



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



46^e CONSEIL DIRECTEUR
57^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U, 26-30 septembre 2005

Point 4.4 de l'ordre du jour provisoire

CD46/8 (Fr.)
30 août 2005
ORIGINAL : ANGLAIS

**ÉVALUATION À MI-PAROURS DE L'EXÉCUTION
DU PLAN STRATÉGIQUE DU BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN
POUR LA PÉRIODE 2003-2007**

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Résumé d'orientation	3
Introduction	4
Antécédents et contexte : Relier les objectifs du Plan stratégique aux programmes et initiatives.....	7
Progrès sur la voie des objectifs du Plan stratégique 2003-2007.....	11
Groupes spéciaux.....	11
Pays clés.....	19
Progrès sur la voie des objectifs de la coopération technique dans les domaines prioritaires.....	21
Progrès sur la voie des buts et objectifs de développement organisationnel	31
Implications de la présente évaluation.....	31
Implications pour le Plan stratégique actuel 2003-2007.....	31
Recommandations basées sur la présente évaluation pour le prochain Plan stratégique 2008-2012.....	46
Mesures à prendre par le Conseil directeur	49
Liste d'acronymes	
Annexe : Matrice de la coopération technique	

Résumé d'orientation

1. Le présent document présente l'évaluation à mi-parcours de l'exécution du *Plan stratégique pour le Bureau sanitaire panaméricain, 2003-2007* (CSP26/10; ci-après « PS 03-07 ») au 46^e Conseil directeur. En tenant compte de l'approche globale basée sur les résultats qui a caractérisé le travail de l'Organisation et ses rapports à ses organes directeurs, le Secrétariat¹ a été aussi rigoureux que possible dans l'évaluation des progrès, utilisant des données quantitatives chaque fois que possible pour adosser l'information qualitative.
2. Le Secrétariat a rassemblé des informations sur les progrès pour virtuellement tous les objectifs contenus dans le PS 03-07 (dont les orientations pour les groupes spéciaux et pays clés (PC), 46 objectifs de coopération technique (CT), et huit objectifs de développement organisationnel). Alors que la nature de l'information varie en fonction du domaine technique, du calendrier, de la disponibilité des données des rapports et d'autres facteurs, l'évaluation globale présente ce que le Secrétariat estime être un panorama complet de la situation à compter de la moitié de 2005.
3. Les orientations pour les groupes spéciaux et les pays clés ont été pleinement intégrées dans les programmes et les initiatives du Secrétariat, et des progrès ont été accomplis dans l'ensemble des programmes du Secrétariat, ainsi que dans les pays eux-mêmes.
4. Conformément au mandat que lui ont confié les États Membres, le Secrétariat a travaillé à la réalisation des objectifs de coopération technique du PS 03-07 tout en reconnaissant que virtuellement tous ceux-ci constituent le résultat de l'impact des activités de divers acteurs dans le secteur de la santé, et non du seul Secrétariat. Le rôle du Secrétariat dans la réalisation de ces objectifs a signifié essentiellement : l'appui à la production de données; le suivi et l'analyse; la dissémination des politiques et communications recommandées en réponse aux problèmes; et l'exécution de programmes et d'initiatives ciblés. En ne perdant pas cette optique de vue, l'évaluation a déterminé que 41 % des objectifs techniques sont sur la voie d'être atteints d'ici 2007, 41 % ne sont pas certains d'être atteints, et 18 % ne seront probablement pas atteints. Ces pourcentages répercutent la nature ambitieuse des objectifs. Des moyens d'aborder les objectifs qui ne devraient pas être atteints sont examinés dans la section des implications du présent document.
5. Les objectifs de développement organisationnel, décrits plus à fond dans la *Stratégie de gestion du travail du Bureau sanitaire panaméricain pour la période 2003-2007* (document CD44/5; ci-après la « stratégie de gestion du travail ») sont traités sur

¹ Dans le présent document, les termes « Secrétariat » et « Bureau sanitaire panaméricain » (ou BSP) sont utilisés de façon interchangeable.

une base constante. Les progrès ont été considérables et seront indiqués en détail dans le document de travail *Mise à jour du processus de renforcement institutionnel au sein du Bureau sanitaire panaméricain* (CD46/15) et le document d'information *Actions menées en 2004-2005 pour renforcer le Bureau sanitaire panaméricain* (CD46/INF/3, Rev. 1) soumis en même temps que le présent document.

6. Pendant qu'elle procédait à cette évaluation, l'équipe en charge a fait plusieurs observations qui pourraient s'avérer utiles dans la préparation du prochain Plan stratégique correspondant à la période 2008-2012. Ces dernières sont présentées dans la section finale du document. Il faut souhaiter qu'en plus de donner leur feed-back sur l'évaluation en soi, les États Membres tiendront compte de ces points dans leurs commentaires au titre de la tentative continue pour améliorer la qualité des efforts du Secrétariat sur le plan de la planification, du suivi et des rapports.

Introduction

7. La résolution CSP26.R18 de la 26^e Conférence sanitaire panaméricaine a adopté le PS 03-07 et a demandé à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de suivre et d'évaluer son exécution selon qu'il convient.

8. Le but de la présente évaluation, réalisée à mi-parcours de la période de planification est le suivant :

- a) Évaluer la cohérence entre le PS 03-07 et les programmes et initiatives exécutés par le BSP depuis l'approbation du plan
- b) Évaluer la mesure dans laquelle les priorités du PS 03-07 ont été abordées, et évaluer les progrès sur la voie des objectifs établis dans le PS 03-07 pour le développement organisationnel et la coopération technique
- c) Analyser les implications des progrès dans l'exécution du PS 03-07 en termes d'ajustements éventuels aux objectifs du plan pour le reste du cycle de planification, ainsi que pour de futurs exercices de planification.

9. Il est à espérer que ce document non seulement donnera une information utile (bien que provisoire) sur les résultats programmatiques et organisationnels au Conseil directeur, mais qu'il servira également à susciter des débats et des suggestions quant au bien-fondé et à la pertinence du PS 03-07 actuel pour le reste de la période 2005-2007 qu'il couvre. Le Secrétariat accueille favorablement cette discussion, à la fois en termes des problèmes actuels et des leçons tirées du Plan stratégique en cours qui pourraient étayer le développement de son successeur.

10. Le PS 03-07 a exposé les valeurs, la vision et la mission du Secrétariat, a examiné le contexte dans lequel il fonctionne et a spécifié les priorités opérationnelles suivantes :

- Porter les efforts sur quatre groupes spéciaux (plus tard étendus à cinq ; la liste complète est incluse ici) : les pauvres, les populations indigènes, les femmes, les enfants et les personnes âgées.
- Mener des efforts collectifs dans cinq pays clés : Bolivie, Haïti, Honduras, Guyana et Nicaragua.
- Concentrer les efforts sur huit domaines de coopération technique, incluant la réalisation d'objectifs spécifiques (détaillés ci-dessous à la Section « Progrès sur la voie des objectifs de la coopération technique dans les domaines prioritaires » et dans l'Annexe) :
 - (1) Prévention, contrôle et réduction des maladies transmissibles
 - (2) Prévention et contrôle de maladies non transmissibles
 - (3) Promotion de modes de vie et d'environnements sociaux sains
 - (4) Croissance et développement sains
 - (5) Promotion d'environnements physiques sûrs
 - (6) Préparation aux catastrophes, gestion et organisation des secours
 - (7) Assurance de l'accès universel à des systèmes de santé intégrés, équitables et durables
 - (8) Promotion d'un apport sanitaire efficace dans les politiques sociales, économiques, environnementales et de développement.
- Améliorer la capacité opérationnelle à travers le développement organisationnel conformément à six objectifs :
 - (1) Communiquer une information de qualité de manière ponctuelle pour renforcer le processus et l'impact de la coopération technique.
 - (2) Générer et utiliser les renseignements stratégiques pour anticiper et accroître les réponses proactives aux défis futurs et récolter le bénéfice des opportunités.
 - (3) Devenir un membre estimé des réseaux scientifiques et technologiques prédominants, en mettant le savoir au service du développement régional de la santé.
 - (4) Devenir un chef de file reconnu des problèmes transnationaux et mondiaux qui affectent la santé régionale et nationale.

- (5) Encourager un personnel créatif, compétent et dévoué qui est jugé exceptionnel par ses clients.
- (6) Être une organisation très performante et établir des jalons pour des agences sanitaires internationales similaires.

11. Les Objectifs du millénaire pour le développement des Nations Unies (OMD), même s'ils sont mentionnés dans le PS 03-07, à l'époque à laquelle le PS 03-07 était préparé, les buts et les ODM étaient encore en cours de parachèvement. Les activités organisationnelles suivantes ont incorporé les ODM en tant que partie intégrante du travail de l'OPS.

Méthodologie de l'évaluation à mi-parcours

12. En raison des contraintes de temps et de la nature provisoire de cette évaluation, la méthodologie adoptée était sensible au temps et de haut niveau, tout en étant aussi complète que possible :

- Une équipe a été choisie parmi le personnel de planification, budget programme et appui aux projets (PPS) pour entreprendre l'évaluation et préparer le présent document.
- Les objectifs clés dans les domaines de la coopération technique et du développement organisationnel ont été identifiés dans le Plan stratégique 2003-2007.
- Pour ce qui est des objectifs de coopération technique, les unités techniques du BSP ont été requises de fournir l'information sur les progrès par rapport aux objectifs. Les réponses sont collationnées et présentées dans leur intégralité à l'Annexe, et elles sont résumées dans la Section « Progrès sur la voie des objectifs de la coopération technique dans les domaines prioritaires » du document.
- Pour ce qui est des objectifs de développement organisationnel, l'équipe PPS a fait une analyse des initiatives et projets organisationnels en cours qui 'concrétisaient' les objectifs. Les résultats de cette analyse se trouvent à la Section « Progrès sur la voie des buts et objectifs de développement organisationnel » du document.
- Ce document présente à la fois les progrès sur la voie d'objectifs spécifiques, ainsi que le contexte organisationnel et les interactions opérationnelles pour permettre aux États Membres de comprendre comment le PS 03-07 a été exécuté, les progrès qui ont été réalisés, et les domaines qui requièrent des ajustements.

Antécédents et contexte : Relier les objectifs du Plan stratégique aux programmes et initiatives

13. Les buts et objectifs décrits dans le PS 03-07 sont réalisés au moyen du Budget programme biennal (BPB) et d'une série d'initiatives et de plans et programmes opérationnels. Le diagramme suivant décrit les relations mutuelles entre ces activités, qui sont expliquées en plus de détail dans le texte qui suit :



Exercices de budget programme biennal

14. Le budget programme biennal (BPB) est le principal mécanisme de planification opérationnelle du Secrétariat et à ce titre, il est le document clé pour réaliser les objectifs du Plan stratégique ainsi que les autres priorités organisationnelles.

15. Le BPB pour la période 2002-2003 appuyait initialement les orientations stratégiques et programmatiques (le précédent cadre à moyen terme de 1999 à 2002). Il a été profondément modifié, au niveau opérationnel, au milieu de la période biennale pour commencer l'exécution du PS 03-07 et répercuter le réalignement organisationnel de mars 2003. Le BPB correspondant à la période 2004-2005 et la proposition pour 2006-2007 ont pleinement intégré les objectifs du PS 03-07, ainsi que d'autres priorités

organisationnelles. Un budget par domaine de travail (DdT) a été introduit au niveau de l'ensemble de l'Organisation et les DdT de l'OPS ont été structurés pour renforcer la concordance avec l'OMS pour faciliter la coordination des ressources et assurer la cohérence.

16. Dans le BPB 2004-2005 et le projet de BPB 06-07, les cinq groupes spéciaux sont souvent explicites au niveau du domaine de travail; les cinq pays clés ont été identifiés pour attention prioritaire dans des domaines de travail qui sont étroitement liés à leurs priorités nationales en santé; et tous les objectifs pour les domaines techniques prioritaires sont identifiables dans les buts ou objectifs du domaine de travail et/ou parmi les résultats escomptés.

17. Pour résumer, le contenu, format et processus de développement du BPB a été ajusté pour mieux exécuter les objectifs du PS 03-07, ainsi que les autres objectifs organisationnels, y compris l'alignement sur les domaines de travail de l'OMS.

Stratégie de gestion du travail

18. La résolution CSP26.R18, citée plus haut, demandait également à la Directrice de « présenter une analyse des caractéristiques organisationnelles existantes et de celles requises pour l'exécution du Plan. » En septembre 2003, le Secrétariat a présenté la Stratégie de gestion du travail au 44^e Conseil directeur. La Stratégie de gestion du travail décrit les composantes et objectifs majeurs de développement organisationnel pour la période 2003-2007, et elle est donc à la fois une extension du PS 03-07 et un outil pour l'exécuter.

19. La Stratégie de gestion du travail a pris en considération les objectifs de développement organisationnel du Plan stratégique couvrant la période 2003-2007, ainsi que les données et l'information collectées à partir de divers exercices analytiques sur les processus dans le Secrétariat.

20. Le tableau suivant illustre les interactions entre les objectifs de développement organisationnel du PS 2003-2007, la Stratégie de gestion du travail, les objectifs stratégiques pour le changement organisationnel et les projets de transformation :

PLAN STRATÉGIQUE 2003-2007 Objectifs de développement organisationnel	STRATÉGIE DE GESTION Objectifs d'entreprise du changement organisationnel (à la fin de 2007)	5 Objectifs stratégiques pour le changement organisationnel pour 2008)	11 Projets de transformation commencés mai/juin 2005)
1. Communiquer une information de qualité de manière ponctuelle pour renforcer le processus et l'impact de la coopération technique.	(c) Le BSP sera reconnu comme la source principale d'information en santé de la Région, et il y aura un accroissement accru de création de réseaux et de partage du savoir dans l'Organisation et entre l'Organisation et son environnement. (d) Les priorités seront traitées au moyen d'approches novatrices de coopération technique et de gestion stratégique des ressources du Secrétariat.	iii. Devenir une organisation d'apprentissage, basée sur le savoir v. Renforcer les méthodes de gestion	4. Exécution de la Stratégie de gestion de l'information et du savoir (GIS). 11. Communication extérieure.
2. Produire et utiliser des renseignements stratégiques pour prévoir et accroître des réponses proactives aux défis futurs et tirer les avantages des opportunités.	(d) Les priorités seront traitées au moyen d'approches novatrices de coopération technique et de gestion stratégique des ressources du Secrétariat.	iv. Encourager des modalités d'innovation de la coopération technique.	6. Programmes régionaux.
3. Devenir un membre apprécié des réseaux scientifiques et technologiques principaux, mobiliser le savoir pour aborder le développement régional de la santé.	(b) L'Organisation sera dans le courant principal des débats de politique liée à la santé à tous les niveaux. (c) Le BSP sera reconnu comme la source principale d'information en santé de la Région, et il y aura un accroissement accru de création de réseaux et de partage du savoir dans l'Organisation et entre l'Organisation et son environnement.	ii. Établir un forum régional iii. Devenir une organisation d'apprentissage, basée sur le savoir.	3. Forum régional.
4. Devenir un leader reconnu des problèmes transnationaux et mondiaux qui affectent la santé régionale et nationale.	(a) La focalisation centrale du travail du Secrétariat sera axée dans les pays et avec les pays, tout en établissant une relation plus étroite entre les processus nationaux, sous-régionaux et de planification d'entreprise.	i. Mieux répondre aux besoins des pays.	1. Coopération focalisée sur les pays. 2. Revue de l'organisation des USP.
5. Encourager une main-d'œuvre créatrice, compétente et dévouée qui est jugée exceptionnelle par ses clients.	(d) Les priorités seront traitées au moyen d'approches novatrices de coopération technique et de gestion stratégique des ressources du Secrétariat.	iii. Devenir une organisation d'apprentissage, basée sur le savoir . v. Renforcer les méthodes de gestion.	5. Développement du leadership et apprentissage . 8. Stratégie des ressources humaines. 10. Stratégie de communication pour la mobilisation organisationnelle.
6. Être une organisation très performante et établir des jalons pour des agences de santé internationales similaires.	(d) Les priorités seront traitées au moyen d'approches novatrices de coopération technique et de gestion stratégique des ressources du Secrétariat.	v. Renforcer les méthodes de gestion.	7. Stratégie de mobilisation des ressources. 9. Normes de responsabilité et de transparence.

Transformation organisationnelle

21. Le Secrétariat a entrepris une série d'initiatives et de projets pour dûment réaliser les objectifs de développement organisationnel contenus dans le PS 03-07. Pour la plupart, ces efforts sont en cours et les organes directeurs en ont été informés à intervalles réguliers. Par conséquent, la présente évaluation ne présente pas substantiellement de contenu nouveau sur les progrès de ces efforts, mais elle les montre plutôt comme un ensemble cohésif et démontre comment ils répondent aux objectifs établis dans le SP 03-07 de gestion du travail subséquente. La Section appelée « Progrès sur la voie des objectifs de développement organisationnel » offre cette information.

22. Le processus de transformation organisationnelle suit son cours, les phases prévues étant achevées en temps voulu (voir document CD46/15, *Mise à jour du processus de renforcement institutionnel au sein du Bureau sanitaire panaméricain*), bien que la réalisation complète et l'assimilation culturelle des changements qui l'accompagne se produiront avec le temps.

Progrès sur la voie des objectifs du Plan stratégique 2003-2007

Groupes spéciaux

23. Dans le PS 03-07, le Secrétariat proposait de « porter l'attention sur les populations à faible revenu et les populations pauvres, les groupes ethniques et raciaux, en particulier les populations autochtones, les femmes et les enfants. » Durant la discussion par la Conférence, le groupe des « personnes âgées » a été ajouté à la liste.

24. Le Secrétariat a accompli des progrès considérables en orientant les programmes et en changeant les politiques pour assister ces groupes spéciaux.:

Populations pauvres :

25. Préalablement à l'inclusion des pauvres comme Groupe spécial dans le SP 03-07, la 32e session du Sous-comité de planification et programmation de 1999 a révisé et confirmé l'approche de l'OPS en cette matière dans le document SPP32/8 *La santé et sa contribution à la lutte contre la pauvreté*. Les efforts visant à atteindre les Objectifs de développement du Millénaire seront par conséquent un cadre important pour le travail avec les populations pauvres (voir <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD45-08-e.pdf> et la résolution correspondante <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD45.r3-e.pdf>). L'objectif du PS 03-07 de s'occuper des pauvres a été envisagé selon l'approche du Secrétariat pour soutenir les efforts des États membres en vue d'atteindre les ODM liés à la santé.

Études et politiques :

26. Le BSP a réalisé un certain nombre d'études fondées sur des enquêtes menées auprès de foyers dans douze pays et publiées dans le *Pan American Journal of Health* en mai 2002. D'autres études sur les inégalités dans les services de santé aux pauvres ont été réalisées au Brésil, au Pérou, en Colombie et au Nicaragua dont les résultats seront publiés à la fin 2005.

27. L'OPS est en train d'élaborer une politique institutionnelle générale de santé et de réduction de la pauvreté qui sera soumise aux organes directeurs en 2006. Cette politique comprendra une étude de faisabilité et d'utilité de la compilation de données de santé décomposées afin de montrer les disparités selon le niveau économiques des individus. Elle définira également les apports spécifiques des différents centres panaméricains et domaines techniques, ainsi que des bureaux nationaux, aux initiatives de réduction de la pauvreté entreprises par les États Membres.

Coopération technique :

28. Au début de 2003, la coopération s'est accrue dans les pays clés (voir section se rapportant, ci-dessous), notamment en ce qui concerne les investissements dans le secteur santé les plus susceptibles de profiter aux pauvres. Le *Documents de la stratégie de réduction de la pauvreté* (DSRP) ont constitué de précieux outils de planification – pour plus de renseignements sur ce processus, voir le document de l'OMS sur la pertinence des DSRP dans le secteur de la santé : <http://www.who.int/hdp/en/prspsig.pdf> . Dans quelques pays non clés, une approche semblable a été adoptée dont les résultats devraient voir le jour en 2007.

29. Les stratégies de coopération nationale comprennent des objectifs liés à la pauvreté, de nouveau dans le contexte plus large des ODM, ainsi que le rapport entre pauvreté et déficience des soins de santé.

Populations autochtones

30. Des progrès considérables ont été réalisés dans les 24 pays d'Amérique latine et des Caraïbes (LAC) ayant des populations autochtones.

31. À la fin de 2002, 10 pays avaient des unités s'occupant des problèmes des populations autochtones dans leur ministère de la santé, et 22 pays incluaient des informations sur les populations autochtones dans leur rapport *Health in the Americas*; la majorité disposait de peu d'information sur les programmes développés pour identifier les besoins des populations autochtones et y répondre.

32. En 2004, en fonction de l'information reçue de 20 pays sur 24, les résultats suivants ont été atteints :

- 10 développent des systèmes d'information incorporant l'ethnicité et la santé.
- 19 ont des unités autochtones dans leur ministère de la santé et dans les projets nationaux apparentés.
- 20 disposent de politiques spécifiques pour répondre aux besoins des groupes autochtones.
- 16 ont des réseaux nationaux pour œuvrer en faveur des questions autochtones.
- 6 ont des programmes de recherche sur les questions de santé des groupes autochtones.

33. Les réalisations à compter de 2004 font état de progrès malgré le manque de continuité des politiques dû aux changements de gouvernement et au financement irrégulier au niveau national.

34. En 2004, l'Initiative santé des populations autochtones de l'OPS est devenue le Programme régional de santé des populations autochtones, et en 2005 l'OPS a établi une position à plein temps financée sur le budget ordinaire pour la santé des groupes autochtones.

Femmes :

35. Au cours de la dernière décennie, les États Membres se sont engagés à faire progresser l'égalité des sexes en santé. Les engagements à l'égalité des sexes établis à la Conférence internationale sur la population et le développement (1994), la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995), et le Sommet mondial sur le développement social (1995) ont été réaffirmés dans la Déclaration du développement du Millénaire adoptée par les États Membres des NU en 2000. L'OPS a favorisé des politiques et des programmes aux niveaux local, national, sous-régional et régional pour respecter ces engagements à l'aide de stratégies sur la recherche, la collecte de données, la communication, le développement de politiques, modèles d'intervention, normes et protocoles, ainsi que la formation des ressources humaines.

Recherche, collecte de données et communication

36. L'OPS a intégré une perspective du genre dans la collecte et la dissémination de statistiques de santé aux niveaux régional et national afin de promouvoir la formulation de programmes basés sur des observations et le suivi des progrès sur la voie de l'égalité des sexes en santé. Ce processus a inclus la collaboration de différents domaines

techniques, ainsi que la coordination avec d'autres organismes des Nations Unies. Au niveau national, des groupes de travail chargés d'institutionnaliser ces processus ont été établis dans six pays grâce à la participation de différents secteurs gouvernementaux, la société civile, les milieux universitaires et d'autres entités.

37. L'information obtenue à travers les initiatives de recherche a été utilisée pour développer des politiques et des interventions concernant des questions critiques pour l'égalité des sexes en santé. Afin d'appuyer l'analyse des inégalités des sexes en santé, des réseaux nationaux intersectoriels et des groupes de travail ont été formés et ils produisent et analysent l'information statistique par sexe dans sept pays. Les tâches de ces réseaux ont été facilitées par les directives de l'OPS sur les « Indicateurs de base pour l'analyse de l'égalité des sexes en santé » qui ont été publiées et diffusées dans l'ensemble de la Région. Un profil régional « Égalité des sexes et Santé dans les Amériques, éléments pour un état de la situation » a été publié et largement diffusé dans l'ensemble de la Région. Il comporte trois brochures :

- (a) Inégalités socioéconomiques entre femmes et hommes en Amérique latine,
- (b) Égalité des sexes en santé dans les Amériques : cadre juridique, et
- (c) Égalité des sexes et santé dans les Amériques au début du XXI^e siècle.

38. De plus, la première brochure statistique régionale biennale sur « Genre, santé et développement dans les Amériques 2003 » a été publiée et diffusée dans l'ensemble de la Région.

39. Les ressources, publications, cours et activités liés à l'égalité des sexes et à la santé ont été diffusés à travers le Listserver « GenSalud » qui atteint plus de 1.000 abonnés mondialement. Deux forums virtuels ont eu plus de 300 participants dans 22 pays, provenant de ministères de la santé, organisations féminines de santé, universités, ONG et organisations internationales.

40. Dans le domaine de la violence sexiste, la réponse institutionnelle à la violence sexuelle en Amérique centrale a été analysée. Également, un protocole de recherche sur la violence contre les femmes durant la grossesse a été préparé et des fonds sont recherchés pour son exécution.

Cadre de politique

41. Des progrès considérables ont été réalisés dans la construction et l'essai d'un modèle destiné à incorporer l'égalité des sexes dans les politiques de santé. Les leçons apprises au niveau régional et dans un modèle au Chili (voir ci-dessous) commencent à être appliquées en Amérique centrale. Ces leçons soulignent : a) le besoin de créer des preuves pour appuyer les processus de plaidoyer et de renforcement de la capacité;

b) l'importance cruciale de renforcer les réseaux avec la participation active des parties prenantes (gouvernement et société civile) pour faire progresser les changements et encourager l'appropriation; et c) le besoin d'institutionnaliser le développement de politiques participatives et des mécanismes d'audit social. À l'appui du processus de conception des politiques, des cadres conceptuels ont été développés pour analyser l'égalité des sexes dans la réforme du secteur de la santé (RSS).

42. Afin de faciliter le processus de suivi et évaluation, un guide pour suivre et analyser l'égalité des sexes dans la politique de santé a été développé et validé dans six pays. Un modèle de mécanismes de responsabilité avec participation sociale a été développé au Chili : l'Observatoire de l'égalité des sexes dans la politique de la santé. L'Observatoire est basé à l'Université du Chili, inclut des participants d'organisations de recherche et de la société civile, et il est financé par la Fondation Ford.

43. Afin de promouvoir la durabilité des programmes d'égalité des sexes, des forums pour le dialogue de politique sur l'égalité des sexes dans la réforme du secteur de la santé ont été développés entre le gouvernement, la société civile, les universités et les associations scientifiques au Chili et en Amérique centrale. Cette stratégie a également comporté un programme régional de formation sur la réforme du secteur de la santé et la santé sexuelle et reproductive en collaboration avec le FNUAP et la Banque mondiale. Deux cours régionaux majeurs ont été aménagés et des équipes nationales de sept pays ont participé à chacun de ces cours.

Modèles d'intervention

44. La mise en œuvre de l'égalité des sexes requiert le développement de modèles qui peuvent être utilisés comme des cadres programmatiques. L'OPS a diffusé des modèles intégrés et exhaustifs contre la violence sexiste (VS) mis au point dans dix pays d'Amérique latine au cours de la dernière décennie, à de nouvelles localités et de nouveaux pays. Le cadre apparenté sur les politiques et la législation a élargi les agendas régionaux et nationaux sur la VS et a promu de nouveaux instruments juridiques et programmatiques pour améliorer la réponse sociale à la VS, tels que :

- Des propositions pour le suivi des politiques de VS au Costa Rica;
- La promotion de politiques municipales et de mesures de protection pour les victimes de la VS en République dominicaine;
- La réforme du code pénal au Honduras; et
- La création d'une proposition détaillée sur la loi portant sur la violence domestique au Brésil.

45. Le protocole de l'OMS pour le traitement médico-légal de la violence sexuelle a été validé au Nicaragua, et sera validé à El Salvador, au Guatemala et au Honduras. Le premier cours virtuel sur la violence domestique et sexuelle dans la Région LAC a été validé avec des participants des ministères de la santé, des bureaux des affaires féminines, des ONG, des universités et des groupes communautaires de 17 pays. Le cours sera reproduit au Chili (2005) pour les dispensateurs des centres de soins primaires au niveau national.

46. Un nouveau modèle d'intervention de santé reproductive avec participation masculine a été mis en place en Amérique centrale avec l'appui de GTZ et de l'OPS.

Incorporation de la question sexiste à l'OPS

47. En 2004, le Secrétariat a développé un projet de politique des questions sexistes et une approche stratégique pour incorporer les questions de discrimination sexuelle au sein de l'Organisation et des États Membres (pour de plus amples informations, voir document CD46/12 *Projet de politique du genre de l'OPS*). Son objectif est d'intégrer l'équité des sexes et les préoccupations d'égalité dans tous les programmes, projets et politiques de l'OPS. Cet objectif sera atteint par des activités concentrées dans trois domaines

- (a) L'approbation par les organes directeurs d'une politique d'égalité des sexes de l'OPS,
- (b) Développement participatif d'un plan d'action d'égalité des sexes, et
- (c) Génération de savoir, développement d'outils et renforcement de la capacité en matière de questions sexistes et de santé parmi les personnels du Siège, les bureaux de pays, les centres régionaux et les homologues des pays.

Enfants :

48. La priorité accordée aux enfants au niveau international motive l'OPS à travailler à l'amélioration de la santé des enfants. Ci-dessous les missions clés des NU :

- ODM 4 - Réduire la mortalité infantile – Cible : réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans équivalant à une réduction annuelle de 4,3 %.
- Convention sur les Droits de l'enfant, en particulier l'Article No. 24, concernant l'assurance pour les enfants et les adolescents de jouir de la plus haute qualité de vie accessible et du droit à des installations pour le traitement des maladies et la réhabilitation de la santé.

49. L'OPS/OMS s'est donné les missions suivantes en matière de santé :

- Dans sa résolution WHA48.12, l'Assemblée mondiale de la Santé a intégré la prise en charge des maladies de l'enfant dans un secteur de la santé rentable et dans une stratégie communautaire qui soutient et complète d'autres initiatives mondiales pour promouvoir la survie, la croissance et le développement de l'enfant.
- En 2002, la résolution CSP26.R10 de la Conférence sanitaire panaméricaine a soutenu la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) pour améliorer l'état de santé des enfants.
- Le 44^e Conseil directeur de l'OPS de juin 2003 a adopté la PCIME comme instrument pour améliorer les soins de santé de l'enfant; autonomiser les familles et les communautés à travers la promotion des pratiques familiales clés; et pour les soins néonataux.

Recherche et collecte de données

- 23 enquêtes de référence ont été effectuées qui ont fourni des informations importantes pour mesurer les changements de comportement après les interventions communautaires en PCIME.
- Des analyses de coûts et autres études économiques et enquêtes sont en cours.

Cadre de politique

- L'OPS a diffusé l'information concernant les interventions à faible coût et efficaces pour éviter/prévenir deux tiers au moins des décès néonataux et améliorer la santé des enfants (voir série *Lancet* 2003 sur la survie de l'enfant, et série *Lancet* 2005 sur la santé néonatale, cette dernière en espagnol depuis juin de cette année).
- Récemment, le Ministère de la santé du Pérou a signé une déclaration officielle pour institutionnaliser la stratégie PCIME dans les politiques de santé du pays. En outre, une déclaration a été signée entre le Ministère de la santé, l'OPS et la Société péruvienne de pédiatrie pour promouvoir la stratégie PCIME et la composante néonatale dans les plans et les activités du pays.
- Des stratégies intégrées pour la santé de l'enfant (comme PCIME) ont été intégrées aux politiques et programmes de santé de l'enfant dans la plupart des pays de la Région.

Soins de santé primaires pour l'enfant

- Deux partenariats majeurs (Catholic Medical Mission Board (CMMB), la Fondation Bristol-Meyer Squibb (BMSF); et (la Croix-Rouge américaine et la Fondation des Nations Unies) travaillent dans 12 pays avec l'Organisation

- panaméricaine de la Santé (incluant les cinq pays clés de l'OPS). Ces projets s'efforcent d'appliquer et d'intensifier les trois composantes de la stratégie PCIME (en particulier la composante famille et communauté), de fournir les médicaments essentiels et de promouvoir la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Les enfants autochtones sont particulièrement ciblés par les services. La priorité est donnée à une coopération technique étendue au niveau régional et au niveau des pays.
- Le partenariat CMMB/BMSF travaille avec le réseau de soins de santé catholique et les ministères de la santé dans 36 diocèses, 292 sites communautaires et 468 installations de santé. Le nombre total de bénéficiaires du partenariat est de 6.257 667, incluant 938 649 enfants de moins de cinq ans. À compter de juillet 2005, 109 532 enfants de moins de cinq ans ont été examinés dans des installations de santé pour une consultation PCIME dans les pays du partenariat.
 - L'élément clé du partenariat CRA/FNU est d'appuyer les activités communautaires de PCIME exécutées par les Sociétés nationales opératives (SNO) de la Croix-Rouge et les ministères de la santé (MS) avec l'appui des dirigeants communautaires, des ONG, des familles et d'autres acteurs locaux et institutions. Plus de 300 organisations communautaires et institutions, organismes internationaux et ONG collaborent à l'exécution de projets communautaires et de plans d'expansion.
 - Les ministères de la santé et les SNO ont accru la capacité de fournir des services communautaires durables et de qualité aux enfants des communautés vulnérables. On peut citer parmi les exemples notables :
 - La SNO péruvienne participe régulièrement à la Coalition nationale de lutte contre la pauvreté (*Mesas de Concertación de Lucha contra la Pobreza*) et à la *Coalition nationale de promotion de la santé (Mesa Nacional de Promoción de la Salud)*.
 - La SNO bolivienne a assumé un rôle de leadership dans la création d'une Coalition nationale de PCIME, participant régulièrement à ces réunions et jouant un rôle critique dans l'établissement de l'agenda de santé de l'enfant dans le pays. Également en Bolivie, le maire de la ville de El Alto, servant près d'un million de personnes, demande des fonds à la Coopération belge pour exécuter des activités de PCIME communautaires en utilisant la méthodologie du partenariat.
 - Au Nicaragua, le *Movimiento Comunal Nicaraguense*, une organisation nicaraguayenne au niveau local renommée, adopte la méthodologie de PCIME communautaire.

- Au Honduras, des municipalités locales s'organisent elles-mêmes sous le Conseil régional environnemental (*Consejo Regional Ambiental*) pour former la *Mancomunidad de Municipios* (l'association des municipalités), en travaillant avec la méthodologie de PCIME communautaire.
- Un grand nombre de directives, documents et matériels techniques ont été développés et distribués aux États Membres.

Personnes âgées :

50. En avril 2002, la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement s'est réunie à Madrid et a produit le Plan d'action international des NU sur le vieillissement. La Conférence sanitaire panaméricaine de 2002 a assumé ce Plan au moyen de la résolution CSP26.R20 *Santé et vieillissement*. En novembre 2003, une conférence régionale s'est tenue pour élaborer une stratégie régionale de mise en œuvre le Plan d'action de Madrid. Tout ceci plante le décor pour l'accent mis par l'OPS sur les personnes âgées, qui avait trois éléments clés durant la période 2003-2005 : recherche et collecte de données, cadre de politique et amélioration des soins de santé primaires (SSP) pour les personnes âgées.

Recherche et collecte des données

- À compter de 2004, le Secrétariat avait terminé les analyses de situation pour tous les pays d'Amérique centrale, la plupart des pays d'Amérique du Sud et environ la moitié des pays des Caraïbes. Le travail se poursuit pour terminer les analyses pour tous les pays.
- À compter de 2004, la base de données de l'enquête sur le vieillissement, la santé et le bien-être (mieux connue dans la Région sous le nom de SABE) et la méthodologie d'enquête de SABE ont été mises à la disposition des chercheurs de la Région.
- Le réseau pour la recherche sur le vieillissement en Amérique latine et aux Caraïbes (REALCE, www.realce.org) a été établi avec l'assistance de l'OPS et de l'Institut national U.S. sur le vieillissement.

Cadre de politique

- En fonction des analyses de situation et autres apports, le Secrétariat a diffusé ses conclusions pour stimuler la recherche et les bases de données dans les pays. Cet effort comporte un kit d'outils pour mener les enquêtes et les évaluations comme moyen servant à documenter la politique concernant les personnes âgées. À leur titre de pays clés, la Bolivie, le Honduras et le Nicaragua ont reçu une coopération technique additionnelle pour les aider dans cet effort.

- En 2004, plus de 90 % des pays de la Région avaient un point focal au MS pour la santé des personnes âgées. Mais il reste encore beaucoup à faire car de nombreux pays ne disposent pas du financement suffisant pour les programmes concernant les personnes âgées.
- La CTP dans ce domaine a été facilitée entre le Canada et le Mexique en 2002, et le Canada et les pays du Cône Sud en 2004.

Soins de santé primaires pour les personnes âgées

- Le Secrétariat a appuyé l'établissement de l'Académie de médecine d'Amérique latine pour les adultes âgés (ALMA), un réseau qui encourage un forum de santé publique gériatrique; qui offre des cours spécialisés régionaux pour les enseignants en gériatrie; et qui travaille avec les dispensateurs de soins de santé primaires pour améliorer les soins aux personnes âgées.
- Douze pays ont participé à ALMA et plus de six pays ont été assistés dans l'établissement de programmes de formation de santé publique gériatrique.
- Un projet de démonstration pour les enseignants en gériatrie dans les Centres de soins de santé primaires a été réalisé au Salvador, et il sera reproduit cette année au Pérou.
- Un défi majeur consiste à prouver que des soins de santé primaires appropriés pour les adultes âgés peuvent être prodigués dans les pays plus pauvres, et que les bonnes pratiques sont souvent moins coûteuses que les pratiques mal informées.

Pays clés

51. Le BSP avait prévu de « mener des efforts concertés entre pays et partenaires et de maximiser des initiatives plus larges de développement comme les DSRP pour accélérer les améliorations en santé en Bolivie, au Guyana, en Haïti, au Honduras et au Nicaragua. »

52. Quatre des pays clés (PC) ont été choisis pour recevoir une attention spéciale dans le PS 03-07 en raison de leur statut de « pays pauvre très endetté (PPTE), où le taux du paiement de la dette laisse peu au revenu national pour accroître les dépenses dans le développement des secteurs sociaux. Dans le cas de Haïti, qui n'est pas un PPTE, les taux de mortalité maternelle et infantile, deux des indicateurs du développement de la santé les plus sensibles, sont les plus élevés de la Région et parmi les plus élevés au monde. » Haïti est également le seul pays le moins avancé (PMA) de la Région.

53. La Directrice a établi un Groupe de travail des PC en 2003, qui a identifié les éléments clés de la Stratégie des PC :

- Redéfinition de la nature de la CT au moyen du développement d'un agenda stratégique;
- Harmonisation de la CT avec les efforts d'autres organismes et partenaires de développement;
- Intégration de la CT redéfinie dans les processus de gestion de l'OPS; et
- Redéfinition appropriée de la présence dans les pays de l'OPS/OMS.

54. Le principal outil pour la mise en œuvre de ces éléments sur une base nationale est la Stratégie de coopération avec les pays (SCP), qui applique les priorités du Plan stratégique aux politiques nationales de la santé en tenant compte du rôle stratégique de l'OPS/OMS dans un pays donné. À ce jour, quatre PC ont des SCP et à Haïti, le Cadre de coopération provisoire remplace temporairement la SCP. De cette manière, à tous les niveaux de l'OPS, les efforts sont centrés sur les plus fortes priorités dans les PC.

55. La mobilisation des ressources a également été identifiée comme une activité critique pour les PC :

- Des ressources ont été mobilisées au Département de Country Focus (CCO) de l'OMS pour soutenir le développement de la SCP, le placement des responsables de programme (seulement dans les PC), et une connectivité renforcée au Guyana et en Haïti.
- Le placement de conseillers techniques « 3 millions d'ici 2005 »² au Guyana et en Haïti.
- Des pays comme le Guyana et Haïti ont bénéficié de propositions pour le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- Un soutien a été obtenu du Partenariat de la Commission européenne/OMS pour la santé dans le développement, pour rendre les grossesses plus sûres, pour les alertes et réponses épidémiques et pour appuyer la coopération nationale au Guyana et en Haïti.

56. Les SCP des PC (ou dans le cas d'Haïti, le cadre de coopération provisoire) se sont traduites par des partenariats plus forts et des ressources accrues destinées aux PC, au-delà de leur allocation normale dans le cadre de la politique régionale du budget programme (voir document CE136/INF/1).

² « Trois millions d'ici 2005 » est l'objectif mondial consistant à fournir un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays à revenu intermédiaire tranche inférieure d'ici 2005.

Défis futurs

57. Le Secrétariat a incorporé l'orientation des pays clés dans ses activités. Toutefois, plusieurs défis doivent être relevés, dont :

- Des questions de gouvernance et de sécurité dans certains pays qui remettent en question la capacité de planifier et de réaliser des résultats durables des programmes de CT.
- Une difficile mobilisation constante des ressources pour soutenir l'exécution de la SCP et d'autres mécanismes pour fournir une CT renforcée aux pays clés. Par exemple, le bureau situé en Guyane (GUY CO) se heurte au risque de perdre des ressources humaines essentielles en raison de la nature court terme des engagements actuels en ressources extrabudgétaires et la mobilisation des ressources pour soutenir leur renouvellement sera critique.
- Des difficultés quant à garantir une dotation en personnel appropriée dans les PC.

Progrès sur la voie des objectifs de la coopération technique dans les domaines prioritaires

58. Nombre d'objectifs de coopération technique établis dans le Plan sont au macro-niveau et mesurent l'impact des efforts de multiples organisations travaillant dans le domaine de la santé en plus du Secrétariat incluant, sans s'y limiter, les ministères nationaux de la santé, les institutions multilatérales de prêt, la société civile et des entités du secteur privé. Les facteurs qui mènent à des changements dans les indicateurs de santé au macro-niveau peuvent être difficiles à évaluer et nécessitent souvent de nombreuses années d'efforts coordonnés. Néanmoins, la Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé ces objectifs pour la période 2003-2007 comme des buts ambitieux auxquels les propres efforts du Secrétariat devraient contribuer.

59. Il existe également un facteur majeur qui vient compliquer l'évaluation des progrès sur la voie des objectifs : le manque de données disponibles, même pour les références. Un grand nombre des objectifs suggèrent implicitement ou explicitement des indicateurs pour lesquels il n'y a pas de données disponibles ou des données partielles, ou la collecte des données a tellement d'années de retard qu'elle n'est pas utile pour mesurer les progrès à court terme.

60. Même avec les limitations notées ci-dessus, on peut affirmer que sur les 46 objectifs de coopération technique inclus dans le PS 2003-2007, 41 % (19 objectifs) sont déjà atteints ou sont en voie de l'être d'ici 2007. Une autre portion de 41 % (19 objectifs) peuvent être réalisés ou non, et 18 % (8 objectifs) ne seront probablement pas atteints en raison d'une série de facteurs dont le manque de données pour mesurer les réalisations.

61. La section narrative qui suit est un résumé de l'information détaillée contenue à l'Annexe du présent document. L'Annexe consiste en une matrice qui indique les réalisations par objectifs de domaine prioritaire. Chaque objectif est classé dans un système de « feux de signalisation » :

- Les objectifs « verts » ont été réalisés ou sont sur la voie de l'être d'ici la fin de 2007 (la fin de la période de planification).
- Les objectifs « jaunes » ne sont pas sûrs d'être réalisés (cette catégorie inclut des objectifs pour lesquels les données sont indisponibles, mais pour lesquels une mesure alternative a été proposée).
- Les objectifs « rouges » ne seront probablement pas réalisés (ils comprennent des objectifs pour lesquels les données sont indisponibles et aucun autre indicateur n'a été proposé).

62. Alors que la qualité et la fiabilité des données varie, le Secrétariat estime que l'évaluation globale des progrès est rigoureuse.

Domaine prioritaire 1 : Prévention, contrôle et réduction des maladies transmissibles

63. Dans l'ensemble, les progrès jusqu'à présent dans ce domaine sont mitigés.

Verts

64. Les objectifs suivants seront probablement réalisés ou dépassés :

- Réduire la morbidité imputable à la TB, au paludisme et à la fièvre dengue.
- Réduire la mortalité et la morbidité* imputable aux maladies de l'enfance (dont les infections diarrhéiques et respiratoires) parmi les enfants de moins de cinq ans dans tous les pays de 10 % du niveau de 2002. (*Note : les données sur la morbidité ne sont pas universellement disponibles; toutefois, les données sur la mortalité indiquent que l'objectif sera atteint d'ici 2007.)
- Étendre le nombre de pays et/ou régions exempts de la fièvre aphteuse et réduire la morbidité et la mortalité des zoonoses communes.

Jaunes

65. L'objectif « Éliminer la rougeole et au moins deux autres maladies évitables par la vaccination ou ciblées comme 'éliminables' » ne sera probablement pas réalisé dans son entièreté d'ici la fin de 2007. L'incidence de la rougeole autochtone a en fait été réduite à zéro cas à compter de 2004. Toutefois, pour les deux autres maladies sur lesquelles l'OPS a axé ses efforts, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale (SRC), l'objectif d'élimination a dû être révisé pour passer à 2010. Par conséquent, un

nouvel objectif est proposé (veuillez prendre note que toutes les révisions d'objectifs proposées sont présentées dans un tableau de la section « Progrès sur la voie des buts et objectifs de développement organisationnel »).

66. L'objectif « Dans tous les pays, réduire l'incidence de nouveaux cas de SIDA et d'au moins une autre IST et réduire la transmission de la mère à l'enfant du SIDA » a eu des résultats mitigés jusqu'à présent. Le nombre de cas de SIDA notifiés a diminué de 2002 à 2003 (les chiffres de 2004 sont encore incomplets); toutefois, l'ONUSIDA estime que l'incidence de nouveaux cas de SIDA a augmenté. Les données concernant la transmission de la mère à l'enfant ne sont pas complètes ou suffisamment systématiques pour juger des progrès. Les autres IST sont des infections gonococciques et la syphilis pour lesquelles on observe des progrès encourageants. Un objectif révisé est proposé plus loin.

67. Les progrès par rapport à l'objectif « Tous les systèmes nationaux surveillent les maladies clés, la résistante antimicrobienne, les flambées de maladies alimentaires et hydriques, et l'information est partagée en temps réel » sont mitigés. Les systèmes de surveillance existent dans virtuellement tous les pays pour les principales maladies. Toutefois, la qualité de ces systèmes n'est pas uniforme, que ce soit en termes de couverture ou de précision. Il reste beaucoup de travail à faire, en particulier en termes d'information disponible en « temps réel » comme le spécifie l'objectif.

Rouges

68. L'objectif « Assurer que tout le sang transfusé satisfait les normes minimums » ne sera probablement pas réalisé. Comme noté à l'Annexe , il a été difficile de vérifier toutes les normes minimums pour tout le sang transfusé dans tous les pays. Néanmoins, en fonction de nos estimations les plus avisées, à présent seulement 89 % du sang transfusé satisfait les normes minimums là où cette information est disponible (l'information n'est pas disponible pour plusieurs pays). Dans le même temps, l'objectif stratégique est encore valable et le BSP le tiendra en compte dans la prochaine itération du Plan stratégique.

Domaine prioritaire 2 : Prévention et contrôle de maladies non transmissibles

69. Alors que quelques objectifs dans ce domaine peuvent ne pas être atteints d'ici 2007, les progrès globaux sont mitigés.

Verts

70. Cet objectif est sur la voie d'être atteint ou dépassé :

- Accroître la surveillance, aux niveaux national et régional, des MNT, des facteurs de risque et des traumatismes.

Jaunes

71. Étant donné que l'objectif « Dans tous les pays, prévention intégrée des MNT établie au moyen de l'application de l'initiative communautaire pour réduire les facteurs de risque (CARMEN) » requiert la participation de 100 % des pays, il n'est pas certain que l'objectif sera atteint. Néanmoins, des progrès considérables ont été accomplis : à compter de 2004, 20 pays/territoires (alors qu'ils étaient cinq en 2002) sont membres du Réseau CARMEN, et exécutent ainsi les actions de prévention intégrée et de contrôle des MNT.

72. L'OPS répond à l'objectif « Améliorer la qualité des soins chroniques dans au moins cinq pays » au moyen de projets dans plusieurs pays; toutefois, aucun d'entre eux ne dispose des données de référence de 2002 par rapport auxquelles les progrès peuvent être mesurés pour cet objectif quelque peu imprécis.

73. Les données ne sont pas encore disponibles dans tous les pays pour 2004 concernant l'objectif « Dans 50 % des pays, réduire la mortalité due aux accidents de voiture de 20 %. Toutefois, en fonction des données initiales, le Secrétariat recommande une révision de l'objectif.

74. Les données ne sont pas disponibles dans tous les pays pour 2004 concernant l'objectif « Augmenter les notifications de violence domestique de 200 %. » Le Secrétariat a recommandé une révision de l'objectif qui va bon train.

Rouges

75. Il est impossible maintenant de mesurer les progrès par rapport à l'objectif « Dans tous les pays, au moins 60 % des femmes entre 35 et 59 ans devraient être dépistées et traitées pour le cancer du col de l'utérus. » Les données spécifiques requises pour déterminer les progrès ne sont pas encore disponibles sur une base régionale. Un objectif révisé est proposé.

Domaine prioritaire 3 : Promotion de modes de vie et d'environnements sociaux sains

76. À quelques exceptions près, les objectifs dans ce domaine seront probablement réalisés.

Verts

77. Ces objectifs sont sur la voie d'être réalisés ou dépassés :

- Augmenter de 30 % le nombre de pays qui ont entrepris au moins deux des actions suivantes : créer des espaces sans tabac, éliminer la publicité sur le tabac, et augmenter les taxes sur le tabac.
- Systèmes de santé mentale réformés dans 12 pays supplémentaires pour protéger les droits de l'homme des malades mentaux et accroître l'administration de soins de santé mentale primaires communautaires.
- Augmenter le nombre de pays dans lesquels la farine commerciale est fortifiée avec du fer bio disponible.
- Dans les 11 pays à haut risque, augmenter la couverture d'au moins trois doses de supplément de Vitamine A à au moins 50 % d'enfants de moins de trois ans.
- Augmenter de 30 % le nombre de pays entreprenant une surveillance pour identifier les tendances dans le comportement et les conditions sociales qui influencent les modes de vie.

Jaunes

78. Dans l'objectif « Augmenter de 30 % le nombre de pays dotés de politiques et d'incitations visant la réduction de la consommation d'alcool et la toxicomanie, » la définition et le suivi de ce qui constitue « politiques et incitations » est un défi. Pour cette raison, le Secrétariat s'est focalisé sur les réalisations spécifiques à l'OPS dans ce domaine, qui ont fait des progrès considérables dans divers pays (comme pour les autres objectifs, veuillez consulter la matrice à l'Annexe pour les détails).

79. Pour l'objectif « Dans 80 % des pays, augmenter la disponibilité de programmes propres à développer les comportements sociaux positifs à au moins 50 % des écoles secondaires, » les programmes de l'OPS en sont encore au niveau de proposition — il est trop tôt pour mesurer des progrès importants.

80. En 2002, 15 pays avaient des programmes d'éducation physique, bien que l'on ignore s'ils étaient obligatoires. Par conséquent, la mesure des progrès par rapport à l'objectif « Augmenter de 25 % le nombre d'écoles aux niveaux primaire et secondaire dans lesquelles l'éducation physique est obligatoire tout au long de la vie scolaire » est imprécise. Néanmoins, l'initiative régionale des Écoles promouvant la santé (EPS) a fait de bons progrès dans ce domaine, et une enquête en 2006 apportera des données plus concrètes. La réunion régionale des EPS, tenue à Porto Rico en juillet 2004 avec la participation de 26 pays a constitué une étape fondamentale dans la définition de stratégies et de plans pour l'initiative EPS.

Rouges - aucun

Domaine prioritaire 4 : Croissance et développement sains

81. On ne sait pas si la plupart des objectifs dans ce domaine seront réalisés d'ici 2007 en raison des données insuffisantes pour mesurer les progrès.

Verts - aucun

Jaunes

82. Les données mortalité maternelle datent généralement de deux à quatre ans. Par conséquent, les progrès de l'objectif « Réduire la mortalité maternelle pour ne pas dépasser plus de 100 pour 100.000 naissances vivantes, soit 20 % du niveau de 2000 » sont difficiles à évaluer. Les systèmes de surveillance ont été renforcés dans la Région, mais les délais dans les rapports restent un défi à relever.

83. L'objectif « Augmenter le pourcentage de femmes enceintes se faisant soigner dans le premier trimestre de 30 % et les accouchements par des accoucheuses qualifiées à 90 % » présente divers défis de mesure, ainsi que la disparité de la collecte de données entre pays riches et pays pauvres et entre populations rurales et urbaines, de même que les données régionales sur les populations « à la recherche de soins ». Le Secrétariat a proposé d'autres indicateurs par rapport auxquels les progrès sont marginaux mais au moins mesurables :

- Proportion de femmes enceintes soignées par du personnel formé durant la grossesse;
- Pourcentage d'accouchements par du personnel qualifié.

84. Les données sont insuffisantes pour mesurer les résultats pour l'objectif « Réduire la mortalité périnatale de 10 % du niveau de 2002 ». Le taux de mortalité néonatale est proposé comme indicateur de remplacement étant donné qu'il est disponible pour 2002 et il a été proposé de l'inclure dans la base de données de l'OPS au début de 2005.

85. Pour l'objectif « Réduire le taux de fertilité adolescente (15-19 ans) de 20 % du niveau de 2002 », les données disponibles indiquent une réduction de 2,5 % de 2002 à 2004. En 2004, il n'est pas sûr que cet objectif sera atteint.

Rouges

86. Les données ne sont pas disponibles pour l'objectif « Accroître le nombre de pays procédant à un dépistage du développement des enfants en âge préscolaire de 25 %. » Il

n'est pas prévu que la situation change avant la fin de la période de planification pour 2007; par conséquent, il est recommandé d'abandonner l'objectif.

Domaine prioritaire 5 : Promotion d'environnements physiques sûrs

87. Dans ce domaine, les résultats jusqu'à présent sont mitigés et trois des objectifs ne seront vraisemblablement pas atteints.

Verts

88. Ces objectifs sont sur la voie d'être réalisés d'ici 2007 :

- Au moins 15 pays exécuteront effectivement la surveillance sanitaire des pesticides et ils ont apporté des améliorations aux réglementations opérationnelles pour l'importation et l'usage des pesticides.
- Augmenter de 50 % le nombre de pays entreprenant une évaluation du risque des conditions environnementales des travailleurs sur une base systématique et dans chaque pays, augmenter de 30 % le nombre de lieux de travail enregistrés qui disposent de programmes pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs.

Jaunes

89. Pour l'objectif « Sur la voie des Objectifs de développement du Millénaire des Nations Unies et la Vision 21 de l'eau pour tous, réduire de 25 % les écarts dans la couverture universelle et la qualité de l'eau potable et dans les services d'assainissement identifiés dans l'Évaluation régionale 2000 de l'OPS/OMS/UNICEF, » les données sont incohérentes entre années de l'enquête, et elles sont généralement vieilles de deux ans. Néanmoins, en base aux définitions du Programme de suivi conjoint des NU (PSC) de l'eau et l'assainissement améliorés, en moyenne les pays LAC sont sur la voie de réaliser une réduction de l'écart dans l'accès à l'eau mais ils n'atteignent pas l'objectif de réduire l'écart dans l'accès à l'assainissement.

Rouges

90. En ce qui concerne l'objectif « Tous les pays auront établi des politiques nationales et des plans locaux pour les capitales et les villes de taille moyenne [200 000 à 500 000 habitants] pour la gestion efficace des déchets solides, » les progrès sont mesurables (10 pays ont des politiques nationales, alors que 25 ont des politiques locales/urbaines). Le Secrétariat considère qu'il n'est pas possible d'atteindre l'objectif et suggère de le réviser.

91. L'objectif « *Tous les pays à risque auront établi des programmes pour améliorer la qualité de l'air extérieur dans les zones urbaines exposées à la pollution atmosphérique, et/ou la qualité de l'air intérieur dans les logements précaires affectés par l'usage domestique impropre de carburant pour la cuisine, le chauffage et les industries familiales* » cherche également à obtenir une conformité à 100 %. À compter de 2004, quatre pays pouvaient être considérés comme ayant « établi des programmes » satisfaisant les critères de cet objectif; il est fortement improbable que d'ici 2007, 100 % des pays en auront fait de même, et c'est pourquoi un objectif révisé est proposé.

92. En ce qui concerne l'objectif « *Dans tous les pays, les programmes de protection alimentaire intégrés assurent qu'au minimum tous les établissements commerciaux majeurs pratiquent le système d'analyse des risques – point critique pour leur maîtrise (HACCP) ou d'autres approches modernes de sécurité alimentaire pour la manipulation des aliments* », à compter de 2004, cinq pays ont intégré des programmes de sécurité alimentaire et 15 disposent de systèmes HACCP. En raison d'un manque de hiérarchisation des priorités et de volonté politique de la part des pays pour établir des programmes de sécurité alimentaire intégrés, il est hautement improbable que l'objectif de tous les pays soit réalisé d'ici 2007, raison pour laquelle un objectif révisé est proposé.

Domaine prioritaire 6 : Préparation aux catastrophes, gestion et organisation des secours

93. Les progrès sur la voie des quatre objectifs dans ce domaine ont été mitigés.

Verts

94. L'objectif « *Accroître la capacité nationale et intersectorielle pour la préparation aux catastrophes et l'organisation des secours pour les catastrophes naturelles et provoquées par l'homme* » est en voie d'être réalisé d'ici 2007.

Jaunes

95. Comme pour de nombreux objectifs spécifiant une conformité à 100 %, il n'est pas certain que l'objectif « *Établir des codes et d'autres mécanismes d'atténuation pour la construction de nouvelles infrastructures de santé et de services opérationnelles dans tous les pays à risque* » sera atteint. Alors que des progrès considérables ont été faits et que la question constitue une priorité pour plusieurs pays, la collecte des données est un défi et les mesures concrètes qui seront prises par les gouvernements nationaux sont encore incertaines.

96. L'OPS a joué un rôle actif dans la réalisation de l'objectif « *Dans toutes les situations de catastrophe, ressources humaines, technologiques et financières mobilisées et coordonnées aux niveaux national et régional dans les 24 heures* » et au niveau

régional, les progrès sont bons. Toutefois, en raison de la conformité à 100 % spécifiée au niveau national, il n'est pas certain que cet objectif soit réalisé d'ici 2007. Il faut noter que cet objectif est cohérent avec la Déclaration de Hyogo de la Conférence mondiale sur la réduction des catastrophes, qui s'est tenue à Kobe, Hyogo, Japon en janvier 2005.

Rouges

97. En raison de priorités rivales dans les pays où le terrorisme est ressenti comme un risque faible et d'un manque de financement des donateurs, il est improbable que cet objectif soit réalisé : « *Dans tous les pays, plans et programmes pour répondre au terrorisme biologique, chimique et radiologique (BCR) incorporés dans les plans nationaux de catastrophes* ». Par conséquent, l'objectif doit être révisé. La révision a d'ailleurs commencé : certains pays ont entrepris des activités de simulation et de formation, et l'OPS a fourni l'information pertinente et l'appui aux MS.

Domaine prioritaire 7 : Assurance de l'accès universel à des systèmes de santé intégrés, équitables et durables

Verts

98. Quatre des cinq objectifs pour ce domaine sont sur la bonne voie d'être réalisés d'ici la fin de 2007 :

- Dans tous les pays, la réforme du secteur de la santé est réorientée pour renforcer le rôle de conduite des autorités de la santé, et les fonctions essentielles de la santé publique.
- De nouvelles approches de gestion de la main-d'œuvre contribuent à l'accroissement de la couverture et/ou de la productivité et/ou de l'efficacité des services de santé aux niveaux national et institutionnel.
- Gestion de la technologie et évaluation plus efficaces dans un tiers des pays, et accès accru des pauvres à des services au moyen de l'usage de la télémédecine dans la moitié au moins de ces pays.
- Accroître la connectivité entre les systèmes d'information qui appuient la gestion et la planification de la santé aux niveaux local, national et sous-régional.

Jaunes Aucun

Rouges

99. Par contraste, il est improbable que l'objectif « Dans tous les pays, protection sociale en santé étendue au secteur du travail informel » soit réalisé. À compter de 2004, huit pays ont effectué des études sur cette question, mais l'action dans tous ces pays, bien

moins dans d'autres pays de la Région, est improbable dans le futur proche. Un objectif révisé est proposé ci-dessous.

Domaine prioritaire 8 : Promotion d'un apport en santé efficace dans les politiques sociales, économiques, environnementales et de développement.

100. Là où les données des indicateurs sont disponibles, les objectifs dans ce domaine sont sur la voie pour 2007; toutefois il existe des lacunes de données non négligeables.

Verts

101. Les objectifs suivants sont sur la voie d'être réalisés :

- Augmenter le nombre de pays en mesure de démontrer l'inclusion des priorités en santé dans des plans durables de développement humain et/ou dans la négociation et l'exécution d'accords d'échanges et d'intégration aux niveaux régional, sous-régional et national.
- Doubler le nombre de pays dotés d'une législation efficace pour le contrôle effectif des risques de santé et pour une sauvegarde équitable de la santé en tant que droit de l'homme.
- Tous les pays de la Région utilisent l'analyse des dépenses nationales en santé et d'autres mesures financières clés dans la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques et des plans de santé.

Jaunes

102. La disponibilité de données de santé désagrégées par sexe s'est grandement améliorée au cours de la dernière décennie. L'OPS a lancé plusieurs initiatives en vue de faciliter la collecte de données de santé désagrégées et plusieurs publications destinées à diffuser ces données. Les progrès par rapport à ces deux objectifs sont difficiles à évaluer en raison du manque de et origine ethnique :

- Accroître la disponibilité de l'information sur l'impact des politiques adoptées par le secteur de la santé et d'autres secteurs du développement sur les inégalités en santé liées à la pauvreté, au genre et à l'ethnicité.
- Au moins la moitié des pays font état systématiquement de la surveillance des inégalités en santé, ainsi que de l'accès aux initiatives des soins de santé liées à la pauvreté, au genre et à l'ethnicité et de leur financement, aux niveaux national et sous national.

103. Les aspects des objectifs liés à la pauvreté sont amplement pris en charge par les DRSP et les efforts de collecte de données. Des objectifs révisés sont proposés dans

lesquels les aspects relatifs à la pauvreté demeurent identiques, mais ceux relatifs aux sexes et à l'origine ethnique sont centrés sur la collecte d'information davantage que sur l'impact.

Rouges Aucun

Progrès sur la voie des buts et objectifs de développement organisationnel

104. Le Secrétariat a entrepris plusieurs actions de développement et lancé des projets de transformation afin de mettre véritablement en place les buts établis dans le PS 03-07. Les progrès réalisés à ce jour par rapport aux objectifs de développement organisationnel l'ont été par le biais des actions de développement entamées en 2003 par la nouvelle administration. Ces actions sont décrites ci-dessous. Les projets de transformation en sont à leurs débuts et seront mis en œuvre de 2005 à 2007. Les relations entre les objectifs organisationnels du PS 03-07 et les projets de transformation sont résumés dans le tableau du paragraphe 13.

105. Un autre instrument qui peut contribuer à mieux comprendre les diverses recommandations et initiatives du développement organisationnel de l'OPS en cours est la « Matrice comparative des recommandations des processus de l'OPS » (<http://www.paho.org/english/gov/ce/matrix-e.pdf>), rendue disponible par la présidence du Comité exécutif peu après la réunion du Comité en juin 2005. La matrice clarifie la complémentarité des processus suivants qui concourent au renforcement institutionnel :

- L'OPS au 21^e siècle,
- Les recommandations issues du Rapport spécial de l'Auditeur externe, septembre 2004;
- Le rapport d'activités des Services de surveillance interne
- Changements institutionnels au sein du Bureau sanitaire panaméricain.

106. Contrairement aux objectifs techniques de coopération dont la réalisation (ou l'échec) est subordonnée aux apports de différents acteurs, les buts et objectifs de développement organisationnel relèvent de la seule responsabilité du Secrétariat. Les réalisations suivantes relatives à chacun des buts ne sont pas exhaustives, mais sont plutôt des résumés ou des exemples d'activités clés de développement réalisées à ce jour.

But 1 : Diffuser opportunément une information de qualité pour améliorer le processus et l'impact de la coopération technique.

Objectifs :

- Un accès opportun et ciblé à l'information et au savoir nécessaire au personnel et aux principaux acteurs.
- Des stratégies de communication intégrées pour soutenir l'exécution de la coopération technique et la prise de décision en matière de politiques.
- Une information en santé publique et à propos du Secrétariat destinée à un plus vaste public.

Progrès

107. Le domaine organisationnel de gestion de l'information et du savoir (GIS) a été créé en 2003 et chargé d'améliorer l'environnement organisationnel dans lequel l'information, le partage du savoir et le travail collaboratif sont des fonctions clés des activités de coopération technique de l'OPS.

108. En 2004, après une analyse détaillée de la situation, une stratégie de partage de l'information et du savoir au sein de l'Organisation a été adoptée. L'accent est mis sur le rôle de l'Organisation dans la fourniture d'information et de savoir pertinents pour le développement de la santé aux niveaux national, régional et mondial. La stratégie GIS a précédé la Stratégie mondiale de l'OMS, mais est alignée sur cette dernière. Elle cherche aussi à contribuer à l'Initiative centrée sur les pays (ICP) et au soutien de l'Organisation à l'atteinte des ODM et à leur suivi. Parmi les réalisations, on peut mentionner :

- Création de Groupes de travail en gestion du savoir pour aborder les questions liées aux politiques, aux normes et aux procédures.
- Détailler du plan de mise en œuvre au niveau de l'Organisation, exploiter l'infrastructure existante et recruter et former le personnel du domaine.
- Création d'un programme de formation aux méthodes, processus et outils de gestion du savoir destiné au personnel de l'OPS.
- Utilisation de communautés de pratique qui reconnaissent explicitement l'importance du moindre partage de savoir intervenant entre collègues et au sein de petits groupes.
- Proposition de gouvernance de la TI/GIS (technologie de l'information/gestion de l'information et du savoir).
- Partage de savoir structuré sur l'organisation pour les rapports de mission du personnel et ceux des consultants.

109. La connectivité interne basée sur les TI et le partage de savoir ont pu être améliorés grâce à :

- Soutien accru en technologies de l'information et de la communication (TIC) aux pays et aux centres (y compris six évaluations de TIC au niveau national et installation de connexions Internet à haute vitesse dans les six bureaux de pays qui en sont dépourvus.
- Création d'une infrastructure web.
- Amélioration du système AMPES pour faciliter l'élaboration d'un budget programme et améliorer la gestion programmatique et financière grâce au partage de l'information.
- Automatisation des processus de flux de travail au sein de l'OPS pour améliorer l'accès à l'information de gestion et réduire les temps d'opération.

110. L'OPS a joué un rôle fondamental dans l'information du public – et du Secrétariat – à propos de questions et préoccupations clés, non seulement dans l'hémisphère occidental mais au niveau mondial. Voici quelques exemples d'information sur des questions de santé importantes qui ont été largement diffusées dans les Amériques et au-delà :

- À la suite du tsunami de décembre 2004, les rapports de l'OPS ont clairement montré, contrairement à la croyance populaire, que les cadavres ne provoquent ni maladies ni épidémies. Ces rapports de l'OPS ont été repris et reproduits par des centaines de media à travers le monde.
- Un rapport de l'OPS a contribué à mieux comprendre les informations relatives à cas de vache folle au Canada en expliquant qu'il s'agissait d'un cas isolé qui ne présentait aucun danger pour la chaîne alimentaire.
- Au cours de la crise haïtienne en février 2004, l'OPS a informé que les conditions de la santé en Haïti devenaient de plus en plus difficiles, particulièrement pour les plus pauvres. Les cadres de l'OPS sur place ont obtenu l'accord des parties en présence de respecter la neutralité des hôpitaux et des centres de santé.
- L'OPS a également contribué à orienter l'opinion publique dans des domaines comme l'obésité, le VIH/SIDA, la violence et les ODM liés à la santé.

But 2 : Produire et utiliser des informations stratégiques afin d'anticiper et d'accroître les réponses proactives aux futurs défis et d'en récolter les fruits.

Objectifs :

- Analyses des événements et des tendances, leurs interactions et les implications éventuelles pour le BSP et la santé publique transmises systématiquement au personnel et aux clients.
- L'élaboration de priorités, de plans, de politiques et de stratégies techniques et organisationnels bénéficie de l'application accrue d'approches et d'instruments de prévisibilité.

Progrès :

111. Tout le travail réalisé par le domaine organisationnel d'analyse de la santé et des systèmes d'information (AIS) contribue dans la pratique à ce but, particulièrement au premier objectif. Ce travail comprend la publication des indicateurs de base de la situation de la santé dans les Amériques et du lancement de l'Initiative régionale de données de base en santé par Internet, utilisée aussi pour l'analyse et le suivi des Objectifs de développement du Millénaire (ODM).

112. La publication *La santé dans les Amériques*, qui est actuellement en processus de révision et de mise à jour pour une publication en 2007, offre des données et une analyse des tendances et des questions de santé dans les Amériques. Cette publication est un excellent outil de référence pour les décideurs et les chercheurs de la Région. L'OPS diffuse le document *La santé dans les Amériques* de diverses façons et offre des sections spécifiques par thème et par pays tel que demandé. Au niveau interne, la publication est à la fois une source d'information et un outil destiné à prioriser les plans et les activités du Secrétariat.

113. Le document *Statistiques de la santé dans les Amériques*, édition 2005, est prévu pour décembre 2005. Le thème central en est les causes de mortalité dans les pays des Amériques ; le document permet ainsi de déterminer les principales causes de mortalité par groupe d'âge et de sexe, et de formuler des interventions de santé publique pour réduire ces causes.

114. La validation des données de mortalité par les États membres permet d'améliorer la codification des causes de décès et les archives vitales. La qualité accrue des données relatives à la mortalité conduit à de meilleures analyses fondées sur des faits issus de différents acteurs en santé. Dans ce contexte, il est important de garantir l'utilisation appropriée de la Classification internationale des maladies (CIM) et d'autres classifications de la Famille des classifications internationales de l'OMS, tant au niveau

du Secrétariat qu'au niveau national. La CIM-10 a été utilisée pour la mortalité dans tous les pays de la Région. L'évaluation des systèmes d'archives vitales et la mise en œuvre des recommandations a permis une meilleure couverture et complétude des événements vitaux.

115. On a observé, tant au niveau des pays qu'à celui du Secrétariat, une augmentation de l'utilisation des technologies pour la diffusion opportune de l'information et la mise à jour des profils de pays. Un soutien a été donné aux pays par le biais d'une formation en statistiques épidémiologiques (cours donnés en espagnol et par Internet) et en systèmes d'informations géographiques pour des applications en santé publique.

116. L'élaboration de stratégies de coopération avec les pays (SCP) est une excellente occasion pour analyser les tendances et concevoir des plans et des priorités. Six SCP ont été élaborées en 2004 et dix le seront en 2005. De même, le processus d'Évaluation commune par pays/Cadre d'aide au développement des NU (ECP/CADNU) est mis en place dans sept pays des LAC en 2005. L'OPS participe au niveau national à tous ces processus et coordonne le processus régional de soutien à l'assurance de la qualité dans deux pays (El Salvador et la République dominicaine).

117. L'Observatoire des ressources humaines en santé a été lancé en 1999 comme l'une des grandes initiatives de l'OPS/OMS pour faire prendre conscience de l'importance d'intégrer les ressources humaines à l'ordre du jour des politiques de santé et de soutenir le développement participatif de politiques de ressources humaines appropriées. L'Observatoire a poursuivi son travail durant la période de planification et est devenu une des principales priorités stratégiques de l'Organisation.

But 3 : Devenir un chef de file dans les questions transnationales et mondiales touchant la santé régionale et nationale.

Objectifs :

- Les questions transfrontalières et mondiales relatives à la santé sont identifiées, comprises et diffusées aux publics cibles.
- Les États membres et les partenaires estiment que le BSP doit jouer un rôle précieux dans la mobilisation des ressources politiques, financières et techniques en vue d'aborder les questions transfrontalières et mondiales.

Progrès :

118. Les Réglementations internationales de santé (RIS) fournissent un excellent cadre juridique pour le partage d'informations épidémiologiques urgentes sur la diffusion transfrontalières de maladies infectieuses. Leur révision est une autre étape importante

dans le renforcement des défenses mondiales collectives contre la menace des maladies infectieuses. Les consultations régionales et sous-régionales qui ont contribué à la révision des RIS, ratifiée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai de cette année, sont des exemples du rôle de chef de file de l'OPS/OMS dans ce domaine. Durant le processus, l'OPS a procédé à de fréquentes mises à jour en collaboration étroite avec les Ministères de la santé.

119. Le BSP a intensifié son rôle dans la mobilisation des ressources politiques, financières et techniques en vue d'aborder les questions transfrontalières et mondiales, comme le montre ce qui suit :

- Les domaines techniques, les unités et les centres panaméricains ont pris davantage conscience de l'importance des accords commerciaux et d'intégration pour les sujets placés sous leur responsabilité tels que l'accès aux médicaments, aux vaccins et au matériel médical ainsi qu'à la télémédecine, le tabagisme, les alertes environnementales et les réglementations du secteur de la santé.
- Les bureaux de pays et les domaines techniques ont soutenu activement les États membres dans la négociation et la mise en œuvre des décisions et des initiatives adoptées par les organes d'intégration sous-régionale.
- Un soutien régional et sous-régional a été fourni pour l'analyse et la gestion des migrations du personnel de la santé.

120. Un autre exemple de progrès est l'Initiative contre le diabète en Amérique centrale (CAMDI) lancée en 2002 en collaboration avec les Centres pour la prévention et le contrôle des maladies (CCM) et les Ministères de la santé, les sociétés scientifiques et les associations de diabétiques dans sept pays centre-américains.

But 4 : Devenir un membre important des réseaux technologiques et scientifiques de pointe en se servant du savoir pour affronter le développement régional de la santé.

Objectifs :

- Participation active et rôle de premier plan de l'OPS en tant que promoteur de rencontres scientifiques et technologiques pertinentes pour le développement de la santé.
- Incorporation de contreparties scientifiques et technologiques aux points cruciaux du processus de coopération technique ; inclure la recherche et le déploiement éthiques, scientifiques et technologiques dans les domaines prioritaires en santé.
- Les capacités scientifiques et technologiques sont fondamentales pour le Secrétariat du développement des ressources humaines.

Progrès :

121. Les Groupes techniques conseils (GTC) – L’OPS continue d’obtenir et de partager des informations relatives aux plus récentes politiques et pratiques scientifiques dans différents domaines au moyen de réunions d’experts régionaux des États membres, des universités et d’organisations spécialisées dans les domaines suivants :

- Immunisation
- Maladies évitables par vaccination
- Gestion intégrée des maladies de l’enfant
- VIH/SIDA

122. Partenariats avec les sociétés techniques – L’OPS a établi ou renforcé des relations avec des sociétés techniques dans de multiples domaines de travail. Quelques exemples :

123. L’OPS a récemment mis sur pied un groupe consultatif d’experts techniques pour aborder l’introduction vers la mi-2006 d’un vaccin destiné à l’immunisation contre le virus de papillome humain (VPH), associé au cancer du col de l’utérus. Un vaccin VPH est actuellement en cours d’élaboration, mais on s’attend à ce qu’il soit cher et requière des négociations avec les producteurs en vue d’assurer son accès universel. Le groupe consultatif travaille à une position unifiée de l’OPS et à une réponse organisationnelle à l’introduction prochaine de vaccins VPH contre le cancer du col de l’utérus.

124. L’OPS a établi ou renforcé des relations avec des sociétés techniques et scientifiques en matière d’équipements médicaux, en facilitant l’échange d’information technologique avec des professionnels d’organisations d’Amérique latine et des Caraïbes qui font partie du réseau d’institutions telles que :

- Association pour l’avancement en équipements médicaux (AAMI)
- Collège américain d’ingénierie clinique (ACCE)
- Institut d’ingénierie électrique et électronique (IEEE)/Ingénierie en médecine et biologie (EMBS), et
- Commission internationale de certification (CIC) pour l’ingénierie clinique et les techniciens en maintenance biomédicale.

But 5 : *Susciter une main d'œuvre créative, compétente et engagée, qualifiée d'excellente par ses clients.*

Objectifs :

- Un Plan stratégique pour le développement des ressources humaines (DRH) complète le Plan stratégique du Bureau et encourage le mélange de compétences en vue d'une approche multidisciplinaire des besoins de santé.
- La structuration du travail, le développement du personnel et les récompenses encouragent la pensée créatrice, l'excellence technique et le travail d'équipe.
- Le niveau de satisfaction et de bien-être du personnel doit augmenter par rapport au niveau de l'exercice ROAD de 2001.

Progrès :

125. Les progrès réalisés dans ce domaine ont été présentés au 136^e Comité exécutif dans le document CE 136/INF7 *Bureau sanitaire panaméricain : Rapport annuel 2004-2005 sur les ressources humaines.*

126. Ci-dessous quelques faits saillants des activités réalisées ou en cours en vue de ce but, répartis en quatre grandes catégories :

(1) Amélioration de la sélection et du recrutement du personnel :

- Planification des compétences afin de déterminer le personnel nécessaire pour remplir les exigences programmatiques
- Formation à l'entrevue fondée sur les compétences destinée aux cadres du siège et sur le terrain
- Adoption du système de recrutement de l'OMS terminé en septembre 2004
- Simplification et normalisation des descriptions de poste

(2) Amélioration de l'efficacité et de l'efficience du personnel de l'OPS :

- Augmentation du nombre des transferts et réaffectations de personnel vers des bureaux de pays (partie de la priorité aux pays)
- Partenariat avec des institutions multilatérales basées à Washington pour partager le savoir et les bonnes pratiques en rapport avec le développement organisationnel et les questions de personnel
- 62 cadres supérieurs (plus de 95 %) ont suivi le Programme de développement de la gestion et de la direction mondiale
- Un comité de formation a été créé (présidé par le Directeur adjoint) afin d'orienter et de conseiller en matière de formation

- Le Système électronique d'évaluation et de planification de la performance (PPES) a été mis au point et fait l'objet d'une expérience pilote. La mise en place définitive est prévue pour 2006.
 - Des groupes de travail coordonnés par l'équipe de renouvellement de la gestion ont stimulé des approches créatives et innovatrices en matière de ressources humaines
- (3) Création d'un environnement propice au travail :
- Une enquête a été menée en 2004 auprès du personnel afin d'obtenir davantage d'informations sur les besoins et les inquiétudes du personnel, sur la base de l'exercice ROAD de 2001
 - Adoption d'une nouvelle politique de harcèlement
 - Création d'un Comité des réclamations
- (4) Amélioration de la qualité et de l'utilité de l'information :
- Formation en ligne disponible et encouragée au Siège et dans les pays
 - Nouveau processus d'induction en ligne pour le nouveau personnel

But 6 : Devenir une organisation aux performances élevées et servir de référence pour les autres agences internationales de santé.

Objectifs :

- Accroître la performance générale du BSP par rapport au niveau obtenu au cours du Diagnostic et évaluation organisationnels rapides (ROAD) 2001
- Faire régulièrement rapport de la performance au moyen d'un plus grand nombre d'indicateurs/critères et encourager l'utilisation de références internes et externes

Progrès :

127. Ce but est un sujet qui a fait partie de la plupart des efforts de changement institutionnel au cours des dernières années, y compris ceux de l'OPS au 21^e siècle. Chacun des cinq Objectifs stratégiques pour un changement organisationnel contribue à la réalisation de ce but et ses objectifs. C'est par le biais de la FEUILLE DE ROUTE pour la transformation institutionnelle et ses projets associés que l'OPS réalise ce but. Les autres actions menées dans la période de planification afin d'améliorer la performance sont résumées ci-dessous.

Alignement du budget et rapports :

- Les domaines de travail (DT) sont alignés sur l'OMS, ce qui débouche sur une meilleure coordination du travail de l'organisation grâce à des liens entre les résultats escomptés au niveau de l'Organisation et ceux escomptés au niveau de la Région.

- Le budget a été restructuré pour refléter les DT.
- La Politique du budget programme régionale reflète la priorité des pays en termes budgétaires et a été introduite dans le Budget programme biennal de 2006-2007.

Réduction des coûts :

- Réduction de 48 postes internationaux depuis 2004, soit une réduction d'environ 5,3 millions \$ des coûts nets.
- Révision de la politique de voyage et réduction des coûts de voyage des unités.
- Réduction des coûts d'espace de bureaux au siège et dans les bureaux de pays.

Maximisation des ressources :

- Pour l'exercice biennal 2004-2005, 190 millions \$ en fonds extrabudgétaires, dont 25,8 millions de l'OMS, au mois de juillet 2005 (para rapport à 12,5 millions \$ de l'OMS en 2002.2003).
- 1,5 million \$ de l'OMS mobilisé pour soutenir la présence des pays clés.

Coordination et alliances pour exploiter les ressources :

- La Directrice du BSP a contribué à la revitalisation du Groupe de directeurs régionaux des NU.
- Le Secrétariat a travaillé avec ses partenaires de développement au renforcement du rôle coordonnateur des Ministères de la santé.

Travail plus efficace, plus rentable et plus transparent :

- Un nouveau processus de révision des projets est en place, conduit par une nouvelle unité en vue d'assurer une meilleure conception et réalisation des projets financés par des fonds extrabudgétaires
- De nouveaux Groupes de travail de l'OPS ont été créés dans les domaines suivants : VIH/SIDA, médicaments essentiels, renouvellement des soins primaires de santé et santé de la famille et de la communauté.
- Des missions conjointes inter programmatiques ont été menées en Guyana, en Haïti, au Nicaragua et au Pérou.
- Automatisation des processus :
 - Système de pension
 - Système de paie

- Cartes d'achat (contrôle des dépenses)
 - Système de suivi des congés
 - Enregistrement de la correspondance
- Amélioration considérable des réseaux, postes de travail et logiciels informatiques
- Plus grande disponibilité de l'information financière grâce aux améliorations de AMPES/OMIS.
- Rapports périodiques des contributions placés sur le site de l'OPS.
- Équipe d'audit interne en relation très étroite avec l'OMS.
- Plans pour le suivi des recommandations du Rapport spécial de l'audit externe, conçus et soumis aux organes directeurs, et activités clés entamées (le 46^e Conseil directeur les étudiera séparément).

128. La mise en pratique de la gestion basée sur les résultats au sein du Secrétariat a été évaluée par l'Unité d'inspection conjointe (UIC) des Nations Unies. *La révision de l'application de la Gestion basée sur les résultats à l'Organisation panaméricaine de la santé* sera présentée au 46^e Conseil directeur de septembre 2005.

Implications de la présente évaluation

Implications pour le Plan stratégique actuel 2003-2007

129. Comme détaillé ci-dessus et dans la matrice de l'Annexe au présent document, les progrès par rapport aux objectifs établis dans le Plan stratégique 2003-2007 ont été satisfaisants dans l'ensemble. Le Secrétariat ne recommande pas de changements stratégiques au niveau macro du PS 03-07, et considère dans l'ensemble que les buts et objectifs du Plan sont valables jusqu'au reste de la période de planification, à savoir la fin de 2007. Néanmoins, il y a des implications de cette évaluation qui ont des pour le PS 03-07:

- Certains des objectifs de la coopération technique ne sont ni utiles ni mesurables, et le Secrétariat a des propositions pour répondre à ces cas.
- Les ODM n'étaient pas prioritaires lorsque le PS 03-07 a été conçu, alors qu'ils sont aujourd'hui l'une des principales priorités programmatiques pour l'Organisation. Les progrès en matière de ODM en santé ont été récemment présentés par la Directrice le 1^{er} juillet 2005. Les ODM font partie de l'agenda non terminé dans le cadre de l'assistance technique, comme décrit ci-dessous, et en tant que tels feront partie intégrante du nouveau départ du Plan stratégique 2008-2012.

- Les recommandations faites jusqu'ici au Groupe de travail sur l'OPS au 21^e siècle s'insèrent bien dans les six objectifs de développement organisationnel discutés ci-dessus (lesquels ont été élaborés bien avant que le Groupe de travail ne fasse ses recommandations). Cependant, les recommandations ont été spécifiquement et directement intégrées aux mécanismes de planification pour 2007, notamment le budget programme biennal 2006-2007. D'autres mécanismes de planification pour le reste de la période de planification assureront que les recommandations du Groupe de travail et des audits externes et internes soient suivies.
- Afin d'assurer que l'évaluation finale du PS 03-07 soit effectuée et reflète les résultats atteints, les systèmes de collecte de données doivent être améliorés en tant que partie intégrante des BPB pour 2006-2007.
- Il faut poursuivre les efforts afin que le PS 03-07 serve de référence principale dans l'élaboration des plans opérationnels et SCP.

Objectifs de coopération technique – Problèmes et solutions proposées

130. Plusieurs objectifs, classés « rouges » dans le système de signalisation pour la coopération technique, qui ne seront pas atteints selon le Secrétariat, en raison d'une série de facteurs dont le manque de données pour mesurer les progrès n'est pas le moindre. Certains de ces objectifs, classés « jaunes », peuvent ou non être atteints et le Secrétariat a par conséquent proposé un objectif révisé ou un indicateur. Le tableau suivant présente tous les objectifs de ces deux catégories et propose une solution pour chacun d'eux.

Objectif problématique PS 03-07 (rouge ou jaune) nécessitant une modification	Progrès /commentaires	Solution
(Jaune) <i>Éliminer la rougeole et au moins deux des maladies ciblées « éliminables » ou évitables par la vaccination.</i>	Les deux autres maladies ciblées étaient la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale (SRC). En 2004, on a relevé 0 cas de rougeole indigène, 3103 cas de rubéole et 12 SRC. Les efforts d'élimination se poursuivent.	OBJECTIF RÉVISÉ : <i>Poursuivre l'élimination de la rougeole et mettre au point des critères de vérification d'ici 2007. Éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale d'ici 2010.</i>
(Jaune) <i>Dans tous les pays, réduire l'incidence des nouveaux cas de SIDA et d'au moins une des autres IST et réduire la transmission mère-enfant de VIH.</i>	Le nombre de cas de SIDA signalés a diminué durant la période 2002-2004. Toutefois, UNAIDS estime que les nouveaux cas de VIH/SIDA ont sensiblement augmenté durant la même période (de 242.000 à 293.000). Les données de transmission mère-enfant ne sont pas systématiquement disponibles dans la Région. Les progrès pour les deux autres IST, les blennorragies et la syphilis, vont dans le sens de l'objectif.	OBJECTIF RÉVISÉ : <i>Dans tous les pays, réduire l'incidence des nouveaux cas de SIDA et d'au moins une des autres IST.</i>
(rouge) S'assurer que tout le sang transfusé satisfait les normes minimales.	Bien que cet objectif ne sera probablement pas atteint d'ici 2007 (voir matrice pour plus de détails), des progrès significatifs ont été réalisés. L'objectif reste valable et doit être maintenu. L'objectif est implicite dans l' <i>Initiative régionale pour la sécurité du sang et le Plan d'Action</i> (document CD46.16).	Alors que cet objectif ne sera probablement pas réalisé d'ici 2007 (voir matrice pour détails), des progrès considérables ont été réalisés et l'objectif doit être maintenu et suivi.
(rouge) Dans tous les pays, 60 % au moins des femmes âgées de 35 à 59 ans auraient été dépistées et traitées pour le cancer du col de l'utérus.	Données non disponibles pour mesurer les progrès. Modifier les priorités de la collecte de données.	OBJECTIF RÉVISÉ : Au moins cinq autres pays ont organisé des mécanismes de collecte de données pour fournir l'information sur le dépistage et le traitement du col de l'utérus.
(jaune) Dans 50 % des pays, la mortalité due aux accidents de la route a diminué de 20 %.	Données non disponibles pour tous les pays. Sur la base des données initiales, le Secrétariat recommande la révision de l'objectif.	OBJECTIF RÉVISÉ : Dans 30% des pays LAC, réduire la mortalité due aux accidents de la route de 15 %.

Objectif problématique PS 03-07 (rouge ou jaune) nécessitant une modification	<i>Progrès /commentaires</i>	Solution
(jaune) Augmentation de 200 % des cas signalés de violence domestique.	Données non disponibles pour mesurer les progrès relatifs à l'objectif, donc réalisation incertaine. Le Secrétariat suggère un nouvel objectif (voir matrice pour les notes à propos des progrès).	<ul style="list-style-type: none"> • OBJECTIF RÉVISÉ : Les modèles intersectoriels destinés à la violence sexiste seront consolidés et étendus en termes de formulation, suivi des politiques et des lois, élaboration de normes et de protocoles de soin, renforcement des capacités et développement de la recherche.
(rouge) Augmenter de 25 % le nombre de pays faisant un dépistage du développement des enfants en âge préscolaire.	Données pour mesurer les progrès relatifs à cet indicateur/objectif non disponibles pour la période de planification 2003-2007. Le Secrétariat suggère un nouvel indicateur pour le prochain PS.	OBJECTIF ABANDONNÉ
(rouge) Tous les pays auront établi des politiques nationales et des plans locaux pour les capitales et les villes de taille moyenne pour la gestion efficace des déchets solides.	La priorité a été donnée au niveau national et aux capitales, non aux villes de taille moyenne : <ul style="list-style-type: none"> - 10 pays ont adopté des politiques nationales pour la gestion des déchets solides - 25 pays ont adopté des plans nationaux et locaux pour les capitales 	OBJECTIF RÉVISÉ : 50 % des pays auront établi des politiques nationales et des plans locaux pour les capitales pour la gestion efficace des déchets solides. 25 % des pays auront des plans pour au moins 50 % de leurs villes de taille moyenne.
(rouge) Tous les pays à risque auront établi des programmes pour améliorer la qualité de l'air extérieur dans les zones urbaines exposées à la pollution atmosphérique, et/ou la qualité de l'air intérieur dans les logements précaires affectés par l'usage domestique impropre de carburant pour la cuisine, le chauffage et les industries familiales.	En 2004, quatre pays avaient adopté des programmes. L'objectif est stratégiquement valable, mais ne sera pas atteint d'ici 2007 et doit être révisé pour cette période de planification. Le concept de « pays à risque » n'est pas défini. NOTE : Les activités relatives à cet objectif contribuent à l'indicateur 29 de ODM : Proportion de la population utilisant des combustibles solides.	OBJECTIF RÉVISÉ : Huit pays auront établi des programmes pour améliorer la qualité de l'air extérieur dans les zones urbaines exposées à la pollution atmosphérique, et/ou la qualité de l'air intérieur dans les logements précaires affectés par l'usage domestique impropre de combustible pour la cuisine, le chauffage et les industries familiales.

Objectif problématique PS 03-07 (rouge ou jaune) nécessitant une modification	Progrès /commentaires	Solution
(rouge) Dans tous les pays, les programmes de sécurité alimentaire intégrés assurent qu'au minimum tous les établissements commerciaux majeurs pratiquent le système d'analyse des risques – point critique pour leur maîtrise (HACCP) ou d'autres approches modernes de sécurité alimentaire pour la manipulation des aliments.	5 pays (14 %) ont des programmes de sécurité alimentaire intégrés et 15 (43 %) un système HACCP. Cet objectif ne pourra pas être atteint dans 100 % des pays. Le Secrétariat recommande la révision de l'objectif.	OBJECTIF RÉVISÉ : 85 % des pays LAC auront adopté un système d'analyse des risques – point critique pour leur maîtrise (HACCP).
(rouge) Dans tous les pays, plans et programmes pour répondre au terrorisme biologique, chimique et radiologique (BCR) incorporés dans les plans nationaux de catastrophes.	Étant donné les progrès lents dans ce domaine par les États membres (sauf les États-Unis et le Canada, il est peu probable que l'objectif soit atteint. Par conséquent, en attendant le rapport du Secrétariat en cette matière, l'objectif doit être profondément révisé.	OBJECTIF RÉVISÉ : Dans les pays qui ont fait de cette question une priorité, adopter des plans et programmes pour répondre au terrorisme biologique, chimique et radiologique (BCR) incorporés dans les plans nationaux de catastrophes.
(jaune) Dans tous les pays, protection sociale en santé étendue au secteur du travail informel.	Les pays commencent seulement à mesurer la portée de la protection sociale en santé, donc il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que l'objectif soit atteint d'ici 2007; il doit être révisé pour donner la priorité à collecte de données.	OBJECTIF RÉVISÉ : <i>Quinze pays auront une stratégie ou un plan destiné à étendre la protection sociale en santé au secteur du travail informel.</i>
(rouge) Dans tous les pays, protection sociale en santé étendue au secteur du travail informel.	Les pays commencent seulement à mesurer la portée de la protection sociale en santé, donc il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que l'objectif soit atteint d'ici 2007; il doit être révisé pour donner la priorité aux stratégies.	OBJECTIF RÉVISÉ : <i>Dix pays auront des données disponibles pour mesurer la protection sociale en santé dans le secteur du travail informel.</i>

Objectif problématique PS 03-07 (rouge ou jaune) nécessitant une modification	Progrès /commentaires	Solution
<p><i>Augmenter la disponibilité d'informations sur l'impact des politiques adoptées par le secteur de la santé et d'autres secteurs de développement sur les inégalités de santé liées à la pauvreté, au sexe et à l'origine ethnique.</i></p>	<p>À PROPOS DES INÉGALITÉS SEXISTES ET ETHNIQUES SEULEMENT : (progrès en ce qui concerne les inégalités dues à la pauvreté): Données non disponibles pour évaluer l'objectif par rapport au sexe et encore moins à l'origine ethnique. PROGRÈS RELATIFS À L'OBJECTIF RÉVISÉ PROPOSÉ : Un seul pays possède de l'information (la cible pour 2007 est trois pays).</p>	<p>OBJECTIF RÉVISÉ : a) <i>Augmenter la disponibilité d'informations sur l'impact des politiques adoptées par le secteur de la santé et d'autres secteurs de développement sur les inégalités de santé liées à la pauvreté.</i> b) <i>Augmenter le nombre de pays possédant de l'information sur les inégalités liées au sexe dans les politiques de santé.</i></p>
<p><i>Au moins la moitié des pays font régulièrement rapport sur les inégalités en santé, ainsi que sur l'accès aux initiatives de soins de santé liées à la pauvreté, au sexe et à l'origine ethnique aux niveaux national et sous-national et sur le financement de celles-ci.</i></p>	<p>À PROPOS DES INÉGALITÉS SEXISTES ET ETHNIQUES SEULEMENT : (progrès en ce qui concerne les inégalités dues à la pauvreté) : La plupart des pays ne suivent pas cet indicateur en ce moment; l'OPS soutient la collecte et l'obtention de données en santé désagrégées selon le sexe, ce qui n'aura pas d'impact direct sur l'indicateur, lequel ne sera probablement pas mesurable.</p>	<p>OBJECTIF RÉVISÉ : <i>Au moins la moitié des pays font régulièrement rapport sur les inégalités en santé, ainsi que sur l'accès aux initiatives de soins de santé liées à la pauvreté, au sexe et à l'origine ethnique aux niveaux national et sous-national et sur le financement de celles-ci.</i></p>

Recommandations basées sur la présente évaluation pour le prochain Plan stratégique 2008-2013

131. Au cours de la présente évaluation, plusieurs points ont été identifiés qui peuvent être traités dans le prochain Plan stratégique. Ceci n'a pas l'intention d'être une ébauche de la substance du PS 08-13, mais plutôt une série d'observations glanées de l'analyse des progrès réalisés jusqu'à présent. Les États Membres sont priés de donner leurs réactions à ces recommandations, en tenant compte des délais pour le développement du PS 08-12 : la 40e session du SPP de mars 2006 discutera le processus de développement du Plan stratégique, et le SPP de mars 2007 recevra la première version du PS 08-12.

132. Cadre pour la coopération technique – Introduit à la réunion annuelle des responsables de l'OPS en 2004 et présenté ensuite aux organes directeurs, ce cadre classe les domaines de travail et les résultats escomptés en trois catégories : aborder l'Agenda inachevé, relever les défis et protéger les réalisations. Ces catégories devraient être utilisées dans le prochain Plan stratégique pour déterminer les priorités stratégiques.

133. Responsabilité pour la réalisation des objectifs – La question de savoir de quoi le BSP est responsable ou redevable en termes d'objectifs a été soulevée dans diverses discussions, y compris dans les organes directeurs. Afin de répondre à cette question, les documents futurs de planification contiendront deux séries d'objectifs et d'indicateurs liés : l'une pour les intérêts gérables du Secrétariat, l'autre pour l'Organisation (États Membres compris) et ses partenaires (organismes multilatéraux, etc., compris). La façon dont les objectifs spécifiques au BSP contribueront clairement et directement à la réalisation des objectifs à plus haut niveau, couvrant l'ensemble de l'Organisation, devrait toujours être évidente.

134. Établissement du niveau des objectifs et des indicateurs – Afin de faire une différenciation claire entre le Plan stratégique et les Plans du budget programme biennal/opérationnels, les objectifs du Plan stratégique devraient tous être au niveau du but (impact), alors que les objectifs des BPB et des Plans opérationnels devraient être établis au niveau du produit ou du résultat. En relation avec le point antérieur, le Plan stratégique établira les objectifs au niveau de l'ensemble de l'OPS, alors que les Plans du PBP et opérationnels incluront des objectifs spécifiques au BSP (avec des liens aux objectifs du PS établis précédemment) qui tomberont dans la catégorie des intérêts gérables du Secrétariat, à savoir pour lesquels il sera redevable.

135. Disponibilité des données pour mesurer les réalisations – Pour éviter les situations dans lesquelles les objectifs sont impossibles à mesurer du fait que les données de progrès pour les indicateurs (i.e., données de référence et suivi en cours) ne sont pas disponibles, dans les documents futurs de planification, aucun objectif/indicateur ne sera utilisé s'il n'est pas disponible dès le départ de la période de planification (des Indicateurs de base de la santé, Rapport sur le développement humain, Commission économique pour l'Amérique latine et la Caraïbe (CEPALC), ou d'autres sources), ou s'il ne peut pas faire l'objet d'une vérification immédiate. Tous les objectifs/indicateurs comprendront des lignes directrices.

136. Pertinence pour les pays et les bureaux de pays de l'OPS/OMS – Pour assurer que les Plans stratégiques futurs sont hautement pertinents et qu'ils peuvent être facilement concrétisés par les pays et les PWR, le lien entre planification stratégique et opérationnelle sera renforcé et rendu plus explicite.

137. Pertinence et état complet stratégiques – Les plans stratégiques futurs devraient inclure les analyses de toutes les fonctions programmatiques pour déterminer la pertinence constante à la direction et aux objectifs stratégiques globaux de l'Organisation. Ceci comprend les réponses aux urgences et les fonctions d'appui (e.g., ressources humaines, technologie de l'information, finances/comptabilité, etc.).

138. Ressources – Pour assurer que le PS 08-12 est réaliste et réalisable, il devrait inclure des stratégies concernant les ressources, i.e., une analyse des sources de financement et des niveaux requis pour atteindre les objectifs stratégiques. Cette analyse peut également étudier des sources nouvelles et novatrices de financement, comme jugé stratégiquement approprié par les organes directeurs. Cette analyse devrait inclure un examen pour vérifier si les ressources sont utilisées de la manière la plus efficiente et rentable.

139. Coopération et effet multiplicateur des ressources pour que l'impact soit élevé – Pour assurer que l'OPS ait un effet multiplicateur de ses ressources limitées et réalise le plus grand impact dans le secteur de la santé, le rôle et les objectifs stratégiques de l'Organisation devraient être élaborés dans le contexte des activités d'autres acteurs dans le secteur de la santé dans les Amériques, comprenant une analyse rigoureuse des compétences essentielles de l'OPS, la valeur ajoutée maximum et l'évitement de duplication éventuelle. Les documents futurs de planification de l'OPS devraient être élaborés dans le contexte du Programme de travail général de l'OPS (PTG) et le Plan stratégique à moyen terme (PSMT), et en coordination avec les départements de planification des institutions suivantes, outre les ministères de la santé des États Membres :

- Agences sœurs des NU
- Organisation des États américains
- Institutions financières internationales, telles que la Banque interaméricaine de développement et la Banque mondiale
- Agences bilatérales de développement, dont l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et l'Agence canadienne de développement international (ACDI)
- ONG travaillant dans des domaines apparentés.

140. Inclusion des principaux résultats et recommandations – Le prochain Plan stratégique doit se valoir du travail en cours pour renforcer l'OPS en tant qu'institution (le présent document est explicite en ce sens), conformément à la résolution CE136.R3 adoptée par le Comité exécutif lors de la 136^e session en juin 2005 qui prie la Directrice « de prendre en compte les résultats du rapport et des recommandations du Groupe de

travail sur l'OPS au 21^e siècle, les changements institutionnels au sein du Bureau sanitaire panaméricain et les recommandations du Rapport spécial de l'audit externe, au moment de préparer le prochain Plan stratégique pour le travail du Bureau sanitaire panaméricain. »

141. Les recommandations ci-dessus tirent parti des progrès considérables déjà réalisés dans le PS 03-07, les OSP antérieures et les initiatives pertinentes en cours, et elles continueront à étendre et à renforcer la responsabilité et l'efficacité de l'OPS dans le contexte d'une approche basée sur les résultats.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

142. Il est demandé au Conseil directeur d'examiner le présent document et d'adopter les révisions proposées aux objectifs de la coopération technique contenus dans le Plan stratégique 2003-2007 ainsi que les recommandations pour l'amélioration du prochain Plan stratégique couvrant la période 2008-2012.

Annexes

LISTE DES ACRONYMES

AMPES : Système de planification et d'évaluation de la Région des Amériques
AMS : Assemblée mondiale de la santé
BP : Bureau de pays
BPB : Budget programme biennal
BSP : Bureau sanitaire panaméricain
CSP : Conférence sanitaire panaméricaine
CT : Coopération technique
CTP : Coopération technique entre pays
DSRP : Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
DT : Domaine de travail
GBR : Gestion basée sur les résultats
GIS : Gestion de l'information et du savoir
GTC : Groupe technique conseil
GTZ : Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (entreprise allemande de coopération)
LAC: Amérique latine et Caraïbes
MS : Ministère de la santé
ODM : Objectifs de développement pour le Millénaire des NU
ONG : Organisation non gouvernementale
OSP : Orientations stratégiques et programmatiques
PC : Pays clés
PS : Plan stratégique
PSC : Programme de suivi conjoint des NU
PWR : Représentant OPS/OMS
SCP : Stratégie de coopération avec les pays
SPP: Sous-comité de planification et de programmation

Matrice de coopération technique

Remarques :

- Sauf indication contraire, les objectifs et les indicateurs s'appliquent à tous les pays de la Région
- Sauf indication contraire, les objectifs sont exprimés par rapport à la référence 2002

Code des couleurs

Vert = la cible est atteinte ou en voie de l'être d'ici la fin 2007

Jaune = l'atteinte de la cible est incertaine d'ici la fin 2007

Rouge = la cible NE sera probablement ou sûrement PAS atteinte

Coopération technique					
Domaine prioritaire 1. Prévention, contrôle et réduction des maladies transmissibles					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Réduire la morbidité imputable à la TB, au paludisme et à la fièvre dengue.	a) % de réduction de TB. b) % de réduction du paludisme. c) % de réduction de la dengue.	a) 233 650 cas de TB, ou 27 pour 100 000 personnes. b) 884 744 cas notifiés dans l'ensemble de la Région pour 2002. c) En 2002 dans les Amériques, il y avait 1 015 420 cas de dengue notifiés.	a) Si la couverture DOTS continue comme en 2003, une réduction de 6 000 cas par an est attendue. L'expansion de DOTS au Brésil pourrait améliorer cette réduction. b) Réduire le nombre pour ne pas dépasser 741 213 cas d'ici 2007 (réduction de 16,22 % par rapport à 2002; réduction de 35 % par rapport à 2000, l'année de référence pour la décennie de l'objectif Faire reculer le paludisme. c) Fin 2007 réduction de 40 %.	a) L'information de 2004 est n/d, en 2003 il y a eu une réduction de 6 099 cas de TB (2,6 % de moins qu'en 2002). b) 871 965 cas de paludisme notifiés en 2004 (réduction de 1,44 % par rapport à la référence de 2002). c) À la fin de 2004, 267 050 cas de dengue ont été notifiés (réduction de 74 % par rapport à 2002).	a) TB : Toute l'information se rapporte à 2003 (Rapport OMS 2005). En 2005, l'OPS espère détecter 70 % des cas et guérir 85 % de ces cas détectés. Ceci est conforme aux objectifs de l'OPS au titre des ODM. L'OPS devrait atteindre ses objectifs d'ici la fin de 2007. b) Paludisme : • Alors que la réduction par rapport à la référence de 2002 est plutôt faible (1,44 %), le chiffre de 2004 représente une réduction de 23,54 % par rapport à la référence de 2000 qui sert de référence principale pour le Programme du paludisme en évaluant les progrès de la Région sur la voie de l'objectif Faire reculer le paludisme. • La réduction de 23,54 % notée en 2004 dépasse actuellement la cible pour l'année qui est une réduction de 20 %. • Ces chiffres signifient qu'à présent nous dépassons légèrement nos cibles régionales globales pour le paludisme. c) La réduction de la Dengue est également en bonne voie de réaliser les objectifs établis.

Coopération technique					
Domaine prioritaire 1. Prévention, contrôle et réduction des maladies transmissibles (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Éliminer la rougeole et au moins deux autres maladies évitables par la vaccination ou les maladies ciblées comme 'éliminables'.	Nombre de cas autochtones de rougeole, rubéole et syndrome de la rubéole congénitale (SRC).	2 579 cas de rougeole. *1 921 cas de rubéole. 22 cas de SRC*. * La surveillance n'était pas complètement effectuée en 2002.	0 cas de rougeole, de rubéole et de SRC autochtones.	0 cas de rougeole autochtone. 3 103 cas de rubéole. 12 cas de SRC.	Les campagnes de rougeole et rubéole sont en cours. La consolidation de l'élimination de la rougeole sera réalisée d'ici 2007. OBJECTIF RÉVISÉ : Soutenir l'élimination de la fièvre aphteuse et mettre au point des critères de vérification pour 2007. Éliminer la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale d'ici à 2010. L'éradication de la rubéole et du SRC ont été révisées pour passer à 2010.
Réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies de l'enfance (dont les infections diarrhéiques et respiratoires) chez les enfants de moins de cinq ans dans tous les pays de 10 % du niveau de 2002	a) % mortalité b) % morbidité	a) 34,9 ‰ (région LAC) b) info n/d	a) 10 % inférieur à 2002 (31,41 ‰) b) info n/d	a) 33,2 ‰ b) info n/d	a) Les progrès sur la mortalité de 33,2 % sont sur la bonne voie et si la tendance estimée se maintient, le chiffre à la fin de 2007 serait de 30,1 %, bien inférieur à la cible définie dans le plan stratégique. Toutefois, cette tendance sera subordonnée aux actions soutenues des pays et aux efforts de plaidoyer régional pour renforcer la réponse des pays dans le contexte des ODM, en particulier dans le domaine de la mortalité néonatale. Veuillez noter que ces estimations sont basées sur les Perspectives de la population mondiale 2004, qui sont utilisées par AIS pour construire les indicateurs de base de l'OPS. Nous suggérons que les indicateurs sur la morbidité devraient être exclus de cette matrice car de nombreux pays de la Région ne disposent pas de données fiables sur la morbidité. Par conséquent, il serait très difficile d'apporter une évaluation solide des progrès de cet indicateur.

Coopération technique					
Domaine prioritaire 1. Prévention, contrôle et réduction des maladies transmissibles (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Dans tous les pays, réduire l'incidence de nouveaux cas de SIDA et d'au moins une autre IST et réduire la transmission de la mère à l'enfant du VIH.	a) Nombre de cas de SIDA notifiés. b) cas signalés de blennorragies et syphilis c) % de transmission de VIH.	a) 57 571 cas notifiés. b) blennorragies – 1877, syphilis – 1807 c) n/d.	a) toute réduction b) toute réduction c) toute réduction	a) 24 071 pour 2004*; 51 138 pour 2003. b) blennorragies – 1344, syphilis - 998 c) n/d. * Le chiffre de 2004 reflète une notification incomplète par les pays (à compter de la mi-2005); par conséquent, le chiffre de 2003 est plus utile pour déterminer la tendance.	Le nombre de cas de SIDA notifiés a diminué au cours de la période 2002-2004. Il est toutefois notable que l'ONUSIDA estime que les nouveaux cas de VIH/SIDA ont augmenté considérablement au cours de la même période (de 242 000 à 293 000). Les données sur la transmission de la mère à l'enfant ne sont pas systématiquement disponibles dans la Région. OBJECTIF RÉVISÉ Dans tous les pays, réduire l'incidence des nouveaux cas de SIDA et d'au moins une autre MST.
Assurer que tout le sang transfusé satisfait les normes minimums.	% de satisfaction des normes minimums.	86,70 %	100 %	89,19 %	Il est très difficile de construire un indicateur qui résume toutes les « normes minimums ». Étant donné que cet objectif est cité sous les maladies transmissibles, nous avons calculé la proportion des unités de sang qui sont contrôlées pour le VIH, HBsAg, HCV, syphilis, et, en Amérique latine, <i>T. cruzi</i> . Les données de 2004 n'incluent pas le Chili, le Pérou et sept pays des Caraïbes, car nous n'avons pas reçu l'information pour l'année dernière. L'objectif ne sera pas atteint en 2007. Le Mexique n'a pas officiellement adopté la norme pour contrôler le <i>T. cruzi</i> , et cinq pays des Caraïbes ne contrôlent pas du tout pour le VIH. Le reste des unités non contrôlées est associé au manque de donneurs volontaires, ce qui implique que la disponibilité des kits de contrôle n'assurera pas un contrôle à 100 %. L'objectif a été inclus dans le plan d'action pour 2006-2010. Il n'est stratégiquement pas approprié de réduire l'objectif à moins de 100 %.

Coopération technique					
Domaine prioritaire 1. Prévention, contrôle et réduction des maladies transmissibles (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Tous les systèmes nationaux assurent la surveillance des maladies clés, de la résistance antimicrobienne et des flambées de maladies alimentaires et hydriques, et l'information est partagée en temps réel.	% de surveillance	n/d	100 %	Les systèmes de surveillance existent dans virtuellement tous les pays pour les maladies principales. La qualité de ces systèmes n'est toutefois pas uniforme et il reste beaucoup de travail à faire, en particulier en termes de l'information étant disponible en « temps réel. »	
Étendre le nombre de pays et/ou zones exempts de fièvre aphteuse et réduire la morbidité et la mortalité des zoonoses communes.	a) Nombre de pays sans les maladies. b) % de pays avec surveillance.	Fièvre aphteuse : 32 % de l'Amérique du Sud; 43 % des troupeaux de bovins et 52 % de la population bovine exempts de fièvre aphteuse. Rage : Nombre de pays qui doivent éliminer les maladies : 8. No. de pays avec surveillance : 17. EBS : Nombre. de pays exempts des maladies : 33. No. de pays avec analyses de risque : 5.	Fièvre aphteuse : 95% de l'Amérique latine, ainsi que les troupeaux de bovins et la population bovine, exempts de la fièvre aphteuse. Rage : Nombre de pays qui doivent éliminer les maladies : 3. No. de pays avec surveillance : 22. EBS : Nombre de pays exempts des maladies : 33. No. de pays avec analyses de risque : 9.	Fièvre aphteuse : 53 % de l'Amérique du Sud, 59,3 % des troupeaux de bovins et 78,6 % de la population bovine exempts de fièvre aphteuse. Rage : Nombre de pays qui doivent éliminer les maladies : 6. No. de pays avec surveillance : 17. EBS : Nombre. de pays exempts des maladies : 33. Nombre de pays avec analyses de risque : 5.	Fièvre aphteuse : Les indicateurs sont exprimés en pourcentages en raison du fait que l'éradication de la fièvre aphteuse est réalisée avec une stratégie de répartition en zones plutôt qu'une stratégie couvrant l'ensemble d'un pays. Rage : Du fait que le nombre de cas de rage humaine transmise par le chien est actuellement faible, il vaut mieux utiliser le nombre de pays sans les maladies que les taux de mortalité. EBS : L'objectif pour 2007 est l'absence de maladie clinique, cohérent avec un objectif final consistant à atteindre l'exemption de la maladie d'ici 2009.

Domaine prioritaire 2. Prévention, contrôle et réduction des maladies non transmissibles

Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Dans tous les pays, prévention intégrée des MNT établie au moyen de l'application de l'initiative communautaire pour réduire les facteurs de risque (CARMEN).	Nombre de pays	Cinq pays	100 %	Vingt pays/territoires sont membres du Réseau CARMEN (Initiative pour la prévention des maladies non transmissibles), et appliquent la prévention intégrée et les actions de contrôle des MNT. Il n'est pas sûr que TOUS les pays de la Région déploieront de tels efforts d'ici 2007.	Initiatives développées à ce jour : Projet scolaire CARMEN (renforcement de la capacité pour la prévention des MNT) en partenariat avec CDC/Observatoire de politique et Dialogue CARMEN (analyse et développement des politiques de prévention des MNT) en partenariat avec l'Agence de santé publique du Canada/Initiative cardiovasculaire panaméricaine/PACI (promotion de la santé cardiaque) en partenariat avec le NHLBI/NIH.
Accroître la surveillance, aux niveaux national et régional des MNT, facteurs de risque et traumatismes.	surveillance	s/o	Toute augmentation	Cinq pays d'Amérique centrale ont mené des enquêtes sur les MNT et les facteurs de risque dans les capitales. Trois zones d'intervention CARMEN ont structuré leur système de surveillance locale des MNT et facteurs de risque (Bucarmanga en Colombie, Concepcion au Chili et Firminopolis au Brésil).	Le projet CAMDI en collaboration avec les CDC effectuera des enquêtes dans deux autres pays d'AC en 2005. Le système local de surveillance des MNT a été créé pour surveiller continuellement les progrès sur la prévention des MNT dans les zones de CARMEN (don des CDC).
Dans tous les pays, au moins 60 % des femmes âgées de 35 à 59 ans auraient été dépistées et traitées pour le cancer du col de l'utérus.	% de femmes dépistées et traitées	s/o	60 %	Les données pour cet indicateur spécifique lié à un service ne sont pas disponibles.	L'OPS a consacré des ressources considérables pour améliorer le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus; toutefois, la surveillance des progrès dans ce domaine au niveau de l'ensemble de la Région n'est pas encore en place. OBJECTIF RÉVISÉ : Au moins cinq pays auront des mécanismes de collecte organisée de données pour fournir l'information sur le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus.

Domaine prioritaire 2. Prévention, contrôle et réduction des maladies non transmissibles (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Améliorer la qualité des soins chroniques dans au moins cinq pays.	Nombre de pays	s/o	Cinq de plus qu'en 2002	Un projet de démonstration de l'amélioration de la qualité des soins s'est achevé au Mexique. Données de référence sur la qualité des soins collectées dans cinq pays d'Amérique centrale et trois pays des Caraïbes. Il n'est pas sûr que l'objectif soit atteint d'ici 2007.	Projets d'amélioration de la qualité des soins en préparation dans plusieurs pays.
Dans 50 % des pays, réduire la mortalité due aux accidents de voiture de 20 % (dans tous les pays).	Taux de mortalité pour 100 000	15 pour 100 00 (ensemble de LAC)	20 % de moins qu'en 2002	Données pour tous les pays non encore disponibles.	En fonction de quelques données initiales, l'unité technique recommande de revoir l'objectif comme suit : OBJECTIF RÉVISÉ : Dans 30 % des pays LAC, réduire la mortalité due aux accidents de voiture de 15 %.
Augmenter les notifications de violence domestique de 200 % .	% des notifications	s/o	200 % de plus qu' en 2002 ALTERNATIVE : Modèles intersectoriels pour traiter la violence sexiste (VS) consolidés et élargis en termes de formulation et de suivi des politiques et de la législation, développement de normes et protocoles de soins, renforcement de la capacité et développement de la recherche.	Données non disponibles pour l'objectif original. PROGRÈS PAR RAPPORT À L'OBJECTIF RÉVISÉ : -Modèle d'intervention intégré développé et appliqué dans des communautés de 11 pays. -Violence sexuelle introduite dans le modèle depuis 2003. -Projet de système de suivi régional (Observatoire) des politiques et programmes de VS approuvés et financés par l'Espagne et l'OMS. -Cours pilote virtuel sur la violence domestique/sexuelle donné aux prestataires de services. -Le Brésil, le Costa Rica, le Honduras et la République dominicaine appliquent un modèle de législation sur la VS.	L'objectif n'est pas réaliste; les données ne sont pas disponibles. OBJECTIF RÉVISÉ : Modèles intersectoriels pour aborder la violence sexuelle (VS) consolidés et élargis en termes de formulation et suivi des politiques et des lois, élaboration de normes et de protocoles de soins, renforcement des capacités et développement de la recherche.

Domaine prioritaire 3. Promotion de modes de vie et d'environnements sociaux sains

Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Augmenter de 30 % le nombre de pays qui ont entrepris au moins deux des actions suivantes : créer des espaces sans tabac, éliminer la publicité sur le tabac et augmenter les taxes sur le tabac.	% de pays	six pays Remarque : Selon l'enquête menée dans les écoles en 2001, 12 pays ont déclaré posséder une politique d'espaces sans fumée dans les écoles (OPS 2004)	30 % de plus qu'en 2002	huit	En 2002, il y avait six pays (Brésil, Canada, Costa Rica, États-Unis, Pérou et Uruguay) dotés de politiques raisonnables contre le tabagisme locales ou nationales, d'interdiction globale de promotion des produits du tabac, ou de taxes équivalant à 66 % du prix de vente. À la fin de 2004, deux pays de plus avaient fait des progrès et atteint l'indicateur (Cuba et Équateur). De plus, sept pays (Argentine, Bahamas, Belize, Honduras, Panama, Suriname et Trinité et Tobago) ont accompli des progrès dans une des trois composantes de l'indicateur.
Augmenter de 30 % le nombre de pays dotés de politiques et d'incitations visant la réduction de la consommation d'alcool et de la toxicomanie.	% des pays	trois pays	30 % de plus qu'en 2002	L'OPS fournit des informations et des outils pour le développement de politiques et changements de la législation dans les pays. - Le Brésil et le Mexique sont sur le point de changer la législation sur les ventes d'alcool. - Il y a eu une formation aux interventions brèves (IB) pour les problèmes d'alcool à Cuba. - Une assistance a été fournie au Brésil et au Mexique sur les politiques d'abus d'alcool et toxicomanie. - La recherche pour documenter la politique sur l'alcool et le genre a été menée dans 10 pays et continue à l'être. - Une brochure sur la politique de l'alcool et la sensibilisation à l'alcool a été produite et distribuée en quatre langues. - Un manuel de surveillance de la consommation d'alcool a été publié en espagnol.	Les progrès se poursuivent. L'objectif se rapporte à des « politiques et incitations » qui peuvent s'avérer difficiles à définir et à mesurer. Pour cette raison, les progrès enregistrés portent sur les interventions de l'OPS dans ce domaine.
Dans 80 % des pays, augmenter la disponibilité de programmes propres à développer les comportements sociaux positifs à au moins 50 % des écoles secondaires	% d'écoles avec des programmes disponibles	Deux pays (enquête AL 2001) Remarque : Selon l'enquête menée dans les écoles en 2001, 12 pays ont déclaré appliquer une éducation de développement des comportements sociaux dans leurs écoles (OPS 2004). Selon la réunion du réseau des écoles des Caraïbes en 2001, 14 pays des Caraïbes ont fait la même déclaration (OPS 2002).	50 % des écoles dans 80 % des pays	L'OPS mobilise des ressources pour mener à bien la formation dans le contexte de l'initiative régionale d'EPS. À ce jour, les progrès sont incertains.	La formation au développement de comportements sociaux positifs est un besoin et une priorité des pays. Un financement est nécessaire pour réaliser cette formation.

Domaine prioritaire 3. Promotion de modes de vie et d'environnements sociaux sains (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Les systèmes de santé mentale réformés dans 12 pays supplémentaires pour protéger les droits de l'homme des malades mentaux et accroître l'administration de soins de santé primaires mentaux communautaires.	Nombre de pays	En 2002, il y avait huit pays dans lesquels la réforme de la santé mentale s'est traduite par des changements importants dans le système de santé mentale : Argentine, Barbade, Belize, Brésil, Chili, Cuba, Guatemala et Jamaïque.	Progrès importants dans 12 pays supplémentaires	De bons progrès ont été accomplis dans le développement des capacités des pays. Des progrès considérables ont été faits au Mexique, au Nicaragua, au Paraguay, au Pérou, et à Ste Lucie.	Des réunions sous-régionales sur le développement de politiques se sont tenues dans le Cône Sud, la sous-région andine, l'Amérique centrale et les Caraïbes . Deux CTP ont été développées dans ce domaine. Des ateliers de formation ont été organisés sur la santé mentale et les droits de l'homme dans plusieurs pays. Un appui technique est assuré à 17 pays.
Augmenter de 25 % le nombre d'écoles aux niveaux primaire et secondaire dans lesquelles l'éducation physique est obligatoire tout au long de la vie scolaire.	Nombre d'écoles où l'éducation physique est obligatoire	Quinze pays d'AL ont des activités d'éducation physique, mais on ne sait pas si elle est obligatoire (enquête AL 2001).	25 % de plus que 2002	L'initiative régionale des Écoles promouvant la santé (EPS) inclut cette activité, ainsi que la promotion d'espaces sains pour effectuer l'activité physique dans l'environnement scolaire. En 2004, les progrès n'étaient pas connus, mais devraient être disponibles d'ici 2007.	Une enquête régionale prévue pour 2006 compilera cette information.
Augmenter le nombre de pays dans lesquels la farine est fortifiée à l'aide de fer biodisponible.	Nombre de pays	Huit pays d'Amérique latine et sept pays des Caraïbes sous accord CARICOM utilisent du fer de mauvaise biodisponibilité.	Toute augmentation	Quatre pays sont passés à l'usage de composés ferreux d'une biodisponibilité plus élevée ou ont la législation en place (Bolivie, Colombie, Équateur et République dominicaine)	Il est extrêmement probable que la cible sera atteinte en 2007. Un financement extrabudgétaire a été obtenu de GAIN (Alliance globale pour l'amélioration de la nutrition) pour aider la Bolivie et la République dominicaine à exécuter la nouvelle législation de fortification de la farine.
Dans les 11 pays à haut risque, augmenter la couverture d'au moins trois doses de supplément de Vitamine A à au moins 50 % des enfants de moins de trois ans.	% des enfants couverts	Dix pays avec une déficience sous-clinique de Vitamine A comme problème de santé publique et application d'un supplément de Vitamine A.	50 % de couverture dans 11 pays	Quatre pays ont notifié >50 % de couverture des enfants de 6-59 mois pour la première dose, deux pays ont notifié >30 % pour la première dose, et un pays a eu recours seulement à sa fortification par le sucre avec la Vitamine A depuis 2002.	Le supplément de Vitamine A est suivie en tant que nombre d'enfants de 6-59 mois recevant jusqu'à deux doses de Vitamine A par an; par conséquent, l'objectif de trois doses ne peut pas être suivi. Six pays seulement continuent à faire état de la couverture de supplément en Vitamine A avec les données de vaccination à l'Unité d'immunisation. Il est probable que la cible de plus de 50 % d'enfants recevant au moins une dose peut être atteinte d'ici 2007 dans six pays qui fournissent des suppléments de Vitamine A.

Domaine prioritaire 3. Promotion de modes de vie et d'environnements sociaux sains (suite)

<i>Objectif</i>	<i>Indicateur(s)</i>	<i>Référence (fin 2002)</i>	<i>Cible (fin 2007)</i>	<i>Progrès à ce jour (fin 2004)</i>	<i>Commentaires/Explication des progrès</i>
Augmenter de 30 % le nombre de pays entreprenant une surveillance pour identifier les tendances dans le comportement et les conditions sociales qui influencent les modes de vie.	Nombre de pays	Surveillance partielle dans deux pays : Brésil et Mexique Remarque : Selon l'enquête menée dans les écoles en 2001, 14 pays d'Amérique latine ont déclaré avoir réalisé au moins une enquête sur les comportements à risque chez les enfants et les jeunes scolarisés.	30 % de plus qu' en 2002	Surveillance nationale dans deux pays : Chili et Mexique. Surveillance partielle dans trois pays : Argentine, Brésil et Colombie.	L'objectif doit être réexaminé pour le prochain plan stratégique.

Domaine prioritaire 4. Croissance et développement sains					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Réduire la mortalité maternelle pour ne pas dépasser plus de 100 pour 100 000 naissances vivantes soit 20 % du niveau de 2000.	Taux de mortalité maternelle	190 pour 100 000 b. (niveau de 2000)	100 pour 100 000	Information actuellement non disponible pour 2004. La plupart des données de mortalité maternelle disponibles aujourd'hui datent de 1999, 2000, 2001 ou 2002. Les progrès pour la période 2002-2004 sont donc incertains.	- Les systèmes de surveillance de la MM ont été renforcés dans la Région; toutefois, ils ne sont pas suffisamment solides pour donner des données opportunément. Également, lorsque le système de surveillance s'améliore, les registres de mortalité augmentent. Les systèmes d'enregistrement démographique dans la Région continuent à être faibles. Remarque : Un projet financé par USAID est en cours dans 14 pays de la Région afin d'améliorer les notifications selon cet indicateur, ODM indicateur n° 16.
Augmenter le pourcentage de femmes enceintes se faisant soigner pendant le premier trimestre de 30 % et les accouchements par des accoucheuses qualifiées de 90 % .	a) Proportion de femmes enceintes soignées par du personnel formé pendant la grossesse b) % des accouchements par du personnel qualifié	a) 70,2 % (LAC) b) 88,1 % (LAC)	a) 30 % de plus que 2002 b) Augmentation de 2 points de %	a) 71,6 % (LAC) b) 88,9 % (LAC)	De nombreux défis avec ces deux indicateurs : 1) Il y a de vastes disparités dans les pays et entre les pays concernant l'accouchement par du personnel qualifié et les visites prénatales, en particulier entre les riches et les pauvres. 2) De nombreux pays font état de naissances institutionnelles et n'utilisent pas la définition d'accoucheuse qualifiée. 3) Les pays ne mesurent pas celles qui « se font soigner.» L'objectif peut demeurer inchangé, mais les indicateurs doivent être ceux de gauche.

Domaine prioritaire 4. Croissance et développement sains (suite)					
Réduire la mortalité périnatale de 10 % du niveau de 2002.	% de mortalité périnatale PROPOSITION : taux de mortalité néonatale	Non disponible. Le taux de mortalité néonatal en 2002 était d'approx. 24 pour 1.000 naissances.	10 % inférieur à 2002 = 21,6 par 1.000 naissances	Approx 24 pour 1.000 naissances (la qualité des données varie). Les données de mortalité néonatale devraient être disponibles dans la base de données de l'OPS en 2005.	Actuellement à cause du manque de données, l'OPS n'est pas en mesure d'estimer de manière fiable la mortalité périnatale pour la Région, car les décès fœtaux tardifs ne sont même pas enregistrés dans de nombreux pays. Le taux de mortalité néonatale a été proposé (et devrait être approuvé) comme indicateur au début 2005. Remarque : périnatal = durant la grossesse jusqu'au 7 ^e jour de vie; néonatal = les 28 premiers jours de vie (soit 60 % des décès infantiles, un indicateur ODM).
Augmenter le nombre de pays effectuant le dépistage du développement des enfants en âge préscolaire de 25 % .	Nombre de pays	Données non disponibles	25 % de plus qu'en 2002	Les données pour mesurer les progrès par rapport à cet indicateur/objectif spécifique ne sont pas disponibles.	Pour la période actuelle de planification 2003-2007, les progrès ne seront pas vérifiables. Nous suggérons de développer un indicateur de substitution pour le prochain Plan stratégique.. OBJECTIF ABANDONNÉ
Réduire le taux de fertilité des adolescentes (15-19 ans) de 20 % du niveau de 2002.	a) Taux de fertilité	a) 80 par 1.000 (Source : Département des affaires économiques et sociales des NU)	a) Réduction de 20 %	a) 78 par 1.000 = 2,5 % de réduction (Source : Département des affaires économiques et sociales des NU – obtenu par interpolation linéaire de la moyenne de fertilité correspondante NU – variante projections quinquennales de population)	Les taux de fertilité des adolescentes ont été intégrés au projet de Gestion intégrée des besoins des adolescents de l'OPS (IMAN) en 2004. Il n'est pas sûr que cet objectif soit atteint d'ici 2007.

Domaine prioritaire 5. Promotion d'environnements physiques sains					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Sur la voie des Objectifs de développement du Millénaire des Nations Unies et la Vision 21 de l'eau pour tous, réduire de 25 % les écarts dans la couverture universelle et la qualité de l'eau potable et dans les services d'assainissement identifiés dans « l'Évaluation régionale 2000 de l'OPS/OMS/UNI-CEF. »	% des écarts dans la couverture / qualité des services d'eau potable et d'assainissement.	E-2000 (données 1998) % des écarts dans la couverture de l'eau : Total : 15,4 Urbain : 7,0 Rural : 38,8. % des écarts dans la qualité du service de l'eau : Désinfection : 41 Continuité : 60 Pertes d'eau : 45. % des écarts dans la couverture de l'assainissement : Total : 20,8 Urbain : 10,2 Rural : 50,4% % des écarts dans le traitement des eaux usées : Total: 86.	PSC 2007 (données 2005) % des écarts dans la couverture de l'eau : Total : 11,6 Urbain : 5,3 Rural : 29,1. % des écarts dans la couverture de l'assainissement : Total : 15,6 Urbain : 7,7 Rural: 37,8.	PSC 2004 (données 2002) % des écarts dans la couverture de l'eau : Total : 11,0 Urbain : 5,0 Rural : 31,0. % des écarts dans la couverture de l'assainissement : Total : 25,0 Urbain : 16,0 Rural : 56,0.	Sur la base des définitions du PSC de l'amélioration de l'eau et de l'assainissement, en moyenne les pays LAC sont sur la voie de réaliser la réduction de l'écart dans l'accès à l'eau mais ne réalisent pas l'objectif de réduire l'écart dans l'accès à l'assainissement . La Région doit continuer à réduire ces écarts tout en améliorant l'équité et la qualité des services au bénéfice de leur impact et de la durabilité sur la santé publique et le développement. NB : Les chiffres de 2002 sont basés sur des techniques d'enquête différentes que celles des chiffres de 2000. CSD 13 a identifié en avril 2005 les limitations au suivi de l'ODM 7, Cible 10. Le PSC (OMS, UNICEF et partenaires) travaille à l'amélioration de ses outils de suivi pour venir à bout d'une partie de ces limitations, incluant les aspects d'équité et de qualité des services. L'OPS (SDE et AIS) contribuera à améliorer les analyses de données et l'usage de l'information associée à l'eau, l'assainissement et la santé dans le contexte de LAC.

Domaine prioritaire 5. Promotion d'environnements physiques sains					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Tous les pays auront établi des politiques nationales et des plans locaux pour les capitales et les villes de taille moyenne pour la gestion efficace des déchets solides.	Nombre de pays	s/o	100 %	<p>La'accent a été mis sur le niveau national et sur les capitales, non pas sur les villes de taille moyenne:</p> <p>a) 10 pays ont établi des politiques nationales pour la gestion des déchets solides b) 25 pays ont établi des plans nationaux et locaux pour les capitales Politiques nationales : COL, ELS, ECU, CHI, PAR, PAN, BRA (certains États), PER, TRT, BAR</p> <p>b) Plan nationaux : BAR, BLZ, BVI, îles Cayman, CUB, GRE, JAM, ELS, PAN, PER, VEN, TRT. En cours : BAH, BOL, DOM, ECU, ELS, GUT, HAI, PAR, SCN Plans locaux : MEX, CUB, URU, COL</p>	<p>La cible de 2007 devrait être reconsidérée à 50 % au lieu de 100 %.</p> <p>L'objectif d'établir des plans de gestion des déchets pour toutes les villes de taille moyenne devrait être reconsidéré (il y a plus de 830 villes de taille moyenne dans LAC). Il est proposé d'établir l'objectif à une augmentation de 25 % par rapport à 2002.</p> <p>OBJECTIF RÉVISÉ : 50 % des pays auront leurs politiques nationales et des plans locaux pour la capitale en matière de gestion efficace des déchets solides. 25 % des pays auront des plans pour au moins 50 % de leurs villes de taille moyenne.</p>
Tous les pays à risque auront établi des programmes pour améliorer la qualité de l'air extérieur dans les zones urbaines exposées à la pollution atmosphérique, et/ou la qualité de l'air intérieur dans les logements précaires affectés par l'usage domestique impropre de combustible pour la cuisine, le chauffage et les industries familiales.	Nombre de pays (parmi ceux à risque)	s/o	100 %	<p>Quatre pays</p> <p>Pollution atmosphérique extérieure : PER exécute un plan national. EQU et URU commencent les négociations avec les parties prenantes en vue de l'exécution de plans nationaux.</p> <p>Pollution de l'air intérieur : GUT et PER font des projets d'intervention au niveau local. À la fin de 2004, Argentine, Belize, Brésil, Chili, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala et Panama ont fait des progrès dans les régulations opérationnelles pour l'usage des pesticides.</p>	<p>Il est peu probable que l'objectif soit atteint d'ici 2007.</p> <p>OBJECTIF RÉVISÉ : Huit pays auront établi des programmes pour améliorer la qualité de l'air extérieur dans les zones urbaines exposées à la pollution atmosphérique, et/ou la qualité de l'air intérieur dans les logements précaires affectés par l'usage domestique impropre de combustible pour la cuisine, le chauffage et les industries familiales.</p>

Domaine prioritaire 5. Promotion d'environnements physiques sains (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Au moins 15 pays auront une exécution effective de la surveillance sanitaire des pesticides et auront fait des améliorations dans les régulations opérationnelles pour l'importation et l'usage des pesticides.	Nombre de pays	s/o	15	10	À la fin de 2004, Argentine, Belize, Brésil, Costa Rica, Chili, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, et Panama ont fait des progrès dans les régulations opérationnelles pour l'usage des pesticides et sept d'entre eux ont fait des progrès dans les régulations opérationnelles pour l'usage de ces substances.
Dans tous les pays, les programmes de sécurité alimentaire intégrés assurent qu'au minimum tous les établissements commerciaux majeurs pratiquent le système d'analyse des risques – point critique pour leur maîtrise (HACCP) ou d'autres approches modernes de sécurité alimentaire pour la manipulation des aliments.	Nombre de pays	s/o	100 %	5 pays (14 %) avec des programmes de sécurité alimentaire intégrés et 15 (43 %) avec le système HACCP.	En raison de la faible priorité et de la faible volonté politique par les pays d'établir des programmes de sécurité alimentaire intégrés, il ne sera pas possible d'atteindre 100 % dans ce domaine de l'objectif . Toutefois, il est envisagé que 85 % des pays auront mis en place le système HACCP. NB : Le Plan d'action régional de sécurité alimentaire pour 2006-2007 a été préparé conjointement avec l'INPPAZ, et il est conforme à la Stratégie mondiale de sécurité alimentaire de l'OMS. OBJECTIF RÉVISÉ : 85 % des pays LAC auront mis en place un système d'analyse des risques – point critique pour leur maîtrise (HACCP).

Domaine prioritaire 5. Promotion d'environnements physiques sains (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
<p>Augmentation de 50 % du nombre de pays entreprenant une évaluation du risque des conditions environnementales des travailleurs sur une base systématique; et dans chaque pays, augmentation de 30 % du nombre de lieux de travail enregistrés dotés de programmes pour la promotion et la protection de la santé des travailleurs.</p>	<p>a) Nombre de pays b) Nombre de lieux de travail enregistrés</p>	<p>a) estimation 0 b) estimation 15 lieux de travail</p>	<p>a) 50 % de plus qu'en 2002 b) 30 % de plus qu'en 2002</p>	<p>a) Systèmes de surveillance en place pour trois événements – accidents du travail, empoisonnement par pesticides, troubles musculaires – dans huit pays (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Jamaïque, Mexique, Panama, Uruguay). b) L'objectif opérationnel de l'OPS était de multiplier la référence par au moins 4 (15 X 4 = 60 lieux de travail). Cet objectif a été dépassé à maintes reprises, avec 700 lieux de travail (compagnies) dans les huit pays exécutant des programmes pour promouvoir et protéger la santé des travailleurs.</p>	<p>L'Initiative environnement de travail sain de l'OPS qui avait l'appui financier de SIDA (Suède), a eu un effet catalyseur important. À cet égard, le travail avec CERSSO, BIT, le Département du Travail U.S. et le Conseil de sécurité nationale doit être reconnu car il a amélioré l'usage du kit d'outils des lieux de travail de l'OPS. Sur la base de la réussite de ce programme, SICA a demandé la permission d'utiliser la méthodologie de l'initiative de l'OPS pour exécuter un projet de santé et sécurité d'Amérique centrale dans cinq secteurs économiques supplémentaires.</p>

Domaine prioritaire 6. Préparation aux catastrophes, gestion et organisation des secours					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Accroître la capacité nationale et intersectorielle pour la préparation aux catastrophes et l'organisation des secours pour les catastrophes naturelles et provoquées par l'homme.	a) Disponibilité d'ateliers de formation sur tous les aspects de la réduction des catastrophes. b) Directives, manuels et autres publications et matériels multimédia développés ou mis à jour et distribués.	s/o	Toute augmentation importante	- Des cours et ateliers sur la planification des interventions, la gestion des accidents de masse, et la formation aux premiers secours ont été tenus dans les Caraïbes, et au niveau sous-régional en Amérique centrale et en Amérique du Sud toutes les agences nationales d'organisation des secours ont été impliquées. – Des cours LIDERES (cours de haut niveau de gestion des catastrophes) ont été entrepris pour améliorer la qualité de la préparation de la Région et sa capacité d'organisation des secours; un avantage ajouté est le réseau de gestion du risque du secteur de la santé qui a émergé. L'OPS/OMS aide maintenant les autres Régions de l'OMS à développer des initiatives semblables. - Au cours des deux dernières années, quatre exercices de simulation ont été menés annuellement pour évaluer la capacité d'organisation des secours des pays et les plans ont été ajustés. -L'OPS a continué à accorder une haute priorité à la production de matériels de formation et de directives et manuels techniques qui appuient la préparation aux catastrophes et leur atténuation.	L'OPS continue à appuyer une vaste série d'événements dans l'ensemble des Amériques. Le nombre et la variété des événements de formation ont augmenté, grâce à l'intervention plus marquée du réseau de points focaux pour les catastrophes dans les bureaux de pays de l'OPS, qui reprennent en charge la formation plus « traditionnelle » de préparation aux catastrophes d'intérêt national spécifique.
Codes de construction et autres mécanismes d'atténuation pour la construction de nouvelles infrastructures de santé et de services opérationnelles dans tous les pays à risque.	Nombre de pays (parmi ceux à risque)	s/a	100 %	Les progrès ont été bons mais irréguliers. Un Groupe consultatif d'atténuation des catastrophes a été établi pour plaider en faveur de la construction de nouveaux hôpitaux sûrs et pour aider les pays à les construire. La dévastation causée par la saison des ouragans de 2004 a incité les États Membres lors du 45 ^e Conseil directeur, à approuver unanimement une résolution « pour exhorter les États Membres à adopter « des hôpitaux à l'abri des catastrophes » comme une politique nationale de réduction du risque, pour établir l'objectif selon lequel tous les nouveaux hôpitaux sont construits avec un niveau de protection qui garantit mieux qu'ils restent fonctionnels dans des situations de catastrophe, et appliquer les mesures d'atténuation appropriées pour renforcer les installations de santé existantes, en particulier celles qui prodiguent les soins de santé primaires. »	La Conférence mondiale sur la réduction des catastrophes naturelles de Kobe au Japon a donné un élan majeur à ce thème en termes de visibilité, et les États Membres doivent intensifier les efforts dans ce domaine au cours des années à venir. L'efficacité du plaidoyer pour l'atténuation des catastrophes et l'exécution réelle des mesures ne peuvent être testées/évaluées qu'à la suite d'une catastrophe. L'engagement politique au niveau le plus élevé est nécessaire. La disponibilité de données est également un problème.

Domaine prioritaire 6. Préparation aux catastrophes, gestion et organisation des secours (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Dans tous les pays, plans et programmes pour répondre au terrorisme biologique, chimique et radiologique (BCR) incorporés dans les plans nationaux des catastrophes	Nombre de pays	Aucun pays n'a un plan complet.	12 pays à risque avec un plan de catastrophe qui inclut la préparation au BCR.	Les progrès des pays ont été maigres du fait qu'il ne s'agissait pas d'une priorité pour de nombreux pays, sauf le Canada et les États-Unis. Les activités de l'OPS comprennent entre autres : - Des séminaires et activités de formation incluant des exercices de simulation ont pris place en Argentine, à la Barbade, au Mexique et au Panama. - Un site Web et des petits guides techniques spécialisés et des matériels de formation ont été développés et compilés. - Tous les ministères de la santé ont reçu l'information et les directives ont été traduites.	Les États Membres (sauf le Canada et les États-Unis) ont de nombreuses priorités et ont des difficultés à obtenir des ressources pour un nouveau thème supplémentaire. Les donateurs ont engagé peu de financement dans ce domaine en dehors de leur propre pays. Le manque de financement a constitué une sérieuse limitation. OBJECTIF RÉVISÉ : Dans les pays qui ont fait de cette question une priorité, des plans et des programmes pour répondre au terrorisme biologique, chimique et radiologique (BCR) seront incorporés dans les plans nationaux des catastrophes.
Dans toutes les situations de catastrophe, ressources humaines, technologiques et financières mobilisées et coordonnées aux niveaux national et régional dans les 24 heures	Ad hoc, comme le permet la situation.	s/o	80 %	-Dans toutes les situations de catastrophes sur les deux dernières années et demi qui requièrent une assistance extérieure, l'OPS a été en mesure de coordonner la mobilisation et le déploiement des ressources humaines dans les 24 heures pour aider les États Membres à évaluer les dommages et les besoins dans le secteur de la santé. La mobilisation des ressources financières pour répondre aux besoins de santé a toujours été suffisante (et dans quelques cas elle a excédé la capacité de l'Organisation à les absorber dans la courte période de temps consacrée aux projets d'urgence). Toutefois, la mobilisation des ressources financières n'a pas toujours été accomplie dans le délai de 24 heures (voir commentaires sur les progrès). -Sur la période 2003-2004, l'appui a été coordonné et mobilisé pour neuf pays. Le gros des ressources a été mobilisé pour Haïti qui a fait face à trois situations d'urgence pour la seule année 2004.	Il y a une compétition accrue au plan mondial quand il s'agit de mobiliser des ressources financières. Les organismes donateurs examinent beaucoup plus attentivement les propositions et dans certains cas font part de leur intérêt à contribuer à la conception de projets d'urgence, augmentant ainsi le temps qu'il faut pour pouvoir réellement disposer des fonds de PD.

Domaine prioritaire 7. Assurance de l'accès universel à des systèmes de santé intégrés, équitables et durables					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Dans tous les pays, la réforme du secteur de la santé est réorientée pour renforcer le rôle de conduite des autorités de la santé, et les fonctions essentielles de la santé publique	Nombre de pays	s/o	100 %	41 pays de la Région ont fait l'exercice des fonctions essentielles de la santé publique. Deux pays ont fait l'évaluation de la fonction du rôle de conduite.	D'ici 2007, 100 % des pays auront fait l'évaluation de la fonction du rôle de conduite et auront formulé des plans de renforcement pour le rôle de conduite et les fonctions essentielles de la santé publique.
De nouvelles approches de gestion de la main-d'œuvre contribuent à l'accroissement de la couverture et/ou de la productivité et/ou de l'efficacité des services de santé aux niveaux national et institutionnel.	Nouvelles régulations de plan de carrière * Observatoires des ressources humaines * Bases de données sur l'équité dans le déploiement des ressources humaines * Études sur la migration infirmière * Base de données sur les syndicats et les associations professionnelles dans les services de santé * Formation en ligne à la gestion des RH pour les unités décentralisées * Composantes RH dans les programmes prioritaires liés aux ODM	s/o	Plans nationaux intégrant cinq enjeux majeurs dans six pays. * Plans de carrière : 12 Observatoires : 25 pays et deux sous-régionaux. Base de données sur l'équité en tant que collecte de données régulière dans 10 pays. Systèmes de suivi de la migration dans les sous-régions caraïbe et andine. Base de données sur les syndicats étendue à tous les pays. * Cours de formation en ligne intégré à l'offre permanente dans le campus virtuel * Plans des RH dans des programmes VIH et autres programmes liés aux ODM testés dans six pays.	Régulations de plans de carrière : huit pays : (+67 %) * Observatoires des ressources humaines : 21 pays (+78 %). * Bases de données sur l'équité dans le déploiement des ressources humaines : six pays (+60 %). * Études sur la migration infirmière: 12 pays (S/O). * Base de données sur les syndicats et associations professionnelles dans les services de santé : 15 pays (+50 %). * Formation en ligne à la gestion des RH pour les unités décentralisées : 11 pays (+70 %). * Composantes RH dans les programmes prioritaires : cadre et outils d'évaluation développés (+30 %).	En 2004, le Conseil directeur a exhorté les États Membres à participer et renforcer les politiques des RH au niveau national. L'OMS a décidé de consacrer la Journée mondiale de la Santé 2006 aux ressources humaines en santé, en lançant de nouvelles initiatives dans la Région.

Domaine prioritaire 7. Assurance de l'accès universel à des systèmes de santé intégrés, équitables et durables (suite)

Dans tous les pays, protection sociale en santé étendue au secteur du travail informel.	Nombre de pays	s/o	100 %	Huit pays ont fait des études pour mesurer l'exclusion de la protection sociale en santé.	À compter de la mi 2005, il n'est pas possible d'avoir 100 % des pays avec la protection sociale étendue au secteur du travail informel d'ici la fin de 2007. Nouvelle priorité suggérée pour les stratégies. OBJECTIF RÉVISÉ : Quinze pays dotés de stratégies ou de plans initiaux pour étendre la protection sociale en santé au secteur du travail informel.
Gestion de la technologie et évaluation plus efficaces dans un tiers des pays , et accès accru des pauvres à des services au moyen de l'usage de la télémédecine dans la moitié au moins de ces pays.	a) Nombre de pays organisant des ateliers de technologie de la santé (voir commentaires). b) Nombre de pays ayant accès à la télémédecine.	a) 10 ateliers réalisés en Amérique latine avec près de 400 personnes formées (trois aux E.U.). b) s/o* * Il s'agit d'un domaine doté de peu de données systématiques, et l'objectif/indicateur n'est pas suffisamment spécifique pour le mesurer efficacement.	a) 1/3 b) toute augmentation	a) Depuis 2002, 12 ateliers de gestion de la technologie et d'ingénierie clinique ont été tenus dans dix pays, avec près de 800 personnes formées. Approximativement trois ateliers sont organisés chaque année. b) La plupart des pays LAC commencent à travailler avec la télémédecine à un niveau ou un autre. Les principaux résultats sont des projets universitaires associant les universités et les postes locaux de santé dans les zones rurales.	Le véhicule principal de l'OPS pour aborder l'objectif/indicateur a consisté en une série d'ateliers parrainés par le Collège américain d'ingénierie clinique et l'OPS. Les ateliers éduquent les autorités nationales sur l'évaluation des besoins et les options pour répondre aux besoins de TI en médecine. À la fois (a) et (b) sont mal définis et devraient être révisés pour le prochain Plan stratégique
Accroître la connectivité entre les systèmes d'information qui appuient la gestion et la planification de la santé aux niveaux local, national et sous-régional	connectivité	s/o	Toute augmentation	L'OPS a servi de catalyseur et de modérateur dans les projets de connectivité tels que : fichiers électroniques pour les hôpitaux et les réseaux de santé, liens satellite pour la télémédecine et les systèmes d'information des ministères de la santé..	Ici aussi, l'objectif et l'indicateur sont mal définis et difficiles à mesurer. Une autre option devrait être examinée pour le prochain Plan stratégique.

Domaine prioritaire 8. Promotion d'un apport en santé efficace dans les politiques sociales, économiques, environnementales et de développement					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
<p>Augmenter le nombre de pays en mesure de démontrer l'inclusion des priorités en santé dans des plans durables de développement humain et/ou dans la négociation et l'exécution d'accords d'échanges et d'intégration aux niveaux régional, sous-régional et national.</p>	<p>Nombre de pays</p>	<p>Référence limitée à la santé dans les plans de développement ainsi que dans les négociations d'échanges et d'intégration.</p>	<p>- La santé mise en priorité dans les plans de développement de 15 pays. - La santé mise en priorité par les accords d'échanges et d'intégration aux niveaux sous-régional et régional.</p>	<p>- Le secteur de la santé considéré comme un partenaire clé du développement dans plusieurs pays - Accès aux médicaments, migration (y compris le personnel de santé), Règlement sanitaire international, sécurité alimentaire et autres problèmes de santé traités par les négociations d'échanges et agendas. L'objectif devrait être atteint d'ici 2007.</p>	<p>- Les ODM et le Sommet des Amériques sont en faveur d'accorder la priorité à la santé. - Les négociations sur les processus d'intégration aux niveaux mondial, régional et sous-régional sont plus ouvertes à la considération des préoccupations de la santé.</p>
<p>Accroître la disponibilité de l'information sur l'impact des politiques adoptées par le secteur de la santé et d'autres secteurs du développement sur les inégalités en santé liées à la pauvreté, au genre et à l'ethnicité.</p>	<p>Disponibilité sur : a) pauvreté b) genre c) ethnicité</p>	<p>a-c) Données disponibles ne provenant que d'études occasionnelles</p>	<p>a) Données sur l'impact de la réduction de la pauvreté sur la santé disponibles dans au moins 15 pays. b-c) Toute disponibilité accrue.</p>	<p>a) Données disponibles des DSRP et de quelques pays b-c) Données non disponibles PROGRÈS PART RAPPORT À L'OBJECTIF RÉVISÉ : Un pays possède de l'information disponible (la cible pour 2007 est trois pays).</p>	<p>a) Les DSRP et autres initiatives favorisent la disponibilité de cette information b-c) Les données ne sont pas disponibles, que ce soit pour établir une base de références ou pour suivre les progrès. OBJECTIF RÉVISÉ : a) Accroître la disponibilité de l'information sur l'impact des politiques adoptées par le secteur de la santé et d'autres secteurs sur les inégalités en santé liées à la pauvreté. b) Augmenter le nombre de pays possédant de l'information sur les inégalités sexistes dans les politiques de santé.</p>

Domaine prioritaire 8. Promotion d'un apport en santé efficace dans les politiques sociales, économiques, environnementales et de développement (suite)					
Objectif	Indicateur(s)	Référence (fin 2002)	Cible (fin 2007)	Progrès à ce jour (fin 2004)	Commentaires/Explication des progrès
Doubler le nombre de pays dotés d'une législation efficace pour le contrôle effectif des risques de santé et pour une sauvegarde équitable de la santé en tant que droit de l'homme.	Nombre de pays	Quatre pays	Doubler 2002 (huit pays)	Législation modèle préparée sur les thèmes suivants : 1. Financement et assurance de la santé (extension de la protection sociale en santé). 2. Codes de santé/Décrets généraux de la santé (couvrant tous les domaines liés à la santé). 3. Régulations spécifiques pour la mise en vigueur des Codes de santé/Décrets généraux de la santé.	Le processus comporte : 1. Une phase de dégagement de consensus avec les ministères de la santé et les parlements. 2. La préparation d'une législation modèle (générale ou spécifique) avec la participation des acteurs concernés (parlements, société civile, secteur privé, associations professionnelles et de patients, entre autres). 3. La mise en vigueur du projet de législation par le parlement national. Même si cette dernière requiert un processus intense de suivi, l'approbation finale ressort des parlements. Le nombre de pays avec une législation devrait doubler; l'efficacité de la législation restera à voir.
Au moins la moitié des pays font état systématiquement de la surveillance des inégalités en santé, ainsi que de l'accès aux initiatives des soins de santé liées à la pauvreté, au genre et à l'ethnicité et de leur financement, aux niveaux national et sous-national.	Nombre de pays faisant état de : a) la pauvreté b) le genre c) l'ethnicité	a-c) Très peu de pays avec une surveillance systématique des inégalités en santé liées à la pauvreté, au genre et à l'ethnicité.	a) 50 %+ b) 50 %+ c) 50 %+	a) Les PPTE/DSRP et quelques autres pays suivent les inégalités en santé liées à la pauvreté. b-c) Données non disponibles.	a) Les initiatives mondiales et régionales facilitent la réalisation de et objectif. b-c) La plupart des pays ne suivent pas cet indicateur actuellement, l'OPS appuie la collecte et la disponibilité de données de santé par sexe, mais ceci ne porte pas sur l'indicateur spécifique qui pourrait ne pas être mesurable. OBJECTIF RÉVISÉ : Au moins la moitié des pays font régulièrement rapport sur la surveillance des inégalités en santé, ainsi que sur l'accès aux initiatives de soins liées à la pauvreté, et sur leur financement, aux niveaux national et sous-national.
Tous les pays de la Région utilisent l'analyse des dépenses nationales en santé et d'autres mesures financières clés dans la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques et des plans de santé.	Nombre de pays	s/o	100 % (48 pays)	67 % (32 pays)	Sur un total de 48 pays, il y a déjà 32 pays qui ont fait des progrès et qui utilisent l'analyse des dépenses nationales en santé et autres mesures financières clés dans la planification des politiques; toutefois, il faut accomplir davantage de travail en vue d'un usage systématique de ces indicateurs dans la formulation, le suivi et l'évaluation des plans et politiques de santé.