption d'un plan stratégique et d'une nouvelle politique nationale du sang, la création de comités de transfusion dans les hôpitaux les plus importants du pays et l'amélioration progressive de la qualité. Cette collaboration a permis au gouvernement du Guyana de créer un laboratoire d'immuno-hématologie spécialisé ayant la capacité de mettre en commun les plaquettes, et d'adopter des procédures opérationnelles normalisées pour toutes les étapes du cycle de transfusion sanguine.

- g) Malgré des progrès significatifs sur le plan de la qualité et de la couverture des données de la santé, de nombreux pays affichent des faiblesses persistantes dans leurs systèmes d'information pour la santé. Dans de nombreux États Membres, les systèmes d'information ont une couverture et une qualité variables, en particulier

- dans les zones où les inégalités et les populations vulnérables sont importantes. Les lacunes qui en résultent ont une incidence sur le ciblage des ressources de santé.
- h) Le passage à la dernière révision de la Classification internationale des maladies (CIM), de la CIM-10 à la CIM-11, impliquera un renforcement des capacités des personnes spécialisées dans le codage de la CIM, allant du personnel des bureaux nationaux de statistiques aux autorités sanitaires nationales. Cette transition nécessite des investissements importants et prendra plusieurs années.
  - i) Le financement des ressources humaines pour la santé reste insuffisant pour assurer la prestation de services de santé de qualité, en particulier au premier niveau de soins, et pour répondre aux besoins des populations isolées mal desservies. La persistance des inégalités à tous les niveaux, la diminution des taux de rétention dans les zones rurales et négligées, les conditions de travail précaires, la productivité sous-optimale et les mauvaises performances sont quelques-uns des défis auxquels les pays sont confrontés.

## Catégorie 5 : Urgences sanitaires

### Priorités clés

Réduire la mortalité, la morbidité et les perturbations sociales résultant des situations d'urgence et des catastrophes

Améliorer la détection, la gestion et l'atténuation des agents pathogènes à haut risque

Renforcer la sécurité sanitaire par des activités de réduction de tous les risques, de préparation, de riposte et de relèvement rapide

### Principales réalisations

30. Les principales réalisations de la Catégorie 5 sont les suivantes :
- a) L'Organisation a consacré des efforts importants au cours de la période biennale au soutien de la réponse à la situation au Venezuela et aux problèmes humanitaires associés dans ce pays et dans les pays voisins (Brésil, Colombie, Équateur, Guyana, Pérou et Trinité-et-Tobago). Si cette situation a engendré de nombreux défis, elle a également permis de progresser sur de nombreux aspects du programme de travail, en particulier la lutte contre les maladies à tendance épidémique et pandémique et leur prévention, en mettant l'accent sur les maladies à prévention vaccinale, ainsi que sur un programme plus large sur les migrations de masse et la santé. Les opérations d'urgence en cours ont continué à prioriser les besoins des populations en situation de vulnérabilité dans le contexte de la protection de la santé, des droits de l'homme et de la culture.
  - b) Une réponse rapide et appropriée à toutes les situations d'urgence présentant des répercussions potentielles sur la santé a été fournie dans 29 pays et territoires dans les 48 heures suivant leur apparition ou la demande de soutien en 2018-2019.
  - c) Aucun cas confirmé de choléra n'a été signalé en Haïti après janvier 2019, grâce au soutien continu de l'OPS aux autorités haïtiennes (épidémiologie, surveillance, laboratoire, prévention et contrôle des infections, mobilisation des ressources et vaccination). Cela représente une étape positive vers l'élimination du choléra de l'île d'Hispaniola.
  - d) L'OPS a maintenu une couverture 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour les communications urgentes et l'émission d'alertes sur les menaces pour la santé publique. Le délai moyen entre le début

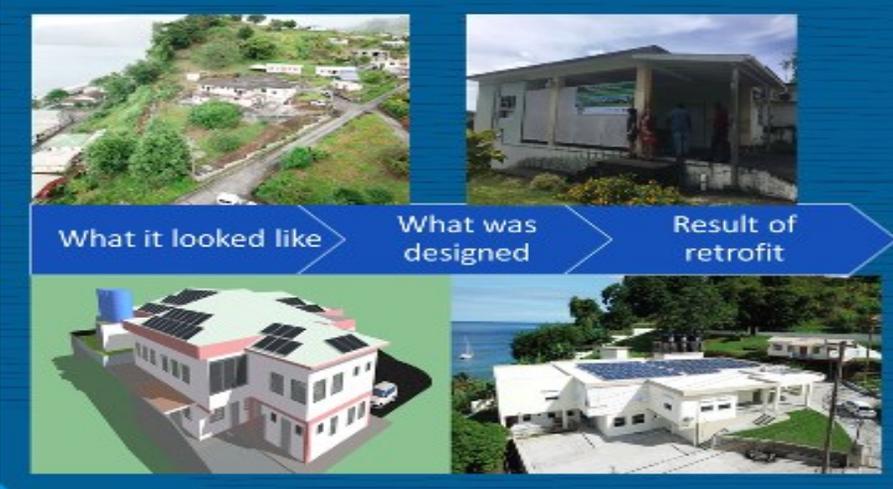
---

*« L'OPS travaille sur la prévention et la riposte aux catastrophes depuis [plus de] 40 ans, ce qui a permis à de nombreux pays des Amériques d'être mieux préparés à y faire face. Pour sauver plus de vies, nous avons besoin de centres de santé avec des plans en place ainsi que de communautés mieux préparées ».*

*- Dr Carissa F. Etienne,  
Directrice de l'OPS,  
en visite officielle au Belize  
en février 2019*

---

estimé des événements constituant des menaces pour la santé publique et la première réception d'informations par l'OMS a diminué, passant de 33 jours en 2018 à 20 jours en 2019. Cette évolution a été facilitée par une participation et une réactivité accrues de la part des points focaux nationaux du Règlement sanitaire international (RSI). Cent pour cent des événements qui représentaient des événements aigus de santé publique ont fait l'objet d'une évaluation des risques en moins de 72 heures.



What it looked like      What was designed      Result of retrofit

**Les Caraïbes ouvrent la voie à des établissements de santé plus sûrs et plus écologiques, capables de fournir des soins en cas de catastrophe**

La région des Caraïbes est vulnérable aux aléas naturels et au changement climatique, qui peuvent provoquer des perturbations importantes des services de santé et des pertes économiques. Avec le soutien du Département du développement international du Royaume-Uni, le projet « Établissements de santé intelligents dans les Caraïbes » offre à sept pays la possibilité de mieux préparer leurs établissements aux catastrophes (Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Jamaïque, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie). Le projet s'appuie sur l'initiative des « Hôpitaux sûrs » de l'OPS et souligne l'importance d'avoir une vision durable et à long terme pour obtenir un impact positif sur la santé et le changement climatique.

Les établissements de santé « intelligents » intègrent la réduction des risques de catastrophes, l'adaptation au changement climatique, la gestion environnementale et les stratégies de conservation au sein d'une même plateforme. Selon le *Plan d'action de l'OPS pour la réduction des risques de catastrophes 2016-2021*, 77 % des hôpitaux des Caraïbes se trouvent dans des zones à haut risque et nécessitent des mesures correctives urgentes pour protéger les vies pendant et après les catastrophes.

Plus de 1000 personnes ont été formées, notamment des agents de santé, des parties prenantes techniques, des utilisateurs d'établissements de santé et des professionnels des médias ; 413 établissements de santé ont été évalués au regard des normes écologiques et de sécurité ; 18 établissements ont été modernisés et 48 % des contrats de travaux de modernisation (24 des 50 établissements ciblés) ont été attribués. Le projet a également été adapté par d'autres donateurs et secteurs (éducation) et devrait s'achever d'ici à mai 2022.

- e) Six équipes médicales d'urgence dans les Amériques sont désormais certifiées par l'OMS, et 39 pays et territoires au total ont introduit l'initiative des équipes médicales d'urgence. Huit pays des Caraïbes disposent d'au moins deux équipes d'intervention multisectorielles certifiées et de 500 personnes formées à la prise en charge des victimes en masse.
- f) Quatre pays des Caraïbes disposent désormais de 18 établissements de santé qui ont été modernisés pour devenir des établissements « intelligents », avec une meilleure résilience aux catastrophes et un impact réduit sur l'environnement (Dominique, Grenade, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie). Trente-trois autres établissements sont à divers stades entre la conception et la modernisation. La sécurité des hôpitaux a été améliorée en Haïti, et 18 pays ont été formés aux lignes directrices actualisées de l'indice de sécurité des hôpitaux.
- g) Les pays ont amélioré la qualité et étendu la portée de leurs capacités de détection en laboratoire pour répondre aux pathogènes viraux émergents et réémergents dans la Région. Trois laboratoires nationaux (Bolivie, Haïti et République dominicaine) ont été désignés par l'OMS en tant que centres nationaux contre la grippe.
- h) Les scores régionaux moyens pour 12 des 13 capacités fondamentales du RSI sont supérieurs aux scores moyens mondiaux, selon les rapports annuels des États Parties soumis à la 72<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé. En outre, huit pays ont mené à bien des évaluations externes conjointes, l'une des trois composantes volontaires du cadre de suivi et d'évaluation du RSI.
- i) Le BSP a augmenté le niveau des ressources financières et humaines disponibles pour les urgences sanitaires, en particulier au niveau des pays. Plus de \$70 millions de contributions volontaires ont été mobilisés pour cette catégorie en 2018-2019.

### ***Défis***

- 31. Les principaux défis de la Catégorie 5 sont les suivants :
  - a) Les capacités logistiques et de ressources humaines ont été sous tension lors de la réponse à des situations d'urgence impliquant plusieurs pays. Il a été difficile d'obtenir des données précises des pays touchés par l'intensification du flux migratoire, en particulier des données sur la situation sanitaire de la population migrante et ses principaux besoins en matière de soins d'urgence et de longue durée.
  - b) La disponibilité et la distribution systématique de réactifs et de fournitures pour la surveillance, la confirmation et la détection rapide en laboratoire des virus émergents sont insuffisantes, principalement en raison du coût élevé de l'expédition et des procédures douanières complexes qui ont entraîné la perte de kits et de panneaux. Il existe des lacunes persistantes liées à la mise en œuvre des systèmes de surveillance des infections nosocomiales en raison du manque de sensibilisation et de l'insuffisance des capacités des laboratoires. Les pays doivent également

- développer et/ou mettre à jour leurs politiques de gestion de la qualité et de sécurité et sûreté biologique pour les laboratoires.
- c) La situation des capacités fondamentales du RSI est hétérogène dans les sous-régions des Amériques. Les pays doivent faire évoluer leurs perceptions des règlements, qui ne doivent plus être « une fin en soi », mais un outil de renforcement de la capacité des systèmes de santé à remplir des fonctions essentielles de santé publique. Les États Membres ont besoin d'un cadre juridique national approprié pour soutenir et permettre la mise en œuvre de leurs obligations et de leurs droits en vertu du RSI.
  - d) Des retards persistent dans les processus de révision des informations diffusées par les canaux du RSI (affichage sur le site d'échange d'informations sur les événements). Les pays doivent également prioriser l'amélioration, la modernisation et l'automatisation des mécanismes de collecte de données épidémiologiques et des structures de gestion des données.
  - e) Les retards dans la réalisation des étapes du projet des « Hôpitaux intelligents » ont été enregistrés en raison de la capacité limitée des entreprises de construction et de l'impact catastrophique de la saison des ouragans de 2017. Le prix des matériaux et des services de construction a également augmenté depuis les premières étapes du projet.
  - f) Garantir la viabilité et la stabilité financières du programme des urgences sanitaires restera un défi, en particulier dans le contexte d'urgences prolongées à grande échelle qui détournent les efforts de mobilisation des ressources des programmes de base.



## Vers l'élimination du choléra en Haïti

En janvier 2020, Haïti enregistrait une année sans cas de choléra confirmé. La flambée épidémique qui a débuté en octobre 2010, qui a fait plus de 820 000 malades et 9792 morts, a été maîtrisée.

Cette réalisation majeure a été rendue possible grâce aux efforts conjoints d'Haïti, de l'OPS et d'autres agences partenaires pour s'attaquer aux causes profondes du choléra. Les activités de prévention se sont concentrées sur une surveillance accrue pour détecter d'éventuelles flambées épidémiques et y répondre, sur la mise en œuvre d'initiatives de diagnostic rapide et l'exécution de programmes de vaccination contre le choléra. Les cliniques de soins de santé primaires ont été dotées en personnel formé, en médicaments et fournitures, ce qui leur a permis de répondre rapidement et de gérer les cas avec une réhydratation et des soins appropriés. L'OPS et le ministère de la Santé ont travaillé de concert pour mettre en œuvre le projet LaboMoto, qui a utilisé des motos pour transporter rapidement les échantillons des centres de traitement jusqu'aux laboratoires. Cette initiative a permis de faire passer les tests et la confirmation des cas suspects de 21 % en 2017 à 95 % en 2019.

Afin de recevoir la validation de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'élimination de la maladie, le pays doit maintenir des systèmes de surveillance effectifs et rester exempt de choléra pendant deux années supplémentaires. Les décès dus au choléra peuvent être évités grâce aux outils et mécanismes actuels, et la détection et la riposte précoces aux éventuelles flambées épidémiques doivent se poursuivre. Toutefois, pour garantir l'élimination du choléra à long terme, il est impératif d'accélérer les investissements dans l'eau potable et l'assainissement adéquat en Haïti.

## Catégorie 6 : Leadership, gouvernance et fonctions d'appui

### Priorités clés

Promouvoir le leadership  
organisationnel et la  
gouvernance

Mettre en œuvre les  
fonctions d'appui de  
l'Organisation

Améliorer la planification  
stratégique tout comme la  
coordination et la mobilisation des  
ressources

### Principales réalisations

32. Les principales réalisations de la Catégorie 6 sont les suivantes :
- Les deux commissions établies par l'OPS – la Commission de haut niveau sur la santé universelle au 21<sup>e</sup> siècle : 40 ans d'Alma-Ata et la Commission indépendante sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques – ont présenté leurs rapports finaux, ce qui a facilité l'organisation de réunions de haut niveau avec les décideurs régionaux et mondiaux. Cette réalisation a permis de consolider le rôle de chef de file de l'Organisation dans la définition des trajectoires nationales pour la formulation des politiques et stratégies de santé dans un contexte de développement plus large.
  - Le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 a été élaboré en étroite collaboration avec les États Membres dans le cadre du Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG). Il a été pleinement avalisé par le Conseil directeur en septembre 2019, de même que son premier programme et budget 2020-2021 et la nouvelle *Politique budgétaire de l'OPS* (document CD57/5). Le Plan stratégique 2020-2025 a marqué une étape importante dans la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.
  - La Coopération entre pays pour le développement de la santé a permis une optimisation des flux d'activité et une meilleure affectation des ressources aux initiatives stratégiques menées par les pays. L'OPS a soutenu la documentation des initiatives de CCHD et l'échange des meilleures pratiques et des enseignements tirés dans 31 pays, y compris tous les pays clés et les organisations infrarégionales. En collaboration avec le Bureau des Nations Unies pour la coopération Sud-Sud (UNOSSC), l'OPS a également

*« Notre organisation s'attache en permanence à réduire le fardeau des maladies non transmissibles en partenariat avec d'autres organisations et agences du système interaméricain. Nous plaidons au plus haut niveau des gouvernements pour une meilleure prise de conscience des graves conséquences de ces maladies et pour la mise en œuvre de politiques et de mesures de prévention ».*

*- Dr. Carissa F. Etienne,  
Directrice de l'OPS, présentation du  
rapport annuel 2018 à l'OEA*

- contribué à l'élaboration de la Stratégie de coopération Sud-Sud à l'échelle du système des Nations Unies, qui sera publiée en 2020.
- d) Au cours de la période biennale 2018-2019, l'OPS a mobilisé un total de \$261,5 millions de contributions volontaires au moyen de 126 nouveaux accords et de 78 amendements aux accords existants.
- e) L'OPS a élaboré une politique globale de lutte contre la fraude et la corruption.



Note : cette photo a été prise lors de la troisième réunion du SPAG en avril 2018. Tous les représentants du SPAG n'étaient pas présents au moment où elle a été prise.

## Large participation des États Membres à l'élaboration du nouveau Plan stratégique 2020-2025

Tous les six ans, l'OPS s'engage dans un processus complexe et intense pour définir son orientation stratégique pour les six années suivantes. Le travail relatif au Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 a démarré au début de 2018 avec la constitution du Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG). Avec un nombre record de 21 pays participants, ce groupe s'est appuyé sur la vaste expérience de la Région en matière de planification stratégique collective.

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

Le processus d'élaboration a été itératif et rigoureux. Le résultat final représente la meilleure réflexion collective pour déterminer où et comment l'OPS devrait concentrer ses efforts jusqu'en 2025, conformément au 13<sup>e</sup> programme général de travail de l'OMS, au PASDA2030 et aux ODD.

- f) Comme lors des périodes biennales précédentes, le BSP a reçu une opinion d'audit sans réserve pour les états financiers annuels de 2018, illustrant ainsi la constance de ses performances et son engagement en faveur de la transparence.
- g) L'OPS a maintenu et augmenté la couverture médiatique nationale et mondiale et les conversations sur les réseaux sociaux sur les grandes questions de santé publique, les crises, les campagnes et les événements. L'image de marque de l'OPS a également été renouvelée et rendue plus attrayante pour les plateformes numériques, les campagnes, le multimédia et le contenu en ligne, ainsi que les événements nationaux, régionaux et mondiaux.

### *Défis*

- 33. Les principaux défis de la Catégorie 6 sont les suivants :
  - a) La situation politique et économique de la Région a une incidence sur les infrastructures de santé publique, les objectifs de santé publique et la capacité à maintenir une masse critique de personnel de santé publique, ce qui constitue un défi technique et politique pour l'OPS. Cette situation a touché tous les niveaux de l'Organisation, avec des répercussions notables sur la coopération technique fournie par les bureaux de représentants de l'OPS/OMS (PWR) dans les pays clés de l'OPS et dans les pays en situation d'urgence, ainsi que par les bureaux multi-pays dans les Caraïbes.
  - b) Des retards importants dans la réception des contributions fixées de plusieurs États Membres ont compliqué la prestation de la coopération technique, en particulier au niveau des pays.
  - c) Des variations importantes dans l'interprétation et le déploiement de la réforme des Nations Unies au niveau des pays ont eu une incidence sur les PWR et leur mise en œuvre des programmes politiques, stratégiques et techniques. Le statut constitutionnel et juridique unique de l'OPS nécessite une considération particulière dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des Nations Unies dans la Région des Amériques. Cela a nécessité des orientations et un soutien permanents du niveau régional, ainsi qu'une collaboration étroite et une cohérence des approches avec le niveau mondial à l'OMS.
  - d) La complexité des processus de planification, de suivi et d'évaluation et le chevauchement de leurs calendriers au sein de l'OPS et de l'OMS continuent de limiter la capacité de certains États Membres à communiquer leurs contributions en temps voulu.
  - e) La disparité entre le financement approuvé pour les Amériques dans le budget programme de l'OMS et les fonds finalement reçus et budgétisés continue d'avoir un impact.

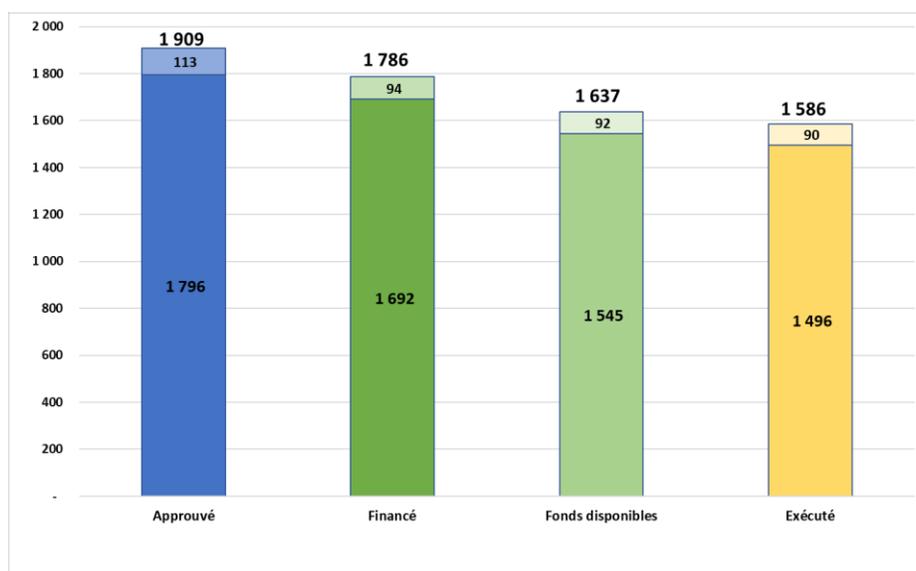
#### IV. Exécution du budget

34. Cette section analyse l'exécution du budget de l'OPS en deux parties. La première partie présente une vue d'ensemble des niveaux de financement atteints par l'OPS tout au long de la période du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et de ses trois programmes et budgets correspondants (2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019). La deuxième partie analyse plus en détail les informations relatives au programme et budget 2018-2019 de l'OPS et compare les niveaux budgétaires approuvés avec le financement et l'exécution, ainsi que les écarts de financement, de même que les efforts de mobilisation des ressources au cours de cette période.<sup>5</sup>

#### *Présentation générale du budget pour la période couverte par le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019*

35. Pour atteindre les résultats du Plan stratégique 2014-2019, l'Organisation a estimé les besoins en ressources à environ \$1,8 milliard. Au cours de cette période, l'OPS a adopté trois programmes et budget correspondant aux périodes biennales 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019. La figure 4 montre les niveaux approuvés, financés, disponibles pour l'exécution (également appelés fonds disponibles) et mis en œuvre pour la somme des trois programmes et budgets, en identifiant les programmes de base et spéciaux.

**Figure 4. Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 :  
présentation générale du budget, du financement et de l'exécution  
(en millions US\$)**



<sup>5</sup> Les périodes biennales précédentes ont été décrites plus en détail dans les rapports de fin de période biennale précédents (documents CD55/5 pour 2014-2015 et CD56/5 pour 2016-2017).

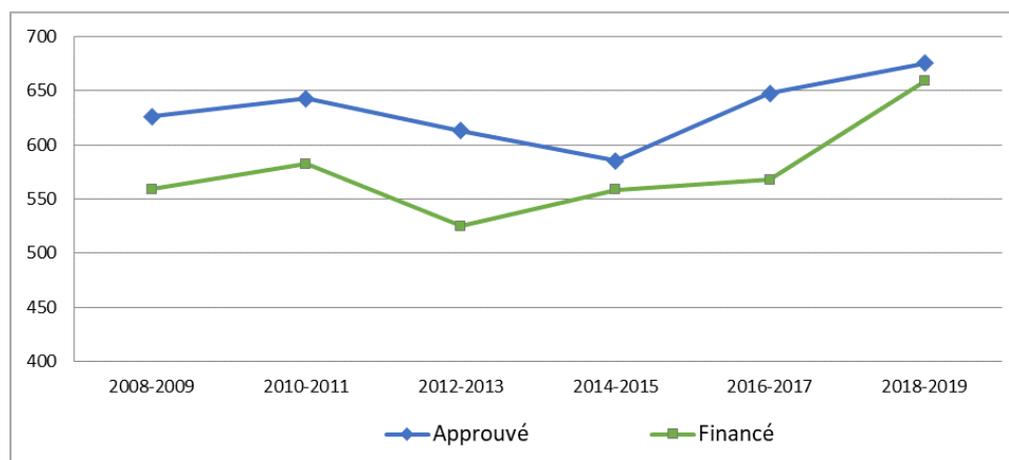
36. En tenant compte des trois programme et budgets, les États Membres ont approuvé un total de \$1,9 milliard sur les six années du Plan stratégique : \$1,8 milliard pour les programmes de base et \$0,1 milliard pour les programmes spéciaux. Sur le total approuvé, 94 % ont été financés (\$1,7 milliard pour les programmes de base, \$0,1 milliard pour les programmes spéciaux), 86 % étaient disponibles pour exécution (\$1,5 milliard pour les programmes de base, \$0,1 milliard pour les programmes spéciaux) et 83 % ont été exécutés. Sur les fonds disponibles pour exécution, 97 % ont été exécutés au cours de ces six années.

37. Comme à l’OMS, les concepts de « financé » et de « fonds disponibles pour exécution » supposent ce qui suit :

- a) Le terme « financé » fait référence à tous les revenus que l’Organisation prend en compte dans le financement du programme et budget, même lorsque les « liquidités » correspondantes n’ont pas été reçues dans leur intégralité, ou lorsque certains de ces fonds sont destinés à être utilisés au cours de futures périodes biennales (par exemple, les contributions volontaires pluriannuelles).
- b) Les « fonds disponibles pour exécution » comprennent tous les types de fonds qui sont distribués aux entités et qui sont prêts à être mis en œuvre au cours de la période biennale concernée.
- c) Les contributions fixées de l’OPS et les recettes diverses supposent que les contributions dues par les États Membres seront payées dans leur intégralité. Selon la pratique historique, l’OPS considère que le montant total est disponible au début de la période biennale et utilise les réserves approuvées en attendant l’arrivée des liquidités.
- d) De même, l’Organisation peut avancer des fonds provenant des réserves existantes lorsque des contributions volontaires ont été signées mais que les fonds n’ont pas été reçus. Cela les rend disponibles et permet une exécution en temps voulu. Ce mécanisme n’est appliqué que lorsque cette démarche est considérée comme présentant un faible risque, notamment lorsqu’il existe une relation de longue date avec des donateurs qui ont de bons antécédents en matière de paiement.

38. La figure 5 compare les niveaux du budget approuvé et du financement global au cours des six dernières périodes biennales, et le tableau 2 fournit des détails supplémentaires sur les principales sources de financement de l’OPS pour la période couverte par le Plan stratégique. Le financement a atteint son niveau le plus élevé en 2018-2019, principalement en raison de l’augmentation de deux de ses principales sources : 39 % pour les autres sources (qui comprennent les contributions volontaires) et 9 % pour l’allocation de l’OMS aux Amériques.

**Figure 5. Programme et budgets de l'OPS :  
tendances des financements approuvés et globaux  
(en millions US\$)**



39. En 2018-2019, l'OPS a budgétisé \$214,3 millions de contributions fixées et de recettes diverses (tableau 2). Toutefois, s'agissant des liquidités reçues, au 31 décembre 2019, l'Organisation devait encore recevoir \$88,9 millions de contributions fixées correspondant à 2019 ou à des périodes antérieures,<sup>6</sup> ce qui a nécessité l'utilisation de réserves provenant d'autres fonds. En conséquence, le BSP a pris plusieurs mesures pour remédier à la pénurie de liquidités. Des informations plus détaillées sur la situation financière de l'Organisation en 2019 sont fournies plus loin dans le présent rapport.

**Tableau 2. Sources de financement des programmes et budgets dans le cadre du  
Plan stratégique de l'OPS 2014-2019  
(en millions US\$)**

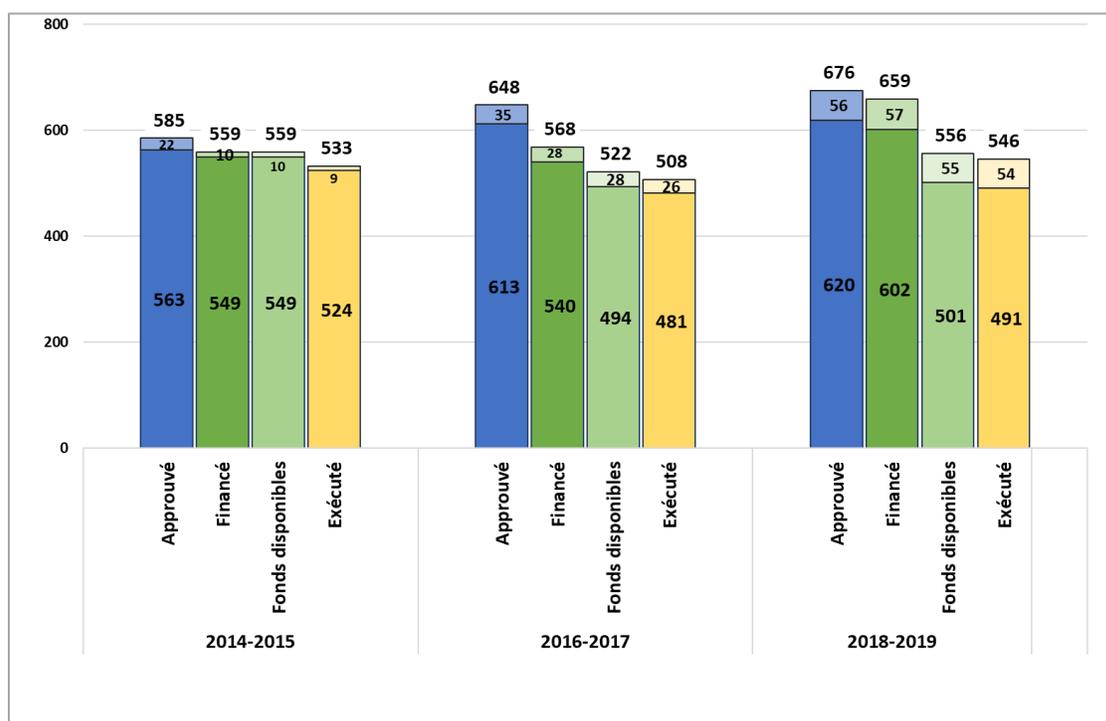
Source de financement	Financé en 2014-2015	Financé en 2016-2017	Financé en 2018-2019	Total Plan stratégique 2014-2019
	(a)	(b)	(c)	(d) = (a)+(b)+(c)
Contributions fixées de l'OPS et recettes diverses	207,9	217,7	214,3	639,9
Autres sources	203,6	209,0	290,1	702,7
Allocation de l'OMS pour les Amériques	147,1	141,0	154,3	442,4
<b>TOTAL</b>	<b>558,6</b>	<b>567,7</b>	<b>658,7</b>	<b>1 785,0</b>

*Note* : les montants indiqués dans ce tableau pour 2014-2015 sont basés sur les états financiers de 2015 et sur les bases de données relatives aux dépenses pour 2014-2015. Ils diffèrent de ceux du rapport de fin de période biennale pour 2016-2017 (document CD56/5, Add. I), qui ne comprenaient que les montants des programmes de base.

<sup>6</sup> Présentation générale du Rapport financier du Directeur pour 2019 (document SPBA 14/6).

40. L'augmentation du budget approuvé s'est accompagnée d'une augmentation générale des financements. Pour 2018-2019, l'OPS a enregistré son niveau de financement le plus élevé jamais atteint en termes budgétaires (mais pas en termes de trésorerie, en raison du non-paiement des contributions fixées par certains États Membres). Le budget total approuvé a augmenté de 15 % de 2014-2015 à 2018-2019, et le financement a augmenté de 18 % (figure 6).

**Figure 6. Programmes et budgets de l'OPS 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019 :  
Présentation générale du budget, du financement et de l'exécution  
(en millions US\$)**

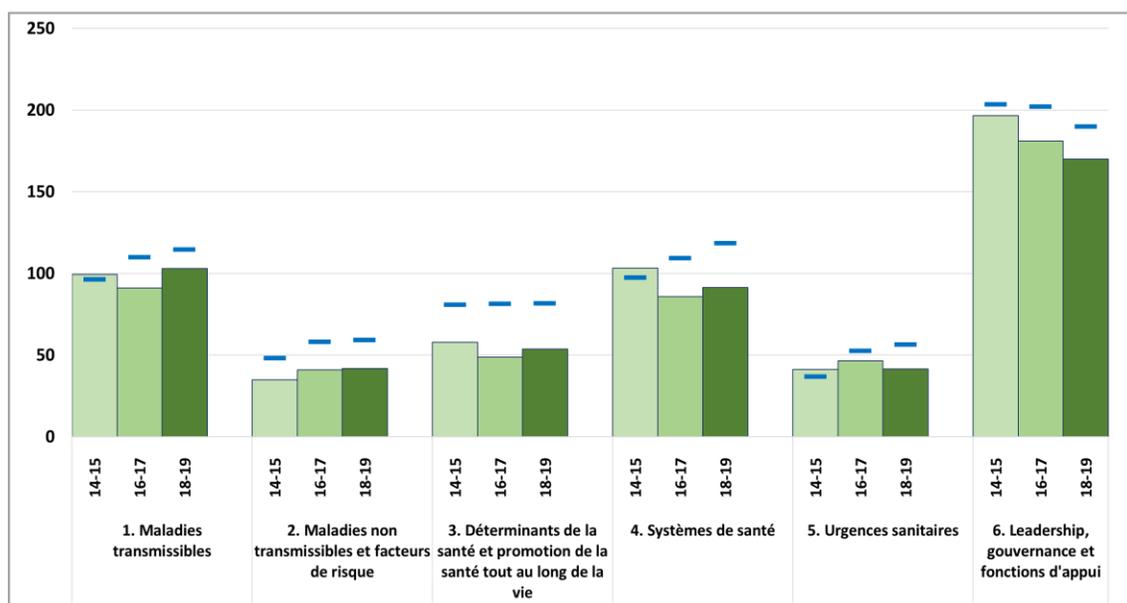


41. Si les niveaux de financement globaux étaient adéquats pour la période couverte par le Plan stratégique, on a constaté une réorientation des fonds disponibles au sein des programmes et budgets, des programmes de base vers les programmes spéciaux (figure 6). Les programmes de base enregistrent une diminution de \$48 millions, passant de \$549 millions en 2014-2015 à \$501 millions en 2018-2019. Cette baisse a été compensée par une augmentation de \$45 millions dans le segment des programmes spéciaux entre la première et la troisième période biennale du Plan stratégique. La réduction des programmes de base a eu des conséquences directes sur la capacité de l'OPS à mettre en œuvre ses plans de manière durable. Cela a été pris en compte dans la proposition du budget programme de l'OPS 2020-2021, qui a maintenu le même niveau de financement pour les programmes de base (\$620 millions) qu'en 2018-2019.

42. Une analyse plus approfondie des programmes de base par catégorie programmatique montre également que les niveaux absolus et relatifs de financement ont considérablement varié d'un programme technique à l'autre. La figure 7 montre les niveaux du budget approuvé et des fonds disponibles pour exécution par catégorie et par période biennale. Le programme et budget 2014-2015 a enregistré la plus grande disponibilité de fonds pour les programmes de base, comme reflété dans la plupart des catégories. Les deux périodes biennales suivantes ont vu une réduction de la disponibilité des financements pour la plupart des catégories.

43. Deux des catégories techniques, Maladies transmissibles (catégorie 1) et Systèmes de santé (catégorie 4), ont été systématiquement mieux financées que les autres catégories pendant la période couverte par le Plan stratégique. Elles ont attiré le plus grand nombre de contributions volontaires. En 2018-2019, la résistance aux antimicrobiens qui était un résultat immédiat spécifique dans la catégorie 5 est devenue un domaine programmatique dans la catégorie 1 (domaine programmatique 1.6). La salubrité des aliments est également passée de la catégorie 5 à la catégorie 1, devenant ainsi le domaine programmatique 1.7. Ces changements expliquent en partie les modifications des budgets et du financement respectifs de ces catégories. Tous les financements directement liés à l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises font partie des programmes spéciaux de l'OPS et ne sont donc pas inclus dans la figure 7.

**Figure 7. Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 :  
budget et fonds disponibles par période biennale et par catégorie  
(programmes de base, en millions US\$)**



Note : — Les lignes bleues représentent le budget approuvé. ■ Les barres vertes représentent les fonds disponibles.

44. Les catégories Maladies non transmissibles et facteurs de risque (catégorie 2), Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie (catégorie 3) et Urgences sanitaires (catégorie 5) comprennent des domaines hautement prioritaires qui ne sont toutefois pas bien financées par les donateurs. La catégorie 3 était la moins bien financée tout au long du Plan stratégique. Alors que son espace budgétaire est resté relativement stable, la disponibilité effective des ressources a diminué, passant de \$57,9 millions en 2014-2015 à \$53,6 millions en 2018-2019.

45. Dans l'ensemble, la catégorie Maladies non transmissibles et facteurs de risque (catégorie 2) affiche une tendance positive en ce qui concerne l'espace budgétaire et les fonds disponibles. Bien que son niveau budgétaire soit modeste par rapport au mandat et au fardeau de morbidité, au cours de la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019, ses niveaux de financement sont passés de \$34,8 millions en 2014-2015 à \$41,9 millions en 2018-2019.

46. Enfin, la catégorie 6 (Leadership, gouvernance et fonctions d'appui) a été régulièrement réduite, tant en termes d'espace budgétaire que de financement, au cours des trois dernières périodes biennales. Cela reflète des réductions délibérées, des gains d'efficacité et des mesures de restriction des coûts qui ont été introduites.

47. L'OPS a traditionnellement utilisé ses fonds flexibles<sup>7</sup> pour soutenir les domaines programmatiques qui connaissent des écarts de financement importants, pour soutenir les acquis de santé publique dans les domaines programmatiques qui ne sont pas financés par des contributions volontaires, et pour soutenir le leadership, la gouvernance et les fonctions d'appui de l'OPS. À des fins d'illustration, la figure 8 présente un résumé des niveaux budgétaires approuvés pour le Plan stratégique 2014-2019, des fonds disponibles par principal type de fonds et des écarts de financement par catégorie.

48. Bien que chaque catégorie soit de taille différente, l'axe vertical de la figure 8 montre l'importance relative de chaque type de fonds au sein d'une catégorie donnée. Parmi les catégories techniques, les catégories 2, 3 et 4 sont celles qui dépendent le plus des financements flexibles, ce qui démontre l'engagement de l'Organisation à soutenir ces domaines. Dans le cas de la catégorie 6, la majeure partie du financement provient de fonds flexibles, puisque cette catégorie comprend des fonctions qui ne sont normalement pas couvertes par des contributions volontaires.

---

<sup>7</sup> Comme défini dans la *Politique budgétaire de l'OPS* (document CD57/5 [2019]), les « fonds flexibles » désignent principalement les contributions fixées de l'OPS et de l'OMS, les recettes diverses de l'OPS ainsi que les recettes provenant de mécanismes spéciaux de recouvrement des coûts tels que les dépenses d'appui aux projets pour l'OPS et l'OMS. Bien que de nature plus limitée, le Compte de contributions volontaires de base de l'OMS est également considéré comme un fonds flexible.

**Figure 8. Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 :  
Fonds disponibles pour exécution par catégorie et type de fonds principaux  
(en millions US\$ et en pourcentage)**



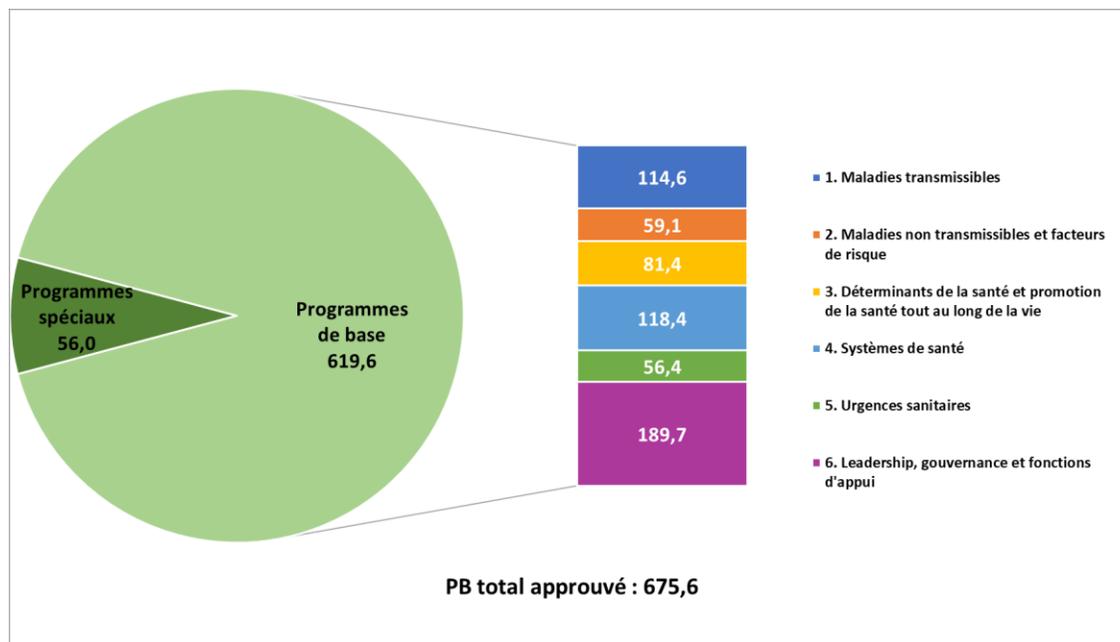
Note : la répartition par type de fonds pour 2014-2015 a été estimée sur la base de la répartition des dépenses engagées au cours de cette période biennale.

### *Mise en œuvre du programme et budget de l'OPS 2018-2019*

49. Le programme et budget 2018-2019 de l'OPS était structuré en deux segments : les programmes de base et les programmes spéciaux. Le total du programme et budget approuvé pour 2018-2019 était de \$675,6 millions : \$619,6 millions pour les programmes de base et \$56 millions pour les programmes spéciaux (figure 9). Les programmes de base étaient divisés en six catégories et 33 domaines programmatiques,<sup>8</sup> conformément à la structure programmatique du Plan stratégique 2014-2019 amendé adopté lors de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine par le biais de la résolution CSP29.R5. Le segment des programmes spéciaux comprenait le Programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse, les Hôpitaux intelligents, l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises, ainsi que le maintien de l'éradication de la poliomyélite.

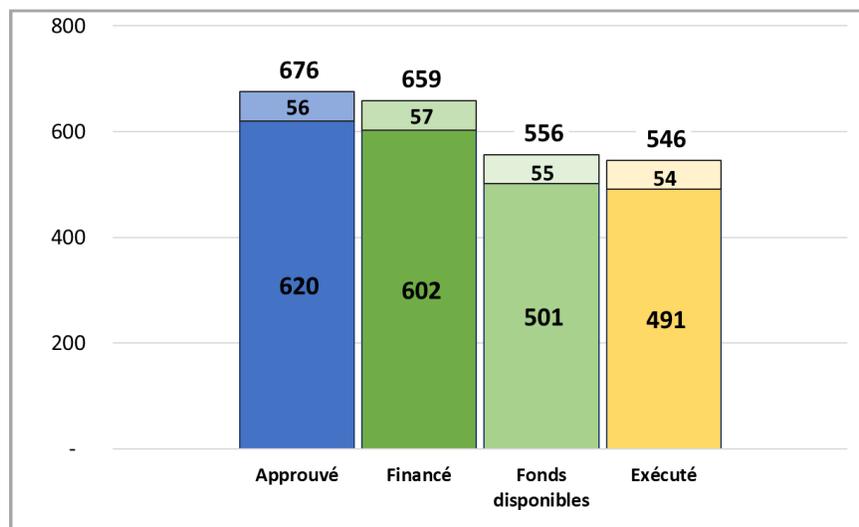
<sup>8</sup> Sur le plan programmatique, l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises est comptabilisée comme un autre domaine programmatique bien que, sur le plan budgétaire, ce domaine programmatique ne soit pas inclus dans les programmes de base en raison de son caractère très peu prévisible.

**Figure 9. Programme et budget de l'OPS 2018-2019  
approuvé par segment budgétaire et catégorie  
(en millions US\$)**



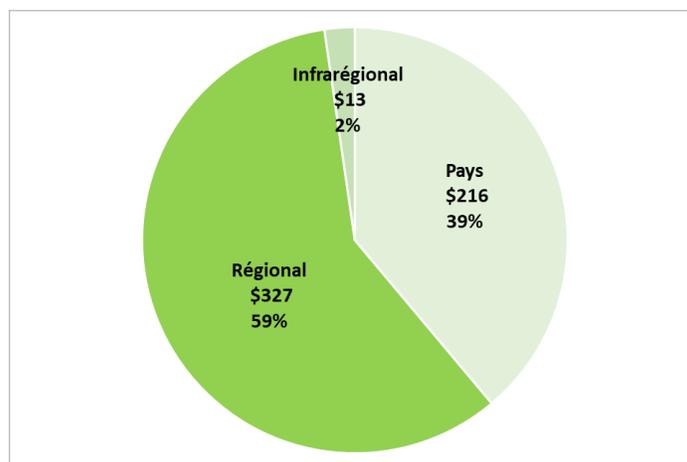
50. Comme le montre la figure 10, 97 % du programme et budget ont été financés (\$658,7 millions) d'un point de vue budgétaire (et non en termes de liquidités). Ce niveau élevé de financement budgétaire s'explique par la comptabilisation du paiement intégral des contributions fixées de l'OPS pour 2018-2019, l'inclusion de toutes les contributions volontaires disponibles au cours de la période biennale 2018-2019 (y compris celles qui ont été reportées sur 2020) et, dans une moindre mesure, l'inclusion d'autres sources qui ne devaient pas être entièrement dépensées au cours de la période 2018-2019 (veuillez vous reporter au tableau 2). Un total de \$556 millions était disponible pour exécution (\$501 millions dans les programmes de base et \$55 millions dans les programmes spéciaux). Cela a permis au BSP de clôturer 2019 avec une exécution de \$546 millions (\$491 millions dans les programmes de base et \$55 millions dans les programmes spéciaux), soit 81 % du budget total approuvé.

**Figure 10. Programme et budget de l'OPS 2018-2019 :  
présentation générale du budget, du financement et de l'exécution  
(en millions US\$)**



51. La répartition des fonds disponibles pour exécution entre les trois niveaux fonctionnels de l'Organisation est présentée à la figure 11. En 2018-2019, le BSP a alloué \$229 millions (41 %) de ses ressources disponibles aux niveaux des pays et infrarégional. Le BSP s'engage à maximiser l'allocation des fonds au niveau des pays tout en reconnaissant qu'un nombre important de fonctions techniques et d'appui qui bénéficient directement le niveau de pays se situent administrativement au niveau régional. Avec l'adoption de la *Politique budgétaire de l'OPS* pour 2019 par le biais de la résolution CD57.R3, le BSP continuera à s'efforcer d'augmenter l'allocation des fonds au niveau des pays et au niveau infrarégional pendant la période couverte par le Plan stratégique 2020-2025.

**Figure 11. Programme et budget de l'OPS 2018-2019 :  
fonds disponibles par niveau fonctionnel  
(en millions US\$)**



## Programmes de base

52. Les informations budgétaires pour 2018-2019 par catégorie et domaine programmatique sont présentées dans le tableau 3 et la figure 12. La désagrégation permet d'avoir une meilleure perspective des réalités financières au sein des catégories. Sur les 33 domaines programmatiques, 22 disposaient d'un niveau de fonds supérieur à 70 % de leur budget approuvé, mais seuls 10 d'entre eux disposaient d'un niveau supérieur à 90 % de leur budget approuvé. Onze domaines programmatiques disposaient de fonds qui n'atteignaient pas 70 % de leur budget approuvé. Les cinq domaines programmatiques ayant le plus faible pourcentage de financement étaient les suivants : 5.6, Réduction des risques de catastrophes et projets spéciaux (35 %), 3.4, Déterminants sociaux de la santé (45 %), 4.5, Ressources humaines pour la santé (50 %), 2.3, Violence et traumatismes (50 %) et 1.7, Salubrité des aliments (55 %).

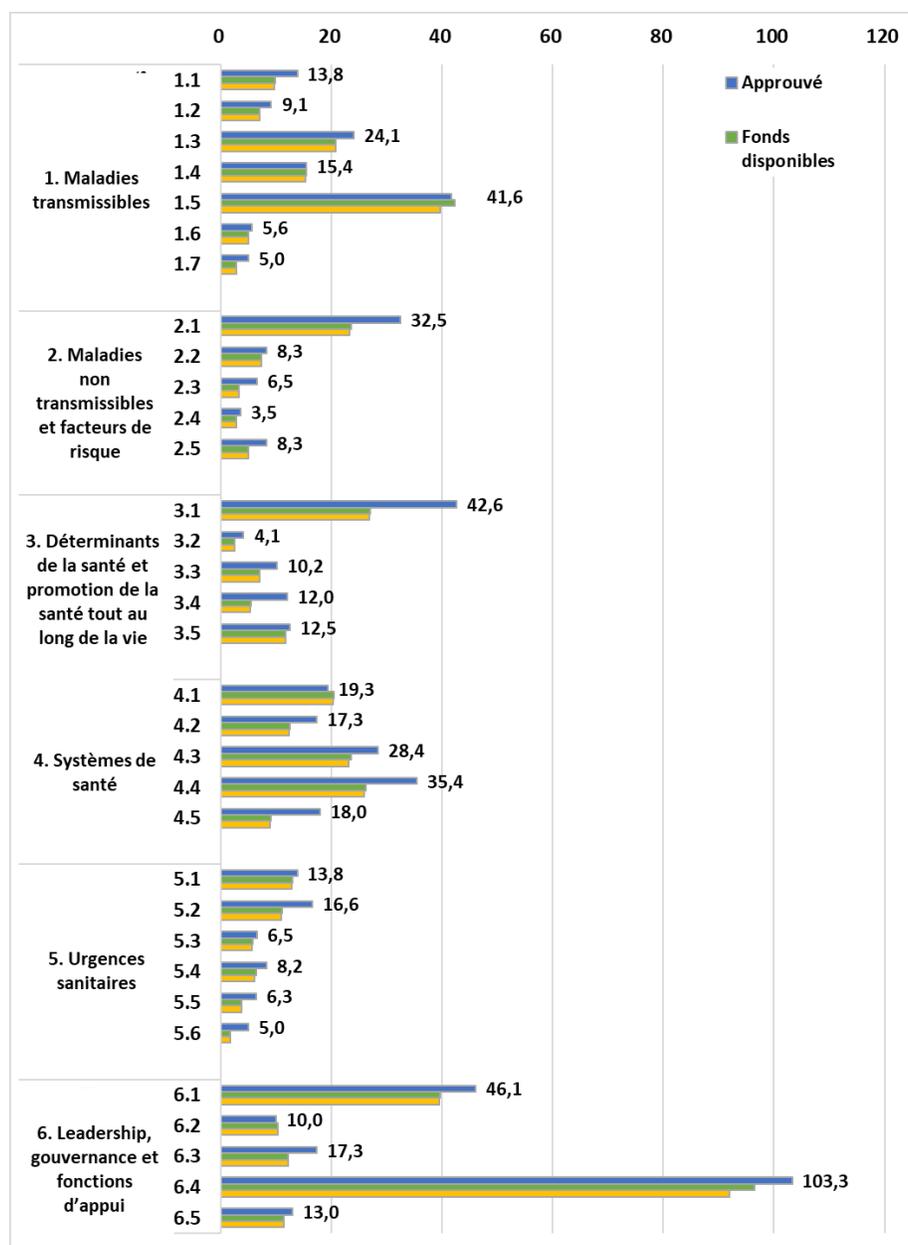
53. Comme prévu, il y a eu une corrélation directe entre les fonds disponibles et l'exécution, comme mesuré par rapport aux budgets approuvés. Les domaines programmatiques qui bénéficiaient d'un niveau de financement élevé avaient un niveau d'exécution élevé. Lorsque l'exécution est mesurée par rapport aux fonds disponibles, tous les domaines programmatiques ont dépassé un taux d'exécution de 94 %.

**Tableau 3. Programme et budget de l'OPS 2018-2019 :  
fonds approuvés, disponibles et exécutés, par catégorie et domaine programmatique  
(en millions US\$ et en pourcentage)**

Catégorie et domaine programmatique	Budget approuvé 18-19	Fonds disponibles	Exécuté	Fonds disponibles en % du budget	Exécuté en % du budget	Exécuté en % des fonds disponibles
<b>1. Maladies transmissibles</b>	<b>114,6</b>	<b>102,9</b>	<b>100,1</b>	<b>90 %</b>	<b>87 %</b>	<b>97 %</b>
1.1 VIH/sida, IST et hépatite virale	13,8	9,7	9,7	71 %	70 %	99 %
1.2 Tuberculose	9,1	7,0	7,0	77 %	77 %	99 %
1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle	24,1	20,7	20,7	86 %	86 %	100 %
1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	15,4	15,4	15,3	100 %	100 %	100 %
1.5 Maladies à prévention vaccinale	41,6	42,3	39,6	102 %	95 %	94 %
1.6 Résistance aux antimicrobiens	5,6	5,0	5,0	90 %	90 %	100 %
1.7 Salubrité des aliments	5,0	2,8	2,8	55 %	55 %	100 %
<b>2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque</b>	<b>59,1</b>	<b>41,9</b>	<b>41,4</b>	<b>71 %</b>	<b>70 %</b>	<b>99 %</b>
2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque	32,5	23,6	23,2	73 %	72 %	98 %
2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	8,3	7,3	7,3	88 %	88 %	100 %
2.3 Violence et traumatismes	6,5	3,2	3,2	50 %	49 %	100 %
2.4 Handicaps et réadaptation	3,5	2,7	2,7	78 %	78 %	100 %
2.5 Nutrition	8,3	5,0	4,9	60 %	60 %	100 %

Catégorie et domaine programmatique	Budget approuvé 18-19	Fonds disponibles	Exécuté	Fonds disponibles en % du budget	Exécuté en % du budget	Exécuté en % des fonds disponibles
<b>3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie</b>	<b>81,4</b>	<b>53,6</b>	<b>53,3</b>	<b>66 %</b>	<b>65 %</b>	<b>99 %</b>
3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes, et santé sexuelle et santé génésique	42,6	27,0	26,8	63 %	63 %	99 %
3.2 Vieillesse et santé	4,1	2,4	2,4	59 %	59 %	99 %
3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique	10,2	7,1	7,0	69 %	69 %	100 %
3.4 Déterminants sociaux de la santé	12,0	5,4	5,3	45 %	44 %	98 %
3.5 Santé et environnement	12,5	11,7	11,7	94 %	94 %	100 %
<b>4. Systèmes de santé</b>	<b>118,4</b>	<b>91,4</b>	<b>90,5</b>	<b>77 %</b>	<b>76 %</b>	<b>99 %</b>
4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé	19,3	20,4	20,3	106 %	105 %	100 %
4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	17,3	12,4	12,4	72 %	71 %	100 %
4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	28,4	23,5	23,1	83 %	81 %	98 %
4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes	35,4	26,2	25,9	74 %	73 %	99 %
4.5 Ressources humaines pour la santé	18,0	9,0	8,9	50 %	49 %	99 %
<b>5. Urgences sanitaires</b>	<b>56,4</b>	<b>41,5</b>	<b>40,8</b>	<b>74 %</b>	<b>72 %</b>	<b>98 %</b>
5.1 Gestion des risques infectieux	13,8	12,9	12,7	93 %	92 %	99 %
5.2 Préparation des pays aux urgences sanitaires e Règlement sanitaire international (2005)	16,6	11,1	10,9	67 %	66 %	98 %
5.3 Informations sur les urgences sanitaires et évaluation des risques	6,5	5,7	5,7	88 %	87 %	99 %
5.4 Opérations d'urgence	8,2	6,4	6,1	78 %	75 %	95 %
5.5 Services essentiels en situation d'urgence	6,3	3,7	3,7	59 %	59 %	100 %
5.6 Réduction des risques de catastrophes et projets spéciaux	5,0	1,7	1,7	35 %	34 %	97 %
<b>6. Leadership, gouvernance et fonctions d'appui</b>	<b>189,7</b>	<b>170,0</b>	<b>165,2</b>	<b>90 %</b>	<b>87 %</b>	<b>97 %</b>
6.1 Leadership et gouvernance	46,1	39,6	39,4	86 %	86 %	100 %
6.2 Transparence, responsabilisation et gestion de risques	10,0	10,3	10,2	103 %	102 %	99 %
6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports	17,3	12,2	12,2	71 %	70 %	100 %
6.4 Gestion et administration	103,3	96,5	92,0	93 %	89 %	95 %
6.5 Communications stratégiques	13,0	11,4	11,4	88 %	88 %	100 %
<b>PROGRAMMES DE BASE – TOTAL</b>	<b>619,6</b>	<b>501,4</b>	<b>491,3</b>	<b>81 %</b>	<b>79 %</b>	<b>98 %</b>
<b>PROGRAMMES RÉGIONAUX SPÉCIFIQUES ET INTERVENTIONS FACE AUX SITUATIONS D'URGENCE</b>	<b>56,0</b>	<b>55,0</b>	<b>54,5</b>	<b>98 %</b>	<b>97 %</b>	<b>99 %</b>
Programme d'éradication de la fièvre aphteuse	9,0	9,1	9,1	101 %	101 %	100 %
Hôpitaux intelligents	25,0	13,0	12,9	52 %	52 %	100 %
Interventions face aux flambées épidémiques et aux crises	22,0	28,9	28,7	131 %	131 %	99 %
Maintien de l'éradication de la poliomyélite	0,0	4,1	3,7	S/O	S/O	91 %
<b>PROGRAMME ET BUDGET – TOTAL</b>	<b>675,6</b>	<b>556,5</b>	<b>545,7</b>	<b>82 %</b>	<b>81 %</b>	<b>98 %</b>

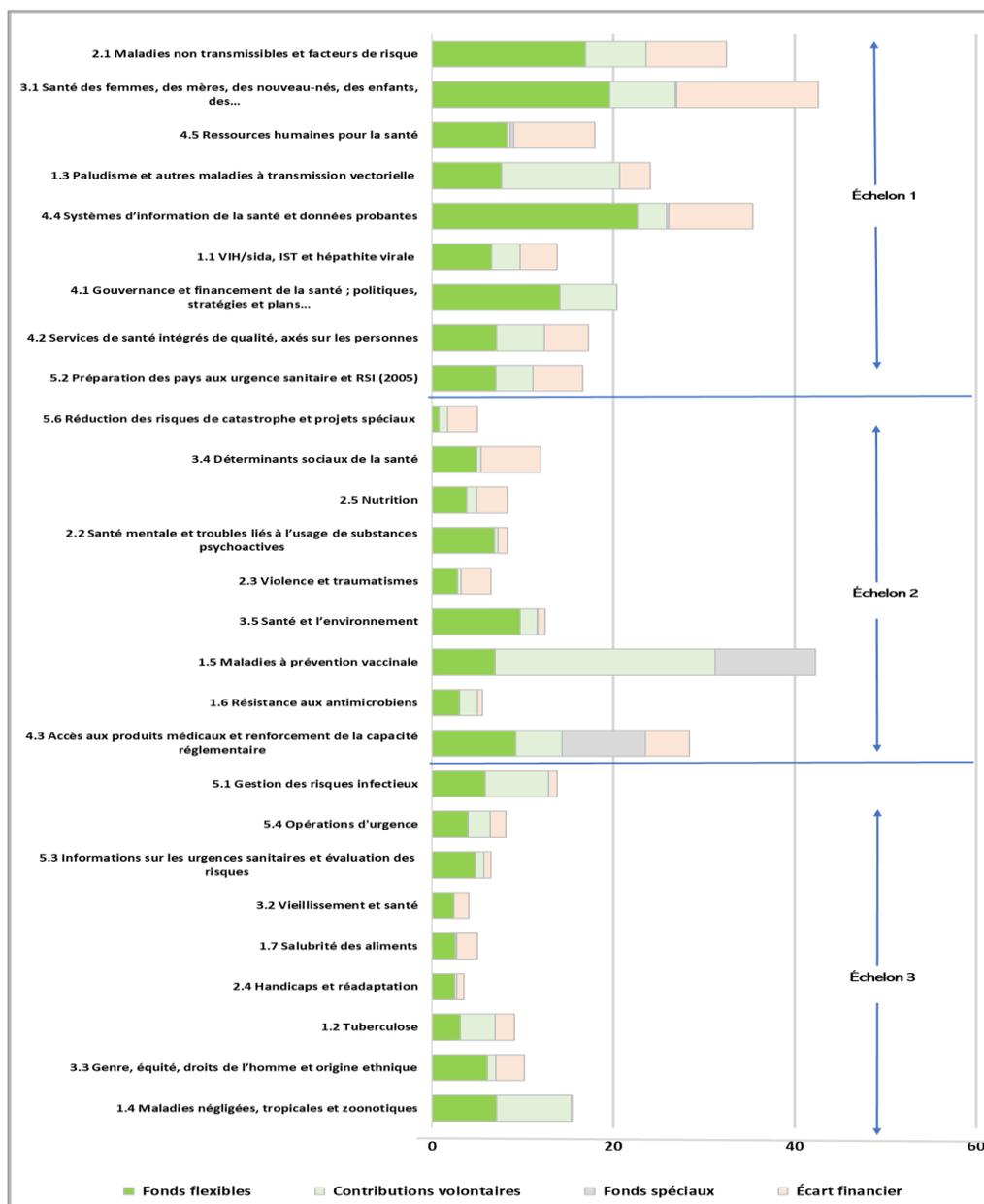
**Figure 12. Programme et budget de l'OPS 2018-2019 :  
fonds approuvés, disponibles et exécutés, par catégorie et domaine programmatique  
(en millions US\$)**



54. La figure 13 présente le niveau de financement flexible pour les domaines programmatiques qui ont été choisis comme étant les plus grandes priorités pour l'OPS en 2018-2019. Les domaines programmatiques 2.1 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque), 3.1 (Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes, et santé sexuelle et santé génésique) et 4.4 (Systèmes d'information de la santé et données probantes) se trouvaient en tête des priorités et sont

les trois domaines programmatiques qui ont reçu le montant le plus élevé de financement flexible. Néanmoins, étant donné que de nombreux autres domaines programmatiques dépendent des financements flexibles, l'Organisation n'a pas été en mesure de combler les écarts de financement pour tous les domaines hautement prioritaires.

**Figure 13. Programme et budget de l'OPS 2018-2019 : fonds disponibles pour exécution par domaine programmatique et principaux types de fonds (en millions US\$)**



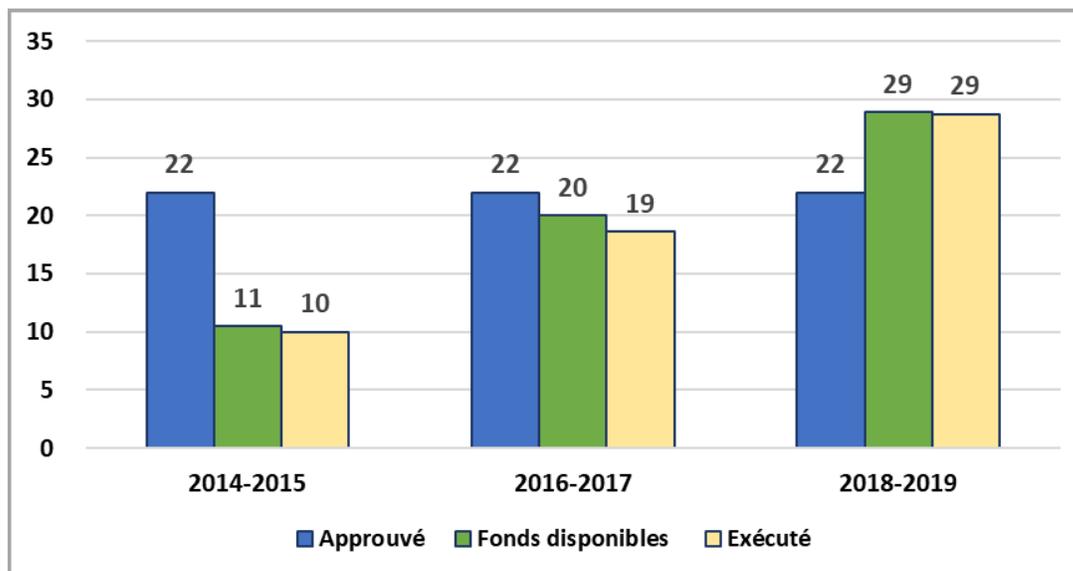
**Programmes spéciaux**

55. Le segment des programmes spéciaux du programme et budget 2018-2019 disposait d'un budget approuvé de \$56 millions, ce qui a été considéré comme un montant purement indicatif, étant donné l'incertitude quant aux besoins et au financement de ce segment. Le financement disponible et l'exécution ont atteint près de \$55,0 millions au cours de la dernière période biennale, dont 52 % pour l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises, puis 24 % pour l'initiative Hôpitaux intelligents, 16 % pour l'éradication de la fièvre aphteuse et 7 % pour le maintien de l'éradication de la poliomyélite.

56. La figure 14 illustre le financement disponible et la mise en œuvre de la composante Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises au cours de la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019. Cette composante avait un budget approuvé (à titre purement indicatif) de \$22 millions. En 2018-2019, un total de \$29 millions a été attribué sur le budget approuvé, et les fonds ont été entièrement exécutés. La plupart des fonds mobilisés pour la composante en 2018-2019 étaient destinés à soutenir la réponse de l'OPS au maintien d'un programme de coopération technique efficace au Venezuela et dans les États Membres voisins, en rapport avec l'augmentation des migrations en Amérique du Sud et avec la situation sociopolitique et économique du Venezuela. Cet événement explique les montants plus élevés des fonds disponibles pour l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises en 2018-2019 par rapport aux deux périodes biennales précédentes.

57. La plupart des ressources pour l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises ont été directement mises en œuvre au niveau des pays, et une proportion importante des fonds gérés au niveau régional a également été utilisée pour soutenir directement les activités au niveau des pays, notamment la mobilisation d'experts et l'achat de fournitures et d'équipements pour les opérations d'intervention. Ces fonds ont fourni la majeure partie des ressources de l'Organisation pour faciliter le déploiement rapide et approprié d'experts et de fournitures pour les 60 événements d'urgence dans les pays répondant aux critères de niveau 2 ou 3 pour lesquels le BSP a apporté son soutien au cours de la période 2014-2019.

**Figure 14. Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises : présentation générale du budget, des fonds disponibles et de l'exécution (en millions US\$)**



### Principales sources de financement pour 2018-2019

58. *Les contributions fixées et les recettes diverses* ont constitué 33 % du financement total attendu pour financer le programme et budget (tableau 2). Les contributions fixées étant considérées comme des engagements financiers des États Membres, elles sont comptabilisées comme « fonds disponibles » dans leur intégralité dès le début de la période biennale.

59. En 2019, l'OPS a connu un retard inattendu et sans précédent du paiement des contributions fixées de plusieurs États Membres. Au 31 décembre 2019, l'OPS devait encore recevoir \$88,9 millions de contributions fixées pour 2019 ou des périodes antérieures.<sup>9</sup> Cela a obligé le BSP à mettre en place une série de mesures pour ralentir l'exécution, en particulier pour les six derniers mois de la période biennale. Au moment où les mesures de restriction des coûts ont été mises en place, le BSP avait déjà (selon la pratique habituelle) mis à disposition la plupart de ses fonds approuvés pour exécution.

60. La situation de trésorerie résultant du solde impayé des contributions fixées a été abordée principalement de deux manières. Premièrement, l'OPS a mis en place une série de mesures internes de restriction des coûts, qui comprenaient un ralentissement des processus d'embauche à durée déterminée qui étaient financés par des fonds flexibles, un gel ou une réduction des embauches sur les contrats de courte durée, le report ou l'annulation de toutes les activités non essentielles, y compris pour la coopération technique, l'examen et la réduction – là où cela est possible – des coûts liés à la gestion,

<sup>9</sup> Présentation générale du Rapport financier du Directeur pour 2019 (document SPBA 14/6).

l'examen des accords contractuels, par exemple en matière d'assurance ou de télécommunications, afin de réduire les coûts et l'utilisation d'autres types de fonds (comme les contributions volontaires, lorsque cela est possible) pour appuyer les activités de coopération technique. L'OPS a également utilisé son fonds de roulement, ainsi que d'autres ressources non affectées disponibles, pour remplir des obligations déjà engagées en attendant de recevoir des paiements supplémentaires. La situation financière a eu un impact réel sur la coopération technique fournie vers la fin de 2019 ; elle a également occasionné un risque de réputation pour l'Organisation en raison du report ou de l'annulation d'engagements convenus, et a accru l'incertitude pour le personnel du BSP.

61. En date de juin 2020, la situation du recouvrement des contributions fixées par le BSP ne s'est pas beaucoup améliorée. Les mesures temporaires mises en place en 2019 pour limiter les dépenses sont donc devenues plus strictes en 2020 : l'allocation des ressources pour les activités aux différentes entités techniques et administratives du BSP a été réduite au minimum, et le pourvoi des postes vacants ou les nouvelles embauches ont été limités. Les effets de ces mesures devraient être encore plus marqués lors de la mise en œuvre du budget programme 2020-2021. Des informations plus détaillées concernant les contributions fixées à recevoir figurent dans le *Rapport financier du Directeur et Rapport du Commissaire aux comptes pour 2019 (Document officiel 360)*.

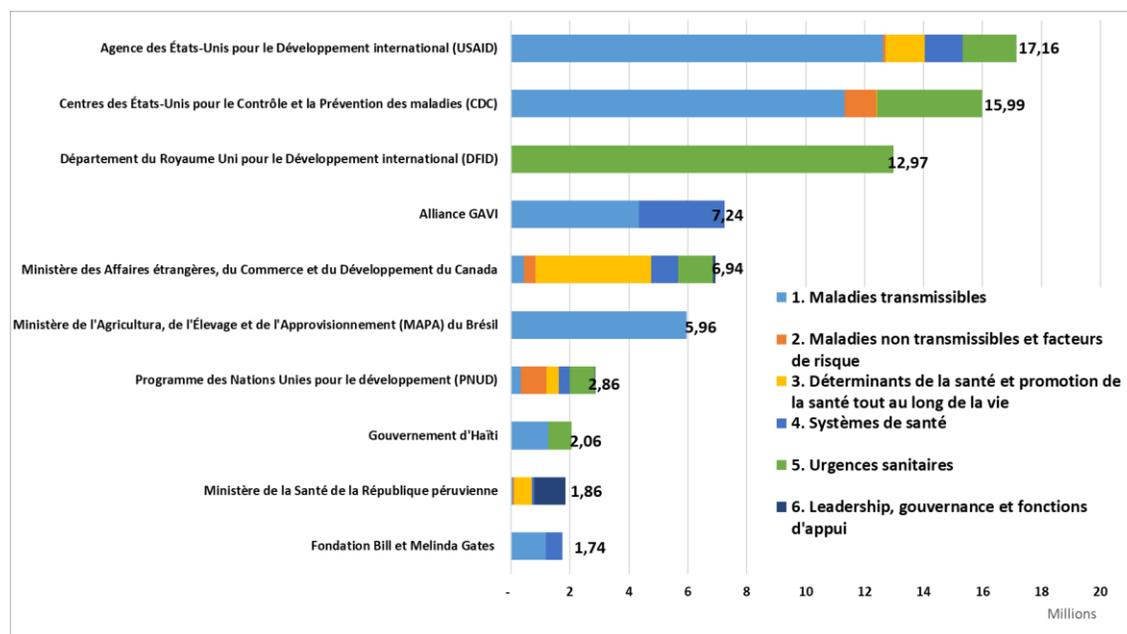
62. Les recettes diverses correspondent aux intérêts perçus au cours de la période biennale sur les investissements de l'Organisation. Pour la période biennale 2018-2019, ce montant s'élève à \$27,5 millions, ce qui se traduit par un excédent de recettes de \$7,5 millions par rapport au montant initialement estimé (\$20 millions) à utiliser en 2020-2021. La programmation de l'excédent de recettes pour 2018-2019 est soumise à l'examen des États Membres dans un document distinct, *Programmation de l'excédent de revenus (document CD58/12)*.

63. **Les autres sources de financement** comprennent, entre autres, les contributions volontaires de l'OPS, les recettes provenant des dépenses d'appui aux programmes et tout autre revenu qui finance le programme et budget. Les efforts de mobilisation des ressources ont permis d'obtenir \$153,1 millions de contributions volontaires de l'OPS au cours de la période 2018-2019, bien que certains de ces fonds correspondent à des accords pluriannuels qui vont au-delà de cette période biennale. La figure 15 présente les dix principaux donateurs de l'OPS en 2018-2019 et les catégories programmatiques auxquelles ces fonds ont contribué au cours de cette période. Il convient de noter que 78 % de toutes les contributions volontaires disponibles pour exécution en 2018-2019 provenaient des 10 principaux donateurs de l'OPS : 49 % de ces ressources ont soutenu des programmes de la catégorie 1, tandis que 28 % ont été utilisées pour la catégorie 5. Une fois encore, le BSP félicite ses partenaires pour leur confiance et leur engagement à l'appui du programme et budget, tout en appelant à une plus grande flexibilité des fonds et à un meilleur alignement stratégique sur les priorités telles que définies dans les mandats de l'Organisation.

64. Le reste de la composante « autres sources » comprend les recettes de l'OPS provenant des dépenses d'appui aux programmes, les fonds d'urgence de l'OPS et tous les

autres fonds spéciaux de l'OPS qui financent le programme et budget. Ceux-ci représentent \$137 millions de fonds disponibles pour les programmes de base en 2018-2019. Il est important de noter qu'une partie de ces fonds a été utilisée pour couvrir le déficit de contributions fixées auquel le BSP a dû faire face en 2019.

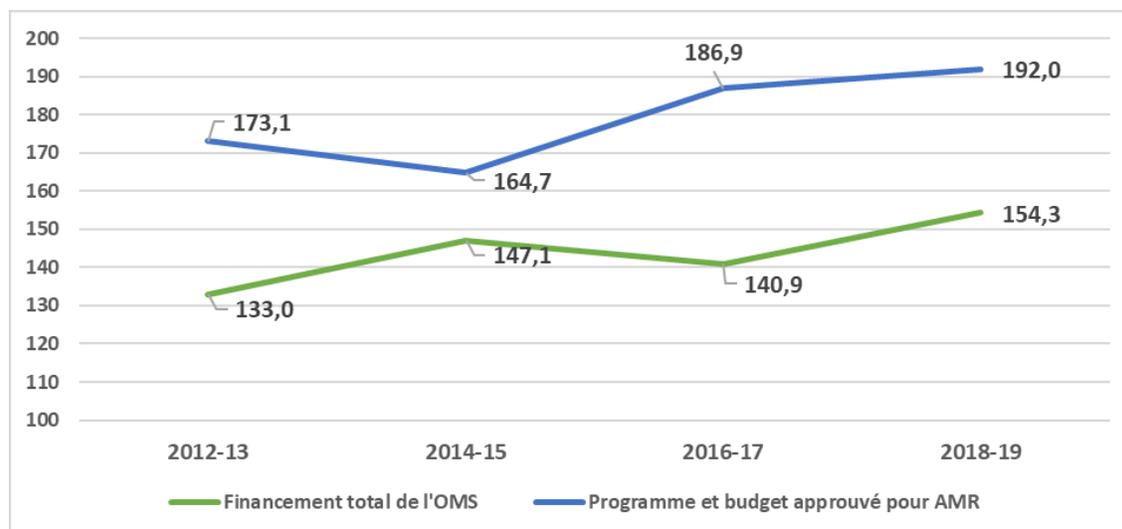
**Figure 15. Les 10 principaux donateurs du programme et budget de l'OPS, 2018-2019 (en millions US\$)**



65. L'allocation de l'OMS aux Amériques a atteint \$154,3 millions en 2018-2019, soit le niveau le plus élevé des quatre dernières périodes biennales (figure 16). Sur ce total, 67 %, soit \$103,2 millions, étaient des fonds flexibles<sup>10</sup> et \$50,9 millions étaient des contributions volontaires de l'OMS. Néanmoins, l'écart de financement entre le budget approuvé de l'OMS pour la Région des Amériques (AMR) et le niveau total de financement est resté élevé, à 20 %. Le Directeur général de l'OMS s'est engagé à renforcer le niveau des pays en décentralisant le financement de l'OMS, et les niveaux atteints en 2018-2019 constituent un pas dans cette direction. Toutefois, un plaidoyer de la part des États Membres est nécessaire pour que l'OPS soit incluse dans les efforts de mobilisation des ressources et les nouveaux efforts de décentralisation financière.

<sup>10</sup> Considère les contributions volontaires de base de l'OMS comme faisant partie de l'allocation de financement flexible aux Amériques.

**Figure 16. Niveaux budgétaires et financement approuvés par l'OMS pour la Région des Amériques (AMR) (en millions US\$)**



Note : « Programme et budget approuvé pour AMR » désigne l'espace budgétaire du budget programme de l'OMS qui a été attribué à la Région des Amériques. Il peut ou non être entièrement financé.

66. *Les initiatives parrainées par les gouvernements* sont également appelées contributions volontaires nationales (CVN). Bien qu'elles ne fassent pas partie du programme et budget de l'Organisation, elles constituent une modalité de financement importante qui a complété le financement de la coopération technique de l'OPS au niveau des pays en 2018-2019. Les CVN sont fournies par les gouvernements nationaux pour financer des initiatives spécifiques dans les pays qui sont alignées sur les mandats techniques existants de l'OPS. Tout comme les fonds du programme et budget, les CVN sont gérées de manière stricte conformément au Règlement financier et aux Règles de gestion financière de l'OPS, sont régulièrement auditées et font l'objet de rapports financiers. Cette modalité de financement devient de plus en plus importante pour la coopération technique dans de nombreux pays qui ne peuvent bénéficier des contributions volontaires traditionnelles en raison de leur niveau de développement économique. Les réalisations programmatiques auxquelles les CVN contribuent font l'objet d'un rapport dans le cadre des résultats globaux de l'Organisation.

67. Étant donné que les CVN dépendent dans une large mesure de l'alignement des programmes nationaux sur celui de l'OPS et de la disponibilité de ressources nationales, il n'est pas facile de prévoir les niveaux de financement d'une période biennale à l'autre. Le tableau 4 énumère les gouvernements qui ont eu recours à cette modalité de coopération technique et de financement en 2018-2019. Les CVN ne suivent pas les échéances du programme et budget et, par conséquent, les montants financés en 2018-2019 ne sont souvent pas destinés à être entièrement exécutés au cours de cette même période.

**Tableau 4. Contributions volontaires nationales à l'OPS,  
financées et exécutées en 2018-2019 (US\$)**

Gouvernement	Financé au cours de la période biennale 2018-2019	Exécuté
Brésil	205 213 129	109 791 250
République dominicaine	25 514 146	15 024 133
Argentine	3 072 855	1 655 751
Costa Rica	2 343 966	739 001
Mexique	2 280 796	2 270 748
Panama	2 176 325	530 263
Colombie	1 370 750	1 279 441
Guatemala	614 592	142 894
Trinité-et-Tobago	371 278	303 036
Îles Vierges britanniques	313 352	148 627
Paraguay	104 028	43 389
Uruguay	92 946	88 700
Équateur	52 810	52 810
Chili	13 085	13 083
<b>Total CVN 2018-2019</b>	<b>243 534 058</b>	<b>132 083 127</b>

## V. Analyse des risques

68. Cette section résume les principaux risques et les mesures d'atténuation concernant la mise en œuvre du programme et budget de l'OPS 2018-2019.

69. La gestion des risques faisait partie intégrante du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Le domaine programmatique 6.2 était consacré aux efforts visant à accroître la transparence, la responsabilisation et la gestion des risques, qui sont des éléments essentiels au bon fonctionnement de toute organisation qui met en œuvre une gestion axée sur les résultats. L'OPS a adopté un processus de gestion des risques institutionnels en 2015 dans son cadre de gestion des risques, qui a continué à gagner en maturité et à faire la preuve de son utilité. Il est important de souligner que, dans le cadre du processus de responsabilisation, le BSP a mis en place de multiples mécanismes pour assurer une administration générale compétente des fonds et le respect des règlements et règles relatifs aux ressources financières et humaines. L'approche de gestion des risques permet d'accroître la capacité de gestion, de tirer parti des ressources et des connaissances du personnel opérationnel pour mieux informer la Haute direction et d'optimiser l'obtention de résultats.

70. L'outil de registre des risques utilisé par l'OPS permet à toutes les entités d'intégrer une approche systématique et cohérente pour identifier, évaluer et gérer les risques institutionnels dans l'ensemble du BSP, en utilisant un langage commun en matière de risques. L'identification, le suivi et l'évaluation des risques sont effectués régulièrement dans l'ensemble du BSP, en utilisant les informations des entités au niveau du Siège, de 27 bureaux de représentants de l'OPS/OMS, de trois bureaux sous-régionaux et de trois centres spécialisés dans la Région. Le processus de gestion des risques continue de gagner en maturité, soutenu par un réseau interne de points focaux sur les risques qui ont accès à des supports de formation et à des conseils pour développer les capacités internes. Les superviseurs ont un rôle crucial à jouer en veillant à ce que l'analyse des risques soit intégrée dans le processus décisionnel de la direction. Pendant la période couverte par le Plan stratégique, le programme de gestion des risques institutionnels (ERM) a été renforcé en adoptant les enseignements tirés des périodes biennales précédentes et en augmentant la formation pour renforcer les capacités internes de gestion des risques.

71. Dans le cadre de la gouvernance du programme ERM, un Comité permanent de la gestion des risques et de la conformité a été mis en place pour examiner les profils de risque, faire des recommandations et proposer des mesures d'atténuation, et prioriser les risques. Au niveau institutionnel, un suivi formel des risques est effectué au moins deux fois par an, et chaque fois qu'un changement majeur de l'environnement se produit. Cela fait l'objet d'un rapport qui est régulièrement présenté à la Haute direction et aux organes de supervision, tels que le Comité d'audit et les auditeurs internes.

72. Dans le cadre du programme et budget 2018-2019, à l'aide des informations recueillies au moyen du registre des risques, le Comité permanent et la Haute direction ont

identifié et priorisé plusieurs risques selon les critères suivants : impact programmatique, impact financier, impact sur la réputation et capacité de réaction. Le but de ce processus était de soutenir l'obtention des résultats définis dans le Plan stratégique. Au cours de la période biennale, le BSP a géré plusieurs événements de risque, y compris les retards dans la réception des contributions fixées des États Membres. Les contributions fixées des États Membres constituent une part importante des ressources soutenant le programme et budget. En conséquence, ces retards ont empêché l'Organisation de mettre en œuvre l'intégralité du programme de travail et ont contraint le BSP à mettre en place des mesures pour ralentir la mise en œuvre au cours des six derniers mois de la période biennale.

73. Le tableau suivant présente un résumé des risques prioritaires et des mesures d'atténuation respectives prises. Tous ces risques ont fait systématiquement l'objet d'un profil et d'un examen, et ont été traités et priorisés dans le cadre du processus décrit ci-dessus.

**Tableau 5. Principaux risques et mesures d'atténuation en 2018-2019**

Risque	Description des risques	Résumé des mesures d'atténuation des risques
Disponibilité et flexibilité limitées des ressources financières	Cette limitation comprenait le paiement tardif des contributions fixées par les États Membres et la mobilisation insuffisante des contributions volontaires pour la mise en œuvre du Plan stratégique et d'autres mandats.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suivre la collecte des contributions fixées.<sup>11</sup></li> <li>- continuer à explorer les mécanismes qui permettront d'accélérer le recouvrement des contributions fixées.</li> <li>- identifier les autres ressources et mécanismes de financement dont dispose l'Organisation.</li> <li>- plaider au niveau national pour le financement de la santé.</li> <li>- générer des gains d'efficacité dans l'exécution budgétaire.</li> <li>- veiller à ce que les accords avec les donateurs soient pleinement mis en œuvre dans les délais impartis.</li> <li>- gérer les soldes bancaires en monnaie locale pour minimiser l'impact des taux de change.</li> </ul>
Capacité limitée à réagir et à planifier les changements de priorités en matière de santé	Cette limitation comprenait l'incapacité de prévoir les changements politiques et de plaider auprès des autorités nationales pour que la santé soit un pilier du développement social et économique, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030 et au Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accroître le rôle des bureaux de représentants de l'OPS/OMS et des directeurs des départements régionaux dans les efforts visant à engager, défendre et soutenir un dialogue politique de haut niveau afin de garantir l'engagement des États Membres et des partenaires, en donnant la priorité aux programmes de santé axés sur l'équité dans la santé.</li> <li>- promouvoir la coopération régionale entre les États Membres, les mécanismes d'intégration infrarégionale, les entités des Nations Unies et les organisations non gouvernementales afin de coordonner les approches en matière de développement de la santé.</li> <li>- promouvoir et adopter des approches intersectorielles et multisectorielles aux niveaux national et infranational pour traiter des conditions sanitaires qui se situent en dehors de la sphère d'influence du secteur de la santé.</li> <li>- susciter un soutien politique et financier en faveur du mandat principal de l'Organisation de réduction des iniquités en matière de santé, conformément à l'engagement de ne laisser personne pour compte.</li> </ul>

<sup>11</sup> Certaines mesures ont été incluses dans la résolution CD57.R1, *Recouvrement des contributions fixées*, approuvée en 2019.

Risque	Description des risques	Résumé des mesures d'atténuation des risques
Impact de la réforme des Nations Unies sur le mandat et la gouvernance de l'OPS <sup>12</sup>	La réforme des Nations Unies a des implications importantes en matière de gouvernance et de gestion pour l'OMS et l'OPS, notamment en ce qui concerne le rôle des bureaux de représentant en termes de structure de gouvernance, de financement conjoint et de planification, ainsi pour que l'exécution des activités au niveau des pays, y compris les communications et la mobilisation des ressources.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- veiller à ce que les autorités nationales et les partenaires respectent le statut constitutionnel de l'OPS.</li> <li>- continuer à collaborer avec l'OMS dans la mise en œuvre de la réforme des Nations Unies au niveau des pays.</li> <li>- mettre en œuvre les mandats régionaux tels que dictés par les États Membres de l'OPS, en travaillant directement avec les ministères de la Santé et d'autres ministères dans le cadre des activités de coopération technique (OPS et OMS) au niveau des pays.</li> <li>- veiller à ce qu'il soit entendu par tous que le personnel du BSP au niveau des pays n'est responsable que devant le Directeur du BSP et que les représentants sont chargés de fournir des informations au coordinateur résident des Nations Unies sur les activités techniques de l'OPS mises en œuvre avec les fonds de l'OMS au niveau du pays.</li> <li>- évaluer la stratégie commune relative aux modalités de fonctionnement des Nations Unies au cas par cas, selon les besoins.</li> </ul>
Retard dans la riposte aux urgences de santé publique	Ce risque continue d'être pertinent pour les États Membres et pour les opérations et la sécurité du personnel de l'OPS en raison du caractère imprévisible des catastrophes naturelles et des flambées épidémiques et de l'ampleur croissante des crises humanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suivre, anticiper et se préparer à atténuer les conséquences sanitaires des situations d'urgence et des catastrophes, en améliorant la préparation, la détection, la riposte et la résilience aux catastrophes au niveau national. Au cours de la période biennale, plusieurs mesures ont été prises et signalées en rapport avec les efforts déployés par l'OPS pour maintenir un programme de coopération technique efficace au Venezuela et dans les États Membres voisins en réponse à la situation qui y règne.</li> <li>- plaider pour un renforcement et un financement continus de la première ligne de réponse aux urgences au niveau national.</li> <li>- suivre la mise en œuvre du Règlement sanitaire international au niveau national.<sup>13</sup></li> <li>- s'assurer que les normes de fonctionnement du BSP sont en place pour organiser les équipes de soutien en cas de flambée épidémique, de catastrophe ou d'autres urgences déclarées.</li> </ul>
Cyber risque	Une violation de la sécurité du système d'information de l'OPS peut avoir une incidence sur l'intégrité des données et la disponibilité des informations pendant une période prolongée.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- élaborer et mettre en œuvre un programme complet de sécurité informatique, comprenant des outils technologiques conformes aux normes du secteur.</li> <li>- organiser des formations pour sensibiliser le personnel et l'amener à respecter les procédures de sécurité informatique, notamment avec un suivi des appareils des usagers ultimes, des réseaux et des serveurs afin de repérer ou de bloquer les activités suspectes.</li> </ul>

<sup>12</sup> Ce risque a été inclus au cours de la période biennale. Voir le *Rapport sur les questions stratégiques entre l'OPS et l'OMS* (document CD57/INF/1 [2019]).

<sup>13</sup> *Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI)* (document CD57/INF/4 [2019]).

Risque	Description des risques	Résumé des mesures d'atténuation des risques
Potentiel de fraude et conflits d'intérêts	Ce risque est lié aux conflits d'intérêts potentiels dans les projets impliquant des acteurs non étatiques et à la menace que font peser la fraude, la corruption et d'autres types de fautes graves sur les ressources et la crédibilité de l'OPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- élaborer et mettre en œuvre une politique de prévention de la fraude et de la corruption, ainsi qu'une formation obligatoire du personnel afin de le sensibiliser et de le rendre plus vigilant.</li> <li>- appliquer rigoureusement les politiques relatives à la coopération avec des acteurs non étatiques, aux passations de marchés et à la protection des lanceurs d'alerte.</li> <li>- renforcer les capacités d'enquête.</li> <li>- prendre des mesures décisives en cas de fraude, de corruption ou de faute grave.</li> </ul>
Faiblesses et fragmentation des systèmes d'information de la santé	Ce risque reste pertinent car il affecte la capacité à suivre les progrès et à prendre des décisions éclairées pour avancer vers les résultats sanitaires convenus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- continuer à plaider en faveur d'investissements dans la mise à niveau des systèmes d'information intégrés pour la santé, dotés de la capacité de générer et d'analyser des données sanitaires désagrégées pour la prise de décisions et le suivi dans le cadre du <i>Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023</i> (document CD57/9, Rev. 1).<sup>14</sup></li> <li>- allouer des ressources importantes pour améliorer la coopération technique du BSP dans le domaine des systèmes d'information pour la santé et renforcer la production et l'analyse des données afin d'améliorer la gestion des systèmes de santé et de soutenir la prise de décisions fondée sur des données probantes</li> </ul>

<sup>14</sup> *Plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information en santé 2019-2023* (document CD57/9, Rev. 1 [2019]).

## VI. Enseignements tirés et recommandations

74. Cette section résume les principaux enseignements tirés du Plan stratégique 2014-2019 et du programme et budget 2018-2019 et présente les principales recommandations pour la mise en œuvre des objectifs de développement durable liés à la santé et du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030, ainsi que du Plan stratégique 2020-2025 et du programme et budget 2020-2021 de l'OPS.

### ***Renforcer les systèmes de santé conformément à la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle***

75. En vue de soutenir les objectifs du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 : L'équité au cœur de la santé, il est toujours nécessaire de mener des actions de plaidoyer de haut niveau dans les pays afin de soutenir la transformation des systèmes de santé en vue de la réalisation progressive de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. Une communication au plus haut niveau est nécessaire pour faire avancer les engagements de la *Déclaration politique de la Réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle*, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019, les mandats régionaux et mondiaux sur la santé universelle, les soins de santé primaires et la promotion de la santé, ainsi que les recommandations du rapport de la Commission de l'OPS sur la santé universelle au 21<sup>e</sup> siècle : 40 ans d'Alma-Ata et du rapport de la Commission de l'OPS sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques. L'OPS reste bien placée pour fournir aux pays le soutien technique, juridique et stratégique nécessaire aux processus de réforme du secteur de la santé, conformément à ces mandats. Le développement et l'expansion de systèmes de santé résilients et dotés de ressources suffisantes sont essentiels pour consolider les acquis en matière de santé, répondre aux flambées épidémiques, protéger et promouvoir la santé et améliorer la santé et le bien-être de la population de la Région.

76. La demande de soutien technique pour l'organisation et le développement de réseaux de services de santé intégrés, y compris les aspects financiers, continue d'augmenter. Cela nécessite un partage accru des connaissances et de l'expérience entre les pays, le renforcement des capacités et la mobilisation d'experts supplémentaires pour répondre à ces besoins dans les pays. Les pays reconnaissent de plus en plus que l'organisation et la prestation des services de santé doivent être axées sur les besoins des populations et des communautés, reposer sur la stratégie des soins de santé primaires ainsi que le développement de réseaux de santé intégrés et prioriser le recrutement et la participation d'un personnel de santé possédant des connaissances locales. La participation et la supervision sociales de la disponibilité et de la qualité des services garantissent l'adaptation continue de la prestation des services de santé en fonction des besoins.

### **Recommandations :**

- a) fournir le soutien technique, juridique et stratégique nécessaire aux processus de réforme du secteur de la santé, en vue d'accroître les capacités de renforcement des systèmes de santé, conformément aux mandats mondiaux et régionaux.

- b) continuer à développer les partenariats politiques et techniques et adopter des approches novatrices en matière de coopération technique afin de parvenir à une transformation durable des systèmes de santé.
- c) renforcer les approches de soins de santé primaires par une intégration plus poussée et plus profonde avec la communauté, et intégrer des environnements sains (par exemple, écoles, zones urbaines, lieux de travail) et la promotion de la santé au cœur de la stratégie de soins de santé primaires.

***Accélérer les actions sur les priorités clés dans un contexte de ressources limitées au moyen d'actions de sensibilisation et de plaidoyer de haut niveau, et en mettant en œuvre à la fois des approches de coopération technique éprouvées et innovantes***

77. Comme mentionné ci-dessus, de nombreux sujets à priorité élevée pour les pays ne se voient néanmoins pas allouer assez de ressources. Afin d'accélérer efficacement l'action, il est nécessaire de mener un plaidoyer de haut niveau, soutenu par une intensification de la coopération technique. Par exemple, dans les dix pays qui ont été priorisés par l'OPS en matière de réduction de la mortalité maternelle, la présence de conseillers en santé maternelle a permis de mener un plaidoyer stratégique continu et de mettre en œuvre une série d'initiatives clés qui ont contribué directement à la réduction de la mortalité maternelle dans ces pays. Un suivi mensuel de la situation, utilisant une approche plus systématique, a permis une meilleure évaluation des progrès de la coopération technique et des actions coordonnées avec les autorités nationales. Cette question reste cruciale et nécessite un engagement et un financement adéquat pour obtenir des résultats durables.

78. La sensibilisation est également essentielle pour les programmes disposant de moins de ressources. Les données économiques sur les maladies non transmissibles peuvent fournir un langage commun permettant de mobiliser les ministères de la Santé et des Finances. L'OPS a utilisé son pouvoir de mobilisation pour diffuser les enseignements tirés des expériences liées aux aspects économiques du tabac, et ces enseignements sont également applicables aux MNT et à leurs facteurs de risque. La sensibilisation est également importante pour le travail de l'Organisation avec les populations vieillissantes et ses efforts pour renforcer et utiliser la législation relative à la santé comme un outil important pour promouvoir et protéger le droit de chaque personne au meilleur état de santé pouvant être atteint.

79. Enfin, l'OPS peut apporter une valeur ajoutée grâce à l'utilisation d'approches innovantes. HEARTS est un programme en pleine expansion qui a permis de tirer de nombreuses leçons sur la manière de collaborer avec les prestataires de soins primaires pour changer les pratiques et améliorer le contrôle de l'hypertension grâce à des investissements dans le renforcement des systèmes de santé, à des partenariats, au plaidoyer et à la mobilisation des ressources. En outre, les pays sont très désireux de disposer d'outils de réadaptation et liés au handicap. La boîte à outils de l'OMS pour la réadaptation a été bien accueillie par de nombreux pays malgré les limites de financement.

**Recommandations :**

- a) participer à des réunions de haut niveau et à d'autres occasions stratégiques de plaider auprès des dirigeants politiques ainsi que des grands décideurs, y compris les législateurs et les parlementaires.
- b) planifier et déployer les communications de l'OPS afin de parvenir à un plaidoyer plus efficace de la santé, à des relations extérieures plus soutenues, à une mobilisation plus réussie des ressources, à une plus grande visibilité et à une meilleure réputation dans les pays et auprès des autres parties prenantes.
- c) continuer à promouvoir et à soutenir les initiatives qui se sont avérées efficaces pour répondre aux priorités des pays.

***Renforcer les capacités des pays en matière de prévention, de réduction des risques, de préparation, de surveillance, de riposte et de relèvement rapide en ce qui concerne tous les types de risques pour la santé humaine pouvant résulter de situations d'urgence ou de catastrophes***

80. Des contextes politiques et économiques difficiles ont eu une incidence sur la situation sanitaire dans plusieurs pays et ont constitué un défi technique et politique pour l'OPS. L'Organisation a poursuivi son rôle de puissant défenseur, au plus haut niveau du gouvernement, de la construction d'infrastructures de santé publique résilientes qui peuvent permettre aux pays de résister aux tensions résultant de flambées épidémiques, de catastrophes naturelles et d'événements liés au changement climatique, ainsi qu'aux déplacements massifs de population à travers les frontières. Dans ce contexte, la création d'alliances, de relations fondées sur la confiance et de partenariats avec des homologues nationaux, des organisations non gouvernementales et d'autres agences des Nations Unies est essentielle pour garantir des opérations de riposte ininterrompues.

81. Même avant l'émergence de la COVID-19, les flambées épidémiques récurrentes de maladies infectieuses dans la Région au cours de la période 2014-2019 ont souligné la nécessité de renforcer les capacités de base des pays dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI). La situation des capacités de base dans les pays des Amériques reste hétérogène. Une approche adaptée à chaque pays, reconnaissant qu'il ne peut exister de solution unique, devra être utilisée pour soutenir et renforcer l'institutionnalisation des capacités de base du RSI dans les États Parties. Les pays doivent également renforcer la surveillance et la préparation des laboratoires et promouvoir l'échange d'informations liées au RSI.

**Recommandations :**

- a) plaider pour une infrastructure de santé publique résiliente au plus haut niveau du gouvernement, et promouvoir l'initiative des Hôpitaux intelligents.
- b) fournir des orientations conceptuelles et une coopération technique aux États Parties au RSI pour les encourager et leur permettre de définir les capacités de base

comme des fonctions essentielles de santé publique, pour mettre en œuvre le RSI dans la législation nationale et reconnaître le RSI comme un outil de préparation intersectorielle en matière de santé publique.

- c) renforcer les réseaux de laboratoires pour les pathogènes émergents afin d'assurer une forte capacité régionale de détection, d'alerte et de riposte aux nouveaux pathogènes conformément au RSI.
- d) investir davantage dans l'établissement de passerelles de communication solides entre les niveaux techniques et décisionnels dans les États Parties au RSI.
- e) promouvoir l'intégration de la planification pour la gestion des urgences sanitaires, y compris les épidémies, dans les systèmes de gestion des risques et des catastrophes.

***Promouvoir la production, la disponibilité et l'utilisation d'informations, d'analyses et de données probantes de haute qualité sur la santé, y compris les statistiques de l'état civil et de la santé, afin d'obtenir un impact plus important sur l'équité en santé***

82. L'analyse de la santé est une fonction cruciale du secteur de la santé, qui permet de s'assurer que les politiques et les programmes sont fondés sur des données probantes. La Région doit continuer à consacrer des efforts et des ressources pour mettre en place et renforcer les capacités d'analyse de la santé et d'épidémiologie, en s'appuyant sur ses réalisations dans la production de l'édition 2017 de *La Santé dans les Amériques+*. Les États Membres doivent renforcer leurs capacités à effectuer des analyses fondées sur des données désagrégées, jusqu'au niveau municipal lorsque cela est possible. Ce qui est essentiel c'est que ces rapports doivent guider la priorisation des questions de santé et servir de base aux politiques et aux programmes. Les États Membres devront également diffuser les conclusions de ces rapports auprès de la société civile et des parties prenantes afin d'aborder les principales questions de santé de manière globale.

83. Les pays sont de plus en plus intéressés et préoccupés par la mise en œuvre de systèmes de suivi des inégalités dans la santé, point de départ nécessaire aux efforts visant à mieux remplir les engagements liés à la santé du PASDA2030 et des ODD. L'OPS a fourni un important soutien technique pour aider les États Membres à mesurer et à suivre les inégalités, y compris au niveau infranational. Le BSP veille à ce que les informations et données probantes existantes soient prises en compte dans les analyses de l'équité en santé qui peuvent servir de base aux stratégies visant à résoudre les problèmes de mise en œuvre des programmes de santé. De même, les États Membres investissent dans des systèmes d'information pour la santé qui peuvent intégrer des données sur l'ensemble de la population, y compris les populations en situation de vulnérabilité, pour lesquelles les données ne sont pas toujours collectées. Ces mesures contribuent à garantir que personne n'est laissé pour compte.

84. Les États Membres reconnaissent de plus en plus la nécessité de fixer des cibles pour les indicateurs des ODD liés à la santé. L'expérience des pays pour ce qui est de définir des cibles a montré qu'il devra s'agir d'un processus inclusif impliquant de

multiples parties prenantes qui s'attachent à créer un consensus et une solidarité pour les interventions nécessaires à la lutte contre les inégalités en santé identifiées. Les cadres conceptuels, les séries de données de base, les méthodologies de collecte, les indices agrégés et la modélisation constituent certains des défis que devront relever tant le BSP que les États Membres pour élaborer des indicateurs et faire rapport sur ces indicateurs.

**Recommandations :**

- a) renforcer les statistiques de l'état civil et de la santé afin d'améliorer la qualité des données en ce qui concerne leur exhaustivité, leur exactitude, leur cohérence et leur accessibilité.
- b) renforcer les outils de suivi existants afin d'assurer un suivi des indicateurs de façon régulière.
- c) procéder à la désagrégation des données sur la santé pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte.
- d) passer en revue systématiquement l'impact des interventions sur les résultats intermédiaires en matière d'équité.
- e) s'appuyer sur les meilleures pratiques et les enseignements tirés pour mesurer l'impact tout au long du Plan stratégique 2020-2025.
- f) engager un dialogue de haut niveau avec l'OMS et les Nations Unies sur le suivi des ODD liés à la santé.

***Traiter des déterminants de la santé et des facteurs de risque dans le cadre d'une action intersectorielle, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030***

85. Les principaux facteurs qui peuvent empêcher les populations d'atteindre leur plein potentiel en matière de santé se situent en grande partie en dehors du secteur de la santé. Les autorités sanitaires nationales doivent sortir de leur zone de confort et collaborer avec d'autres secteurs et partenaires afin de traiter des facteurs de risque et des déterminants de la santé. Par exemple, la sécurité routière et la prévention de la violence sont des questions complexes qui nécessitent des actions au-delà des autorités sanitaires nationales. Des partenariats plus solides avec les ministères du Développement social et d'autres agences sont nécessaires pour avoir un impact significatif.

86. Ces enseignements sont revenus tout au long du Plan stratégique 2014-2019 et du Plan précédent et sont maintenant clairement reflétés dans le Plan stratégique 2020-2025, avec plusieurs résultats intermédiaires explicitement axés sur l'amélioration des capacités des pays dans ce domaine. Les efforts visant à accroître l'équité et à accélérer les progrès pour mettre fin aux décès et handicaps évitables nécessitent une coopération technique solide de la part de l'OPS afin de promouvoir une action intersectorielle efficace. Une approche fondée sur les droits de l'homme, assortie de cadres juridiques protecteurs, est fondamentale pour garantir la justice et l'équité dans ces efforts. À cet égard, le Programme

de développement durable à l'horizon 2030 et le PASDA2030 peuvent servir de points d'entrée et de catalyseurs importants.

**Recommandation :**

- a) travailler de manière plus intersectorielle, conformément au Programme de développement durable à l'horizon 2030, au PASDA2030 et au Plan stratégique 2020-2025, afin de traiter des déterminants de la santé et des facteurs de risque qui sont les causes sous-jacentes de la morbidité, de la mortalité et des handicaps.

***Veiller à ce que l'OPS reste pertinente, continue à faire autorité et reste transparente aux niveaux politique et technique avec les États Membres, les partenaires et les parties prenantes, dans un monde de plus en plus complexe, pluraliste et interconnecté***

87. L'étroite collaboration entre le BSP et les États Membres sur les processus de planification stratégique et d'évaluation continue d'être une pratique exemplaire à partager avec l'OMS et d'autres agences des Nations Unies. Lorsque le BSP a préparé des documents stratégiques en pleine collaboration avec les États Membres, l'accueil qui leur a été réservé et les possibilités de mise en œuvre se sont avérés meilleurs qu'en l'absence d'une telle collaboration. De façon générale, une collaboration de haut niveau avec les décideurs est essentielle pour mettre en œuvre efficacement le Plan stratégique 2020-2025 et atteindre les cibles du PASDA2030 et des ODD.

88. Les missions d'évaluation ont fourni des conseils et des recommandations impartiaux pour l'élaboration de projets, programmes, plans et stratégies de l'Organisation. En 2018-2019, l'OPS a mis en œuvre 20 évaluations à différents niveaux fonctionnels ; toutes ont été menées conformément aux normes et règles d'évaluation du Groupe des Nations Unies pour l'évaluation (GNUE). L'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques a fourni des informations importantes pour l'élaboration du PASDA2030. Les recommandations formulées dans l'évaluation de la *Politique régionale du programme et budget* ont été prises en compte dans l'élaboration de la nouvelle *Politique budgétaire de l'OPS*, du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 et du budget programme 2020-2021. Un processus simplifié pour le Fonds renouvelable a été élaboré et mis en œuvre pour faciliter la prestation de coopération technique aux États Membres sur la base des recommandations de l'évaluation du Fonds renouvelable.

89. Tout au long de la période couverte par le Plan stratégique, le BSP a dû déployer des efforts continus pour maintenir la neutralité de l'OPS et rappeler aux pays son statut non partisan. L'Organisation doit rester impartiale afin de continuer à faire progresser le programme de santé publique et à aider les pays à promouvoir et à préserver les acquis en matière de santé. La perception de l'OPS comme un coordinateur impartial et neutre a été l'un de ses plus grands atouts, un atout qui doit continuer d'être protégé et défendu par tout le personnel de l'OPS.

90. L'OPS continue d'œuvrer pour une collaboration significative qui lui permettra d'avoir un impact sur les questions liées à la santé abordées par le système des Nations

Unies. Cela nécessite la mise en place d'un processus structuré permettant à l'OPS de réaliser un plaidoyer efficace et de jouer un rôle d'influence au niveau des pays et de la Région, en collaboration avec l'OMS au niveau mondial. La participation de l'Organisation aux processus préparatoires des réunions de haut niveau des Nations Unies a permis d'intégrer avec succès la perspective de la santé dans les déclarations finales et les documents connexes.

**Recommandations :**

- a) plaider aux plus hauts niveaux pour la mise en œuvre du PASDA2030 et du Plan Stratégique 2020-2025 comme moyen pour la Région d'avancer sur le plan de la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030.
- b) Entreprendre des analyses régulières des risques politiques et financiers associés à une situation politique et économique évolutive dans la Région et élaborer des stratégies spécifiques pour atténuer les impacts négatifs sur la santé.
- c) promouvoir une culture de l'évaluation au sein de l'Organisation afin de permettre à l'OPS de mieux gérer et fournir sa coopération technique aux États Membres.
- d) continuer à sauvegarder le rôle de l'OPS en tant que coordinateur impartial et neutre à tous les niveaux de l'Organisation.
- e) analyser l'impact de la réforme des Nations Unies sur l'OPS et ses activités, communiquer avec les États Membres sur les implications et émettre des orientations connexes pour tous les niveaux de l'Organisation, conformément aux lignes directrices de l'OMS, tout en respectant les règles, règlements, politiques et structures procédurales spécifiques à la constitution de l'OPS.

***Élargir les partenariats afin de faire progresser la coopération technique de l'OPS et de réduire les chevauchements, contribuant ainsi à une plus grande efficacité***

91. Tout au long de la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019, le dialogue et la collaboration avec les parties prenantes et les partenaires ont progressé, ce qui a permis d'améliorer la prestation de coopération technique. L'OPS a été le fer de lance des négociations avec des partenaires nouveaux et existants. En 2018-2019, un partenariat novateur de trois ans sur la salubrité des aliments a été signé avec Airbnb, premier accord de ce type entre l'OPS et une entreprise technologique mondiale. Cette initiative permettra à l'OPS de diffuser ses ressources en matière de salubrité des aliments auprès de la vaste communauté de visiteurs et d'abonnés d'Airbnb. Le processus de négociation et d'approbation de l'accord de coopération avec Airbnb a également permis de tirer des enseignements pour guider une collaboration mutuellement bénéfique avec le secteur privé sur des questions liées à la santé publique.

92. Les pays ont de plus en plus besoin d'une coopération technique plus intense qui dépasse les capacités actuelles du BSP. C'est pourquoi les partenariats avec les Centres collaborateurs de l'OPS/OMS, des associations professionnelles et des experts ont contribué à étendre la portée de la coopération technique de l'OPS. La participation des

Centres collaborateurs de l'OPS/OMS et d'autres partenaires a facilité le renforcement des capacités des laboratoires et a renforcé la détection précoce et la surveillance des pathogènes émergents. Les Centres collaborateurs se sont également révélés être des partenaires essentiels pour les programmes aux ressources limitées, en particulier ceux des catégories 2 et 3.

93. Les États Membres et les partenaires multilatéraux ont exprimé un engagement renouvelé en faveur du renforcement des systèmes d'information pour la santé. L'initiative des systèmes d'information pour la santé (IS4H, selon le sigle anglais) et le réseau RELAC SIS (Réseau d'Amérique latine et des Caraïbes pour le renforcement des systèmes d'information pour la santé) ont démontré l'intérêt de faciliter l'utilisation des réseaux par les États Membres et les partenaires en vue de favoriser la coopération technique Sud-Sud et triangulaire. Cette approche permet de réduire les coûts, de renforcer la solidarité et de promouvoir le partage des pratiques couronnées de succès en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les réseaux régionaux sont également complétés par une collaboration inter-institutions, en particulier entre la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'OMS et la Banque mondiale, afin de traiter des statistiques de l'état civil et de la santé dans le cadre d'une approche globale. Cette collaboration a fonctionné pour les registres des naissances et des décès, qui sont gérés par des acteurs extérieurs au secteur de la santé.

94. Les approches infrarégionales soutenues par un engagement politique sont également efficaces pour mettre en œuvre les priorités : par exemple, promouvoir l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé et renforcer les capacités juridiques et réglementaires. Les bureaux infrarégionaux de l'OPS ont étendu la portée et l'impact des activités régionales avec des mécanismes infrarégionaux, y compris les parlements infrarégionaux et les réseaux parlementaires. Toutefois, une approche plus systématique de la communication et de la coordination entre les bureaux régionaux et infrarégionaux est nécessaire.

#### **Recommandations :**

- a) collaborer avec des partenaires nouveaux et existants dans le domaine de la santé, y compris les partenaires traditionnels et ceux du secteur privé.
- b) documenter les partenariats et les programmes pilotes couronnés de succès afin de fournir des modèles pour des collaborations élargies avec des partenaires.

#### ***Faire progresser les activités inter-programmatiques au sein du BSP afin de fournir des approches innovantes, efficaces et efficaces en matière de coopération technique***

95. Les projets inter-programmatiques se sont avérés être des plateformes importantes pour obtenir de meilleurs résultats sur des sujets prioritaires en matière de santé. Ils peuvent contribuer à trouver des solutions aux goulets d'étranglement, à établir des mécanismes de mise en commun des ressources et à améliorer la prestation d'une coopération technique intégrée aux pays. Par exemple, les technologies d'assistance telles que les fauteuils

roulants et les prothèses auditives sont pertinentes dans plusieurs domaines, notamment les médicaments et les technologies de la santé, le handicap et la réadaptation, ainsi que le vieillissement en bonne santé ; ce sujet nécessite donc une coordination et un travail inter-programmatique. De même, les initiatives de collaboration en matière d'activité physique, de sécurité routière, de santé mentale, de santé environnementale, de législation sur la santé, de droits de l'homme et de surveillance ont évolué, et il existe des possibilités d'améliorer la collaboration dans ces domaines.

**Recommandations :**

- a) élargir les activités inter-programmatiques sur les projets pilotes qui se sont avérés innovants, efficaces et performants.
- b) développer des mécanismes opérationnels pour faciliter l'intégration des activités inter-programmatiques dans le travail de l'OPS.

**Conclusions**

96. L'évaluation de fin de période biennale du programme et budget 2018-2019 et le rapport final sur la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 font apparaître des progrès significatifs et réguliers sur le plan de la réalisation des engagements pris conjointement par l'OPS et ses États Membres. Sous le thème « Promotion de la santé : développement durable et équité », le Plan stratégique 2014-2019 a servi de catalyseur du développement de la santé équitable dans toute la Région. Ces réalisations ont été possibles grâce aux actions individuelles et collectives des États Membres, à la collaboration permanente de l'OPS avec les États Membres et les partenaires, et à l'engagement du personnel du BSP à tous les niveaux de l'Organisation.

97. Il reste encore beaucoup à faire pour atteindre pleinement les cibles des ODD liés à la santé et du PASDA2030. En gardant à l'esprit les enseignements et les recommandations ci-dessus, et avec une détermination renouvelée, l'OPS entame la mise en œuvre du nouveau Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Sa vision de « L'équité au cœur de la santé » doit être concrétisée non seulement dans le cadre du programme et budgets de l'OPS, mais aussi au moyen des plans et politiques nationaux de la santé, avec le soutien du BSP pour une action au niveau des pays. Les enseignements tirés et les expériences de gestion des risques du Plan stratégique précédent peuvent nous aider à reproduire les interventions couronnées de succès et à éviter de répéter des erreurs évitables à l'avenir.

Annexes

## Annexe A. Examen détaillé des objectifs d'impact

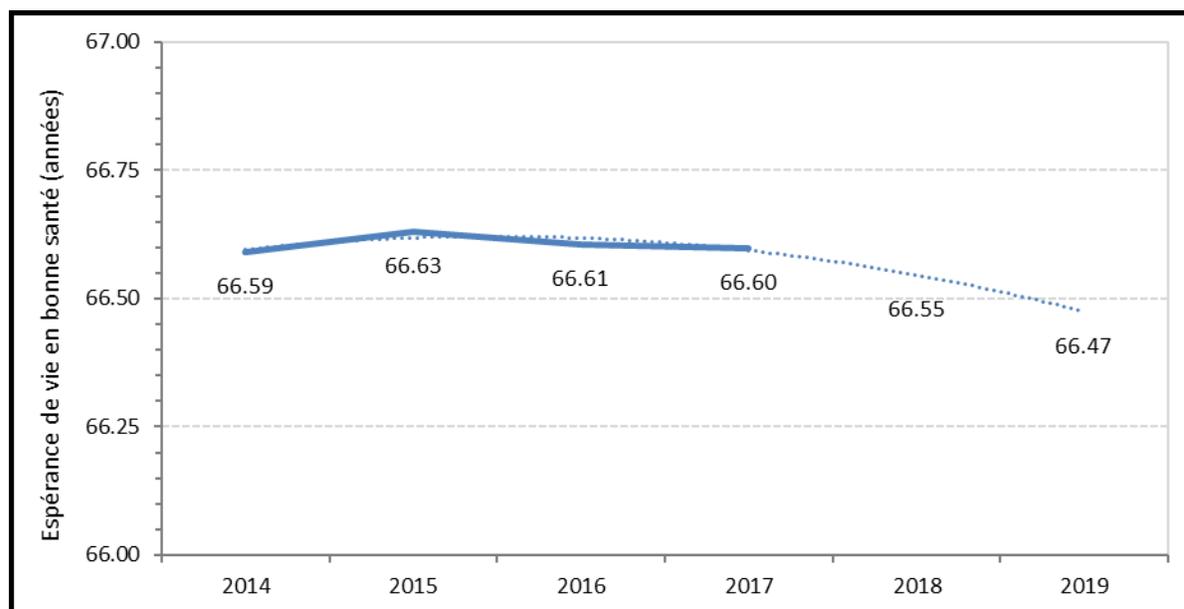
Cette annexe présente les résultats détaillés de l'examen des objectifs d'impact et des cibles correspondantes. Un résumé de cette annexe figure à la section III du rapport principal.

### Objectif 1 : Améliorer la santé et le bien-être avec équité

Cible	Situation (2019)
<b>1.1</b> Augmentation d'au moins 1,0 % de l'espérance de vie en bonne santé pour les Amériques obtenu d'ici 2019, par rapport au taux de référence de 2014	<b>Non atteint</b> (diminution de 0,2 %)

**Analyse :** l'espérance de vie en bonne santé produite par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) pour 2014 et une projection pour 2019 ont été utilisées, ce qui donne une espérance de vie en bonne santé régionale de 66,6 et 66,5 ans en 2014 et 2019, respectivement. Cela reflète une réduction de 0,2 % entre 2014 et 2019, qui montre que la cible fixée ne sera pas atteinte.

**Figure A.1. Espérance de vie en bonne santé dans les Amériques, 2014-2019**



Source : calculé par l'OPS sur la base des estimations de l'IHME du fardeau mondial de morbidité pour 2017, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

L'espérance de vie en bonne santé est une mesure de la santé de la population qui prend en compte à la fois la mortalité et la morbidité, en ajustant l'espérance de vie globale par le nombre d'années vécues en moins bonne santé. En d'autres termes, l'espérance de vie en bonne santé combine l'espérance de vie et la qualité de vie. Elle est utilisée pour comparer

l'efficacité des pratiques de prestation de services de santé, évaluer les disparités et guider l'allocation des ressources. Cette mesure est également utilisée pour démontrer une réduction marquée des écarts d'iniquités en matière de santé, tels que mesurés par l'un des éléments de stratification de l'équité suivants : lieu de résidence (rural/urbain), race, origine ethnique, profession, genre, sexe, âge, éducation et statut socio-économique, en utilisant des mesures simples d'inégalité (gradient absolu d'inégalité et écart relatif d'inégalité). Étant donné que ce type d'indicateur nécessite des informations allant au-delà des données sur la mortalité, y compris la morbidité et les facteurs de risque, les pays ont accepté d'utiliser les estimations de l'espérance de vie en bonne santé calculées par l'IHME. Cet indicateur est produit par l'IHME au niveau national, mais pas par les systèmes d'information pour la santé des pays.

**Recommandations :**

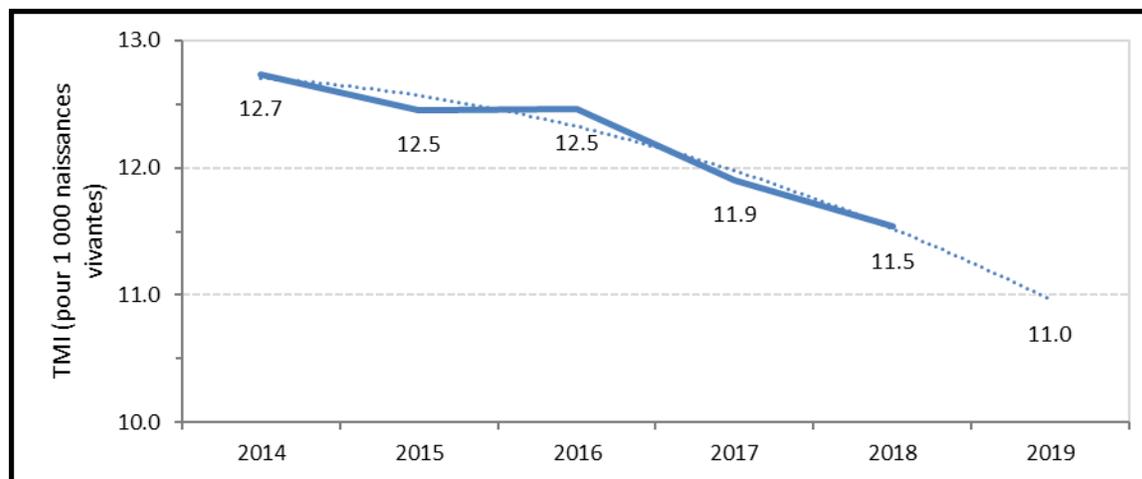
- Fournir une assistance technique aux pays pour renforcer les capacités de production de cet indicateur aux niveaux national et infranational, afin que les pays soient en mesure de suivre l'espérance de vie en bonne santé nationale et les inégalités sociales qui y sont associées. Cela est particulièrement important compte tenu de la complexité de cet indicateur, qui nécessite des données multiples, par rapport aux indicateurs simples qui sont plus faciles à mesurer. Les pays disposent des données nécessaires pour calculer cet indicateur.
- Travailler avec les pays pour une meilleure compréhension des estimations de l'espérance de vie en bonne santé produites au niveau international.

**Objectif 2 : Assurer un départ en bonne santé pour les nouveau-nés et les nourrissons**

Cible	Situation (2019)
<b>2.1</b> Réduction d'au moins 15 % du taux régional de mortalité infantile d'ici à 2019	<b>Atteint</b> (réduction de 13,9 %)
<b>2.2</b> Écart relatif d'inégalité : réduction d'au moins 10 %	<b>Partiellement atteint</b> (réduction de 8,3 %)
<b>2.3</b> Gradient absolu d'inégalité : au moins 3 décès infantiles excédentaires évités pour 1000 naissances vivantes	<b>Dépassé</b> (4,1 décès infantiles excédentaires évités)

**Analyse :** en utilisant le taux de mortalité infantile produit par le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile (IGME) pour les pays des Amériques en 2014 et une projection du taux de mortalité infantile pour 2019, un taux de mortalité infantile régional (moyenne pondérée) de 12,7 et 11,0 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes a été estimé pour 2014 et 2019, respectivement. Cela montre une réduction de 13,9 % pour le taux de mortalité infantile régional entre 2014 et 2019. Cela indique que la cible de réduction de 15 % du taux de mortalité infantile régional est sur le point d'être atteinte.

**Figure A.2. Taux de mortalité infantile dans les Amériques, 2014-2019**

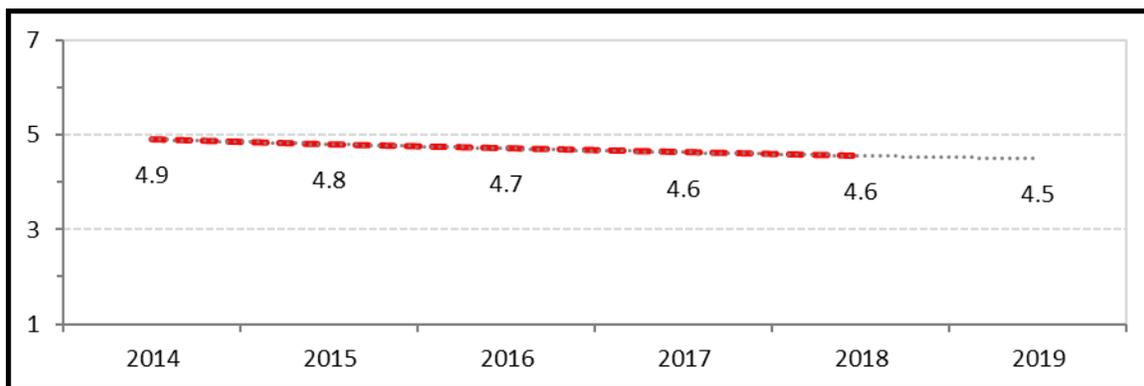


Source : calculé par l'OPS à partir des données du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2019.

En termes d'inégalités sociales dans le taux de mortalité infantile entre les pays, l'inégalité absolue (mesurée par l'indice de pente de l'inégalité) est de 19,3 et 15,2 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes en 2014 et 2019, respectivement. On estime donc une réduction de 4,1 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes entre ces deux années. D'autre part, l'inégalité relative (mesurée par l'écart relatif simple) est estimée à 4,9 et 4,5 en 2014 et 2019, respectivement, soit une réduction de 8,3 % pour cette période.

Ces résultats montrent que la cible de réduction de l'inégalité relative est partiellement atteinte et que la Région dépassera la cible de réduction de l'inégalité absolue.

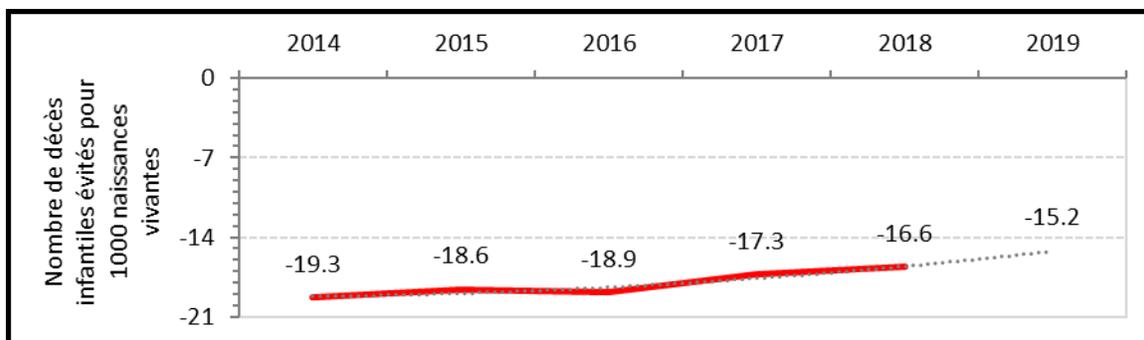
**Figure A.3. Taux de mortalité infantile, évolution de l'écart relatif d'inégalité, 2014-2019**



Source : calculé par l'OPS à partir des données du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2019.

Remarque : une valeur plus proche de 1 indique une inégalité plus faible ; une valeur plus éloignée de 1 indique une inégalité plus importante.

**Figure A.4. Taux de mortalité infantile, évolution du gradient absolu d'inégalité, 2014-2019**



Source : calculé par l'OPS à partir des données du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2019.

### Recommandations :

- Définir des cibles pour réduire les inégalités sociales au sein des pays en matière de mortalité infantile, au moins entre les niveaux infranationaux. Cela signifie que pour chaque pays, un suivi doit être réalisé à la fois sur le taux de mortalité infantile national et sur les estimations des inégalités sociales pour cet indicateur au sein du pays.
- Renforcer les systèmes d'information pour la santé dans les pays afin d'améliorer la qualité des données, y compris les données sur le taux de mortalité infantile au niveau infranational, en particulier parmi les populations présentant le plus haut degré de vulnérabilité sociale.

**Objectif 3 : Assurer une maternité sûre**

Cible	Situation (2019)
3.1 Réduction d'au moins 11,0 % du taux de mortalité maternelle régional en 2019 par rapport à 2014	<b>Partiellement atteint</b> (réduction de 9,4 %)
3.2 Écart relatif d'inégalité : réduction d'au moins 25 %	<b>Atteint</b> (réduction de 24,4 %)
3.3 Gradient absolu d'inégalité : au moins 18 décès maternels excédentaires évités pour 100 000 naissances vivantes	<b>Dépassé</b> (31,1 décès maternels excédentaires évités)

**Analyse :** selon les dernières estimations disponibles du taux de mortalité maternelle, la Région a enregistré une diminution des décès maternels pour 100 000 naissances vivantes qui est passé de 60,6 en 2014 à 57,9 en 2017. Les estimations pour les années après 2017 indiquent que le taux de mortalité maternelle devrait encore diminuer pour atteindre 56,6 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 et 54,9 décès pour 100 000 en 2019. La projection fait état d'une réduction de 9,4 % pour la période 2014-2019, et de ce fait la cible de réduction du taux de mortalité maternelle de 11 % est partiellement atteinte.

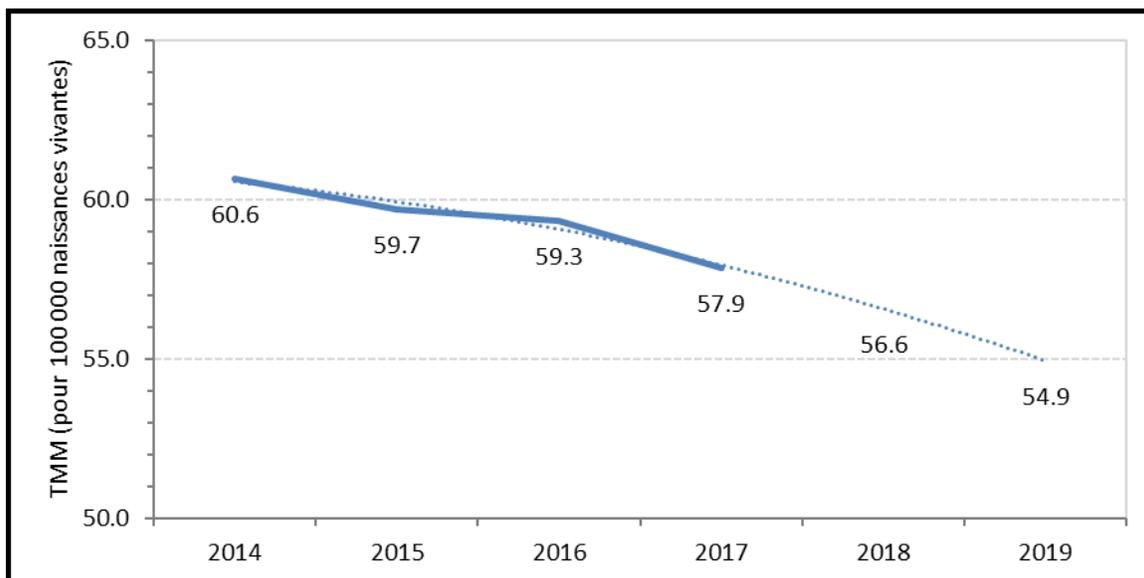
Il est important de noter que la méthodologie du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) pour l'estimation du taux de mortalité maternelle a changé pour la dernière série d'estimations en date, dans la mesure où toutes les données disponibles générées par les pays ont été prises en compte au moment où les estimations ont été produites. Le taux de mortalité maternelle régional global, sur la base des dernières estimations interorganisations, est plus élevé que dans les estimations précédentes. En ce qui concerne les estimations du taux de mortalité maternelle de chaque pays, le chiffre est identique pour certains et inférieur pour d'autres.

En utilisant le gradient des pays de l'indice des besoins de santé élargi (HNIe, selon le sigle anglais), une cible de réduction de la mortalité maternelle d'au moins 18 décès maternels excédentaires pour 100 000 naissances vivantes a été établie. Une réduction de 24,4 % de l'écart relatif d'inégalité est projetée pour 2019 ; la cible a donc été presque atteinte. La cible du gradient absolu d'inégalité est en bonne voie pour être dépassée d'ici à 2019, sur la base de la réduction en termes absolus projetée de 31,1 décès maternels excédentaires pour 100 000 naissances vivantes pour la période 2014-2019.

Malgré ces résultats, l'analyse montre des variations significatives entre les pays et au sein des pays, ce qui suggère la nécessité de renforcer les efforts là où ils sont le plus nécessaires, en particulier dans les pays clés de l'OPS. L'OPS met en œuvre des programmes ciblés pour réduire la mortalité maternelle, tels que le projet « Zéro décès maternel par hémorragie », qui vise à améliorer la capacité de réponse aux urgences obstétriques (voir l'exemple de réussite du Brésil à la section III). De même, les projets mis en œuvre en Colombie, au Nicaragua et au Paraguay se sont concentrés sur l'extension des modèles communautaires et des meilleures pratiques en vue de réduire les iniquités

dans l'accès à des services de santé de qualité. Un accent particulier est mis sur les femmes et les enfants vivant dans les zones rurales, ainsi que sur les groupes autochtones et d'ascendance africaine.

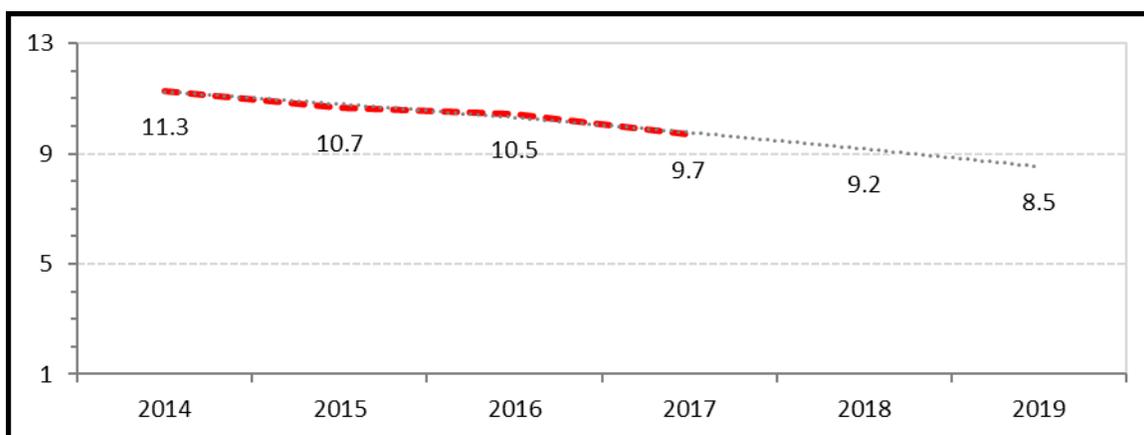
**Figure A.5. Taux de mortalité maternelle (TMM) dans les Amériques, 2014-2019**



Sources : calculs de l'OPS à partir des données du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle, 2019, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>. Données sur les naissances vivantes de la Révision des perspectives de la population mondiale de 2019. Organisation des Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales, Division de la population, World Population Prospects 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/423), <https://population.un.org/wpp/>.

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

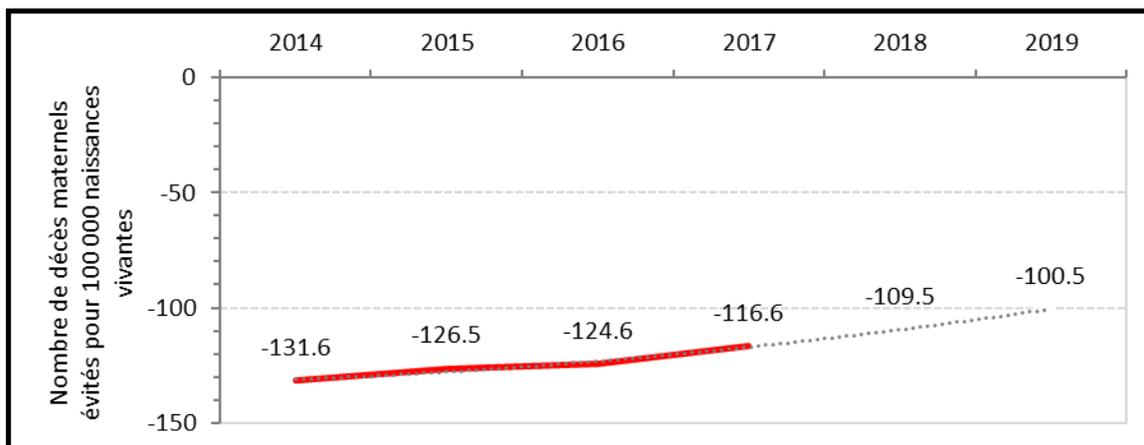
**Figure A.6. Taux de mortalité maternelle, évolution de l'écart relatif d'inégalité, 2014-2019**



Source : calculé par l'OPS à partir des données du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle, 2019.

*Remarque* : une valeur plus proche de 1 indique une inégalité plus faible ; une valeur plus éloignée de 1 indique une inégalité plus importante.

**Figure A.7. Taux de mortalité maternelle, évolution du gradient absolu d'inégalité, 2014-2019**



*Source* : calculé par l'OPS à partir des données du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle, 2019.

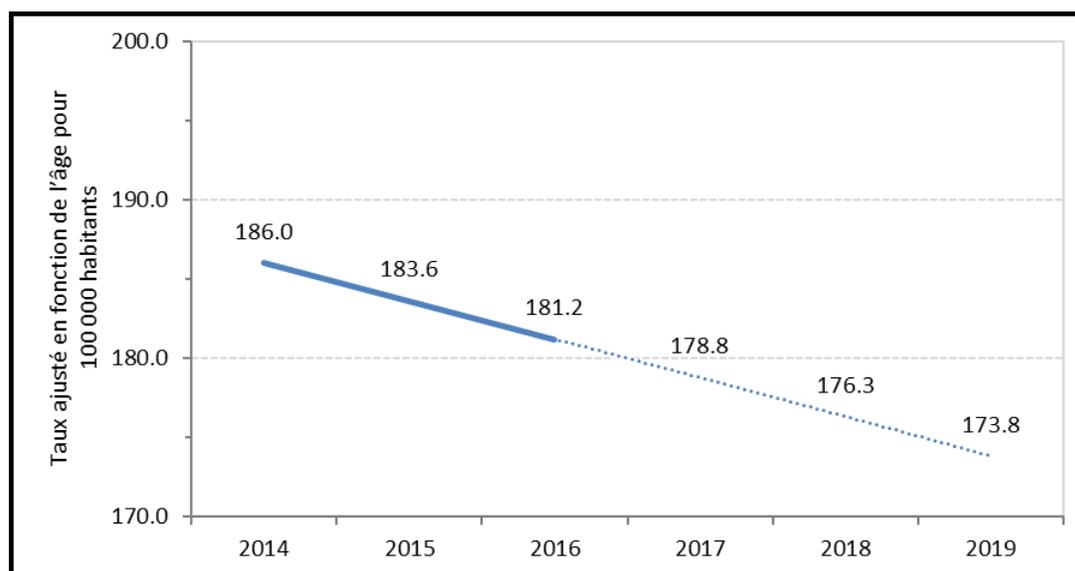
#### **Recommandation :**

- Promouvoir la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030, du Plan d'action de l'OPS pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2018-2030 et du mouvement « Toutes les femmes, tous les enfants, Amérique latine et Caraïbes » (EWEC-LAC). Il s'agit de cadres importants pour la promotion et la mise en œuvre d'interventions spécifiques visant à améliorer la santé des femmes, des femmes enceintes et des nouveau-nés dans le cadre de l'approche fondée sur le parcours de vie.

**Objectif 4 : Réduire la mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé**

Cible	Situation (2019)
4.1 Réduction d'au moins 9 % du taux régional de mortalité attribuable aux soins de santé d'ici à 2019, par rapport à 2014	<b>Non atteint</b> (réduction de 6,5 %)
4.2 Écart relatif d'inégalité : pas plus de 6 % d'augmentation	<b>Dépassé</b> (réduction de 14,8 %)
4.3 Gradient absolu d'inégalité : au moins 8 décès excédentaires attribuables aux soins de santé évités pour 100 000 habitants	<b>Dépassé</b> (41,0 décès attribuables aux soins de santé évités)

**Analyse :** bien que la Région n'ait pas atteint la cible globale, on a constaté une diminution du taux de mortalité attribuable aux soins de santé, qui est passé de 186,0 décès pour 100 000 habitants en 2014 à une projection de 173,8 décès pour 100 000 habitants en 2019. Cela représente la réalisation de plus des deux tiers de la cible (à savoir une réduction absolue de 6,5 % par rapport à la réduction de 9 % ciblée) et indique que la tendance est favorable. La réduction du taux de mortalité attribuable aux soins de santé a été possible grâce à l'amélioration de l'accès aux soins de santé. Même si ce gain semble indiquer que les efforts régionaux visant à réaliser progressivement la santé universelle portent leurs fruits, les pays doivent encore faire des progrès plus importants en termes de couverture et de qualité des soins.

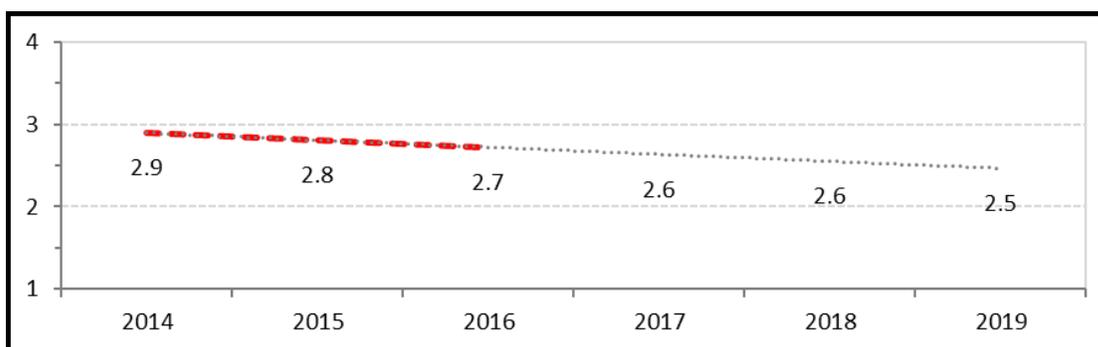
**Figure A.8. Mortalité attribuable aux soins de santé dans les Amériques, 2014-2019**

Sources : calculé par l'OPS sur la base des estimations de l'IHME du fardeau mondial de morbidité pour 2016, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Données sur la population tirées de la Révision des perspectives de la population mondiale de 2019. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, World Population Prospects 2019 : Highlights (ST/ESA/SER.A/423), <https://population.un.org/wpp/>.

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

L'évaluation de cet objectif d'impact révèle une autre tendance bienvenue : parmi les pays de la Région, le risque de mourir en raison d'une mauvaise qualité de soins due aux inégalités sociales, tant en termes absolus que relatifs, a été réduit au cours de la période 2014-2019. La Région a dépassé ses cibles de réduction des inégalités définies pour cet objectif, ce qui souligne la pertinence des considérations d'équité dans la mise en œuvre du Plan stratégique. La perspective d'équité – tout comme celle de qualité – est essentielle pour continuer à assurer un suivi de la réalisation progressive de la santé universelle avec cet indicateur critique de la performance sociétale des services de santé.

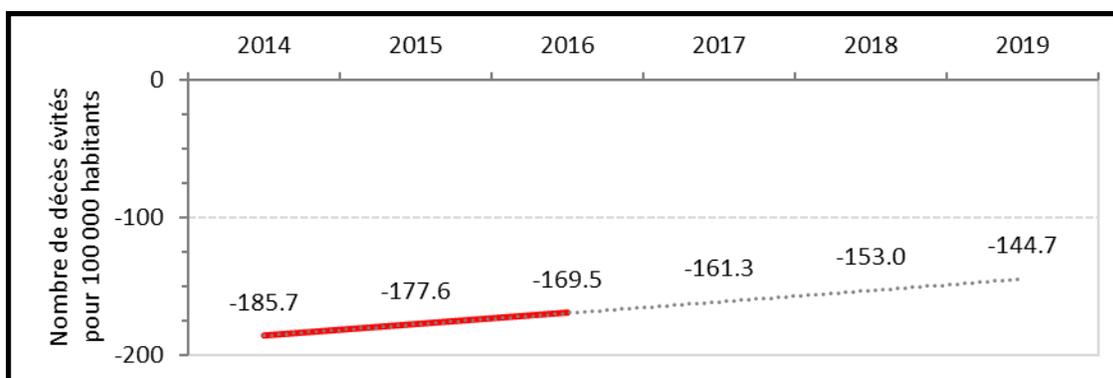
**Figure A.9. Mortalité attribuable aux soins de santé, évolution de l'écart relatif d'inégalité, 2014-2019**



Source : calculé par l'OPS sur la base des estimations de 2016 du fardeau mondial de morbidité de l'IHME.

Remarque : une valeur plus proche de 1 indique une inégalité plus faible ; une valeur plus éloignée de 1 indique une inégalité plus grande.

**Figure A.10. Mortalité attribuable aux soins de santé, évolution du gradient absolu d'inégalité, 2014-2019**



Source : calculé par l'OPS sur la base des estimations de l'IHME du fardeau mondial de morbidité pour 2016.

### Recommandation :

- Assurer une révision et une mise à jour minutieuses des causes spécifiques de décès qui sont considérées comme attribuables aux soins de santé, compte tenu de la mosaïque de profils épidémiologiques dans la Région, et continuer à travailler à l'amélioration de l'exhaustivité et de la qualité des systèmes d'information pour la santé aux niveaux national et infranational.

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

Cible	Situation (2019)
5.1 Réduction d'au moins 9 % du taux régional de mortalité prématurée dû à des MNT en 2019 par rapport à 2014	<b>Non atteint</b> (réduction de 4,9 %)
5.2 Écart relatif d'inégalité : pas plus de 6 % d'augmentation	<b>Non atteint</b> (augmentation de 10,6 %)
5.3 Gradient absolu d'inégalité : au moins 18 décès prématurés excédentaires évités pour 100 000 habitants	<b>Atteint</b> (18,3 décès prématurés évités)

**Analyse :** bien que la réduction régionale globale de la mortalité due aux maladies non transmissibles (MNT) observée soit de 4,9 % et n'atteigne pas la cible de 9,0 %, la tendance dans la base de données régionale de l'OPS sur la mortalité montre une diminution des décès. En revanche, les données de l'IHME montrent une tendance différente, avec une augmentation des décès dus aux MNT (données non présentées). Pour mieux comprendre les raisons de ces différences, de nouvelles investigations sont en cours entre l'IHME et l'OPS.

Le risque relatif de mourir de MNT a augmenté de 10,6 % au cours de la période 2014-2019, la cible d'une augmentation maximale de 6 % n'a donc pas été atteinte. Cependant, la cible du gradient absolu d'inégalité a été atteinte, avec 18,3 décès évités pour 100 000 habitants.

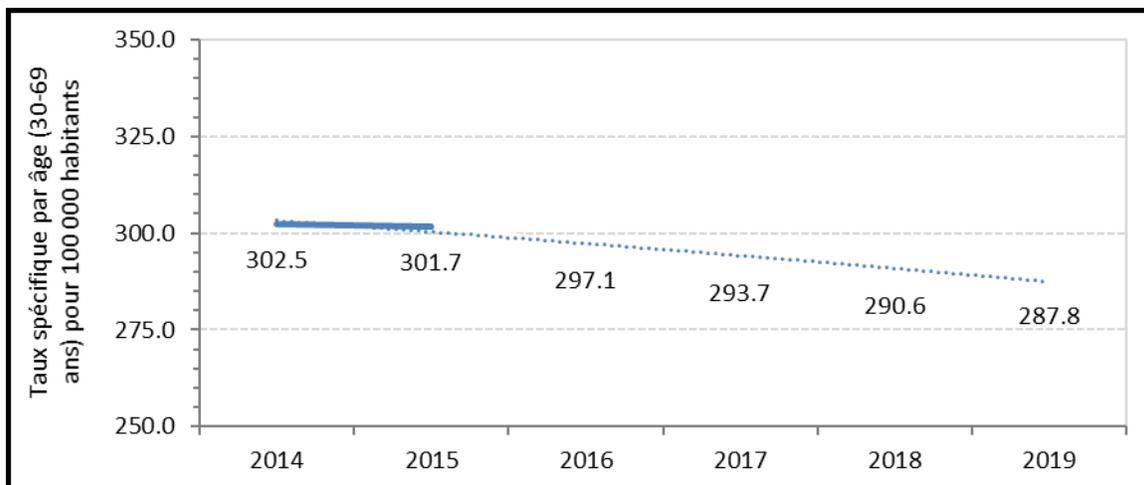
En 2016, les MNT (y compris les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et autres) représentaient 81 % de tous les décès.<sup>15</sup> La Région des Amériques fait face à une transition démographique et épidémiologique, dans la mesure où l'âge médian de la population a augmenté au fil du temps pour atteindre 33,5 ans, et 12 % de la population est âgée de 65 ans ou plus. La morbidité et la mortalité dues aux MNT sont en augmentation constante et exigent des pays qu'ils mettent en œuvre des interventions adaptées aux défis et aux risques d'une population qui vit plus longtemps que jamais auparavant. En plus de garantir l'accès à des services de soins de santé de qualité, les pays doivent poursuivre leurs efforts de promotion de la santé et de prévention pour s'attaquer aux principaux facteurs de risque de MNT, en accordant une attention particulière à l'âge, au sexe, aux groupes ethniques, à la géographie et à d'autres facteurs socio-économiques.

La réduction de la mortalité due aux MNT nécessite un soutien politique et l'allocation de ressources pour une législation qui encourage des politiques multisectorielles, des réglementations pour la réduction des facteurs de risque, le renforcement des systèmes de santé pour la prise en charge des MNT et la surveillance. Les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et d'autres MNT partagent les

<sup>15</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Indicateurs de base 2019 : Tendances en matière de santé dans les Amériques. Washington, DC : OPS ; 2019.

mêmes grands facteurs de risque, à savoir le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, une mauvaise alimentation et l'inactivité physique. Par conséquent, une approche intégrée de la prise en charge des personnes à risque ou vivant avec une ou plusieurs maladies non transmissibles est nécessaire pour traiter de manière adéquate cette question de santé publique.

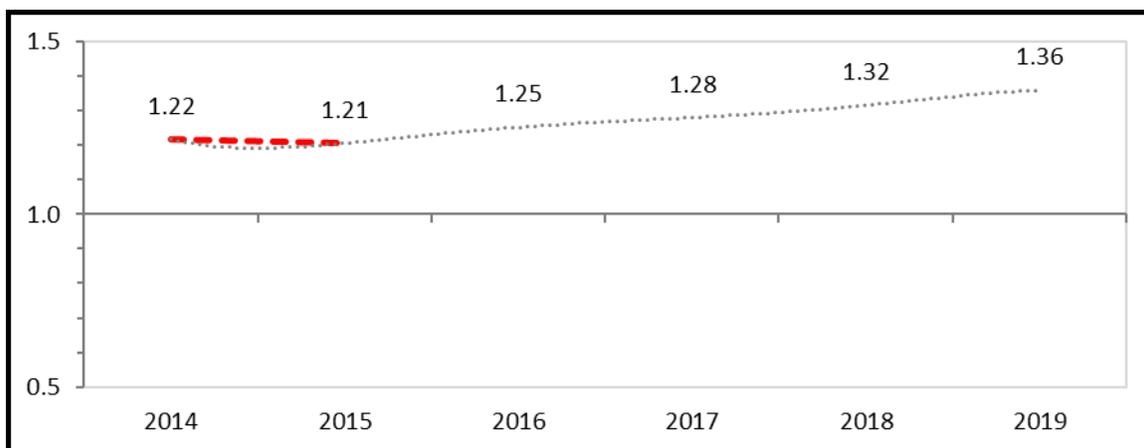
**Figure A.11. Taux de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles dans les Amériques, 2014-2019**



Source : calculé à partir de la base de données régionale de l'OPS sur la mortalité 2018 (corrigé).

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

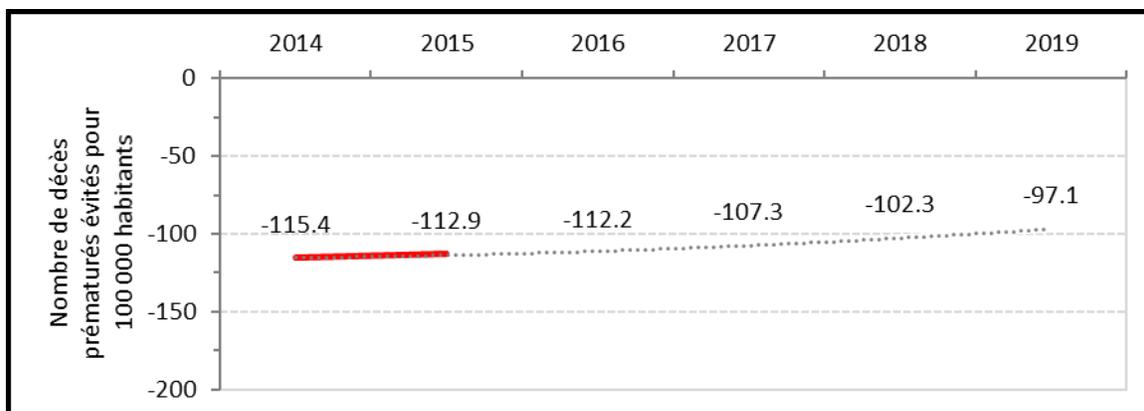
**Figure A.12. Mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles, évolution de l'écart relatif d'inégalité, 2014-2019**



Source : calculé à partir de la base de données régionale de l'OPS sur la mortalité 2018 (corrigé).

Remarque : une valeur plus proche de 1 indique une inégalité plus faible ; une valeur plus éloignée de 1 indique une inégalité plus grande.

**Figure A.13. Mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles, évolution du gradient absolu d'inégalité, 2014-2019**



Source : calculé à partir de la base de données régionale de l'OPS sur la mortalité 2018 (corrigé).

#### Recommandations :

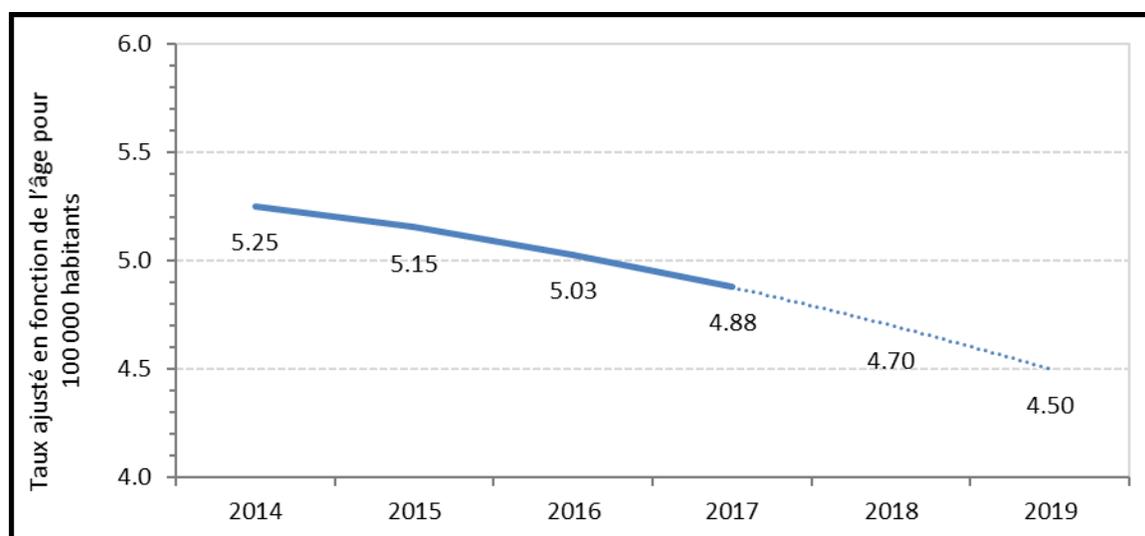
- Mettre en œuvre le programme des « Meilleurs choix » de l'OMS pour combattre les MNT, un ensemble complet d'interventions rentables en matière de politiques et de services de santé pour visant à réduire l'usage du tabac, réduire l'usage nocif de l'alcool, promouvoir une alimentation saine, promouvoir l'activité physique et prendre en charge les MNT.
- Dans le cadre des processus de réforme du système de santé, intégrer des stratégies de prévention et de lutte contre les MNT afin de garantir la disponibilité des services, des médicaments et des technologies de la santé, ainsi que des ressources humaines pour la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs liés aux MNT.
- Garantir un engagement de haut niveau pour identifier les meilleures pratiques adaptées aux populations cibles, et mettre en œuvre des solutions modulables avec un soutien juridique solide de manière à atténuer efficacement les facteurs de risque en se concentrant sur l'ensemble du parcours de vie.

**Objectif 6 : Réduire la mortalité due aux maladies transmissibles**

Cible	Situation (2019)
6.1 Réduction d'au moins 15 % du taux de mortalité due au VIH/sida en 2019 par rapport à 2014	<b>Atteint</b> (réduction de 14,3 %)
6.2 Réduction d'au moins 30 % du taux de létalité due à la dengue en 2019 par rapport à 2012	<b>Atteint</b> (réduction de 30 %)
6.3 Réduction d'au moins 24 % du taux de mortalité due à la tuberculose en 2019 par rapport à 2014	<b>Non atteint</b> (réduction de 4,1 %)
6.4 Réduction d'au moins 75 % du nombre de décès dus au paludisme en 2019 par rapport à 2011	<b>Non atteint</b> (augmentation de 200 %)

**Analyse :***VIH/sida*

La tendance montre une diminution du nombre de décès qui est passé de 5,25 pour 100 000 habitants en 2014 à 4,88 pour 100 000 habitants en 2017. Selon les projections, le taux de mortalité continuera à diminuer pour atteindre 4,50 décès pour 100 000 habitants en 2019. Par conséquent, la projection représente une réduction de 14,3 % pour la période 2014-2019, ce qui suggère que la cible d'une réduction de 15 % du taux de mortalité due au VIH/sida a été presque atteinte.

**Figure A.14. Taux de mortalité due au VIH/sida dans les Amériques, 2014-2019**

Source : calculé par l'OPS sur la base des estimations de l'IHME du fardeau mondial de morbidité pour 2017, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

Tout au long de la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019, l'OPS a continué à fournir une coopération technique pour promouvoir des services de prévention, de soins et de traitement intégré de qualité et complets, conformément au *Plan d'action régional pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021*. Ces actions peuvent avoir contribué à la diminution projetée du taux de mortalité. Toutefois, si la tendance régionale est à la baisse pour le fardeau et le nombre de décès dus au VIH/sida, la maladie continue d'avoir un impact plus important sur certaines populations clés. Les facteurs qui ont contribué à la tendance régionale positive en matière de mortalité, notamment l'accès accru au diagnostic et aux médicaments, font toujours défaut dans bon nombre de ces populations.

### *Dengue*

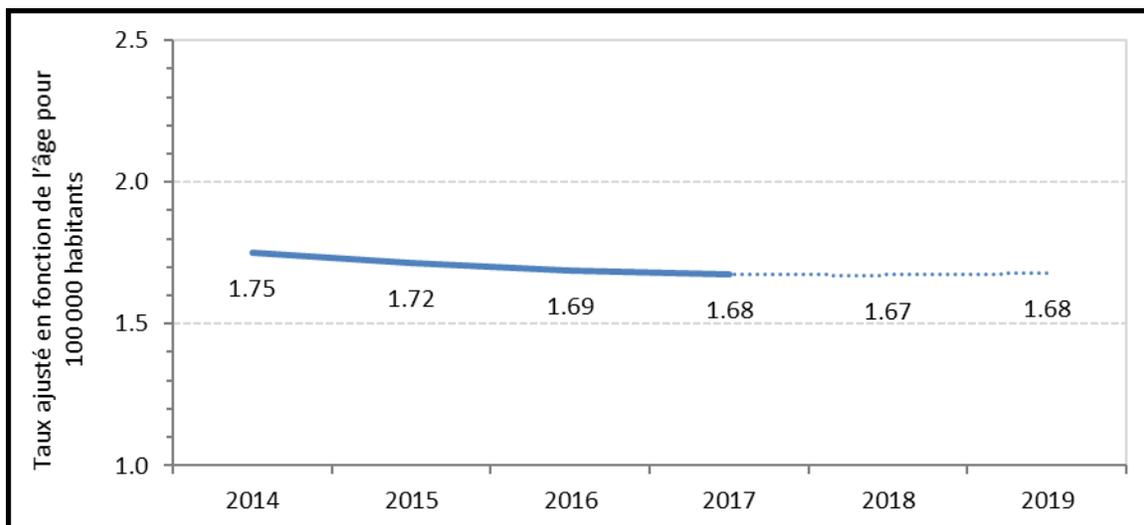
En 2012, le taux de létalité régional était de 0,07 % de tous les cas de dengue. Sur la base des rapports soumis par les pays à l'OPS, le taux a été ramené à 0,049 %, soit une réduction de 30 %. La cible régionale de réduction du taux de létalité de 30 % pour la dengue a donc été atteinte.

Malgré l'amélioration du taux de létalité, une transmission intense d'arboviroses, en particulier de la dengue, a été observée à la fin de 2018 et au cours de 2019. Avec plus de 3 millions de cas, 2019 a été l'année où le nombre de cas de dengue a été le plus élevé jamais enregistré dans les Amériques. Le profil épidémiologique de la maladie évolue également, car les schémas saisonniers changent et le fardeau de morbidité touche les populations plus jeunes dans une plus large mesure que lors des périodes précédentes. La baisse du taux de létalité peut être attribuée en partie à la formation améliorée sur les premiers indicateurs de la dengue grave dispensée aux cliniciens dans les établissements de soins de santé primaires.

### *Tuberculose*

Le taux de mortalité due à la tuberculose a diminué, passant de 1,75 décès pour 100 000 habitants en 2014 à 1,68 décès pour 100 000 habitants en 2017. Les projections font état d'un taux qui reste stable jusqu'à la fin de 2019, ce qui se traduit par une réduction globale de 4,1 % du taux de mortalité due à la tuberculose pour la période 2014-2019. Ce chiffre est bien inférieur à la cible de réduction de 24 % ; par conséquent, la cible n'a pas été atteinte.

Dans l'ensemble, la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et des engagements pris lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose a été lente. Les pays ont également été lents à opérationnaliser pleinement les dernières lignes directrices de l'OMS sur la tuberculose, malgré les efforts des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Une coordination intense avec les différents acteurs à différents niveaux et un investissement significatif en temps sont nécessaires. Ces facteurs ont limité les progrès sur le plan de la réalisation des cibles nationales et régionales.

**Figure A.15. Taux de mortalité due à la tuberculose dans les Amériques, 2014-2019**

Source : calculé par l'OPS sur la base des estimations de l'IHME du fardeau mondial de morbidité pour 2017, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

### *Paludisme*

Sur la base des rapports des pays à l'OPS, le paludisme a causé 112 décès en 2011, contre 336 décès en 2018. L'augmentation massive de la transmission du paludisme au Venezuela depuis 2015 a été associée à une augmentation significative de la mortalité dans ce pays. La situation au Venezuela reste critique, sans changement significatif des déterminants de l'épidémie, et avec des lacunes structurelles dans la riposte.

À l'exception du Venezuela, une réduction de 47 % du nombre de décès dus au paludisme a été observée dans la Région. Par conséquent, la Région reste en deçà de la cible d'une réduction de 75 % des décès dus au paludisme pour la période 2014-2019.

### **Recommandations :**

- Accélérer la mise en œuvre et accroître la couverture des services de prévention, de diagnostic, de soins et de traitement du VIH, conformément aux recommandations de l'OMS et en incluant des technologies et des approches novatrices, avec la pleine participation de tous les acteurs, afin d'atteindre les cibles internationales avalisées lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies de 2016 sur l'élimination du sida en tant que problème de santé publique.
- Promouvoir des actions multidisciplinaires et intégrées impliquant d'autres secteurs et la communauté dans la lutte contre les arboviroses, y compris la dengue.
- Accélérer la mise en œuvre de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et des engagements pris lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose en 2018, avec la pleine participation de tous les acteurs, afin d'atteindre

les cibles internationales pour l'élimination de la tuberculose en tant que problème de santé publique.

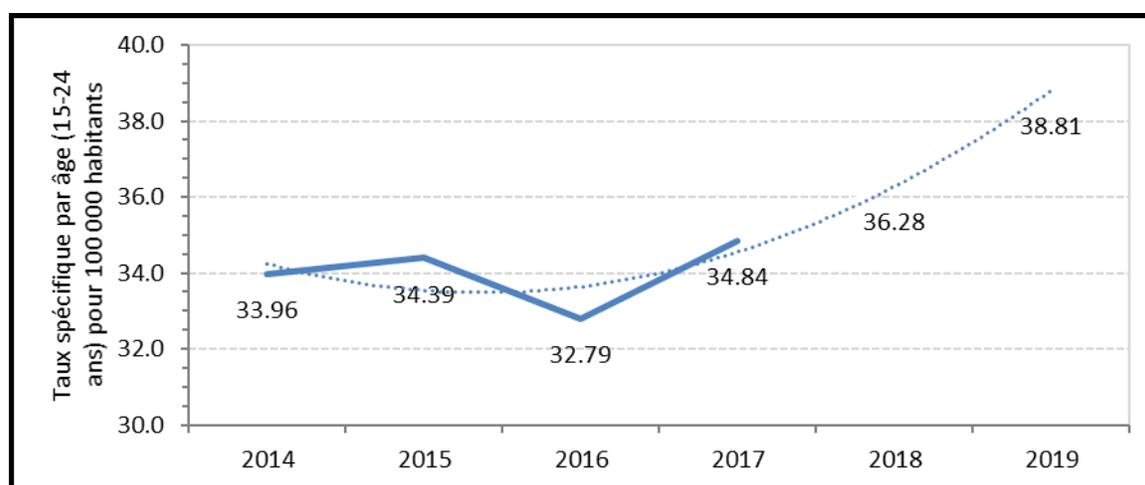
- Dans le cadre de l'initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies, élaborer un modèle de coopération inter-programmatique au niveau des pays qui augmente l'accès aux services des populations en situation de vulnérabilité en s'attaquant aux obstacles structurels à l'élimination.
- Promouvoir le travail inter-programmatique à tous les niveaux pour traiter du renforcement du système de santé et de sa réponse et ses progrès pour l'élimination des maladies transmissibles prioritaires.

### Objectif 7 : Contenir la mortalité due à la violence, aux suicides et aux accidents chez les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans)

Cible	Situation (2019)
7.1 Réduction d'au moins 6 % du taux d'homicides en 2019 par rapport à 2014	<b>Non atteint</b> (augmentation de 14,3 %)
7.2 Pas d'augmentation du taux de suicide en 2019 par rapport à 2014	<b>Dépassé</b> (réduction de 1,9 %)
7.3 Pas d'augmentation du taux de mortalité due aux accidents de la route en 2019 par rapport à 2014	<b>Dépassé</b> (réduction de 4,1 %)

**Analyse :** les trois indicateurs de cet objectif ont trait aux problèmes de santé aigus qui touchent les populations d'adolescents et de jeunes adultes des Amériques, en particulier le segment masculin de ces populations. Contrairement à la cible de réduction de 6 % du taux d'homicide dans ces populations, le taux a connu une augmentation significative de 14,3 % entre 2014 et 2019. Cela peut être lié à un ralentissement des investissements dans les interventions qui appliquent une approche de santé publique à la violence. Plus généralement, cette tendance indésirable peut être liée à la persistance de niveaux élevés d'inégalités de revenus, de richesses et sociales dans la Région, qui frappent souvent particulièrement durement la population masculine chez les adolescents et les jeunes adultes.

**Figure A.16. Taux de mortalité due aux homicides (15-24 ans) dans les Amériques, 2014-2019**

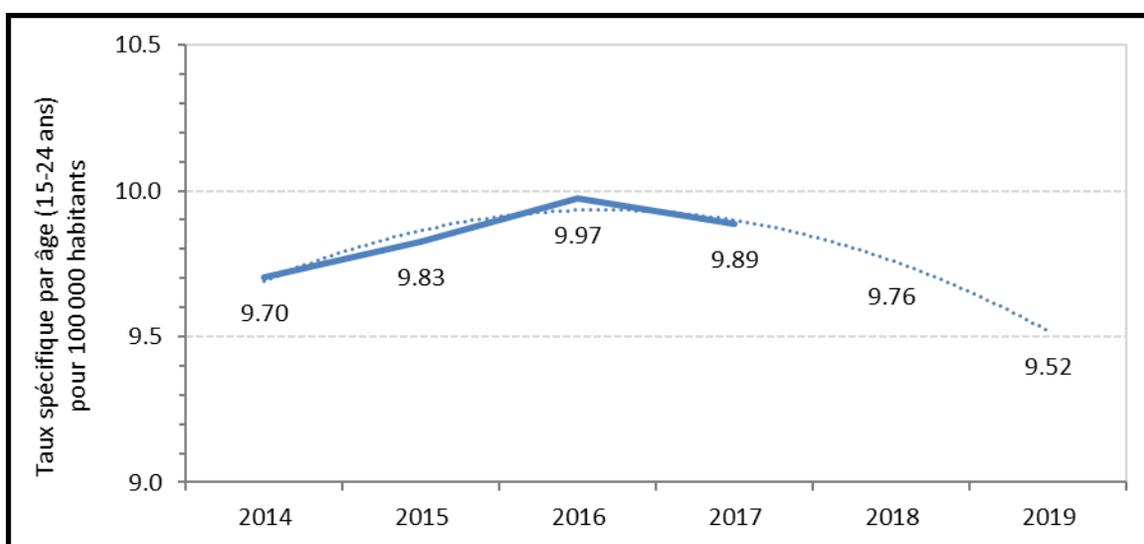


Sources : calculé par l'OPS sur la base des estimations de l'IHME du fardeau mondial de morbidité pour 2016, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Données démographiques provenant des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, World Urbanization Prospects: The 2019 Revision, <https://population.un.org/wpp/>.

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

La mortalité due au suicide a diminué dans la seconde moitié de la période 2014-2019, après avoir augmenté dans la première moitié. En conséquence, la cible d'absence d'augmentation a été atteinte, mais il n'y a eu qu'une faible réduction du risque de décès dû à des actes autodestructeurs dans la population des adolescents et des jeunes adultes. Il se peut que les mêmes déterminants sous-jacents liés à l'inégalité sociale s'appliquent dans la Région. Par ailleurs, la réduction de 4,1 % du risque de décès dû aux accidents de la route chez les adolescents et les jeunes adultes pourrait refléter l'intensité des actions de santé publique entreprises au cours de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020.

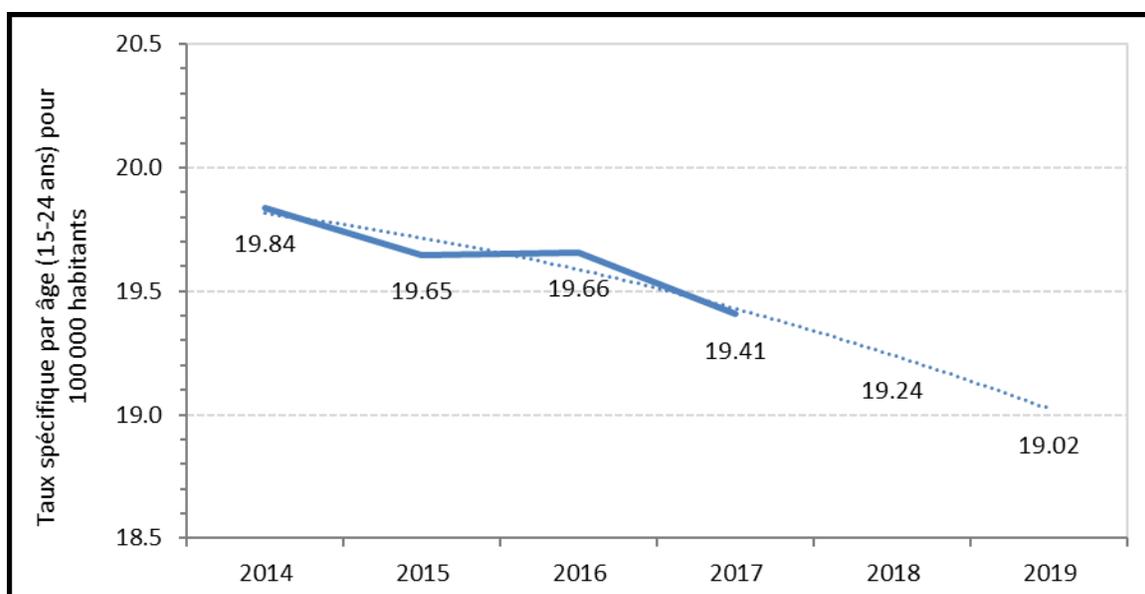
**Figure A.17. Taux de mortalité par suicide (15-24 ans) dans les Amériques, 2014-2019**



Sources : calculé par l'OPS sur la base des estimations de l'IHME du fardeau mondial de morbidité pour 2016, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Données démographiques provenant des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, World Urbanization Prospects: The 2019 Revision, <https://population.un.org/wpp/>.

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

**Figure A.18. Taux de mortalité due aux accidents de la route (15-24 ans) dans les Amériques, 2014-2019**



Sources : calculé par l'OPS sur la base des estimations de l'IHME du fardeau mondial de morbidité pour 2016, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. Données démographiques provenant des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, World Urbanization Prospects: The 2019 Revision, <https://population.un.org/wpp/>.

Note : l'échelle de l'axe vertical a été modifiée pour faciliter la visualisation des tendances.

### Recommandations :

- Traiter de la mortalité due à la violence, aux suicides et aux traumatismes dus aux accidents de la route chez les adolescents et les jeunes adultes en promouvant une approche intersectorielle et une législation favorable. L'accent doit être mis sur l'importance de ces questions pour les hommes.
- Entreprendre des actions pour lutter contre les iniquités sociales et de la santé sous-jacentes et contre les déterminants sociaux de la santé qui contribuent à ces causes de décès.

**Objectif 8 : Éliminer les maladies transmissibles prioritaires dans la Région**

<b>Cible</b>	<b>Situation (2019)</b>
<b>8.1</b> Élimination de la TME dans 10 pays	<b>Partiellement atteint</b> (7 pays sur 10)
<b>8.2</b> Élimination de l'onchocercose dans 4 pays	<b>Atteint</b> (4 pays)
<b>8.3</b> Élimination de la transmission de la maladie de Chagas dans 21 pays d'endémie	<b>Partiellement atteint</b> (15 pays)
<b>8.4</b> Élimination du paludisme dans au moins 3 des 7 pays d'endémie en phase de pré-élimination	<b>Atteint</b> (3 des 7 pays en phase de pré-élimination)
<b>8.5</b> Zéro cas humain de rage transmise par les chiens dans 35 États Membres	<b>Partiellement atteint</b> (33 États Membres)

**Analyse :***Élimination de la transmission mère-enfant*

En date de 2019, sept pays et territoires (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes, îles Caïmans, Cuba, Montserrat et Saint-Kitts-et-Nevis) ont été validés par l'OMS comme ayant éliminé la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis, ce qui est inférieur à la cible de dix pays. Deux territoires candidats n'ont pas été recommandés par le Comité régional. Parmi les difficultés rencontrées dans le processus de validation des pays, on peut citer les catastrophes naturelles dans les Caraïbes, d'autres priorités de santé publique concurrentes et les fréquentes mises à jour des exigences mondiales en matière de validation, ce qui a rendu le processus plus lourd pour les pays. Actuellement, deux pays sont en cours de validation et deux autres devraient soumettre en 2020 la demande officielle pour entamer le processus de validation. Par conséquent, la cible est considérée comme partiellement atteinte.

*Onchocercose*

En date de 2019, quatre pays avaient éliminé l'onchocercose, la cible de quatre pays étant ainsi pleinement atteinte. L'OMS a vérifié l'élimination de l'onchocercose en Équateur (2014), au Mexique (2015) et au Guatemala (2016) ; l'élimination avait déjà été vérifiée en Colombie en 2013. La principale stratégie pour parvenir à l'élimination a été l'administration massive de médicaments, c'est-à-dire l'administration périodique (deux fois par an) d'ivermectine (Mectizan), avec une couverture minimale de 85 % à chaque cycle de traitement sur une période de 10 à 12 ans. Cette mesure s'est accompagnée de programmes d'éducation sanitaire et de mobilisation sociale. Le partenariat entre les programmes des pays, le programme d'élimination de l'onchocercose pour les Amériques et l'OPS a été la clé du succès. Pour l'avenir, il ne reste plus qu'un seul foyer dans la Région, à la frontière entre le Venezuela et le Brésil.

### *Maladie de Chagas*

En date de 2019, 15 pays d'endémie avaient réussi à éliminer la transmission de la maladie de Chagas, ce qui est inférieur à la cible de 21 pays. Cela signifie que la cible a été partiellement atteinte. Au cours de la période couverte par le Plan stratégique, de nouvelles données probantes ont été recueillies et ont permis de conclure que le Guyana, la Guyane française, le Panama et le Suriname (pays précédemment ciblés) ont une transmission sylvatique de la maladie de Chagas, et qu'il n'y a donc aucune raison de maintenir l'interruption de la transmission comme objectif de santé publique dans ces pays. L'Équateur et le Venezuela ont très peu progressé depuis 2014.

### *Paludisme*

En date de 2019, trois pays qui étaient auparavant en phase de pré-élimination avaient réussi à éliminer le paludisme, la cible a donc été atteinte. Le Paraguay et l'Argentine ont été certifiés comme pays exempts de paludisme en 2018 et 2019, respectivement. À la fin de 2019, El Salvador atteignait trois ans sans transmission locale, situation qui sera certifiée par l'OMS en 2020 ; cela permettra à El Salvador d'être considéré officiellement comme un pays exempt de paludisme. En outre, le Belize n'a connu aucune transmission autochtone du paludisme en 2019. Le pays doit avoir enregistré trois années consécutives sans cas autochtone pour être techniquement considéré comme exempt de paludisme et demander la certification de l'OMS.

Les pays qui ont récemment éliminé le paludisme doivent s'assurer que leurs systèmes de santé ont les capacités de détection, de diagnostic, d'investigation et d'intervention face à l'apparition de nouveaux cas importés ou autochtones, tandis que les autres pays d'endémie doivent continuer à progresser dans la réduction des cas pour parvenir à l'élimination. Dans le même temps, l'augmentation de la transmission du paludisme dans certains pays et la dynamique intense des mouvements de population et d'autres déterminants sociaux, tels que l'extraction d'or, constituent des défis importants pour l'élimination du paludisme dans la Région.

### *Cas humains de rage transmise par les chiens*

En date de 2019, 33 des 35 États Membres n'avaient enregistré aucun cas humain de rage transmise par les chiens. En 2018, 13 cas ont été enregistrés (en Bolivie, en Haïti et en République dominicaine), et en 2019, seuls trois cas ont été enregistrés (Bolivie et Haïti). La Région n'a pas atteint l'objectif de zéro cas de rage humaine transmise par les chiens, mais des améliorations significatives ont été enregistrées dans les pays où la maladie n'a pas encore été éliminée. En Haïti, une importante campagne de vaccination des chiens a été lancée en 2019 avec le soutien de la Banque mondiale. Il est primordial que les pays, les donateurs et les organisations internationales unissent leurs efforts pour mettre fin à la rage humaine transmise par les chiens dans les Amériques. La Bolivie, Haïti et la République dominicaine doivent prioriser les actions visant à éliminer cette maladie mortelle dans le cadre de leurs programmes de santé.

## **Recommandations :**

### *Élimination de la transmission mère-enfant*

- Saisir l'occasion offerte par le nouveau cadre pour l'Élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis, de la maladie de Chagas et de l'hépatite B (ETME Plus) pour établir des critères de validation qui conduisent à une évaluation et une amélioration continues de la qualité des services de santé maternelle et infantile.
- Assurer des diagnostics fiables au moyen de la mise en œuvre d'une évaluation externe de la qualité des réseaux de laboratoires nationaux, non seulement pour le VIH et la syphilis, mais aussi pour toutes les autres maladies infectieuses dans le cadre de l'initiative d'élimination des maladies de l'OPS.

### *Maladies infectieuses négligées*

- Renforcer l'engagement politique au plus haut niveau et augmenter les ressources humaines, logistiques et financières pour la lutte contre les maladies infectieuses négligées et leur élimination, y compris la surveillance post-élimination.
- Développer des synergies intersectorielles pour traiter des déterminants sociaux et environnementaux des maladies infectieuses négligées (eau, assainissement, logement, éducation, hygiène, environnement, travail, etc.) dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, de la Santé dans toutes les politiques et de l'initiative de l'OPS pour l'élimination des maladies.
- Créer des capacités pour traiter de la lutte contre les maladies infectieuses négligées et de leur élimination sur une base inter-programmatique, en fournissant aux personnes et aux communautés touchées des soins complets, afin que personne ne soit laissé pour compte.

### *Paludisme*

- Mettre en œuvre des actions supplémentaires pour prévenir le rétablissement de la transmission dans les pays qui ont récemment éliminé le paludisme.
- Maintenir les actions et continuer à promouvoir les plateformes techniques, la collaboration entre de multiples acteurs et les initiatives visant à soutenir la réalisation des cibles de 2025.
- Participer aux efforts autour d'un nouveau Plan régional d'élimination du paludisme 2021-2025, que l'OPS préparera au cours de l'année 2020.

### *Cas humains de rage transmise par les chiens*

- Renforcer les actions de surveillance et de prévention et, lorsque cela est nécessaire, assurer l'accès à la prophylaxie post-exposition.

## Objectif 9 : Prévenir les décès, les maladies et les handicaps découlant de situations d'urgence

Cible	Situation (2019)
9.1 Taux brut de mortalité revenu à un niveau de référence accepté (niveaux d'avant la catastrophe) dans les trois mois pour au moins 70 % des situations d'urgence	Atteint (100 %)

### Analyse :

Entre 2014 et 2019, il y a eu 60 situations d'urgence dans différents pays qui répondaient aux critères de niveau 2 ou 3, comme indiqué dans les spécifications techniques pour la cible 9.1. Le BSP a pleinement mis en œuvre les normes de performance du Cadre d'action d'urgence de l'OMS en réponse à ces situations d'urgence.

Sur ces 60 événements, 16 ont été pris en compte pour cette évaluation (tableau 1) ; les autres ont été exclus en raison des critères de l'indicateur ou de la non-disponibilité des données. La cause sous-jacente de décès<sup>16</sup> observée pour 10 des 16 événements n'a pas montré de relation de cause à effet raisonnable avec ces événements. Dans neuf de ces 10 événements, aucun décès dû à l'exposition aux forces de la nature n'a été enregistré dans la base de données sur la mortalité du pays pour l'année au cours de laquelle l'événement s'est produit. Dans les six autres événements, le taux brut de mortalité est revenu aux niveaux d'avant la catastrophe dans les trois mois. Sur la base des 16 événements évalués, cet indicateur peut être considéré comme atteint, étant donné que la mortalité pour six événements est revenue aux niveaux de référence dans les trois mois, et que neuf n'ont enregistré aucun décès dû à l'exposition aux forces de la nature dans la base de données sur la mortalité du pays pour l'année au cours de laquelle l'événement s'est produit.

Des enseignements importants ont été tirés de tous les événements, et certains mécanismes de réponse internes ont été revus et mis à jour en conséquence. Le BSP a également tiré parti des activités de riposte pour intégrer des interventions planifiées de type atténuation et préparation dans la coopération technique avec les pays touchés. Cette stratégie a été particulièrement efficace lors des différentes opérations visant à renforcer les capacités des laboratoires et à augmenter la couverture vaccinale en réponse aux flambées épidémiques. L'innovation et l'investissement dans les nouvelles technologies se sont également avérés essentiels pour surmonter les difficultés de gestion de l'information et de mise en œuvre des activités dans le cadre d'opérations d'urgence très complexes, comme la réponse à la situation au Venezuela.

<sup>16</sup> Comme défini dans le volume 2 de la CIM-10 (2016), la cause sous-jacente du décès est *a*) la maladie ou le traumatisme à l'origine de la série d'événements morbides conduisant directement au décès, ou *b*) les circonstances de l'accident ou de la violence qui a produit le traumatisme mortel.

L'un des principaux facteurs favorables liés à cet objectif a été l'effort du BSP pour tirer parti des partenariats et alliances nouveaux et existants et pour établir des réseaux et des groupes de travail. Ceux-ci comprennent le Réseau interaméricain d'assistance sanitaire humanitaire (IHHAN), tel que défini dans le *Plan d'action de l'OPS pour la coordination de l'assistance humanitaire*, adopté par la résolution CD53.R9, ainsi que le Groupe régional des équipes médicales d'urgence des Amériques. Cela a permis à l'OPS de collaborer avec des parties prenantes nationales clés occupant des postes de direction qui peuvent à leur tour stimuler la collaboration au niveau national.

L'instabilité politique et la détérioration de la situation sécuritaire de certains pays ont constitué un risque important qui a eu des répercussions sur plusieurs opérations d'intervention sanitaire au cours de la période et qui a limité les opérations dans le secteur de la santé.

Les défis méthodologiques qui ont une incidence sur cet indicateur d'impact comprennent la disponibilité limitée de statistiques de l'état civil en temps utile ainsi que la nécessité d'assurer un alignement complet avec le 13<sup>e</sup> programme général de travail de l'OMS et les indicateurs des ODD. En conséquence, l'OPS a adopté un indicateur d'impact révisé relatif aux décès dus aux catastrophes et aux situations d'urgence pour le Plan stratégique 2020-2025. Il est aligné sur le cadre de résultats du 13<sup>e</sup> programme général de travail de l'OMS et sur l'indicateur 13.1.1 des ODD, qui tous deux calculent le taux de mortalité attribué aux catastrophes pour 100 000 habitants.

#### Recommandation :

- Assurer un suivi de l'indicateur révisé relatif aux décès dus aux catastrophes et aux situations d'urgence.

**Tableau A. 1. Situations d'urgence et catastrophes prises en compte dans l'évaluation de l'objectif 9**

Pays	Événement	Date	Commentaires
Porto Rico	Ouragan Maria	20 sept. 2017	La base de données sur la mortalité n'incluait pas le mois d'occurrence.
Cuba	Ouragan Irma	8 sept. 2017	Le taux brut de mortalité de septembre était inférieur aux taux d'août et d'octobre. Quatre provinces ont fourni des informations sur la cause spécifique de décès en septembre. Le taux en juillet, août, octobre et novembre était de 0 car il n'y a pas eu de décès dus à une tempête cataclysmique (CIM-10 code X37).
Mexique	Tremblement de terre	7-9 sept. 2017	Le taux brut de mortalité de septembre était inférieur à celui d'août. Huit États déclarent des décès dus à une cause spécifique (victime d'un tremblement de terre) en septembre. Les taux en juillet, août, octobre et novembre étaient de 0, sauf pour le Distrito Federal (Mexico) avec un taux de mortalité de 0,05 pour 100 000 en octobre.

Pays	Événement	Date	Commentaires
Anguilla	Ouragan Irma	6 sept. 2017	Aucun décès dû à l'exposition aux forces de la nature n'a été enregistré dans les bases de données nationales sur la mortalité pour l'année au cours de laquelle l'événement s'est produit.
Antigua-et-Barbuda			
Costa Rica	Ouragan Otto	24 nov. 2016	Le taux brut de mortalité de novembre était inférieur à celui de décembre et légèrement supérieur à celui de septembre. Dans deux provinces, les décès dus à des causes spécifiques sont plus nombreux en novembre qu'en septembre-octobre, quant le taux de mortalité était de 0, et qu'en décembre, quant le taux était également de 0.
Cuba	Ouragan Matthew	4 oct. 2016	Aucun décès dû à l'exposition aux forces de la nature n'a été enregistré dans la base de données nationale sur la mortalité pour l'année au cours de laquelle l'événement s'est produit.
Belize	Ouragan Earl	4 août 2016	Aucun décès dû à l'exposition aux forces de la nature n'a été enregistré dans la base de données nationale sur la mortalité pour l'année au cours de laquelle l'événement s'est produit.
Équateur	Tremblement de terre	16 avril 2016	Le taux de mortalité de la province de Manabi (touchée par le tremblement de terre) était plus élevé en avril qu'en mai, juin et juillet.
Dominique	Tempête tropicale Erika	16 août 2015	Le taux brut de mortalité du mois d'août était plus élevé que ceux de septembre et d'octobre. Il y a eu 9 décès pour lesquels d'autres causes spécifiques de décès ont été déclarées (victimes d'avalanche, de glissement de terrain et d'autres mouvements telluriques, code X36 de la CIM-10, et exposition à d'autres forces de la nature, autres et sans précision, code X39 de la CIM-10).
Paraguay	Inondations	1 <sup>er</sup> avril 2015	Aucun décès dû à l'exposition aux forces de la nature n'a été enregistré dans la base de données nationale sur la mortalité pour l'année au cours de laquelle l'événement s'est produit.
Chili	Inondations et glissements de terrain	1 <sup>er</sup> mars 2015	Trois régions ont enregistré des décès dus à une cause spécifique (victime d'une avalanche, d'un glissement de terrain et d'autres mouvements telluriques) en mars, et le taux spécifique était plus élevé qu'en avril, mai et juin.
Paraguay	Inondations	1 <sup>er</sup> mai 2014	Un seul décès (victime d'une tempête cataclysmique).
Dominique	Inondations de Noël	24 déc. 2013	Aucun décès dû à l'exposition aux forces de la nature n'a été enregistré dans les bases de données nationales sur la mortalité pour l'année au cours de laquelle l'événement s'est produit.
Saint-Vincent-et-les-Grenadines			
Sainte-Lucie			

## **Annexe B. Processus et méthodologie d'évaluation de fin de période biennale**

1. Cette section décrit brièvement les composantes et la méthodologie du processus d'évaluation de fin de période biennale.

### **Évaluation des objectifs d'impact**

2. Le Plan stratégique 2014-2019 a défini neuf objectifs d'impact assortis de 26 cibles et indicateurs pour mesurer les progrès au niveau régional. Pour établir et affiner les indicateurs d'impact dans le Plan stratégique de l'OPS, la 153<sup>e</sup> session du Comité exécutif (2013) a constitué le Groupe de travail des pays en tant que groupe de collaboration avec les États Membres et le BSP.

3. Les indicateurs utilisent les informations sur la mortalité observée communiquées par les pays. Les données ne sont pas corrigées, ni pour les erreurs de classification ni pour les sous-enregistrements. Dans le cas de la mortalité maternelle et infantile, les pays ont accepté d'utiliser les estimations actualisées produites par des groupes inter-institutions. Étant donné que l'indicateur d'espérance de vie en bonne santé nécessite des informations autres que les données sur la mortalité, telles que la morbidité et les facteurs de risque, les pays sont convenus d'utiliser, le cas échéant, les estimations d'espérance de vie en bonne santé calculées par l'Institute for Health Metrics and Evaluation.

4. Au moment des premiers calculs (2013), les séries les plus complètes disponibles pour la mortalité concernaient la période 1999 à 2009. Les cibles pour la période 2014 à 2019 reposent sur des projections élaborées par le BSP, elles-mêmes basées sur une modélisation statistique utilisant des modèles de lissage exponentiel, comme convenu et approuvé par les États Membres de l'OPS et le BSP. Par conséquent, il est important de noter que l'ampleur des indicateurs a changé dans certains cas du fait que la base de données est continuellement mise à jour à mesure que de nouvelles données sont communiquées par les pays et que la qualité des informations sur la mortalité s'améliore.

5. Les indicateurs d'impact font l'objet d'un suivi à l'aide de la base de données régionale sur la mortalité de l'OPS et d'autres sources d'information existantes, y compris les données communiquées par les pays à l'OPS, l'OMS et d'autres mécanismes officiels. Les évaluations intermédiaires figurant dans le présent rapport ont été réalisées conformément aux spécifications techniques du recueil d'indicateurs.<sup>17</sup> L'évaluation globale des cibles a pris en compte l'analyse quantitative et qualitative intégrée des indicateurs correspondants, en utilisant les critères d'évaluation ci-dessous.

➤ **Dépassé** : la cible de 2019 a été atteinte et dépassée, ce qui signifie que la variation entre l'année de référence et 2019 a été supérieure à 100 % de la variation cible.

---

<sup>17</sup> Organisation panaméricaine de la Santé, Recueil des indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires : Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Octobre 2014. Disponible en anglais sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23129&Itemid=&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23129&Itemid=&lang=en)

---

- **Atteint** : la cible de 2019 a été atteinte ou presque, ce qui signifie que la variation entre l'année de référence et 2019 se situe entre 90 % et 100 % de la variation cible.
- **Partiellement atteint** : la cible de 2019 n'a pas été atteinte. Cependant, la variation entre l'année de référence et 2019 se situe entre 75 et 89 % de la variation cible.
- **Non atteint** : la cible de 2019 n'a pas été atteinte. De plus, la variation entre l'année de référence et 2019 a été inférieure à 75 % de la variation cible.

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

6. L'autre élément clé de l'évaluation de fin de période biennale est l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats définis avec les États Membres pour le Plan stratégique 2014-2019 et le programme et budget 2018-2019.<sup>18</sup> Ils ont tous des niveaux de référence et des cibles définis, ainsi que des spécifications techniques, qui fournissent des définitions et des critères de mesure types pour guider l'évaluation.

7. Pour les évaluations 2014-2015 et 2016-2017, le processus a suivi les mandats des États Membres (résolutions CD52.R8, CD53.R3 et CD54.R16), dans lesquelles les États Membres et le BSP se sont engagés en termes de responsabilité conjointe et de transparence. Toutefois, en raison des difficultés à mener l'évaluation conjointe des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats au moment où les pays font face à la COVID-19, les résultats de ce rapport ne comprennent pas d'informations provenant de l'évaluation conjointe. À cet égard, les indicateurs ont été évalués sur la base des informations dont dispose le BSP, en suivant les critères d'évaluation ci-dessous. Les différentes autorités sanitaires nationales peuvent compléter l'évaluation conjointe dans la mesure où elles le peuvent afin de refléter l'évaluation des indicateurs par le pays et de documenter les résultats pour que cela soit pris en compte dans la planification future.

### **Critères d'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats au niveau régional**

- **Dépassé** : la cible de 2019 a été atteinte et dépassée, ce qui signifie que la variation entre l'année de référence et 2019 a été supérieure à 100 % de la variation cible.
- **Atteint** : la cible de 2019 a été atteinte ou presque, ce qui signifie que la variation entre l'année de référence et 2019 se situe entre 90 % et 100 % de la variation cible.
- **Partiellement atteint** : la cible de 2019 n'a pas été atteinte. Cependant, la variation entre l'année de référence et 2019 se situe entre 1 % et 89 % de la variation cible.
- **Non atteint** : la cible de 2019 n'a pas été atteinte. De plus, la variation entre l'année de référence et 2019 a été de 0 % ou moins de la variation cible.

---

<sup>18</sup> Pour ce rapport, les indicateurs de résultats intermédiaires qui ont été évalués correspondent à l'ensemble révisé qui a été approuvé dans le Plan stratégique amendé lors de la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2017, qui est entré en vigueur en 2018.

## **Annexe C. Glossaire des termes programmatiques et budgétaires**

Cette annexe fournit les définitions des termes clés présentés dans ce document.

***Allocation de l'OMS pour les Amériques*** : un double concept budgétaire et de financement. En tant que terme budgétaire, il est fait référence à l'espace budgétaire du budget programme de l'OMS qui a été attribué à la Région des Amériques, tel qu'approuvé par les États Membres au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé. En tant que terme de financement, il est fait référence aux fonds effectivement reçus de l'OMS pour financer la composante OMS du programme et budget de l'OPS.

***Autres fonds spéciaux (fonds spéciaux)*** : les recettes provenant des dépenses d'appui aux programmes liées aux contributions volontaires, ainsi que tout autre revenu autorisé qui finance le programme et budget, comme les recettes provenant des ventes et des services et les recettes provenant des frais de services sur les fonds de passation de marchés, ou tout autre fonds spécial qui a été autorisé par les Organes directeurs. Le Fonds des contributions volontaires destinées à la préparation aux situations d'urgence et aux secours en cas de catastrophes est également inclus dans cette composante.

***Autres sources de financement (autres sources)*** : les contributions volontaires qui sont mobilisées directement par l'OPS, ainsi que d'autres fonds spéciaux qui financent le budget programme.

***Budget*** : espace budgétaire à des fins de planification. Le budget de l'OPS, qu'il soit affecté à l'ensemble de l'Organisation ou à des éléments programmatiques ou organisationnels, est un espace fiscal non financé qui nécessite un financement effectif. Le concept d'un seau vide peut être utile pour visualiser le concept de budget : le seau n'est rempli qu'une fois les fonds effectifs reçus et affectés au seau budgétaire afin d'être engagés (également appelés engagements) et passés en charge. Synonymes : espace budgétaire, volant budgétaire, marge budgétaire, allocation budgétaire, plafond (budgétaire), enveloppe budgétaire.

***Catégories*** : domaines de focalisation stratégiques qui ont été utilisés pour guider la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019. Le Plan stratégique 2014-2019 a été organisé en six catégories. Le concept de catégories a été abandonné pour le Plan stratégique 2020-2025.

***Contributions fixées (contributions fixées de l'OPS)*** : l'une des principales sources de financement du programme et budget. La Conférence sanitaire panaméricaine ou le Conseil directeur adopte le programme et budget total et le montant des quotes-parts, déterminé conformément à l'article 4.3 du Règlement financier de l'OPS, pour la période budgétaire. Une fois que la Conférence sanitaire panaméricaine ou le Conseil directeur a adopté le programme et budget, le Directeur informe les États Membres de leurs engagements en matière de contributions pour la période budgétaire. Les contributions fixées et les recettes diverses budgétisées sont mises à disposition pour exécution le premier jour de la période budgétaire à laquelle elles se rapportent.

---

**Contributions volontaires** : dons et legs, en espèces ou en nature, qui peuvent être utilisés par l'Organisation pour financer le programme et budget. Les conditions qui peuvent y être attachées doivent être conformes aux objectifs et aux politiques de l'Organisation.

**Contributions volontaires nationales** : voir « Initiatives parrainées par les gouvernements ».

**Domaine programmatique** : priorités pour l'Organisation qui ont été identifiées par les États Membres dans le cadre de l'élaboration du 12<sup>e</sup> programme général de travail de l'OMS 2014-2019. Pour le Plan stratégique 2014-2019, chaque résultat intermédiaire correspondait à un domaine programmatique. Le concept de domaines programmatique a été abandonné pour le Plan stratégique 2020-2025.

**Écart de financement** : différence entre le budget et le financement effectif de l'Organisation (ou un sous-élément de celui-ci). Cet écart est normalement comblé par la mobilisation de ressources. Synonymes : déficit de financement, budget non financé.

**Exécution ou mise en œuvre** : fonds engagés pour des activités, des biens et des services, et des dépenses de personnel qui ont été intégralement reçus, achevés ou passés en charge au dernier jour de la période biennale.

**Financement** : tous les revenus dont l'Organisation tient compte pour financer le programme et budget, même lorsque les « liquidités » correspondantes n'ont pas été intégralement reçues, ou lorsque certains de ces fonds sont destinés à être utilisés au cours de périodes biennales futures (par exemple, les contributions volontaires pluriannuelles). Cela suppose que tous les engagements financiers des États Membres et des donateurs (c'est-à-dire les contributions fixées de l'OPS et les contributions volontaires signées) seront intégralement honorés.

**Financement de l'OMS** : fonds effectivement reçus de l'OMS pour financer la composante OMS du programme et budget de l'OPS. Le financement de l'OMS consiste soit en des fonds flexibles de l'OMS, soit en des contributions volontaires de l'OMS. Au cours des dernières périodes biennales, le montant du financement de l'OMS a été inférieur au budget de l'OMS alloué à la Région des Amériques.

**Fonds disponibles** : fonds qui ont été distribués aux entités et qui sont prêts pour l'exécution dans leurs plans de travail. Cela comprend tous les fonds flexibles, ainsi que le sous-ensemble des contributions volontaires et autres sources de revenus qui peuvent être utilisées au cours de la période biennale concernée.

**Fonds flexibles** : contributions fixées de l'OPS et de l'OMS, recettes diverses de l'OPS et recettes générées par des mécanismes spéciaux de recouvrement des coûts tels que les dépenses d'appui aux projets pour l'OPS et l'OMS. Bien que de nature plus limitée, le Compte des contributions volontaires de base de l'OMS est également considéré comme un fonds flexible.

**Impact** : changements durables dans la santé des populations, auxquels les activités des États Membres de l'OPS, du BSP et d'autres partenaires contribueront.

**Initiatives parrainées par les gouvernements** : fonds fournis par les gouvernements nationaux pour financer des initiatives spécifiques dans le pays qui sont alignées sur les

mandats existants de l'OPS ; également appelés contributions volontaires nationales (CVN). En général, les CVN sont fournies dans le cadre d'accords nationaux de coopération technique. Étant donné que la plupart de ces contributions sont planifiées, mises en œuvre et font l'objet de rapports au niveau national, elles ne relèvent pas de la gouvernance du programme et budget de l'OPS, bien qu'elles soient gérées strictement selon les règles et règlements financiers de l'OPS et fassent l'objet d'une comptabilité dans les rapports financiers. Les résultats programmatiques des accords nationaux de coopération technique sont présentés dans le cadre des réalisations stratégiques de l'Organisation. Le niveau des CVN a beaucoup fluctué ces dernières années, et de ce fait il est difficile de prévoir le niveau exact de cette modalité de financement pour 2020-2021.

**Plan stratégique** : document officiel de l'OPS qui définit l'orientation stratégique de l'Organisation, sur la base des priorités collectives de ses États Membres, pour une période de six ans. Pour le Plan stratégique 2014-2019, l'OPS a adopté trois programmes et budgets, correspondant aux périodes biennales 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019.

**Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030)** : le plus haut niveau de planification stratégique et de cadre de politique pour la santé dans les Amériques. Il représente la réponse du secteur de la santé aux engagements adoptés par les États Membres de l'OPS dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, ainsi que les activités inachevées des objectifs du Millénaire pour le développement et du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Il considère également les défis émergents et futurs en matière de santé publique dans la Région. Le PASDA2030 est mis en œuvre au moyen des plans stratégiques et des stratégies de l'OPS, ainsi que des plans infrarégionaux et nationaux pour la santé.

**Programmes de base** : le plus grand des deux principaux segments budgétaires qui composent le programme et budget de l'OPS. Ils comprennent le cadre programmatique principal convenu dans le Plan stratégique de l'OPS. En 2018-2019, les programmes de base ont été organisés en six catégories et 33 domaines programmatiques, comme adopté par la 29<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine.

**Programme et budget** : document officiel de l'OPS qui définit les résultats et les cibles de l'Organisation convenus par les États Membres pour une période de deux ans. Il présente le budget dont le BSP aura besoin pour aider les États Membres à obtenir un impact maximal en matière de santé. Il suit le cadre programmatique convenu dans le Plan stratégique de l'OPS. À partir de la période couverte par le Plan stratégique 2020-2025, le document porte le nom de budget programme.

**Programme et budget approuvé** : estimation des besoins en ressources qui ont été approuvées par les États Membres pour une période budgétaire spécifique. Les montants totaux approuvés sont alloués aux principaux segments du programme et budget (programmes de base et programmes spéciaux). Pour les programmes de base, le budget est également réparti entre les catégories programmatiques actuelles (correspondant au cadre du Plan stratégique 2014-2019).

**Programme et budget approuvés pour AMRO** : espace budgétaire du budget programme de l'OMS qui a été attribué à la Région des Amériques. Il peut ou non être entièrement financé.

**Programme général de travail (PGT)** : document officiel de l'Organisation mondiale de la Santé qui définit l'orientation stratégique de l'OMS, indique comment elle va procéder à la mise en œuvre du programme et fournit un cadre permettant de mesurer les progrès accomplis. Le 12<sup>e</sup> PGT couvre la période 2014-2019, ce qui correspond à la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Il couvrait trois budgets programmes de l'OMS, correspondant aux périodes biennales 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019. Le 13<sup>e</sup> PGT couvre la période 2019-2023 et les budgets programmes des périodes biennales 2020-2021 et 2022-2023 de l'OMS, mais il a également eu une influence sur la mise en œuvre du programme et budget 2018-2019 de l'OPS par l'entremise de l'allocation de ressources dans le cadre de l'autorité existante du Directeur général de l'OMS.

**Programmes spéciaux** : le deuxième des deux grands segments budgétaires qui composent le budget de l'OPS. Il dépend entièrement des contributions volontaires. Pour le programme et budget 2018-2019, ce segment budgétaire comprenait des éléments liés à l'éradication de la fièvre aphteuse, à l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises, à l'initiative Hôpitaux intelligents et au maintien de l'éradication de la poliomyélite.

**Recettes diverses** : revenus tirés du placement des fonds administrés par l'Organisation, des commissions de placement associées aux portefeuilles, des gains et pertes de change nets, des économies sur les obligations de période antérieures et autres recettes.

**Résultat immédiat** : modifications dans les systèmes, services et outils nationaux découlant de la collaboration entre le BSP et les États Membres, et dont ils sont conjointement responsables.

**Résultat intermédiaire** : modifications collectives ou individuelles des facteurs qui ont une incidence sur la santé des populations, auxquelles les activités des États Membres et du BSP contribueront.

- - -