



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

170^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA (session hybride), du 20 au 24 juin 2022

Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire

CE170/13
3 juin 2022
Original : anglais

RAPPORT PRÉLIMINAIRE DE L'ÉVALUATION DE FIN DE PÉRIODE BIENNALE DU BUDGET PROGRAMME DE L'OPS 2020-2021/ PREMIER RAPPORT INTERMÉDIAIRE SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS 2020-2025

Table des matières

I.	Avant-propos de la Directrice	3
II.	Résumé d'orientation	5
III.	Introduction.....	12
IV.	Obtention de résultats	14
	Vue d'ensemble	14
	Progrès en termes de résultats du Plan stratégique 2020-2025 et du budget programme 2020-2021	15
	<i>Indicateurs d'impact</i>	15
	<i>Évaluation des résultats intermédiaires</i>	20
	<i>Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats</i>	22
	Réalisations, défis et réussites nationales clés	23
	Urgences sanitaires	24
	Systèmes et services de santé.....	37
	La santé tout au long du parcours de vie, les déterminants de la santé et la promotion de la santé.....	45
	Maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, malnutrition, santé mentale, violence et traumatismes	51
	Prévention, lutte et élimination des maladies transmissibles.....	59
	Systèmes d'information pour la santé, données probantes et recherche.....	64
	Thématiques transversales : Équité, genre, ethnicité	71
	et droits de l'homme	71
	Leadership, gouvernance et fonctions d'appui	76
	Amélioration de l'obligation de rendre des comptes pour les résultats et les ressources financières	79
V.	Mise en œuvre du budget programme de l'OPS 2020-2021.....	81
	<i>Programmes de base</i>	83
	<i>Programmes spéciaux</i>	87
	<i>Principales sources de financement pour 2020-2021</i>	89
VI.	Analyse des risques.....	93
VII.	Enseignements tirés et recommandations	99
	Annexe	112

I. Avant-propos de la Directrice

À mi-parcours de son Plan stratégique 2020-2025, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) émerge de l'une des périodes les plus difficiles de son histoire en raison de la pandémie de COVID-19 et de la crise financière sans précédent de 2020. La situation était complètement différente en 2019, lorsque le Plan stratégique 2020-2025 et le budget programme 2020-2021 ont été approuvés. Chacun d'entre nous – au sein du Bureau sanitaire panaméricain (BSP), dans les États Membres, et à vrai dire dans le monde entier – a été touché d'une manière ou d'une autre par ce qui s'est passé. Pourtant, je suis convaincue que nous pouvons toujours trouver des opportunités dans les crises, si nous prenons le temps de réfléchir aux enseignements tirés et si nous tirons parti des innovations et des nouvelles méthodes de travail, tout en traçant la voie à suivre avec unité et détermination.

Nos investissements dans la santé depuis de nombreuses années et au cours de la dernière période biennale ont porté leurs fruits. Alors que cette évaluation est en cours, le 120^e anniversaire de l'OPS en 2022 est l'occasion d'attirer l'attention sur le rôle de catalyseur et de pionnier de l'Organisation en matière de santé. Si bien des choses ont changé depuis sa création, certaines restent vraies encore aujourd'hui : l'OPS reste engagée à assurer la possession du meilleur état de santé possible pour toutes les populations de la Région des Amériques. La recherche de la santé universelle continue de dominer le programme global de l'Organisation.

Je suis impressionnée par ce que nous avons réalisé ensemble malgré la pandémie. Nous avons constaté des changements énormes dans des domaines prioritaires pour les États Membres, tels que les systèmes d'information pour la santé, la télésanté et la télémédecine, de même que les progrès vers l'élimination des maladies transmissibles, pour n'en citer que quelques-uns. Les progrès réalisés par les pays pour améliorer les résultats en matière de santé dans de telles circonstances devraient nous donner l'espoir que nous sommes à même d'accélérer nos efforts en faveur de la santé et du bien-être. Ainsi, l'un des objectifs de ce rapport est d'identifier les stratégies les plus pragmatiques pour accélérer le relèvement de la Région, cibler plus efficacement les interventions et identifier les obstacles qui entravent les progrès. Que devons-nous faire différemment ? Sur quoi devons-nous mettre davantage l'accent pour atteindre les cibles du Plan stratégique d'ici à 2025 et les objectifs de développement durable d'ici à 2030 ? Et, surtout, comment inclure les personnes laissées pour compte ?

Face à de multiples facteurs externes, l'OPS, les États Membres et les partenaires ont travaillé collectivement, et beaucoup ont fait preuve d'une extraordinaire résilience. L'OPS a pu maintenir un très haut niveau de performance, avec un budget programme bien financé et une exécution budgétaire globale supérieure à celle des périodes biennales précédentes. Nous y sommes parvenus grâce à l'engagement et aux efforts collectifs de nombreuses personnes, ainsi qu'à de nouvelles méthodes de travail et à des gains d'efficacité qui ont facilité à la fois la riposte à la pandémie et la continuité de la

coopération technique. Je tiens à vous remercier tous pour le rôle que vous avez joué à cet égard.

Dans les prochaines années, ce rapport sera un document de référence crucial sur le travail de l'Organisation en cette période sans précédent. Alors que nous allons de l'avant en 2022-2023, animés par la vision de protéger, se remettre et construire pour renforcer, les enseignements tirés de 2020-2021 doivent être documentés, et nous devons prêter une attention particulière à la préparation aux urgences sanitaires et à l'impact des urgences sur les programmes de santé prioritaires. Alors même que nous continuons à répondre à la pandémie, nous devons mettre davantage l'accent sur le rétablissement et le renforcement des systèmes de santé. Nous devons commencer à faire évoluer le discours – et notre propre état d'esprit – de la riposte aux crises et aux urgences vers des objectifs à long terme en matière de santé et de développement. Nous devons mettre en œuvre des actions audacieuses pour construire des systèmes de santé résilients, aller au-delà des discours et construire des systèmes et des services de santé qui soient complets, intégrés, équitables, adaptés à leur objectif et fondés sur les soins de santé primaires. Nous devons également continuer à plaider en faveur d'un investissement solide dans la santé en tant qu'élément essentiel d'un développement durable axé sur les personnes.

Nous nous appuyons sur 120 ans d'accomplissements réalisés par les nombreuses personnes qui nous ont précédés. Notre travail, aujourd'hui et à l'avenir, doit être de garantir la santé et le bien-être de la prochaine génération.

II. Résumé d'orientation

Vue d'ensemble

1. Les années 2020 et 2021 resteront longtemps gravées dans les mémoires comme l'une des périodes les plus critiques des 120 premières années de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). La période biennale a été marquée par le bilan sans précédent de la pandémie de COVID-19, la crise financière à laquelle l'Organisation a fait face en 2020-2021 et l'évolution du contexte socio-économique et politique de la Région des Amériques. Ce rapport préliminaire d'évaluation de fin de période biennale rassemble les contributions collectives de l'ensemble de l'Organisation au regard de ces deux premières années difficiles du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Le rapport rend également compte de la mise en œuvre du budget programme de l'OPS 2020-2021. Il sert ainsi d'instrument essentiel de responsabilité et de transparence programmatiques pour l'Organisation. L'analyse présentée dans le rapport est maintenant plus pertinente que jamais alors que l'Organisation va de l'avant, visant à « protéger, se remettre et construire pour renforcer » comme énoncé dans le budget programme 2022-2023 de l'OPS. Ce faisant, elle œuvrera à la réalisation des objectifs du Plan stratégique 2020-2025, du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (SHAA2030) et des objectifs de développement durable (ODD) pour 2030.

Principales conclusions

2. Au cours de la période 2020-2021, la Région a été en mesure de maintenir et de réaliser des gains importants en matière de santé publique et de produire une action transformatrice sur les priorités clés des États Membres. La pandémie de COVID-19, qui a certes eu de nombreux impacts négatifs et engendré de nombreux défis, a également servi de motivation pour renforcer les fonctions de santé publique, en particulier celles liées à la riposte aux urgences de santé publique. La pandémie a également fourni une opportunité unique de souligner l'importance de la santé, d'assurer la continuité des services de santé essentiels, de renforcer le rôle directeur des autorités sanitaires, d'améliorer la coordination intersectorielle en faveur de la santé et du bien-être et d'accroître la sensibilisation concernant les besoins des communautés vulnérables. Elle a démontré qu'aucun pays agissant seul ne peut réussir à faire face à une urgence sanitaire d'une telle ampleur, d'où l'importance de la solidarité et de l'équité. Par ailleurs, la pandémie a révélé les faiblesses des systèmes de santé, la fragilité des acquis durement obtenus et les liens inextricables entre la santé, le développement social et l'économie. Une reprise économique durable et équitable doit donc placer la santé au cœur de tout, avec l'équité comme condition préalable au développement durable.

3. L'analyse présentée dans ce rapport montre que la pandémie a eu une incidence sur les performances des indicateurs d'impact du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 au niveau régional global. Il est encore trop tôt pour déterminer quelle sera la trajectoire de tous les indicateurs, étant donné l'évolution rapide de la situation et la nécessité de disposer de données actualisées. Néanmoins, on peut observer que des reculs, dont certains datent

d'avant la pandémie et d'autres sont apparus dans son sillage, ont mis en péril les progrès vers la réalisation des cibles du Plan stratégique, du PASDA2030 et des ODD. Les informations disponibles suggèrent également que les populations les plus vulnérables ont été davantage touchées et que les disparités entre les pays et à l'intérieur des pays ont persisté, voire se sont accentuées. Pour obtenir un impact, il faut mettre en œuvre de manière soutenue des interventions qui ont fait leurs preuves et adopter une approche intégrée à l'échelle de l'Organisation qui examine de près les déterminants de la santé et les barrières à l'accès, ainsi que l'impact des interventions dans les systèmes et services de santé.

4. Le rapport présente une mise à jour des indicateurs en termes d'impacts, de résultats intermédiaires et de résultats immédiats, ainsi que des résultats intermédiaires du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Parmi les principales conclusions :

- a) On estime que six des 35 cibles d'indicateurs d'impact sont en bonne voie pour être atteintes d'ici à la fin de 2025. Les indicateurs restants semblent en difficulté et risquent de ne pas être atteints d'ici à 2025, ou les informations disponibles n'ont pas permis de les évaluer.
- b) Dix-sept des 28 résultats intermédiaires (60 %) sont évalués comme ayant répondu aux attentes pour la période biennale 2020-2021. Les 11 autres résultats intermédiaires (40 %) ont partiellement répondu aux attentes. Parmi les résultats intermédiaires qui ont répondu aux attentes, cinq étaient jugés hautement prioritaires par les États Membres : résultat intermédiaire 1 (Accès à des services de santé complets et de qualité), résultat intermédiaire 12 (Facteurs de risque des maladies transmissibles), résultat intermédiaire 14 (Malnutrition), résultat intermédiaire 24 (Prévention et contrôle des épidémies et des pandémies) et résultat intermédiaire 25 (Détection des urgences sanitaires et riposte).
- c) Au moment de la publication du présent résumé d'orientation, les États Membres procédaient à l'évaluation conjointe des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats. Par conséquent, le rapport au Comité exécutif contient les résultats préliminaires de l'évaluation de ces indicateurs effectuée par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), qui seront mis à jour pour le rapport final à la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2022. Les résultats initiaux montrent que 54 % des indicateurs de résultats intermédiaires et 71 % des indicateurs de résultats immédiats ont été atteints ou dépassés ou ont enregistré des progrès significatifs.

5. Les réalisations importantes sur le plan programmatique ont été rendues possibles grâce aux efforts sans relâche des États Membres, soutenus par le BSP à tous les niveaux fonctionnels de l'Organisation et en collaboration avec les partenaires. Le rapport sur les résultats présente les résultats préliminaires par groupes de résultats, ainsi qu'un ensemble préliminaire d'exemples de réussite de pays. Ces résultats, résumés ci-dessous, seront complétés par des informations supplémentaires pour la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine.

6. **Les urgences sanitaires.** Avec le soutien de l'ensemble de l'Organisation et la collaboration des États Membres et des partenaires, le BSP a répondu à la pandémie de COVID-19 et à d'autres urgences survenues au cours de la période biennale, tout en renforçant les capacités de la Région à faire face aux crises sanitaires à l'avenir. Les priorités comprenaient l'amélioration de la préparation des pays, la mise en œuvre du Règlement sanitaire international et la réduction des risques de catastrophes ; la prévention et la lutte contre les épidémies et les pandémies, y compris la surveillance ; la détection précoce, l'évaluation des risques, le partage d'informations et la riposte rapide. Le BSP a aidé 23 pays à augmenter leurs capacités médicales d'intervention d'urgence pour la COVID-19 grâce au déploiement d'équipes médicales d'urgence et à la sélection et la mise en place de sites de soins médicaux alternatifs. Au total, 100 équipes médicales d'urgence nationales ont été déployées et 129 sites de soins médicaux alternatifs sont devenus opérationnels, fournissant un total de 6899 lits d'hôpital et 1078 lits de réanimation. Malgré la pandémie et les catastrophes survenues dans le même temps, dont des ouragans, un tremblement de terre et une éruption volcanique, tous les pays et territoires ont pu continuer à fournir un ensemble essentiel de services de santé permettant de sauver des vies au cours de la période biennale 2020-2021. Des exemples de réussite sont présentés pour les Bahamas, le Costa Rica et l'Équateur pour la riposte à la pandémie, ainsi que pour Haïti et Saint-Vincent-et-les-Grenadines pour la riposte aux catastrophes naturelles survenues au cours de cette période.

7. **Les systèmes et services de santé.** Le BSP a aidé les pays à mettre en œuvre des actions de réorganisation et d'expansion des services de santé en réponse à la pandémie de COVID-19. Il s'agissait notamment d'augmenter de manière significative les capacités hospitalières pour les soins intensifs, de renforcer le premier niveau de soins pour la prise en charge de la COVID-19 et la continuité des services de santé essentiels, et de mettre en œuvre des interventions de santé publique au niveau territorial. Le BSP a permis d'améliorer l'accès aux fournitures de santé essentielles pour la COVID-19 par le biais du plaidoyer, de la coordination et de la négociation au sein de mécanismes mondiaux clés tels que le consortium mondial d'approvisionnement pour la COVID-19 et le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT), dont les trois piliers sont les vaccins, les diagnostics et les traitements. La Bolivie offre un exemple de réussite concernant l'introduction et l'extension de l'oxygénothérapie pour les patients atteints de COVID-19. Le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (le Fonds stratégique) de l'OPS a acheté pour plus de US\$ 550 millions¹ de médicaments et de fournitures de santé publique pour le compte de 31 entités participantes, ce qui a bénéficié à plus de 70 millions de personnes. Le Campus virtuel de santé publique de l'OPS a été rapidement adapté pour la riposte d'urgence et la prestation d'une coopération technique stratégique, avec plus de 30 cours liés à la COVID-19 dispensés à un million d'agents de santé dans l'ensemble de la Région.

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

8. **La santé tout au long du parcours de vie, les déterminants de la santé et la promotion de la santé.** Le BSP s'est attaché à promouvoir une vie plus saine grâce à l'accès universel à des services de santé complets et de qualité pour toutes les femmes, tous les hommes, tous les enfants, tous les adolescents et toutes les personnes âgées des Amériques, en se concentrant sur les groupes en situation de vulnérabilité. Le BSP a également aidé les pays à mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes, en utilisant l'approche de la Santé dans toutes les politiques, comme le programme *Familias Fuertes*, à promouvoir l'utilisation des vaccins anti-COVID chez les femmes enceintes et les professionnels qui les prennent en charge, ainsi qu'à développer la recherche, l'analyse et les données sur la couverture des services, les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et les inégalités qui y sont liées. L'expérience de la Dominique dans l'utilisation d'un système d'information fondé sur des données probantes pour renforcer les services de santé maternelle et infantile est partagée comme un exemple de réussite.

9. **Les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, la malnutrition, la santé mentale, la violence et les traumatismes.** Au cours de la période biennale, des progrès importants ont été réalisés dans le renforcement des soins aux personnes atteintes de maladies non transmissibles, ainsi que dans la lutte contre le tabagisme et les politiques sur l'élimination des acides gras trans produits industriellement. La malnutrition a continué à diminuer. Les travaux intersectoriels sur la violence, y compris la violence sexuelle, ont avancé, et des progrès significatifs ont été enregistrés dans le renforcement des politiques et de la collaboration pour améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux et la mise en œuvre de stratégies de prévention du suicide. Les travaux intersectoriels sur la sécurité routière ont progressé, et l'adoption par le Mexique d'une nouvelle loi très innovante sur la mobilité et la sécurité routière constituent un exemple de réussite.

10. **La prévention, le contrôle et l'élimination des maladies transmissibles.** Malgré la pandémie, les efforts d'élimination des maladies ont progressé sur plusieurs fronts. La Dominique et El Salvador ont été certifiés respectivement pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis et pour l'élimination du paludisme. Le Brésil, le Canada, le Chili, le Guatemala, le Suriname et Trinité-et-Tobago ont atteint une suppression du VIH de 90 % chez les personnes recevant une thérapie antirétrovirale. Le BSP a adopté des stratégies innovantes de coopération technique face aux menaces émergentes, telles que la résistance accrue aux antimicrobiens. L'Organisation a également fourni une assistance technique aux pays pour les préparer à l'introduction des vaccins anti-COVID et pour maintenir les services de vaccination de routine. Le Brésil offre un exemple de réussite nationale dans la lutte contre les difficultés socio-économiques associées à la tuberculose.

11. **Les systèmes d'information pour la santé, les données probantes et la recherche.** De nombreux progrès ont été accomplis au niveau national comme au niveau régional en vue de la réalisation des cibles relatives aux systèmes d'information, à l'intégration des données, des informations, des connaissances et des données probantes,

ainsi qu'à la recherche et à l'innovation. L'initiative des systèmes d'information pour la santé (IS4H, selon le sigle anglais) a été mise en œuvre dans l'ensemble de la Région des Amériques avec le soutien du BSP. Des progrès importants ont été réalisés dans l'utilisation de plateformes, telles que la Santé dans les Amériques, les Indicateurs de base et le portail de suivi des ODD, ainsi que dans l'élaboration de données probantes et de recherches pour répondre à la pandémie de COVID-19 et relever d'autres défis du système de santé et sociétaux.

12. Les thématiques transversales : équité, genre, ethnicité et droits de l'homme. Au cours de la période biennale 2020-2021, l'OPS a veillé à ce que les thématiques transversales soient stratégiquement positionnées dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Cela est conforme à l'engagement du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de ne laisser personne pour compte, et aux efforts visant à accélérer les progrès vers la santé universelle. Le BSP a également généré et partagé des données probantes sur la situation et les tendances de la COVID-19 en ce qui concerne le genre, l'origine ethnique et l'équité, ainsi que des données probantes sur les inégalités en santé parmi les personnes d'ascendance africaine, entre autres domaines. Les efforts de vaccination contre la COVID-19 des populations autochtones de Colombie sont présentés comme un exemple de réussite.

13. Le leadership, la gouvernance et les fonctions d'appui. Au cours de la période biennale, l'OPS est restée une voix faisant autorité dans la Région des Amériques, appelant à une Région unifiée pour faire face à l'impact de la pandémie de COVID-19. L'Organisation a gagné en notoriété en fournissant des orientations politiques, stratégiques et techniques sur la pandémie aux plus hauts niveaux des gouvernements nationaux et des systèmes onusiens et interaméricain. Son programme appelait à assurer une réponse agile auprès des États Membres tout en préconisant des investissements fondamentaux dans la santé publique de la Région.

14. Néanmoins, les perturbations importantes des systèmes et services de santé dues à la pandémie ont présenté des défis qui ont entravé l'obtention de résultats. La pandémie a mis en évidence la fragmentation et les faiblesses des systèmes de santé et l'importance d'efforts soutenus en faveur de la résilience et de la santé universelle. L'accent mis sur la riposte à la pandémie a nécessité une redéfinition des priorités des ressources humaines, sociales, structurelles et financières du BSP et des États Membres pendant une grande partie de la période biennale. En conséquence, certains domaines n'ont pas reçu l'attention ou les ressources nécessaires. Les changements de priorités nationales, la pression qui s'est exercée sur les services de santé et le nombre limité d'homologues nationaux par rapport à l'ampleur des besoins sont autant de facteurs qui ont nui à la fourniture de produits et de services contribuant directement à l'obtention de résultats au niveau des résultats intermédiaires. Un engagement politique important, une collaboration et une allocation stratégique des ressources seront nécessaires pour renforcer les domaines qui accusent un retard.

15. L'OPS a dû faire face à une menace sans précédent pour son fonctionnement au cours de la période biennale en raison du retard de paiement des contributions fixées par certains États Membres. Cette crise financière, aggravée par les effets de la pandémie, a obligé le BSP à mettre en place des mesures de maîtrise des coûts et à reprogrammer les plans de travail afin de préserver sa capacité opérationnelle de base. La pandémie a mis à l'épreuve les fonctions de base de l'Organisation dans de multiples domaines ainsi que sa capacité à soutenir la riposte d'urgence et à entreprendre une coopération technique avec les États Membres. Grâce aux mesures prudentes et adaptatives mises en place par la Haute direction, à la détermination et à l'engagement du personnel, à la collaboration entre les trois niveaux du BSP, à l'augmentation de la mobilisation des ressources et au plaidoyer auprès des États Membres, l'Organisation a pu traverser ces tempêtes. Ces efforts ont permis au BSP de maintenir un haut niveau de performance et de continuer à s'acquitter de ses mandats tout en renforçant sa résilience pour l'avenir. En outre, la mise en œuvre du budget programme de l'OPS 2020-2021 a maintenu les plus hauts niveaux de responsabilité dans un environnement à haut niveau de risque en raison de l'instabilité de la situation sociale, politique et économique dans les États Membres de l'OPS.²

16. Le budget total approuvé pour le budget programme 2020-2021 était de \$650 millions, dont \$620 millions pour les programmes de base et \$30 millions pour les programmes spéciaux. Les fonds dont disposaient les entités pour exécution s'élevaient à \$730 millions (\$479 millions pour les programmes de base et \$251 millions pour les programmes spéciaux). À la clôture de la période biennale, l'exécution s'élevait à \$672 millions (\$442 millions pour les programmes de base et \$230 millions pour les programmes spéciaux), soit 103 % du budget total approuvé. Ce niveau d'exécution est historiquement élevé et représente 23 % (\$126 millions) de plus qu'en 2018-2019, une augmentation portée par l'exécution du segment des programmes spéciaux.

Conclusions et recommandations

17. Tout au long de la période biennale 2020-2021, le BSP a prouvé qu'il était d'une valeur cruciale pour les États Membres dans son rôle de catalyseur, de rassembleur et de coordinateur de confiance en période d'urgence sanitaire sans précédent. Tout en répondant à la pandémie de COVID-19, le BSP a également agi pour protéger les services de santé essentiels en collaboration avec les États Membres et les partenaires et conformément à sa mission et à ses valeurs. Pour l'avenir, plusieurs recommandations clés pour action se détachent et sont mises en lumière ci-dessous. De nombreuses autres recommandations figurent dans le rapport détaillé sur les résultats et dans les rapports sur les groupes de résultats intermédiaires qui seront présentés à la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine.

- a) Intensifier le plaidoyer en faveur de la santé aux plus hauts niveaux des gouvernements, en veillant à établir des liens entre la santé, l'économie, la protection sociale et la préparation et la riposte aux pandémies.

² Organisation panaméricaine de la Santé, Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes, 1^{er} janvier-31 décembre 2020 (*Document officiel 362*) (Washington, DC : OPS, 2020).

- b) Tirer parti de la visibilité que l'OPS a acquise dans le cadre de sa riposte à la COVID- 19 et l'élargir à d'autres domaines et publics.
- c) Renforcer l'engagement de l'Organisation, en particulier au niveau des pays, dans un dialogue de haut niveau avec les ministères de la Santé et des Finances, les institutions financières internationales et les donateurs, afin de poursuivre le plaidoyer en faveur d'un investissement public accru, amélioré et durable dans la santé.
- d) Renforcer le travail avec d'autres secteurs, en écoutant et en impliquant les communautés et la société civile, afin de mieux positionner la santé dans les programmes nationaux et de traiter des sujets qui impliquent des acteurs extérieurs au secteur de la santé.
- e) Réexaminer la question de la santé universelle en vue de renforcer et de transformer les systèmes et services de santé en tant que vecteurs de la mise en œuvre des programmes et priorités essentiels en matière de santé publique, en se concentrant sur les besoins de santé des populations vulnérables et sur les déterminants de la santé.
- f) Continuer à s'appuyer sur les mesures d'efficience et d'efficacité existantes des activités de base de manière à optimiser l'utilisation des ressources de l'Organisation.
- g) Mettre en œuvre des actions en réponse aux enseignements tirés et s'appuyer sur les bonnes pratiques et les innovations qui ont été mises en évidence au cours de la période 2020-2021.

Mesure à prendre par le Comité exécutif

18. Le Comité exécutif est invité à prendre note du présent rapport et à formuler tous commentaires qu'il juge pertinent.

III. Introduction

19. La résolution CD57.R2, adoptée par le 57^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 2019, demande à la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) de faire rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 (*Document officiel 359*),³ y compris sur ses budgets programmes, au moyen de rapports d'évaluation des performances biennaux. Cette section présente une vue d'ensemble du rapport sur l'évaluation de fin de période biennale du budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021 (*Document officiel 358*),⁴ qui constitue également le premier rapport intermédiaire sur le Plan stratégique 2020-2025.

20. L'évaluation de fin de période biennale est un instrument essentiel pour la reddition de comptes et la transparence programmatiques pour l'Organisation. Compte tenu du bilan sans précédent de la pandémie de COVID-19, de la crise financière à laquelle l'Organisation a fait face en 2020-2021 et de l'évolution du contexte socioéconomique et politique de la Région des Amériques, cette évaluation offre une opportunité de dresser collectivement un bilan des avancées sanitaires de la Région et des lacunes qui subsistent, et d'analyser les défis, les enseignements tirés et les opportunités à venir. Conformément à l'approche axée sur les pays adoptée par l'OPS, des exemples de réussite sont mis en évidence pour illustrer la coopération technique de l'Organisation avec les pays. Le rapport présente également une analyse de la performance programmatique et budgétaire de l'OPS, en particulier de l'exécution du budget et de la gestion des risques. Les enseignements tirés et les recommandations issues de cette évaluation seront particulièrement importants pour guider les interventions au cours de la période biennale 2022-2023. Au cours de cette période, l'Organisation continuera à répondre à la pandémie tout en mettant en œuvre son Plan stratégique 2020-2025 et en travaillant avec les États Membres et les partenaires à la réalisation du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030)⁵ et des objectifs de développement durable (ODD).

21. Un élément clé de l'évaluation de fin de période biennale est l'analyse des progrès accomplis dans la réalisation des cibles d'impact et de résultats intermédiaires définies dans le Plan stratégique 2020-2025 et des cibles de résultats immédiats définis dans le budget programme 2020-2021. Ce projet de rapport au Comité exécutif contient des résultats intermédiaires fondés sur un premier bilan réalisé par le BSP. Les résultats complets seront

³ Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 ; 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Washington, DC : OPS, 2019 (*Document officiel 359*). Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51599>.

⁴ Organisation panaméricaine de la Santé. Budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021 ; 57^e Conseil directeur de l'OPS, 71^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Washington, DC : OPS, 2019 (*Document officiel 354*). Disponible sur : https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=document&alias=50379-cd57-od358-f-budget-programme-ops&category_slug=cd57-fr&Itemid=270&lang=fr.

⁵ Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (document CSP29/6, Rev. 3). Washington, DC : OPS, 2017.

présentés à la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2022 et comprendront les résultats de l'évaluation conjointe avec les États Membres qui est actuellement en cours. Une mise à jour des progrès des États Membres sur le plan de l'évaluation conjointe sera communiquée dans la présentation au Comité exécutif.

22. Enfin, il convient de noter que les résultats de l'évaluation intermédiaire de la fin de période biennale par le BSP ont servi de contribution principale de la Région des Amériques à l'évaluation du budget programme 2020-2021 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), présentée à la 75^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2022.

IV. Obtention de résultats

Vue d'ensemble

23. Le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 a défini un ensemble de 28 indicateurs d'impact assortis de 35 cibles, visant à mesurer les changements durables dans la santé des populations, tels que l'amélioration de la santé et du bien-être et la réduction de la morbidité, de la mortalité et des écarts d'équité. Le Plan stratégique 2020-2025 a également défini 28 résultats intermédiaires (RIT), qui sont des changements collectifs ou individuels dans des facteurs qui ont une incidence sur la santé des populations, tels que l'augmentation de la couverture des services ou de l'accès aux services, l'augmentation de la capacité des systèmes de santé et la réduction des risques liés à la santé. Les résultats intermédiaires sont mesurés au moyen de 105 indicateurs de résultats intermédiaires. Le budget programme de l'OPS 2020-2021 a défini 102 résultats immédiats qui contribuent à la réalisation des résultats intermédiaires. Ils décrivent les résultats spécifiques devant être obtenus au cours de la période biennale, tels que les politiques, les stratégies, les plans, les lois, les programmes, les services, les normes, les règles et les lignes directrices. Les résultats immédiats sont mesurés et suivis au moyen de 148 indicateurs de résultats immédiats.

24. Les résultats en termes d'impacts, de résultats intermédiaires et de résultats immédiats sont tous définis comme nécessitant l'intervention conjointe du BSP et des États Membres, ainsi que des partenaires. Pour contribuer à la réalisation de ces résultats, le BSP met en œuvre des produits et des services, qui sont définis dans des plans de travail biennaux de deux ans correspondant à la période du budget programme. Grâce à la mise en œuvre des plans de travail biennaux dans toutes les entités, le BSP a contribué au cours de la période biennale à la réalisation des résultats de plus haut niveau du cadre de résultats.

25. La section III présente tout d'abord une analyse préliminaire de la situation de la santé publique de la Région et des progrès réalisés en vue d'atteindre les résultats fixés dans le Plan stratégique 2020-2025 et le budget programme 2020-2021. Elle examine les effets de la pandémie de COVID-19 et de la situation socio-économique et politique de la Région sur la performance des indicateurs. Pour la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine, un examen intermédiaire des progrès réalisés sur le plan du PASDA2030 et des cibles des ODD liées à la santé sera présenté. La deuxième partie de la section présente les réalisations, défis et réussites clés des pays au cours de la période biennale 2020-2021, regroupés par groupes de résultats intermédiaires. Enfin, on trouvera une brève analyse des efforts déployés par le BSP pour renforcer la reddition de comptes pour les résultats et les ressources financières.

Progrès en termes de résultats du Plan stratégique 2020-2025 et du budget programme 2020-2021

26. Cette section présente un aperçu de l'évaluation en termes d'impacts, de résultats intermédiaires et de résultats immédiats. Avant la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine, les évaluations détaillées des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats seront disponibles dans les rapports des groupes de résultats intermédiaires sur le portail du budget programme de l'OPS.⁶

Indicateurs d'impact

27. L'objectif de l'évaluation intermédiaire des indicateurs d'impact du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 soumise au Comité exécutif est de dresser un bilan des progrès de la Région ainsi que d'obtenir un retour d'information pour le rapport final à la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine.

28. Comme le montrent la figure 1 et le tableau qui suit, on estime que six des 35 cibles des indicateurs d'impact sont en bonne voie pour être atteintes d'ici à la fin de 2025. Sept indicateurs ont été évalués comme étant à risque, ce qui signifie que des obstacles empêchent de progresser au rythme nécessaire pour atteindre les résultats, mais que ces obstacles peuvent être surmontés au moyen d'actions correctives. Élément préoccupant, onze indicateurs ont été classés comme étant en difficulté, ce qui signifie que des obstacles majeurs existent et qu'il est peu probable que les cibles soient atteintes à moins que des mesures correctives importantes ne soient prises immédiatement. Cinq indicateurs n'ont pas pu être évalués à ce stade en raison du manque de données ou d'autres facteurs. Le statut de six indicateurs est en cours d'examen et une mise à jour sera préparée pour la Conférence sanitaire panaméricaine.

29. Globalement, au niveau régional, la pandémie a eu une incidence sur la performance des indicateurs à court terme, mais il est encore trop tôt pour déterminer quelle sera la trajectoire, étant donné la nécessité de disposer de données plus actualisées. Aux niveaux infrarégional et national, il semble y avoir un degré important de variation. Plusieurs indicateurs nécessitent une action immédiate et accélérée pour relever les défis sous-jacents ou améliorer la disponibilité des données afin de mieux étayer la prise de décisions fondée sur des données probantes. Les indicateurs qui semblent être en bonne voie doivent encore faire l'objet d'un suivi étroit et d'un examen des iniquités entre les pays et au sein de ceux-ci.

30. Une compréhension des différents facteurs qui ont une incidence sur les indicateurs d'impact au niveau programmatique mettra en lumière les possibilités d'améliorer leur performance. Pour contribuer aux impacts sur la santé, le BSP collabore avec les pays et les partenaires, principalement en vue d'obtenir des résultats au niveau des résultats intermédiaires et immédiats. Traiter des déterminants de la santé reste l'un des moyens les

⁶ Le portail du budget programme est disponible sur <https://open.paho.org/>.

plus efficaces pour obtenir des impacts de plus haut niveau et constitue une priorité d'action pour l'OPS. Il est également nécessaire d'examiner les principales interventions de santé afin de déterminer celles qui sont les plus rentables et qui ont le plus grand potentiel de changer les tendances dans un pays donné, en fonction de son profil. Le présent rapport contiendra un certain nombre d'indications à cet égard.

31. Afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des cibles des indicateurs d'impact, les données et les éléments de preuve doivent également guider l'action aux niveaux national, infrarégional et régional. Les mesures cruciales comprennent l'expansion des systèmes d'information pour la santé et le renforcement des statistiques sanitaires et de l'état civil des pays pour améliorer la qualité des données en termes d'exhaustivité, de précision, de cohérence et d'accessibilité. Les résultats intermédiaires sont fondés sur des données qui sont mises à jour à mesure qu'elles sont disponibles. Pour certains indicateurs, les résultats incluent des données disponibles de 2020 et 2021.

Figure 1. Situation des cibles des indicateurs d'impact en 2022



Évaluation	Indicateur	Référence 2019*	Cible 2025	Situation 2022*
●	1. Réduction des inégalités de santé à l'intérieur du pays	n/d	17	en cours d'examen
●	2. Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)	65,76 ans (2019)**	66,42 ans***	66,10 ans
●	3. Taux de mortalité néonatale	7,9 décès pour 1000 naissances vivantes (2017)	6,9 décès pour 1000 naissances vivantes ⁷	7,0 décès pour 1000 naissances vivantes

⁷ Cette cible a été fixée en fonction d'un changement de pourcentage annuel moyen de -2,1 % selon les estimations du Groupe inter-agences des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile (IGME) de 2017.

Évaluation	Indicateur	Référence 2019*	Cible 2025	Situation 2022*
●	4. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	14,3 décès pour 1000 naissances vivantes (2017)**	11,8 décès pour 1000 naissances vivantes***	12,8 décès pour 1000 naissances vivantes
●	5. Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont le développement sur le plan de la santé, de l'apprentissage et du bien-être psychosocial est en bonne voie	84,5 % (enquêtes dans 15 pays de 2010 à 2016)	90 %	non évalué en raison du caractère limité des données
●	6. Taux de mortalité maternelle (décès pour 100 000 naissances vivantes)	59,4 décès pour 100 000 naissances vivantes (2015)**	35 décès pour 100 000 naissances vivantes	53,7 décès pour 100 000 naissances vivantes
●	7. Taux de mortalité attribuable aux soins de santé (décès pour 100 000 habitants)	137 décès pour 100 000 habitants (2018)**	117,2 décès pour 100 000 habitants***	125,8 décès pour 100 000 habitants
●	8. Proportion d'adultes de 65 ans et plus qui sont dépendants de soins	~8,0 % (2010)	6,5 %	non évalué (cartographie des sources)
●	9. Probabilité inconditionnelle de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques	14,62 % (2017)**	11,70 %***	13,73 %
●	10. Taux de mortalité due au cancer du col de l'utérus	6,79 décès pour 100 000 femmes (2018)**	4,60 décès pour 100 000 femmes	6,36 décès pour 100 000 femmes
●	11. Taux de mortalité par homicide chez les jeunes de 15 à 24 ans	33,98 décès pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans (2015)**	31,96 décès pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans ***	34,07 décès pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans
●	12. Proportion de femmes et de filles de 15 à 49 ans ayant déjà eu un partenaire et ayant subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime actuel ou ancien au cours des 12 derniers mois	7 % (2018)**	7 % (pas d'augmentation)	non évalué en raison du manque de données

Évaluation	Indicateur	Référence 2019*	Cible 2025	Situation 2022*
●	13. Nombre de décès à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route ⁸	154 000 décès ; 15,5 décès pour 100 000 habitants (2016)	123 000 décès ; 10,85 décès pour 100 000 habitants***	142 000 décès ; 14,31 décès pour 100 000 habitants
●	14. Taux de mortalité par suicide	8,21 décès pour 100 000 habitants (2014)	7,38 décès pour 100 000 habitants ⁹ ***	9,15 décès pour 100 000 habitants
●	15. Taux d'incidence de la rougeole	16,69 cas pour 1 000 000 habitants (2018)**	0 cas pour 1 000 000 habitants	2,05 cas pour 1 000 000 habitants
●	16. Taux d'incidence des infections à VIH	0,16 pour 1000 habitants (2017)**	0,04 pour 1000 habitants***	0,15 pour 1000 habitants
●	17. Taux de transmission mère-enfant du VIH	13,6 % des naissances chez les femmes vivant avec le VIH (2017)**	2,0 % des naissances chez les femmes vivant avec le VIH	11,1 % des naissances chez les femmes vivant avec le VIH
●	18. Taux d'incidence de la syphilis congénitale (y compris les mortinaissances)	2,1 cas pour 1000 naissances vivantes (2017)	0,5 cas pour 1000 naissances vivantes	2,6 cas pour 1000 naissances vivantes
●	19. Taux de mortalité dû à l'hépatite virale chronique	9,73 décès pour 100 000 habitants (2017)**	5,35 décès pour 100 000 habitants***	10,32 décès pour 100 000 habitants
●	20. Taux d'incidence de la tuberculose	27,49 cas pour 100 000 habitants (2015)**	13,75 cas pour 100 000 habitants ¹⁰ ***	27,86 cas pour 100 000 habitants
●	21. Taux d'incidence du paludisme	0,78 cas pour 1000 habitants (2015)**	0,19 cas pour 1000 habitants ¹¹ ***	1,01 cas pour 1000 habitants

⁸ L'indicateur devra être reformulé en raison d'un changement de méthodologie ; par conséquent, un nouveau niveau de référence et une nouvelle cible sont proposés.

⁹ La cible représente une réduction de 10 % par rapport à 2014.

¹⁰ Cette cible est conforme à la cible mondiale pour 2025, qui prévoit une réduction de 50 % par rapport au niveau de 2015.

¹¹ La cible correspond à une réduction de 75 %, conformément au jalon pour 2025 de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 de l'OMS.

Évaluation	Indicateur	Référence 2019*	Cible 2025	Situation 2022*
●	22. Nombre de pays d'endémie en 2015 qui maintiennent l'élimination du paludisme ou y parviennent	3 des 21 pays et territoires qui étaient endémiques en 2015 (2018)	6 des 21 pays et territoires qui étaient endémiques en 2015	en cours d'examen
●	23. Taux de létalité due à la dengue	0,056 % (2012-2018)	0,050 %	0,045 %
-	24. Élimination des maladies infectieuses négligées dans les pays et territoires	-	-	-
●	a. Trachome	1 sur 5 (2019)	3 sur 5	1 en bonne voie, 1 à risque
●	b. Maladie de Chagas	17 sur 21 (2019)	21 sur 21	non évalué
●	c. Rage humaine transmise par les chiens	32 sur 35 (2019)	35 sur 35	non évalué
●	d. Lèpre	17 sur 23 (2019)	23 sur 23	6 à risque
●	e. Téniasis-cysticercose humaine	0 sur 16 (2019)	3 sur 16	3 en bonne voie
●	f. Filariose lymphatique	3 sur 7 (2019)	5 sur 7	2 en bonne voie
●	g. Onchocercose	4 sur 6 (2019)	6 sur 6	2 à risque
●	h. Schistosomiase	3 sur 10 (2019)	5 sur 10	à déterminer
●	25. Nombre d'infections du sang pour 1000 patients par an causées par des organismes résistants au carbapénème	à déterminer	au moins 10 % de réduction par rapport au niveau de référence	en cours d'examen
●	26. Taux de mortalité attribué à la pollution de l'air dans les foyers et de l'air ambiant	13,05 décès pour 100 000 habitants (2019)	12,40 décès pour 100 000 habitants ¹²	en cours d'examen
●	27. Taux de mortalité attribué à l'eau non potable, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène	1,65 décès pour 100 000 habitants ¹³ (2016)	1,32 décès pour 100 000 habitants	en cours d'examen

¹² La cible représente une réduction de 5 % par rapport à 2019.

¹³ Ce taux est calculé à partir des données de 29 pays.

Évaluation	Indicateur	Référence 2019*	Cible 2025	Situation 2022*
●	28. Taux de mortalité due aux catastrophes pour 100 000 habitants	à déterminer	au moins 10 % de réduction par rapport au niveau de référence	en cours d'examen

* Ou une autre année comme indiqué ; la colonne de la situation en 2022 comprend des projections.

** Niveau de référence mis à jour sur la base des dernières informations.

*** Compte tenu des informations sur le niveau de référence actualisées et de la nature de la cible initiale du Plan stratégique 2020-2025, le BSP propose d'actualiser la cible.

32. Il convient de noter que depuis l'approbation du Plan stratégique en 2019, des données actualisées et d'autres informations sont apparues pour certains indicateurs. Dans d'autres cas, de nouvelles méthodologies de calcul des indicateurs ont vu le jour au niveau mondial. Des explications détaillées sur les changements proposés seront présentées dans l'annexe pour la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine. Ces changements visent à s'assurer que le rapport sur les indicateurs d'impact reste cohérent avec les dernières informations et méthodes disponibles, ainsi qu'avec l'ambition du Plan stratégique de fixer des cibles d'impact réalistes et mesurables. Ainsi, l'OPS et ses États Membres peuvent prendre des décisions plus éclairées et mettre en place des interventions pour accélérer les progrès sur le plan des cibles, en suivant les bonnes pratiques de la gestion axée sur les résultats.

Évaluation des résultats intermédiaires

33. Cette section résume l'évaluation interne des résultats intermédiaires par le BSP. Il convient de noter qu'il s'agit de résultats provisoires et que l'évaluation sera mise à jour sur la base des résultats de l'évaluation conjointe menée avec les États Membres.

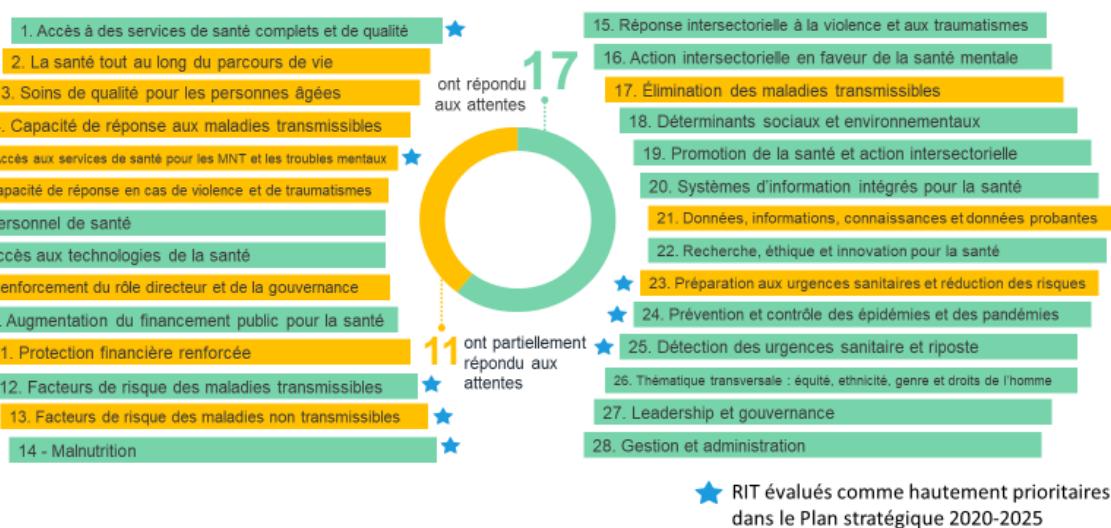
34. Comme le montre la figure 2, 17 des 28 résultats intermédiaires (60 %) ont été évalués comme ayant répondu aux attentes pour la période biennale 2020-2021. Les 11 autres résultats intermédiaires (40 %) ont partiellement répondu aux attentes. Parmi les résultats intermédiaires qui ont répondu aux attentes, cinq étaient jugés hautement prioritaires par les États Membres : RIT 1 (Accès à des services de santé complets et de qualité), RIT 12 (Facteurs de risque des maladies transmissibles), RIT 14 (Malnutrition), RIT 24 (Prévention et contrôle des épidémies et des pandémies) et RIT 25 (Détection des urgences sanitaires et riposte).

35. Malgré les difficultés sans précédent rencontrées au cours de la période biennale en raison de la pandémie de COVID-19 et de la crise financière de 2020, la Région a été en mesure de maintenir et d'obtenir des acquis significatifs en matière de santé publique et a produit une action transformatrice dans des domaines clés, comme le montrent les résultats intermédiaires qui ont répondu aux attentes. La pandémie a donné un élan pour améliorer les fonctions de santé publique, notamment celles liées à la riposte aux urgences de santé publique. Elle a également fourni une opportunité unique de mettre en lumière l'importance

de la santé, de renforcer le rôle directeur des autorités sanitaires, d'améliorer la coordination intersectorielle pour protéger et promouvoir la santé et le bien-être, et de prendre de nouvelles mesures pour répondre aux besoins des communautés vulnérables qui ont été les plus touchées par la pandémie. Conscients du lien entre les investissements dans la santé et le développement économique, les pays ont déployé des ressources supplémentaires pour accroître et améliorer les investissements publics dans la santé. Par ailleurs, la pandémie a également mis en évidence la fragmentation et les faiblesses des systèmes de santé et l'importance d'efforts soutenus en faveur de la résilience et de la santé universelle.

36. En raison du changement soudain des priorités de santé publique pour se concentrer sur la riposte à la pandémie, certains domaines n'ont pas reçu l'attention ou les ressources nécessaires au cours de la période biennale, comme en témoignent les résultats intermédiaires qui ont partiellement répondu aux attentes. Dans certains pays, la riposte à l'urgence a eu lieu dans un contexte déjà fragilisé par une planification fragmentée et une infrastructure juridique faible ou inexistante pour la préparation et la mise en œuvre des mesures. La pandémie a alors accaparé une part démesurée de l'attention et des ressources, et entravé l'accès aux systèmes et services de santé. Un engagement politique important, une collaboration et une affectation stratégique des ressources seront nécessaires pour renforcer les domaines qui accusent un retard. D'autres raisons expliquant les résultats intermédiaires moins satisfaisants et des suggestions sur la manière dont l'OPS peut inverser la tendance au cours de la prochaine période biennale sont présentées en détail ci-dessous.

Figure 2. Évaluation des résultats intermédiaires par le BSP



Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats

37. La résolution CD57.R2 (2019) a demandé à la Directrice du BSP d' « utiliser les outils conjoints de suivi et d'évaluation [...] pour faire rapport sur la mise en œuvre du Plan stratégique et de ses budgets programmes ». Les résultats préliminaires présentés dans ce document seront mis à jour pour le rapport final à la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine, en intégrant les informations tirées de l'évaluation conjointe avec les États Membres.

38. À la fin de l'année 2021, la Région avait fait des progrès collectifs significatifs sur le plan de la réalisation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats. Comme le montre la figure 3, 14 des 105 indicateurs de résultats intermédiaires (13 %) ont été atteints ou dépassés, tandis que 43 (41 %) ont été évalués comme ayant enregistré des progrès significatifs, 14 (13 %) des progrès limités et 26 (25 %) aucun progrès. Huit autres indicateurs (8 %) n'ont pu être évalués en raison de la non disponibilité des données ou du fait que les résultats dépendent de l'évaluation conjointe avec les États Membres. La figure 3 indique également que 51 des 148 indicateurs de résultats immédiats (34 %) ont été atteints ou dépassés, tandis que 54 (37 %) ont été évalués comme ayant enregistré des progrès significatifs, 14 (9 %) des progrès limités et 28 (19 %) aucun progrès. Un indicateur de résultat immédiat (1 %) n'a pas été évalué étant donné qu'il dépend de l'évaluation conjointe avec les États Membres.

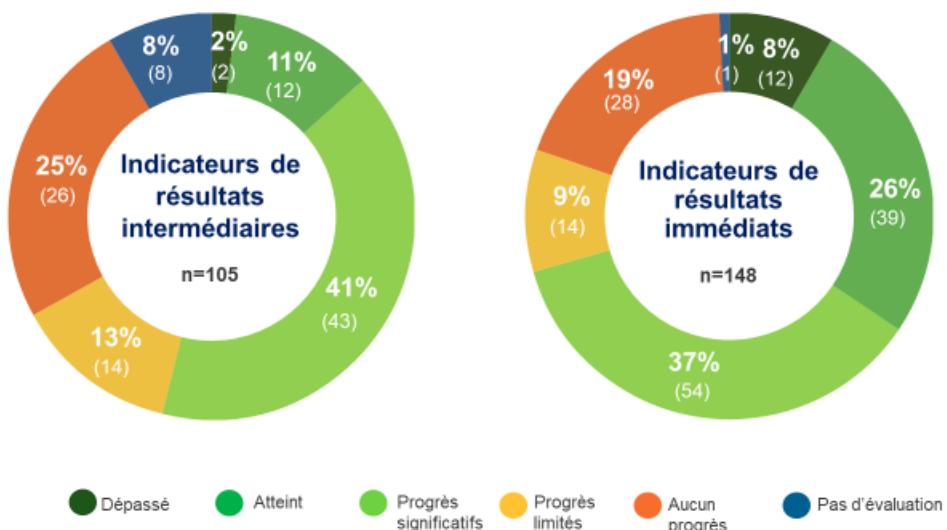
39. Des jalons importants pour la Région ont été enregistrés parmi les indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats qui ont été évalués à titre préliminaire par le BSP comme ayant été dépassés. Par exemple :

- a) La moyenne régionale de la prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans continue de diminuer, passant de 0,8 % en 2019 à 0,7 % en 2021 (indicateur de résultat intermédiaire 14.b).
- b) Le nombre de pays et de territoires qui atteignent ou dépassent les capacités minimales de gestion des risques de santé publique associés aux situations d'urgence est passé de 42 à 46 (indicateur de résultat intermédiaire 23.a).
- c) Trente et un pays et territoires ont déclaré disposer d'un système opérationnel de surveillance et de réponse pour la grippe et d'autres virus respiratoires (indicateur de résultat immédiat 24.2.a).
- d) Vingt-deux pays et territoires ont effectué régulièrement un suivi ou un audit des pratiques de prévention et de lutte contre les infections dans les établissements de soins de référence (indicateur de résultat immédiat 24.3.b).
- e) Le nombre médian régional de jours entre le début corroboré d'un événement de santé publique et la date à laquelle l'information a été reçue ou détectée pour la première fois par l'OPS a été réduit de 47 à 21 jours (indicateur de résultat immédiat 25.1.a).

- f) Le BSP a satisfait à ses normes de performance dans tous les pays en situation d'urgence prolongée (indicateur de résultat immédiat 25.3.a).

40. Parmi les principaux problèmes qui ont contribué à la sous-performance de certains indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats, on peut citer la riposte à la pandémie de COVID-19, le faible niveau d'engagement politique pour traiter des domaines prioritaires de santé publique, l'absence ou l'insuffisance de l'action intersectorielle, les faiblesses des systèmes d'information, les progrès insuffisants dans la lutte contre l'iniquité en matière de santé, la capacité institutionnelle limitée et la pénurie de ressources humaines et financières, due en partie à des priorités concurrentes dans les programmes régionaux et nationaux. Bon nombre de ces problèmes sont expliqués plus en détail à la section VI.

Figure 3. Aperçu de l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats par le BSP



Réalisations, défis et réussites nationales clés

41. Cette section présente les réalisations, les défis et les réussites nationales les plus notables au cours de la période 2020-2021. La section couvrira les 28 résultats intermédiaires du Plan stratégique 2020-2025, regroupés par domaine thématique.

Urgences sanitaires

Résultats intermédiaires 23-25

Préparation aux urgences sanitaires et réduction des risques

Prévention et contrôle des épidémies et des pandémies

Détection des urgences sanitaire et riposte

Réalisations

42. Les États Membres et les bureaux de représentant de l'OPS/OMS ont été continuellement informés de la situation épidémiologique et opérationnelle de la Région grâce aux 649 rapports de situation, aux 481 résumés quotidiens et aux 76 alertes et mises à jour épidémiologiques qui ont été élaborés et diffusés par l'OPS au cours de la période biennale (au 31 décembre 2021). Des rapports hebdomadaires sont publiés avec des indicateurs de surveillance du SARS-CoV-2, ainsi que des indicateurs liés à la grippe et à d'autres virus respiratoires. Des mises à jour quotidiennes des données sur la situation ont été partagées via le site Web de l'OPS depuis le début de la pandémie. Les informations sur les tendances de la COVID-19 ont été analysées et diffusées dans la Région sur une base hebdomadaire grâce à des listes détaillées des données collectées sur la COVID-19 et à la collecte quotidienne semi-automatisée des cas et des décès à partir des sites web officiels. Le BSP a mis en place une base de données de plus de 76 millions de formulaires de déclaration de cas pour 38 des 54 pays, territoires et zones de la Région des Amériques grâce au soutien fourni pour mettre en place et gérer la surveillance nominale de la COVID-19.

43. L'OPS a élaboré, mis à jour et diffusé plus de 197 documents d'orientation techniques sur la surveillance, les laboratoires, la gestion de l'information sanitaire, l'évaluation des risques, la prise en charge clinique et la prévention et le contrôle des infections pour la COVID-19. Ces documents sont également pertinents pour d'autres maladies à tendance épidémique et pour les efforts visant à renforcer la sécurité sanitaire globale dans la Région et au niveau des pays. Un grand nombre de ces documents ont été mis à jour périodiquement pour tenir compte des nouvelles données probantes, à mesure que la communauté mondiale a appris à connaître le virus et évalué l'efficacité des interventions de santé publique.

44. Le diagnostic moléculaire pour la COVID-19 a renforcé le réseau régional de laboratoires et amélioré la capacité de détection rapide du virus du SARS-CoV-2 et de surveillance de l'épidémie dans 35 pays et territoires. Un nouveau centre national de la grippe, le laboratoire central du Bureau de la santé publique du Suriname, a également été désigné au cours de l'année.

45. Le réseau régional de surveillance génomique de la COVID-19, qui regroupe 15 pays de l'ensemble de la Région, a été créé. Il comprend six laboratoires de référence

régionaux (au Brésil, au Chili, aux États-Unis d'Amérique, au Mexique, au Panama et à Trinité-et-Tobago) et 14 laboratoires de séquençage dans les pays (deux au Brésil et un dans chacun des pays suivants : Argentine, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Uruguay et Venezuela). Outre le maintien de la collaboration pour soutenir le diagnostic et le dépistage réguliers de la COVID-19, la mise en œuvre de protocoles de dépistage pour détecter précocement les variants préoccupants a été particulièrement utile, et du matériel pour le dépistage du variant Omicron a été fourni à au moins 20 pays. À ce jour, plus de 30 pays et 12 territoires ont soumis des séquences à la plateforme mondiale GISAID, une initiative qui encourage le partage rapide de données provenant de tous les virus de la grippe, ainsi que de celui du coronavirus à l'origine de la COVID-19. Plus de 261 000 séquences du SARS-CoV-2 ont été soumises à GISAID par les États Membres de l'OPS en Amérique latine et dans les Caraïbes.

46. Trente-huit laboratoires ont signalé une concordance de 100 % dans l'évaluation externe de la qualité pour le SARS-CoV-2, les deux autres ayant obtenu une concordance comprise entre 90 % et 95 %, grâce au soutien continu du BSP pour la mise en œuvre du diagnostic moléculaire dans la Région. À l'aide d'un outil conçu pour évaluer la surmortalité toutes causes confondues, quatre pays (Argentine, Équateur, Mexique et Pérou) ont mis en place des capacités pour déterminer les éventuels impacts supplémentaires de la COVID-19 sur la mortalité qui n'étaient pas signalés par les systèmes de surveillance normaux.

47. Pour assurer la continuité des processus de diagnostic et de surveillance en laboratoire, des réactifs et des fournitures essentiels pour la détection moléculaire des arbovirus ont été distribués à 11 pays (Antigua-et-Barbuda, Barbade, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Grenade, Pérou, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Venezuela). Les États Membres ont reçu un soutien pour la surveillance en laboratoire des arbovirus et l'amélioration des algorithmes afin d'inclure les virus émergents (y compris les virus Mayaro, Oropouche et l'encéphalite équine). Les diagnostics moléculaire et sérologique des arénavirus et des hantavirus ont été mis en œuvre avec succès en Bolivie.

48. Les États Membres ont amélioré leurs capacités de prise en charge des cas, d'investigation des chaînes de transmission et de surveillance de la recherche des contacts pour la COVID-19 et d'autres maladies émergentes potentielles. Ce résultat a été obtenu grâce à l'utilisation, en particulier, de l'outil de renseignements sur les épidémies de sources ouvertes « *Epidemic Intelligence from Open Sources* » (dont le sigle anglais est EIOS), qui a été étendu dans l'ensemble de la Région pour aider les États Membres sur le plan de la surveillance basée sur les événements. Des homologues de six pays ont été formés à l'utilisation de cet outil (Argentine, Brésil, Dominique, Guatemala, Haïti, Sainte-Lucie). Au Brésil, l'utilisation d'EOS a été étendue à toutes les juridictions du pays. En outre, le système d'alerte et de réponse précoce (dont le sigle anglais est EWARS) a été mis en œuvre à la Dominique, en Haïti (à la suite du tremblement de terre du 14 août 2021) et à Saint-Vincent-et-les-Grenadines (à la suite de l'éruption du volcan La Soufrière). Le BSP a formé 35 pays à l'utilisation de Go.Data, un outil d'investigation des flambées

épidémiques développé par l'OMS, qui est maintenant utilisé par 17 pays et territoires pour faciliter la collecte de données sur le terrain, la recherche des contacts et la visualisation de la chaîne de transmission. Ces initiatives ont élargi les capacités des pays à rendre opérationnelles et à adapter les opérations de recherche des contacts.

49. Au cours de la période biennale, 348 envois internationaux totalisant 747 tonnes de stocks stratégiques conservés dans la plateforme logistique de l'OPS au Panama ont été livrés à 36 pays. Le caractère essentiel de ce mécanisme a été réaffirmé pendant la pandémie de COVID-19 et la riposte aux urgences simultanées, où la livraison rapide de médicaments et de fournitures sanitaires très demandés et peu disponibles a été rendue possible grâce à l'efficacité des stocks stratégiques prépositionnés de l'OPS. Ces stocks sont maintenus par le BSP avec le soutien de contributions volontaires et de dons de partenaires. En outre, des centres de réserve pour le prépositionnement stratégique de stocks d'urgence ont été établis en Équateur et en République dominicaine, et des accords sur la logistique ont été mis en place ou poursuivis avec des partenaires stratégiques tels que Direct Relief et DHL.

50. Le Réseau interaméricain d'assistance humanitaire en matière de santé a été étendu avec les centres de réserve nouvellement établis en Équateur et en République dominicaine. Le centre de réserve en République dominicaine a été approvisionné avec des stocks stratégiques prépositionnés donnés par le partenaire d'appoint de l'OPS, Direct Relief, tandis que les fournitures du centre de réserve temporaire en Équateur (depuis lors entièrement distribuées) provenaient des ressources propres de l'OPS. L'existence d'une réserve en République dominicaine a été un instrument essentiel pour l'acquisition et la mobilisation rapides de produits de santé vitaux en réponse au séisme en Haïti en août 2021.

51. Quarante-sept établissements de santé plus sûrs et plus verts (« intelligents ») fournissent désormais des soins de santé dans sept pays des Caraïbes (Belize, Dominique, Grenade, Guyana, Jamaïque, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie). Six autres établissements de santé sont en cours de rénovation et la conception de cinq autres établissements est terminée. Plusieurs établissements de santé intelligents modernisés ont été utilisés comme cliniques respiratoires ou sites pour les campagnes de vaccination anti-COVID en raison de leur emplacement stratégique, de leur meilleure fonctionnalité et de leur capacité à garantir la chaîne du froid pour stocker les vaccins en toute sécurité (Grand Bay à la Dominique, Princess Royal Hospital et Hillsborough Health Centre à la Grenade, Diamond au Guyana, Port Elizabeth et Chateaubelair à Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Vieux Fort à Sainte-Lucie). De nombreuses autres installations du projet ont été utilisées pour le triage, l'isolement et les soins pour les personnes présentant des signes et des symptômes de la COVID-19, ces personnes ont ensuite été orientées vers un autre centre de santé ou un hôpital pour un niveau de soins plus élevé si nécessaire.

52. Le déploiement d'équipes médicales d'urgence ainsi que la sélection et la mise en place de sites de soins médicaux alternatifs pour les cas de COVID-19 ont permis d'accroître les capacités supplémentaires d'intervention médicale dans 23 pays. Au total, 100 équipes médicales d'urgence nationales ont été déployées et 129 sites de soins

médicaux alternatifs sont devenus opérationnels, fournissant un total de 6899 lits d'hôpital et 1078 lits de réanimation. Un grand nombre de ces équipes médicales d'urgence ont facilité la mise en place de sites temporaires de vaccination contre la COVID-19 en utilisant les structures existantes.

53. Compte tenu de la portée mondiale de la pandémie de COVID-19, tous les pays et territoires de la Région des Amériques ont été touchés, mais tous ont été en mesure de fournir un ensemble essentiel de services de santé permettant de sauver des vies au cours de la période biennale 2020-2021. Simultanément, au moins 15 pays et territoires ont réussi à mener des opérations qui ont sauvé des vies en réponse à des urgences sanitaires simultanées qui ont débuté au cours de cette période biennale ou qui étaient déjà en cours. Il s'agissait notamment de situations d'urgence résultant d'ouragans, d'inondations, du tremblement de terre en Haïti, du volcan de Saint-Vincent et de la crise au Venezuela, entre autres. Neuf pays ont assuré un suivi actif des mouvements migratoires aux points d'entrée et se sont préparés à faire face à des urgences sanitaires potentielles causées par des migrations massives soudaines (Brésil, Chili, Colombie, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Panama, Pérou). Dans le cadre de ces efforts, les pays ont renforcé leurs capacités de surveillance épidémiologique de la COVID-19, de soins de santé mentale d'urgence et de soutien psychosocial, ainsi que les services supplémentaires d'intervention médicale disponibles.

54. Le BSP a aidé 19 pays et territoires à effectuer des simulations afin d'identifier les lacunes dans les capacités et les systèmes nationaux nécessaires à la préparation et à la riposte aux urgences. En outre, deux exercices de simulation portant spécifiquement sur les aspects épidémiologiques ont été réalisés au Brésil. Six examens après intervention ont été soutenus dans la Région : un examen multipartenaire pour l'ouragan Dorian en janvier 2020, un examen pour les ouragans Eta et Iota en 2021, un examen au Costa Rica pour la riposte à la COVID-19 en 2021 et trois examens au Brésil (arénavirus, arbovirus et inondations).

55. Le BSP a développé de nouveaux outils de préparation aux urgences afin de renforcer la capacité des pays à répondre aux urgences. Cette coopération technique comprenait l'élaboration ou la mise à jour de plans d'intervention d'urgence et la mise en œuvre de l'indice de préparation aux urgences sanitaires et aux catastrophes (dont le sigle anglais est IPED) et de l'outil stratégique d'évaluation des risques (dont le sigle anglais est STAR), le tout dans le but de déterminer et de prioriser les risques et de guider la planification de la riposte aux situations d'urgence en matière de santé. La Bolivie, le Chili, l'Équateur, le Nicaragua, le Paraguay et le Pérou ont adopté ces outils au cours de la période biennale 2020-2021.

56. Aucun cas de choléra n'a été confirmé sur l'île d'Hispaniola au cours de la période biennale, marquant ainsi la continuité de l'absence de transmission depuis février 2019. Ceci est le résultat des efforts concertés d'Haïti et de la coopération technique soutenue du BSP et d'autres agences partenaires pour traiter des causes profondes du choléra par une surveillance accrue pour détecter les flambées éventuelles et y répondre, la mise en œuvre d'initiatives de diagnostic rapide et le traitement des cas avec une réhydratation et des soins

adéquats. Pour qu’Haïti puisse éradiquer le choléra et recevoir la validation de l’OMS pour l’élimination de la maladie, le pays doit maintenir des systèmes de surveillance effectifs et rester exempt de choléra pendant trois années consécutives.

Défis

57. La riposte à la pandémie de COVID-19 a posé le plus grand défi pour la mise en œuvre du programme au cours de la période biennale 2020-2021. Elle a nécessité une redéfinition quasi complète des priorités en matière de ressources humaines, sociales, structurelles et financières, tant de la part du BSP que des États Membres, pendant une grande partie de la période biennale. La priorité absolue accordée à la riposte à la COVID-19 dans les pays et territoires a réduit leur capacité à absorber la coopération technique visant d’autres agents pathogènes à fort impact, y compris d’autres agents pathogènes respiratoires et émergents tels que la grippe, la fièvre jaune, les arbovirus et les fièvres hémorragiques virales. Les changements de priorités nationales, la pression sur les services de santé et le nombre limité d’homologues nationaux par rapport à l’ampleur des besoins ont tous entravé la fourniture de produits et de services essentiels. Malgré cela, le BSP a réussi à identifier et à concevoir des stratégies et des méthodologies alternatives pour aider les États Membres à atteindre les résultats intermédiaires.

58. Certains pays ont mis en place des structures parallèles de riposte et de gestion de la COVID-19 en dehors des mécanismes établis de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes. La création de deux canaux pour gérer les urgences sanitaires a entraîné des chevauchements et des inefficacités au sein des ministères de la Santé, dans la mesure où les unités de gestion des catastrophes préexistantes au sein des ministères de la Santé n’ont pas été incluses dans la planification et la riposte à la COVID-19.

59. Au cours de la pandémie, il est apparu clairement que les États Membres devaient accroître leurs investissements dans des systèmes de surveillance plus robustes, capables de détecter rapidement les événements sanitaires jusqu’au niveau infranational, afin de produire des informations opportunes pour l’action. Malgré les efforts déployés, l’enregistrement des données sur les plateformes nationales pour la COVID-19 continue de se heurter à des difficultés, dont, entre autres, la capacité de détection des cas au premier niveau de soins, la disponibilité d’outils d’enregistrement et d’un document adapté à chaque pays pour saisir les informations, et la connaissance de la stratégie de surveillance pour la COVID-19. Néanmoins, la gestion des données des listes détaillées sur la COVID-19 est en cours pour la Région, des données nominales étant soumises par 38 des 54 pays, territoires et zones.

60. En raison de la nature extraordinaire de la pandémie le BSP a dû augmenter rapidement ses capacités en matière de technologies de l’information afin de développer et de mettre en œuvre de nouveaux outils à l’appui de la coopération technique. Le BSP continuera à renforcer ces domaines de connaissances afin de mieux répondre aux urgences sanitaires actuelles et futures, en reconnaissant la nécessité d’investir davantage dans la capacité de stockage interne et les logiciels spécialisés et collaboratifs pour la gestion et l’analyse des données.

Construire un système de soins de santé mieux préparé aux urgences sanitaires aux Bahamas



Vaccins anti-COVID reçus par l'intermédiaire du mécanisme COVAX.
Crédit photo : Ministère de la Santé et du Bien-être des Bahamas.

Les Bahamas disposent d'un système de santé qui vise à fournir un accès équitable à des soins de qualité à environ 389 000 personnes ; cependant, la fragmentation de la prestation de services constitue un défi. Les récentes catastrophes naturelles et la pandémie de COVID-19 ont poussé le système de santé au maximum de ses capacités, exposant des déficiences structurelles et systémiques de longue date. L'OPS a fourni une coopération technique pour le renforcement des capacités aux Bahamas afin de renforcer la résilience et de détecter et répondre rapidement aux futures urgences sanitaires. Cinq grands domaines de focalisation ont été définis :

- Renforcer les politiques et les normes et lignes directrices techniques dans des domaines tels que la gestion clinique, la prévention et la lutte contre les infections, la surveillance des maladies, la gestion des cas et des contacts, la santé mentale et le soutien psychosocial, la mise en œuvre de mesures de santé publique pour les voyages, sur les lieux de travail et dans les écoles, et le soutien social aux groupes vulnérables.
- Renforcer la surveillance et la gestion des données pour la COVID-19, y compris la surveillance épidémiologique, la recherche des contacts, l'isolement des cas, la mise en quarantaine des contacts et la classification des décès dus à la COVID-19. Renforcer le centre opérationnel d'urgence du ministère de la Santé et du Bien-être et la distribution des vaccins.
- Augmenter les capacités supplémentaires d'intervention des cliniques et des hôpitaux et développer les services de soins intensifs.
- Soutenir le ministère de la Santé et du Bien-être dans la mobilisation de fonds pour la riposte à la COVID-19 auprès d'autres agences des Nations Unies, de missions étrangères, du secteur public et de la société civile.
- Favoriser la communication sur les risques et l'éducation sur la santé mentale, la cybersécurité pour les enfants, la prévention de la violence sexiste et de la consommation de substances psychoactives, le rôle des parents pendant la COVID-19 et les conseils pour l'isolement. Cela comprend la préparation de produits de communication en créole haïtien pouvant être utilisés avec la communauté des migrants haïtiens, en collaboration avec d'autres agences des Nations Unies.

En surmontant de multiples défis, notamment le manque de ressources humaines, la rareté des ressources financières et la nécessité d'être multitâches, les Bahamas ont considérablement amélioré leurs capacités dans des aspects clés du système de santé afin de détecter rapidement les futures urgences sanitaires et d'y répondre durablement. La capacité de réaction accrue du Gouvernement a probablement déjà permis d'éviter des milliers d'infections et de décès dus à la COVID-19. Des améliorations sont encore nécessaires dans certains domaines clés, y compris le renforcement de l'unité de surveillance du ministère de la Santé et du Bien-être avec des ressources humaines formées supplémentaires et un soutien accru pour la gestion et l'analyse des données afin de maintenir les progrès réalisés au cours des deux dernières années. En construisant un système de soins de santé plus résilient, les Bahamas sont désormais bien mieux équipées pour détecter les catastrophes naturelles et les flambées épidémiques à l'avenir et y répondre, ce qui devrait permettre de sauver des milliers de vies.

Faire la lumière sur les mythes sur les vaccins anti-COVID au Costa Rica



Leader d'une communauté autochtone où l'un des ateliers a eu lieu.

Crédit photo : Bureau de l'OPS/OMS au Costa Rica.

Alors que le Costa Rica commençait à acquérir des vaccins anti-COVID dans le cadre du Mécanisme COVAX et d'accords bilatéraux, une abondance d'informations, y compris des informations erronées, a alimenté l'incertitude, le scepticisme et la méfiance, amenant certains Costariciens à rejeter les vaccins anti-COVID sûrs et efficaces. Afin de donner à la population les moyens de faire des choix fondés sur des données probantes, l'OPS a lancé l'initiative de communication Faire la lumière sur les mythes sur les vaccins anti-COVID au Costa Rica. Des messages ont été transmis à la radio, à la télévision, à l'occasion d'événements en présentiel et sur des plateformes virtuelles, ce qui a donné lieu à 29 ateliers virtuels en 2021, avec 673 participants et 7794 vues de vidéos Facebook Live.

L'initiative a été bien accueillie par les membres de la communauté, et l'OPS a reçu de nombreuses demandes de la part de parties prenantes locales, régionales et nationales pour reproduire les ateliers. Cela a conduit à une augmentation de la couverture vaccinale, en particulier dans les segments de la population ciblés par l'initiative. Les approches suivantes ont été mises en œuvre :

- **Impliquer diverses parties prenantes.** De nouvelles alliances ont été établies aux niveaux national et infranational pour élargir la portée de la campagne. Outre les partenaires traditionnels tels que le ministère de la Santé et la Caisse de sécurité sociale du Costa Rica, de nouveaux partenariats ont été établis avec des entités telles que le ministère de la Justice, le ministère des Communications, le Comité national d'urgence et l'Alliance patriotique nationale pour la vaccination contre la COVID-19, dirigée par l'Église catholique.
- **Atteindre les communautés autochtones.** L'OPS a collaboré avec des associations autochtones pour adapter les messages de manière à ce qu'ils trouvent un écho. Deux émissions de radio et 37 ateliers en présentiel ont été organisés dans 11 communautés autochtones.
- **Surmonter les obstacles à l'accès pour les personnes en situation de handicap.** En collaboration avec le Conseil national pour les personnes en situation de handicap, des supports multimédias ont été élaborés en langue des signes et des ateliers ont été organisés avec 31 personnes ayant des déficiences intellectuelles et leurs aidants.
- **Formation des agents de santé.** Pour remédier aux faibles taux de vaccination des femmes enceintes, l'OPS a élaboré une formation axée sur la grossesse et l'allaitement et l'a intégrée à un cours de formation continue en ligne à l'hôpital Mexico. Promu à l'échelle nationale, le cours a été suivi par 150 infirmières obstétriciennes.

L'approche de l'OPS a été couronnée de succès car elle a reconnu que les mythes et la désinformation sur la COVID-19 touchaient tous les segments de la population. Une approche collaborative et participative a été adoptée pour s'y attaquer et faire parvenir des informations vitales à plus de personnes.

Collaborer avec les parties prenantes communautaires pour répondre aux menaces de santé publique en Équateur



Un groupe d'enfants d'une communauté autochtone Shuar reçoivent le livre « Mon héros, c'est toi », adapté et traduit en langue Shuar par « Naatka Muruitme ». Ce livre, élaboré par un Comité permanent interagences, vise à aider les enfants à faire face aux effets de la COVID-19.

Crédit photo : Bureau du représentant de l'OPS/OMS en Équateur.

initiative mondiale, soutenue financièrement par le Fonds solidaire de riposte à la COVID-19, qui visait à former et à équiper les communautés et les agents de santé pour prévenir, détecter et traiter la COVID-19 et renforcer la résilience et la préparation des communautés pour faire face aux futures urgences de santé publique.

L'OPS et les organisations de la société civile ont mis en œuvre les actions suivantes :

- Renforcement des capacités des femmes amazoniennes autochtones pour qu'elles deviennent des agents du changement capables de mobiliser leurs communautés contre la COVID-19 et les situations d'urgence futures. Il était important d'intégrer leurs connaissances en raison de leur rôle de gardiennes des valeurs culturelles et ancestrales dans leurs communautés.
- Soutien à des ateliers, avec la présence de dirigeants autochtones, pour promouvoir la gestion des risques dans les communautés et l'utilisation des lignes directrices de l'OPS. L'inclusion des dirigeants autochtones a permis d'assurer l'intégration de leurs connaissances ancestrales et de garantir leur participation et leur inclusion effective dans les plans de riposte et de relèvement.
- Travail avec des organisations qui étaient déjà présentes dans les communautés et qui entretenaient de bonnes relations avec l'OPS. Cela a encouragé les communautés à accepter la mise en œuvre des actions.
- Soutien à l'élaboration et à la diffusion à grande échelle d'informations visant à lutter contre la désinformation et l'hésitation vaccinale. Les messages ont été adaptés pour être culturellement appropriés pour plus de 200 communautés autochtones.
- Soutien pour une meilleure hygiène et pour le continuum des services de santé essentiels. Une série d'ateliers a été organisée pour renforcer les capacités des communautés locales, en formant 223 agents de santé des communautés autochtones dans la région amazonienne. Des formations sur l'accouchement sûr pour prévenir les décès maternels et néonataux ont été soutenues au moyen de la distribution de 400 kits d'accouchement. La sensibilisation à la COVID-19 et la promotion de la santé ont été appuyées par une formation à la production artisanale de savon, permettant à 20 femmes locales de devenir des agents du changement en matière d'hygiène tout en générant une source de revenu durable.
- Organisation d'ateliers intégrant la dimension de genre. Parmi ceux-ci figurait, pour la première fois, une formation destinée aux hommes autochtones (uniquement) sur les moyens de mettre fin au cycle de la violence et de mieux lutter contre la violence sexiste.

L'Équateur est un pays multiethnique doté d'une grande diversité culturelle et qui compte des villages autochtones répartis dans différentes zones géographiques. Dans de nombreux cas, les communautés autochtones se trouvent dans des endroits reculés et l'accès aux services de santé est limité, ce qui expose la population à un risque élevé face à la COVID-19 et à d'autres menaces pour la santé publique.

Pour atténuer l'impact de la pandémie sur ces communautés, l'OPS a collaboré avec deux organisations locales de la société civile, la Fondation Pachamama et la Confédération des nationalités autochtones de l'Amazonie équatorienne. Ces organisations ont reçu un soutien pour élargir leurs programmes d'assistance communautaire au moyen d'interventions planifiées conjointement. L'OPS a fourni une coopération technique dans le cadre d'une

initiative mondiale, soutenue financièrement par le Fonds solidaire de riposte à la COVID-19, qui visait à former et à équiper les communautés et les agents de santé pour prévenir, détecter et traiter la COVID-19 et renforcer la résilience et la préparation des communautés pour faire face aux futures urgences de santé publique.

Prises ensemble, ces actions visent à améliorer l'accès à l'information, à fournir un soutien continu aux services de santé essentiels et à promouvoir une participation communautaire inclusive. Elles devraient encourager les communautés autochtones d'Amazonie à améliorer l'adoption des vaccins, notamment contre la COVID-19, et soutenir d'autres interventions de santé publique. À plus long terme, ces interventions devraient contribuer à renforcer la résilience des communautés et les systèmes de santé pour améliorer la préparation et la riposte aux futures urgences de santé publique. Dans l'ensemble, l'initiative en Équateur a mis en lumière la nécessité d'une coopération systématique avec les communautés, en travaillant avec des organisations de la société civile et des dirigeants locaux de confiance, pour faciliter la prestation de services de qualité aux communautés dans le cadre de l'engagement mondial envers les ODD et la couverture sanitaire universelle.

Lancement d'une riposte rapide et complète après le tremblement de terre pour soutenir le rétablissement de la santé en Haïti



Un point de rassemblement pour les personnes déplacées par le tremblement de terre dans la commune de Corail, département de Grand'Anse.

Crédit photo : Bureau de l'OPS/OMS à Haïti.

immédiate aux efforts de rétablissement. Les domaines suivants ont été privilégiés :

- **Livraison de fournitures d'urgence.** Au cours de la phase d'urgence de la riposte, plus de 80 tonnes de produits et d'équipements médicaux d'une valeur de US\$1,2 million ont été reçues et envoyées dans les zones touchées, au profit de plus de 70 établissements de santé.
- **Évaluation des dommages.** L'OPS a aidé le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) à évaluer rapidement les dommages structurels et ceux des systèmes d'eau et d'assainissement subis par les infrastructures de santé dans les trois départements touchés par le séisme. Ces informations ont été essentielles pour l'évaluation des besoins post-catastrophe et le plan de relèvement national. L'OPS a directement soutenu la réhabilitation de sept établissements de santé afin de faciliter la continuité des services essentiels.
- **Coordination.** L'OPS a soutenu le MSPP et la Direction générale de la Protection civile en organisant et en facilitant des réunions hebdomadaires de coordination de la riposte sanitaire. L'OPS a également coordonné le déploiement de 18 équipes médicales d'urgence provenant d'autres pays, la prise en charge de plus de 30 000 personnes dans les trois départements et la mise en place d'équipes multidisciplinaires d'intervention sur le terrain dans les directions de la santé de chacun des trois départements. Ces équipes ont joué un rôle clé dans le rétablissement des services de santé essentiels, notamment la santé maternelle et infantile, la santé mentale et la vaccination.
- **Un système d'alerte précoce pour la détection des flambées épidémiques.** L'OPS a aidé le MSPP à mettre en place le premier système d'alerte précoce, d'alerte et de riposte en Haïti. Ce soutien a inclus la formation, la livraison de dispositifs mobiles de collecte de données et l'accès à Internet dans 37 points de rassemblement, ainsi que le déploiement de personnel infirmier pour aider au dépistage, à la collecte de spécimens et au test de certaines maladies infectieuses, y compris la COVID-19. Plus de 2800 personnes ont eu des prélèvements pour la COVID-19 et les maladies diarrhéiques, et plus de 100 alertes ont fait l'objet d'investigations.
- **Développer la capacité à fournir un soutien en santé mentale et des services de santé prioritaires au premier niveau de soins.** L'OPS a fourni un soutien technique pour établir des unités de coordination en santé mentale qui ont organisé des cliniques mobiles intégrées offrant un soutien psychologique immédiat. Une formation de formateurs en premiers soins psychologiques a été organisée ; 41 formateurs dans quatre départements du Grand Sud d'Haïti ont formé et recyclé 610 agents de santé communautaires en premiers soins psychologiques et dans les autres programmes prioritaires du MSPP.

Le 14 août 2021, un séisme de magnitude 7,2 a frappé la péninsule sud d'Haïti, faisant plus de 2000 morts et plus de 12 000 blessés. Au total, 600 000 personnes ont eu besoin d'une aide humanitaire immédiate, 150 000 logements ont été détruits et plus de 80 hôpitaux et centres de santé ont été endommagés.

L'OPS a fourni un soutien efficace à Haïti dans les phases d'urgence et de rétablissement immédiat de la riposte. Les équipes multidisciplinaires d'intervention sur le terrain ont poursuivi leur travail pour maintenir et rétablir les services de santé essentiels trois mois après le tremblement de terre afin de faciliter la transition de la riposte

L'OPS a soutenu une évaluation rapide des besoins, la coordination des partenaires du secteur de la santé et la mobilisation rapide de ressources humaines, financières et matérielles, améliorant ainsi les résultats en matière de santé mentale et physique pour des milliers d'Haïtiens touchés. L'impact à plus long terme ne s'est pas encore fait sentir, mais les nombreux enseignements déjà tirés de la riposte au tremblement de terre devraient renforcer la préparation et la capacité de riposte multi-aléas en Haïti.

Réponse rapide à une éruption volcanique en pleine pandémie à Saint-Vincent-et-les-Grenadines

Le 8 avril 2021, l'activité volcanique du volcan La Soufrière sur l'île principale de Saint-Vincent-et-les-Grenadines a rapidement augmenté. Un ordre d'évacuation a été émis le jour même par le premier ministre et le volcan est entré en éruption le jour suivant. Les cendres et les gaz ont affecté les services de base (eau, transports et communications) et de nombreux établissements de santé ont été évacués. La demande de services de santé est montée en flèche dans les établissements opérationnels restants, qui étaient déjà en difficulté en raison du nombre élevé de patients atteints de COVID-19. Un cinquième de la population de l'île a été touché et déplacé par l'événement.



Vue de Kingstown, Saint-Vincent, un jour après l'éruption du volcan La Soufrière le 9 avril 2021.

Crédit photo : Alex Williams, consultant de l'OPS.

L'OPS a fourni un soutien complet, rapide et efficace au gouvernement pour améliorer l'accès et la continuité des services de santé dans les phases d'urgence et de relèvement de la réponse. Ce soutien a permis d'améliorer la situation sur le plan mental et physique pour les milliers de personnes touchées par la catastrophe naturelle. La coopération s'est concentrée sur l'amélioration de l'accès aux services de santé intégrés et sur les efforts à long terme pour renforcer le système de santé au moyen des actions suivantes :

- **Mobilisation de professionnels de la santé publique.** L'OPS a mobilisé des spécialistes de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), de la coordination et de la logistique des urgences sanitaires et de l'évaluation des dommages et des besoins.
- **Livraison de fournitures d'urgence et renforcement de la chaîne d'approvisionnement.** L'OPS a fourni un soutien administratif pour accéder à une première série de 24 000 doses de vaccins anti-COVID dans le cadre du Mécanisme COVAX, la livraison de doses supplémentaires étant prévue plus tard dans l'année, dans le cadre du stock tampon de vaccins à usage humanitaire du Mécanisme COVAX. Le Fonds stratégique de l'OPS a également acheté et livré des fournitures et des équipements médicaux essentiels.
- **Sécurité des infrastructures sanitaires vitales.** L'OPS a fourni des experts WASH et un soutien financier pour l'évaluation et l'amélioration de 20 établissements de santé. Un soutien technique pour la surveillance syndromique de la COVID-19 et d'autres maladies a été apporté par la formation de 35 équipes de surveillance sanitaire du système d'alerte et de réponse précoce EWARS. L'OPS a également fourni des insecticides, du matériel d'application d'insecticides et des rodenticides pour contrôler et prévenir les flambées épidémiques de maladies à transmission vectorielle.
- **Fourniture de soins pour les maladies non transmissibles et la santé mentale.** L'OPS a transporté des nutritionnistes pour servir les personnes atteintes de MNT dans les abris et a fourni des kits contre les MNT (médicaments et fournitures de diagnostic) et une formation à plus de 40 professionnels de la santé pour aider à la prise en charge du diabète, de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires à une population de 10 000 personnes pendant trois mois. L'OPS a évalué les capacités en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, en formant un groupe de travail technique dans ce domaine afin de combler les lacunes identifiées, et a formé trois gestionnaires principaux de santé clinique à la coordination de la santé mentale et du soutien psychosocial dans les urgences humanitaires, permettant la prestation de services de santé mentale et de soutien psychosocial dans 86 abris. L'OPS a également organisé un cours en ligne sur les services de santé mentale et de soutien psychosocial et les premiers secours psychologiques destiné aux agents de première ligne, qui a attiré 568 participants de 22 pays.

- **Communication avec le public.** L'OPS a conçu des messages, élaboré des supports de communication, mandaté un vidéaste, imprimé et distribué des supports pour communiquer avec le public sur les réseaux sociaux (avec l'UNICEF) et au moyen d'annonces de service public (avec le ministère de la Santé). L'objectif était d'accroître l'adoption du vaccin ainsi que les connaissances en matière d'hygiène et d'assainissement, d'exposition aux cendres volcaniques, de santé mentale et d'alimentation saine. Une solide coordination a été essentielle au succès de la réponse. L'OPS a travaillé en étroite collaboration avec les autorités nationales et locales et avec les entités chargées de la riposte d'urgence, telles que le ministère de la Santé et le Bureau national de gestion des urgences, les entités des Nations Unies et d'autres partenaires de la santé et organisations internationales.¹⁴

¹⁴ De plus amples informations sur la réponse de l'OPS/OMS à l'éruption du volcan La Soufrière sont disponibles sur <https://youtu.be/HH-8ElpqhU8>.

Systèmes et services de santé

Résultats intermédiaires 1 et 7 à 11

Accès à des services de santé complets et de qualité	Personnel de santé	Accès aux technologies de la santé
Renforcement du rôle directeur et de la gouvernance	Augmentation du financement public pour la santé	Protection financière renforcée

Réalisations

61. Les pays ont accéléré leurs efforts pour réorganiser et étendre la prestation de services afin de répondre aux besoins liés aux cas de COVID-19, y compris les soins intensifs, tout en maintenant les services essentiels. Il s'agit notamment du diagnostic et du traitement du cancer, des troubles de la santé mentale et des maladies non transmissibles, ainsi que de la vaccination et des services de santé sexuelle et reproductive, entre autres. L'augmentation substantielle de la capacité des hôpitaux et des services de soins intensifs en un court laps de temps a été une réalisation importante dans la plupart des pays de la Région. Une étude menée dans quatre pays a fait état d'une augmentation soutenue allant de 117 % à 318 % pour les unités de soins intensifs entre mars 2020 et janvier 2022. Même si de nombreux pays ont atteint un point de rupture dans leur taux d'occupation des hôpitaux, beaucoup plus de décès auraient eu lieu sans ces efforts soutenus.

62. La plupart des pays ont introduit des changements stratégiques dans les plateformes de prestation de services et les services de santé publique afin de prévenir l'effondrement des systèmes de santé. Dix-neuf pays ont mis en place des plans pour assurer la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19, et cinq ont des plans pour renforcer la résilience et la préparation des services de santé à long terme. Dix autres pays prévoient d'élaborer un plan de relèvement, et dix pays ont alloué des fonds supplémentaires pour le relèvement à long terme du système de santé et la résilience et la préparation des services de santé. Neuf pays ont déclaré avoir réalisé des investissements pour améliorer l'accès aux médicaments, aux fournitures et aux autres produits de santé et pour renforcer les capacités des agents de santé ; huit ont déclaré avoir réalisé des investissements dans les technologies numériques de santé, la gestion de l'infodémie et de nouveaux établissements de santé. Bien qu'ils l'aient fait de manière inégale, tous les pays ont déployé des efforts importants pour renforcer les capacités du premier niveau de soins en ce qui concerne la prise en charge des patients hospitalisés, le diagnostic, la fourniture d'équipements de protection individuelle et la vaccination anti-COVID-19. Les investissements comprenaient la télémédecine et les soins à domicile, l'embauche de personnel supplémentaire et d'autres mesures visant à accroître la capacité d'achat de produits essentiels, la mise en œuvre de stratégies de communication publique et

l'intégration de services de santé du secteur privé pour fournir des services essentiels avec un financement public.

63. Certains pays, comme le Guatemala, le Mexique et le Paraguay, ont avancé dans la réforme de leurs modèles de soins. D'autres pays ont réactivé des initiatives nationales visant à améliorer la qualité des soins dans la prestation des services de santé, comme l'Argentine, le Costa Rica, l'Équateur et le Pérou. D'autres encore, dont le Paraguay et le Pérou, ont mis en œuvre des interventions visant à améliorer l'accès aux services de santé essentiels, tels que les soins de maternité, pour les populations en situation de vulnérabilité.

64. Les pays bénéficiant d'une garantie de marché dont la Bolivie, la Dominique, El Salvador, la Grenade, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie, ont reçu un soutien par des subventions pour les services liés à la COVID-19 avec Gavi, l'Alliance du Vaccin et l'UNICEF. L'objectif de cette nouvelle enveloppe est d'assurer le succès du déploiement rapide et de la mise à l'échelle des vaccins anti-COVID, de l'assistance technique et du renforcement des systèmes de santé dans les pays.

65. Le Campus virtuel de santé publique de l'OPS a été rapidement adapté pour le passage en mode virtuel du travail d'urgence de l'OPS et la prestation d'une coopération technique stratégique. Plus de 30 cours liés à la COVID-19 ont été dispensés à un million d'agents de santé dans l'ensemble de la Région, et le campus virtuel a intégré en moyenne 40 000 nouveaux agents de santé chaque mois au cours des deux dernières années. Cet effort a été essentiel pour le déploiement rapide des vaccins dans le cadre de la riposte à la COVID-19.

66. Deux importants rapports mondiaux ont été publiés avec la participation de premier plan des États Membres de l'OPS. *La situation du personnel infirmier dans le monde 2020* et *L'état de la pratique des sage-femmes dans le monde 2021* fournissent les données les plus récentes sur les options stratégiques pour les effectifs en soins infirmiers et les sage-femmes dans le monde et présentent des arguments convaincants en faveur d'investissements substantiels, mais réalisables, dans la formation, les emplois et le leadership dans le domaine des soins infirmiers.

67. Une étude sous-régionale a examiné les préoccupations, les attitudes et les pratiques prévues concernant les vaccins anti-COVID chez 1200 médecins, infirmiers et autres agents de santé de 14 pays des Caraïbes. Cette étude a été publiée par l'OPS et ses résultats ont été partagés dans différents forums, notamment avec des chefs d'État, des ministres de la Santé, des médecins-chefs et l'Organisme régional des soins infirmiers. Les résultats ont étayé des stratégies de communication et l'élaboration de politiques, y compris une note d'information sur l'hésitation à se faire vacciner contre la COVID-19 chez les agents de santé dans les Caraïbes. Cette note a été approuvée par les ministères de la Santé et la CARICOM, de même qu'une autre note sur le renforcement des ressources humaines dans le domaine de la santé pour répondre à la COVID-19 et à d'autres pandémies émergentes

dans les Caraïbes. Le Groupe d'action sur les ressources humaines pour la santé dans les Caraïbes, lancé en avril 2021, a été élargi à 15 pays et deux territoires.

68. En Amérique centrale, les systèmes d'information sur les ressources humaines ont été essentiels pendant la pandémie : le Guatemala, le Honduras, le Panama et la République dominicaine ont fait des progrès dans le développement et l'amélioration de leurs systèmes.

69. L'OPS a permis d'améliorer l'accès aux fournitures sanitaires essentielles pour la COVID-19 par le biais du plaidoyer, de la coordination et de la négociation au sein de mécanismes mondiaux tels que le consortium mondial d'approvisionnement pour la COVID-19 et le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT), dont les trois piliers sont les vaccins, les diagnostics et les traitements. L'OPS était le seul bureau régional de l'OMS à être officiellement représenté dans le consortium d'approvisionnement et dans chaque pilier de l'Accélérateur ACT.

70. En collaboration et en coordination avec l'OMS, l'OPS a sélectionné les fabricants Bio-Manguinhos/Fiocruz (Brésil) et Sinergium Biotech (Argentine) pour le développement de vaccins à ARN messager contre la COVID-19. Ils travaillent avec Afrigen Biologics and Vaccines en Afrique du Sud pour recevoir une formation sur la technologie des vaccins à ARNm, avec le soutien de l'OMS, du Medicines Patent Pool et de l'OPS. Des fabricants de sept pays de la Région ont manifesté leur intérêt pour la production de réactifs et de fournitures pour les vaccins à ARNm, et ces propositions sont en cours d'évaluation par l'OPS, l'OMS et le Medicines Patent Pool.

71. Le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique (Fonds stratégique) de l'OPS a acheté pour plus de \$550 millions de médicaments et de fournitures de santé publique pour le compte de 31 entités participantes, ce qui a bénéficié à plus de 70 millions de personnes. Cela a représenté une multiplication par quatre environ de l'utilisation du Fonds stratégique par rapport à la période biennale 2018-2019. Le Fonds stratégique a contribué à atténuer les perturbations majeures des chaînes d'approvisionnement des soins de santé en réussissant à acheter pour plus de \$290 millions de tests de diagnostic de la COVID-19, d'équipements de protection individuelle, d'équipements de laboratoire et médicaux, et de médicaments critiques pour les soins intensifs pour 20 pays comptant plus de 38 millions de personnes dans la Région. En outre, la période biennale 2020-2021 a vu des progrès essentiels dans l'avancement d'autres priorités stratégiques, comme l'établissement d'accords à long terme pour 15 médicaments antihypertenseurs et l'incorporation du premier biothérapeutique similaire pour le cancer du sein.

72. Le Système règlementaire des Caraïbes (dont le sigle anglais est CRS) a émis 145 recommandations de produits à l'intention de ses États Membres, dont neuf vaccins anti-COVID et son premier médicament orphelin pour une maladie rare. L'examen des vaccins anti-COVID par le CRS a largement contribué à étayer les décisions réglementaires et a permis aux autorités nationales de prendre des décisions concernant les achats, y compris la réception de dons négociés par l'intermédiaire de l'Agence de santé publique

des Caraïbes (CARPHA) et de la CARICOM. Un mécanisme réglementaire d'Amérique centrale a été mis en place pour examiner les dossiers des nouveaux médicaments avec la participation du Costa Rica, du Guatemala, du Honduras et du Panama. Ce mécanisme est utilisé pour partager les informations réglementaires pendant la pandémie de COVID-19, notamment en ce qui concerne les vaccins.

73. Dix institutions dans huit pays ont amélioré leurs capacités d'estimation précise de la demande d'antirétroviraux (ARV) en se basant sur la morbidité et en utilisant la nouvelle plateforme QUANTMET de l'OPS (Bolivie, Cuba, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay). Cela a permis de réaliser d'importantes économies sur les achats. En outre, sept pays ont utilisé QUANTMET pour renforcer leurs chaînes d'approvisionnement nationales en ARV et promouvoir la durabilité (Bolivie, Équateur, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Venezuela).

74. Trente-deux des 35 pays avaient mis en place des plans nationaux de préparation et de riposte à la COVID-19, tandis que bon nombre d'entre eux ont renforcé leur recherche et leur surveillance épidémiologique. La pandémie a fait prendre conscience de l'importance de la recherche et de la nécessité de disposer de rapports complets sur les conditions d'accès et de couverture. Les pays ont également renforcé leurs capacités de surveillance épidémiologique de la COVID-19, avec des retombées positives sur les capacités nationales. De nombreux pays ont également mis en œuvre des innovations dans la prestation de services de santé individuels et à la population, en utilisant de nouvelles technologies et des améliorations dans la planification et la distribution des ressources humaines grâce à de meilleures politiques contractuelles et à la définition de profils professionnels. Sur les 17 pays de la Région qui ont répondu à l'enquête nationale de l'OMS sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie, réalisée au quatrième trimestre 2021, 57 % ont déclaré avoir alloué des fonds publics supplémentaires en vue d'assurer les services de santé essentiels.

75. Le BSP a aidé les pays à mettre en œuvre des interventions et des actions visant à promouvoir et à protéger la santé et le bien-être de la population migrante dans le cadre des politiques, plans et programmes nationaux de santé. En 2021, le Panama a approuvé une norme technique sur les soins de santé mentale pour les migrants et les réfugiés. Le Pérou a mis en place des mécanismes de prise en charge des migrants dans le cadre de son régime d'assurance maladie intégrale dans le contexte de la pandémie. Le Guatemala a élaboré des lignes directrices pour la prise en charge et la protection des enfants et des adolescents non accompagnés qui retournent au Guatemala dans le contexte de la pandémie, et l'Institut guatémaltèque des migrations a commencé à élaborer une politique avec le soutien du secteur de la santé. Le Honduras a élaboré un guide de soins de santé pour les migrants et le Brésil a lancé un plan de santé mentale et de soutien psychosocial pour les migrants, les réfugiés, les demandeurs d'asile et les apatrides dans le contexte de la pandémie.

76. Un soutien direct a été apporté à plusieurs pays pour la mise en œuvre des orientations en matière d'éthique, y compris les pays cibles que sont le Panama et le Pérou ainsi que cinq pays de référence. Ils ont encore renforcé leurs capacités en matière

d'éthique de la santé publique sur des sujets clés, comme l'évaluation de l'éthique de la vaccination obligatoire contre la COVID-19 (Panama) et de la surveillance du vaccin anti-COVID (Pérou). Les États Membres renforcent également leurs capacités en matière d'éthique à l'aide d'orientations et d'outils intégrés dans d'autres domaines de la coopération technique de l'OPS (par exemple, la vaccination, les maladies à transmission vectorielle, la riposte aux situations d'urgence). Des efforts sont en cours pour aborder l'éthique selon une approche plus systématique de la santé publique.

77. Les pays ont poursuivi leurs efforts pour renforcer la résilience des systèmes de santé, en augmentant les investissements dans la santé dans le cadre d'améliorations durables en vue de la santé universelle dans un souci d'équité et d'efficacité. En 2019, le Suriname a dépassé le seuil recommandé de 6 % du produit intérieur brut en dépenses publiques de santé, tandis que le Panama et quatre autres pays s'en sont approchés.

78. En 2021, d'importantes ressources supplémentaires ont été mises en commun à partir de différentes sources. Il s'agissait principalement de sources externes (prêts et obligations par l'intermédiaire des institutions financières internationales et de la dette intérieure) ainsi que de fonds pour imprévus et de réaffectations, lorsque cela était encore possible. Un soutien a été apporté aux pays pour l'élaboration de demandes de dons spécifiques pour la COVID-19, ainsi que pour la reprogrammation des prêts et dons existants afin de réorienter les ressources nécessaires à la lutte contre la COVID-19. Les institutions financières internationales (Banque mondiale, Banque de développement d'Amérique latine et Banque interaméricaine de développement) ainsi que les donateurs ont continué à soutenir les efforts déployés pour faire face aux impacts de la COVID-19 au moyen de nouvelles opérations et en réorientant les fonds des projets existants. Le montant des prêts et dons préapprouvés supplémentaires (y compris dans le cadre du Mécanisme COVAX et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme) a dépassé \$3,3 milliards. Près de 50 % de ces ressources ont été utilisées pour renforcer les programmes de vaccination anti-COVID-19 et travailler avec les partenaires et le secteur privé pour résoudre les problèmes de chaîne d'approvisionnement et de livraison. Le reste a servi à renforcer les systèmes de santé et la surveillance des maladies, à fournir des services liés à la COVID-19 et à soutenir la continuité des services de santé essentiels. L'expansion du financement intérieur et extérieur a joué un rôle primordial dans l'amélioration de la prestation des services de santé essentiels, l'extension des tests et la mise en place rapide de la couverture vaccinale. À la fin de 2021, 32 pays avaient reçu un financement externe des institutions financières internationales pour un engagement estimé à près de \$4 milliards.

79. Le Panama a lancé un processus d'institutionnalisation des comptes de la santé, et le Costa Rica a continué d'améliorer et d'élargir ce processus en termes d'ampleur et de profondeur. Le Costa Rica a produit le premier rapport de la Région sur les dépenses liées à la COVID-19 de manière standardisée, en utilisant le Système de comptes de la santé 2011 de l'OPS (SHA 2011). Cela a débouché sur une collaboration plus forte entre l'institution de sécurité sociale du Costa Rica et le ministère de la Santé, ainsi que sur des interventions de coopération Sud-Sud avec le Panama.

Défis

80. Le besoin primordial consiste à soutenir et adapter la capacité des services de santé à répondre à la situation épidémiologique locale tout en assurant l'accès à des services de santé essentiels de haute qualité. Cela implique de passer d'une réorganisation réactive des services de santé à un modèle plus planifié et durable. Un défi permanent tient à la coordination et à l'intégration des différentes parties prenantes – premier niveau de soins et hôpitaux, équipes médicales d'urgence et sites de soins médicaux alternatifs, y compris les prestataires publics et privés – pour maintenir l'accès à des services de santé de qualité. Ces difficultés reflètent l'absence d'un rôle directeur et d'une gouvernance solides de l'autorité sanitaire et la faiblesse de la coordination intersectorielle.

81. L'accent mis sur l'augmentation de la capacité clinique sans traiter de manière proactive de la qualité et de la sécurité des soins a eu un impact négatif sur les patients et les agents de santé dans la plupart des pays. De même, les interventions concrètes en matière de prévention et de promotion de la santé ont été subordonnées aux efforts visant à accroître la capacité de prise en charge du nombre croissant de patients.

82. Malgré ces exigences, des décisions judicieuses ont été prises pour maintenir en toute sécurité les services de santé essentiels et éviter les répercussions en cascade des interruptions de services de santé. Pour ce faire, il a fallu adapter les politiques et les réglementations ainsi que la prestation des services : recours à la télémédecine, adoption de protocoles de sécurité, resserrement des calendriers et modification des approches cliniques. En outre, la composition des équipes de riposte à la COVID-19 a été améliorée en mobilisant des agents communautaires, en optimisant les rôles et en faisant participer des retraités et des étudiants. Toutes ces adaptations ont représenté un défi de taille.

83. La pandémie a entraîné des reculs dans l'amélioration des capacités réglementaires dans les Amériques. En raison de pressions politiques et sociales, de nombreux pays ont négligé les voies réglementaires officielles et la supervision de l'autorisation et de l'utilisation des médicaments et autres technologies de santé. Dans de nombreuses situations, l'absence d'application de la réglementation a permis l'utilisation de produits dont l'usage n'était pas recommandé par des données scientifiques. Malgré la production, la diffusion et la disponibilité d'informations fondées sur des données probantes concernant l'absence d'options thérapeutiques spécifiques pour la COVID-19, la plupart des pays ont autorisé, officiellement ou officieusement, l'utilisation de produits et d'interventions dont l'efficacité n'avait pas été prouvée dans le traitement de la COVID-19 ou qui étaient même nocifs.

84. La pandémie a limité la disponibilité des homologues nationaux, et les priorités politiques ont été réorientées vers la riposte immédiate à la pandémie. Cette situation a interrompu la mise en œuvre des activités programmées, y compris le lancement de l'outil d'évaluation des fonctions essentielles de santé publique et les évaluations nationales des barrières à l'accès aux services de santé. La stabilité du personnel des autorités nationales

de réglementation ou la nomination en temps voulu de personnel d'encadrement suscitent des inquiétudes.

85. Les pays sont confrontés à des défis en termes de capacité des systèmes d'information à fournir des données précises et en temps opportun sur les barrières à l'accès et sur les capacités des services et établissements de santé de première ligne à fournir des services de santé essentiels. Les systèmes de données de routine ne permettent pas de détecter et de suivre l'ampleur des perturbations des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19, or ces informations sont nécessaires pour élaborer des stratégies d'atténuation, répondre à l'évolution des besoins des communautés et réduire les barrières à l'accès aux soins.

86. La pandémie a engendré des circonstances complexes qui nécessitent une compréhension large et approfondie des goulets d'étranglement existants dans l'allocation des ressources. En outre, la rigidité et la multiplicité des systèmes de notification entravent le suivi des dépenses de santé nécessaire pour améliorer la transparence et rendent les systèmes moins réactifs aux exigences de reddition de comptes. Le niveau naissant d'institutionnalisation des comptes de la santé en tant qu'outil de suivi et d'allocation des ressources devient un obstacle à la mesure des progrès accomplis par les pays pour respecter les engagements régionaux en matière de financement de la santé. Ces engagements comprennent l'augmentation des dépenses publiques de santé pour les porter à au moins 6 % du PIB, avec 30 % de ces ressources investies dans le premier niveau de soins, comme étant la manière la plus efficace et la plus équitable de dépenser les ressources et de réaliser les résultats intermédiaires en matière de santé.

87. La capacité des pays à suivre les indicateurs liés à la protection financière a été considérablement affectée par la pandémie. Ces indicateurs reposent sur des enquêtes en personne sur les dépenses des ménages, qui ont été pour la plupart suspendues en 2020 et 2021.

88. Une autre difficulté qui a touché de nombreux pays dotés de systèmes de santé segmentés a été la réduction de l'emploi qui a laissé de nombreuses personnes en dehors des régimes contributifs. Ces personnes sont alors retournées dans les régimes publics fondés sur l'impôt ou, dans le pire des cas, sont restées sans couverture.

Introduction et extension de l'oxygénothérapie pour les patients atteints de COVID-19 en Bolivie



Un patient atteint de COVID-19 reçoit une oxygénothérapie à haut débit à l'hôpital El Alto Sur.
Crédit photo : OMS.

Le premier cas de COVID-19 en Bolivie a été officiellement signalé le 11 mars 2020. En décembre 2021, alors que quatre vagues de COVID-19 avaient frappé le pays, le nombre total de cas était proche de 600 000. La situation a mis à rude épreuve le système national de soins de santé. Les efforts se sont concentrés sur la fourniture d'une oxygénothérapie aux patients atteints de COVID-19 au premier niveau de soins, afin de réduire le nombre de renvois de patients vers des hôpitaux et des unités de soins intensifs de niveaux secondaire et tertiaire et d'augmenter la disponibilité de l'oxygénothérapie. Outre la nécessité d'éviter de surcharger les capacités, il y a également des avantages sociaux et psychologiques à garder les patients près de leur famille et de leur communauté.

À la mi-mai 2021, dans le cadre du *Sistema Único de Salud* ou Système de santé unifié de Bolivie, le ministère de la Santé de Bolivie, avec l'assistance technique de l'OPS, a annoncé la mise en œuvre d'un plan global visant à fournir l'oxygénothérapie à tous les niveaux de soins du système de santé publique. En soutien à ce plan, et en se concentrant sur le premier niveau de soins, l'OPS a fait don de 260 concentrateurs d'oxygène, 360 oxymètres manuels, 592 oxymètres digitaux et d'autres fournitures de santé

d'une valeur d'environ \$365 000. À la fin novembre 2021, la stratégie du ministère de la Santé pour faire face aux cas modérés de COVID-19 a été renforcée par le soutien apporté aux hôpitaux au moyen de l'oxygénothérapie à haut débit. L'OPS a fait don de 20 appareils d'oxygénothérapie à haut débit (environ \$103 000) qui ont été distribués par le ministère de la Santé à quatre grands hôpitaux urbains : El Alto Sur, Hospital del Norte à Cochabamba, San Juan de Dios à Oruro et Santa Bárbara à Sucre. L'OPS a également fourni un soutien technique, y compris une formation pratique à 120 professionnels de la santé (spécialistes, médecins généralistes et personnel infirmier) sur l'utilisation correcte de ces appareils.

Avec le soutien continu de l'OPS, la Bolivie a renforcé sa capacité à fournir de l'oxygène de manière durable dans les établissements de soins de santé de niveau primaire ainsi que dans les principaux hôpitaux de niveau secondaire et tertiaire. Les avantages de cette stratégie devraient perdurer au-delà de la pandémie de COVID-19, dans la mesure où les Boliviens ont désormais un meilleur accès à l'oxygène pour un large éventail de besoins. Grâce à cette approche intégrée des réseaux de santé, il est probable que moins de patients devront être intubés et être admis en réanimation à l'avenir.

La santé tout au long du parcours de vie, les déterminants de la santé et la promotion de la santé

Résultats intermédiaires 2, 3, 18 et 19

La santé tout au long du parcours de vie	Soins de qualité pour les personnes âgées	Déterminants sociaux et environnementaux	Promotion de la santé et action intersectorielle
---	--	---	---

Réalisations

89. Le BSP a fourni un soutien technique pour la mise en œuvre du programme *Familias Fuertes*, ce qui a permis l'adoption de l'intervention comme stratégie nationale au Mexique et en Uruguay. Le programme a également été adapté pour une mise en œuvre virtuelle dans le contexte de la pandémie, touchant ainsi plus de 60 000 familles au cours de la période biennale.

90. Une analyse actualisée de la transmission mère-enfant de la syphilis a été réalisée en Argentine, en Bolivie, au Honduras, au Paraguay et au Pérou, pour mesurer l'impact de la pandémie à l'aide du système d'information périnatal Plus. Cela comprend de nouveaux registres permettant de suivre les programmes de santé sexuelle, reproductive, maternelle et néonatale, tels que ceux qui portent sur la contraception, la violence sexiste et la COVID-19 néonatale et maternelle.

91. La Bolivie et le Brésil ont participé à un projet mondial de l'OMS financé par la Fondation Bill et Melinda Gates et ont fait des progrès pour assurer la continuité des services de santé maternelle, infantile et adolescente en tant que composante de leur riposte à la pandémie. Le projet a permis de relever le niveau de priorité attribué au maintien des services dans le cadre de la riposte à la pandémie au niveau national. Les deux pays utilisent des données administratives pour assurer un suivi des effets de la pandémie sur les services de santé et étayer les décisions visant à maintenir la continuité des services de santé maternelle, reproductive, infantile, adolescente, et des services de santé aux personnes âgées.

92. Une formation aux soins prénataux a été dispensée aux sage-femmes traditionnelles et aux agents communautaires en Colombie, en Équateur et au Pérou. La formation mettait l'accent sur l'identification précoce et le traitement rapide des urgences obstétriques, conformément aux orientations fournies par les entités réglementaires de chaque pays, dans le but de renforcer les réseaux qui relient la communauté aux centres de soins de premier niveau et aux centres de référence.

93. Des profils d'équité ont été élaborés pour les inégalités sociales dans les indicateurs de santé maternelle, infantile et adolescente pour 21 pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

94. Un mécanisme a été mis en place pour suivre les résultats chez les femmes et les nouveau-nés grâce à une base de données collaborative sur la santé maternelle et la COVID-19. Une analyse des effets directs et indirects de la COVID-19 a été réalisée dans huit pays (Bolivie, Colombie, Costa Rica, Équateur, Honduras, Paraguay, Pérou, République dominicaine). Cette base de données est la plus vaste publiée à ce jour sur la mortalité maternelle et le virus et permet de prendre des décisions fondées sur des données probantes.

95. Un protocole de recherche a été mis en place pour évaluer l'impact sur les résultats maternels et périnataux des vaccins anti-COVID administrés aux femmes enceintes. L'étude a été réalisée dans le cadre du réseau de centres sentinelles du Centre latino-américain de périnatalogie, de la femme et de la santé reproductive (CLAP/WR) pour la surveillance de la santé maternelle dans 15 pays.

96. Le BSP a encouragé l'utilisation de vaccins à l'efficacité prouvée pour vacciner les professionnels qui s'occupent des femmes enceintes et a fourni un soutien technique aux pays pour administrer des vaccins anti-COVID aux femmes enceintes. Des webinaires ont été organisés avec des associations professionnelles de gynécologues et d'obstétriciens, de sage-femmes et de personnel infirmier obstétrique, ainsi qu'avec les programmes de santé maternelle des ministères de la Santé de pays tels que la Colombie, le Panama, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay. En outre, la diffusion d'un guide de terrain sur la vaccination maternelle et néonatale pour l'Amérique latine et les Caraïbes a été encouragée. Des activités similaires ont été développées dans le cadre du Groupe de travail régional interagences pour la réduction de la mortalité maternelle (GTR).

97. La Décennie des Nations Unies du vieillissement en bonne santé (2021-2030) a été lancée au niveau régional avec un fort soutien des États Membres et une intégration avec différentes agences des systèmes onusien et interaméricain. Le BSP a accueilli le lancement régional en tant qu'événement inter-agences, avec la participation du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'Organisation des États Américains (OEA). Avec la CEPALC et le Gouvernement du Chili, le BSP a organisé un forum régional avec la participation de l'Argentine, de la Barbade, du Chili, du Costa Rica, du Mexique, du Paraguay, du Suriname et de l'Uruguay. Les participants ont partagé leurs perceptions et leurs engagements concernant le développement de la Décennie du vieillissement en bonne santé dans leurs pays et l'importance de ce mouvement mondial pour la Région dans le contexte de la transition démographique. De nombreux États Membres travaillent à l'élaboration de plans d'action pour définir des priorités au niveau national, ce qui a conduit à une augmentation de la coopération technique sur le vieillissement en bonne santé.

98. Le BSP a soutenu la ratification par le Pérou de la Convention interaméricaine sur la protection des droits humains des personnes âgées et a fourni une coopération technico-juridique pour permettre au Congrès colombien d'adopter une loi de ratification de la Convention.

99. Le cours virtuel ACAPEM-B (Accréditation internationale des compétences en matière de soins de santé pour les personnes âgées, niveau de base) a été lancé en portugais. Ce cours est désormais disponible en trois langues (anglais, espagnol et portugais) et a été dispensé à des professionnels de la santé du monde entier. De janvier 2020 à décembre 2021, le cours a compté plus de 41 000 participants dans 80 pays, soit une augmentation significative par rapport aux 11 000 participants dans 55 pays enregistrés au cours de la période biennale précédente.

100. La mise en œuvre de mesures de santé publique non pharmacologiques au sein des populations vulnérables dans le contexte de la COVID-19 s'est améliorée grâce à un appel régional à propositions visant à mettre en œuvre les orientations élaborées par l'OPS. Plus de 146 propositions ont été reçues, dont 43 ont été sélectionnées dans 23 pays et ont été mises en œuvre dans les domaines de la communication, de l'adaptation et de l'évaluation. Cela a mis en évidence la richesse de l'expérience de la Région en matière d'innovation, de solutions et d'adaptation des produits développés par l'Organisation au profit des populations dans les communautés locales et à l'échelle nationale.

101. Dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et du relèvement, une initiative promouvant des politiques et des pratiques visant à traiter des déterminants sociaux de la santé pour faire progresser l'équité en santé a été mise en œuvre au Chili, en Colombie, au Costa Rica, à El Salvador et au Pérou. Dans chacun de ces pays, des études de cas ont été élaborées pour cartographier les politiques et les programmes relatifs à la protection sociale, au chômage, au travail, au genre, au logement et à la migration. En outre, des examens systématiques ont été réalisés sur le chômage, la situation migratoire et les travailleurs informels, ainsi que sur l'impact des interventions et politiques de la santé.

102. Deux stratégies environnementales ont été incluses dans l'Initiative d'élimination de l'OPS : l'élimination des combustibles polluants pour la cuisine et l'élimination de la défécation en plein air. Des feuilles de route visant à éliminer progressivement l'utilisation de combustibles polluants pour la cuisson des aliments ont été lancées au Honduras, au Panama, au Paraguay et au Pérou.

103. Vingt pays ont analysé la gouvernance du secteur WASH (eau, assainissement et hygiène) dans le cadre de l'analyse et de l'évaluation mondiales de l'assainissement et de l'eau potable. En outre, un document d'orientation, *Guía para el análisis y la cuantificación del SARS-CoV-2 en aguas residuales*, a été publié en 2021.

104. L'action sur les milieux sains a inclus des progrès sur les écoles promotrices de santé grâce à la production de documents d'orientation abordant le sujet à la fois en termes généraux et dans le contexte de la COVID-19 (comme le retour à l'école pour les groupes en situation de vulnérabilité). Le Paraguay est l'un des premiers pays à avoir adopté les normes mondiales relatives aux écoles promotrices de santé. Des orientations sur les marchés et la COVID-19 ont été produites et mises en œuvre au Pérou, et le Nicaragua a mené des activités autour des marchés sains.

Défis

105. La pandémie a intensifié les obstacles préexistants aux progrès en matière de survie et de bien-être des enfants avec équité. Elle a également démontré l'importance pour l'OPS de travailler de manière systématique et cohérente avec des secteurs non sanitaires essentiels tels que l'éducation et la protection sociale. Les iniquités au sein des pays sont une préoccupation reconnue, et leur résolution implique un soutien continu aux niveaux infranationaux et locaux de chaque pays, en utilisant une approche intersectorielle.

106. Les systèmes de santé et de protection sociale ont été surchargés de demandes de services, ce qui a donné lieu à plusieurs cas d'âgisme et de décisions discriminatoires touchant les personnes âgées, principalement les plus vulnérables. Le manque de ressources humaines formées, en particulier celles qui fournissent des soins de longue durée, a eu une incidence sur la capacité à protéger les personnes âgées. En outre, la mauvaise coordination entre les services sociaux et de santé a également eu un impact négatif sur la prise en charge des personnes âgées.

107. Les services de santé n'ont toujours pas adopté une approche centrée sur la personne dans les soins primaires, ce qui entrave leurs efforts pour fournir des soins complets répondant pleinement aux besoins des personnes âgées. Cela nuit à la mise en œuvre de programmes d'auto-prise en charge et d'autogestion au sein de la communauté, qui sont importants pour la réussite des soins aux personnes âgées.

108. La faiblesse des services de santé et de sécurité au travail disponibles dans les pays a nécessité des efforts supplémentaires pour lutter contre la contagion et la propagation du coronavirus sur le lieu de travail. Les pays doivent renforcer leurs politiques et programmes de santé et de sécurité au travail, en accordant à la santé des travailleurs un niveau d'attention et d'engagement plus élevé.

109. Les rôles et responsabilités du secteur de la santé en matière de changement climatique et de déterminants environnementaux de la santé sont limités et souffrent d'un manque de clarté, dû en partie à la faiblesse des mécanismes de gouvernance en matière de santé publique environnementale. Le personnel formé en santé publique environnementale dans la Région est également limité. Pour relever ce défi, l'OPS a intensifié la coopération technique avec les pays afin de clarifier et de renforcer les rôles et responsabilités du secteur de la santé en matière de changement climatique et de déterminants environnementaux de la santé par le biais des fonctions essentielles de santé publique environnementale, alignées sur les fonctions essentielles de santé publique de l'OPS renouvelées pour le 21^e siècle.

110. Les pays n'ont pas donné la priorité à la promotion de la santé, à l'action intersectorielle et à la participation communautaire dans les processus de planification, en partie du fait de leur nature transversale. Cela signifie que leur pertinence est diluée et pas toujours visible. Cependant, dans le contexte de la riposte à la pandémie de COVID-19, ces domaines sont apparus comme des priorités qui devraient être renforcées pendant la pandémie et au-delà.

Utilisation d'un système d'information fondé sur des données probantes pour renforcer les services de santé maternelle et infantile à la Dominique



Une infirmière remplit la fiche de l'utilisateur du système d'information périnatal.

Crédit photo : Mme Anneke Wilson, spécialiste-pays pour la Dominique.

Le Gouvernement de la Dominique a priorisé l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis en tant qu'initiative stratégique visant à améliorer la qualité des services de santé maternelle et infantile. La disponibilité insuffisante d'informations sanitaires de qualité, opportunes et fiables sur les femmes enceintes et les nouveau-nés a longtemps entravé la réalisation de ce jalon.

En 2021, en pleine pandémie de COVID-19, les efforts conjugués du ministère de la Santé de la Dominique et des équipes de l'OPS à tous les niveaux ont porté leurs fruits lorsque la Dominique a reçu la certification de l'OMS pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. La Dominique a ainsi rejoint sept autres pays des Caraïbes qui ont reçu la double validation. L'introduction et le déploiement du système d'information périnatal, développé par CLAP/WR, ont été essentiels à l'obtention de la certification. L'OPS a fourni un soutien technique et financier pour le système, y compris la formation dans le pays, le suivi, l'installation du logiciel, les consultations, la conception du dossier prénatal, la mise à jour des données dans le système et les discussions sur la stratégie de déploiement.

Le système d'information périnatal a été mis en place pour améliorer le suivi des données sur la santé maternelle et infantile, y compris les rapports sur la transmission verticale de la syphilis, du VIH, de la maladie de Chagas et de l'hépatite B. Dix pays de la Région utilisent ce système, qui permet aux administrateurs de la santé de connaître les facteurs liés aux décès maternels et néonatals et d'assurer un suivi pour améliorer la santé maternelle et néonatale. À la Dominique, les actions ont été axées sur les points suivants :

- **Engagement au niveau national.** Les efforts visant à s'assurer qu'aucun enfant ne naisse avec le VIH ou la syphilis congénitale doivent être ancrés dans les soins prénatals, l'accès équitable aux soins pour les femmes séropositives et les droits de l'homme. Le ministère de la Santé s'est approprié le système d'information périnatal en vue de renforcer le domaine des soins périnatals.
- **Déploiement du système Perinatal Information System Plus.** Le déploiement a permis de collecter des données sur la santé maternelle et infantile de manière systématique et de les utiliser pour étayer la planification et la programmation et pour suivre et améliorer les soins de santé maternelle et infantile. Le système est peu coûteux et facile à utiliser.
- **Renforcement des capacités des agents de santé.** La formation à l'utilisation du système a impliqué les agents de santé dans la collecte et l'analyse des données, leur permettant ainsi d'améliorer la santé maternelle et infantile grâce au suivi et à l'évaluation, à l'appréciation de la qualité des soins et aux procédures de diagnostic.

Les défis rencontrés lors du déploiement du système comprenaient les éléments suivants :

- **Connexion Internet peu fiable.** Ce problème peut être résolu en demandant au personnel infirmier de mettre à jour les informations dans les cliniques. Le ministère de la Santé a défini un plan pour que toutes les cliniques soient connectées aux services Internet.
- **Rotation périodique du personnel soignant.** Une formation continue est nécessaire.
- **Absence d'un numéro d'identification unique dans le système Perinatal Information System Plus.** Ce problème a été résolu en développant un système de codage. Le Perinatal Information System Plus sera ajouté à un progiciel de vaccination sur une plateforme ouverte, en utilisant un identifiant unique pour tous les services.

Le succès de la Dominique pour s'assurer qu'aucun enfant ne naîtra avec le VIH ou la syphilis rapproche le pays d'une génération sans sida et de la fin de la maladie. Ce succès est le résultat d'un leadership gouvernemental fort et des contributions techniques et en ressources de l'OPS, en particulier, pour développer, mettre en œuvre et assurer le bon fonctionnement du système Perinatal Information System Plus.

Maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, malnutrition, santé mentale, violence et traumatismes

Résultats intermédiaires 5, 6, et 13 à 16

Accès aux services de santé pour les MNT et les troubles mentaux	Capacité de réponse en cas de violence et de traumatismes	Facteurs de risque des MNT
Malnutrition	Réponse intersectorielle à la violence et aux traumatismes	Action intersectorielle en faveur de la santé mentale

Réalisations

111. De nouvelles connaissances ont été générées sur les liens entre les maladies non transmissibles (MNT) et la COVID-19, et des orientations techniques et des supports éducatifs ont été fournis pour aider les prestataires de santé à aborder les MNT dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Il s’agissait notamment d’informations sur l’adaptation des services pour assurer la continuité des soins aux personnes atteintes de MNT, l’utilisation de la télémédecine et de la santé numérique pour minimiser les perturbations des services pour les MNT, la priorisation des services de cancérologie et la prestation de soins palliatifs pendant la COVID-19. Une série de fiches d’information destinées au public a également été élaborée et largement diffusée afin de fournir des conseils faisant autorité sur la prise en charge des MNT pendant la pandémie. En outre, une série de webinaires de haut niveau a été organisée avec des hauts responsables gouvernementaux afin de mettre en lumière les stratégies efficaces et innovantes de prise en charge des MNT et de la santé mentale utilisées dans la Région et de montrer comment les MNT et la santé mentale ont été intégrées dans les transformations du système de santé pendant la pandémie de COVID-19.

112. Trente-quatre pays et territoires disposent désormais d’une politique ou d’un plan de santé mentale approuvés par le gouvernement, l’accent étant mis sur le développement des soins de santé mentale fondés sur la communauté. L’intégration des services de santé mentale dans les soins primaires dans le cadre du Programme d’action de l’OMS : combler les lacunes en santé mentale (mhGAP, selon le sigle anglais) s’est poursuivie. Des prestataires de 34 pays et territoires ont participé à des initiatives de formation visant à souligner l’importance de la décentralisation des services de santé mentale, qui sont encore souvent exclusivement disponibles dans des établissements spécialisés. En raison de l’augmentation du taux de suicide dans la Région, la prévention du suicide est une priorité, et des activités de prévention du suicide ont été mises en œuvre dans cinq pays (Argentine, Costa Rica, Guyana, Suriname, Trinité-et-Tobago). Ces activités comprennent une évaluation de la situation ainsi que l’élaboration de plans et l’amélioration des mécanismes de surveillance.

113. La consommation de substances psychoactives a également fait l'objet d'une attention accrue et le BSP a mobilisé des ressources financières pour la mise en œuvre de programmes de gestion de la consommation de substances psychoactives dans huit pays. Le BSP a développé et déployé la première spécialiste numérique de la santé sur des sujets liés à l'alcool afin d'éduquer le public sur les méfaits de l'alcool sur la santé. Cette spécialiste numérique de la santé, nommée Pahola, chate avec les utilisateurs en anglais, en espagnol et en portugais pour les aider à évaluer leur risque individuel lié à l'alcool et à élaborer un plan pour réduire leur consommation. Pahola fournit également des ressources spécifiques à chaque pays pour faciliter l'accès au traitement et au soutien pour les troubles liés à la consommation d'alcool. La campagne de communication connexe a potentiellement touché 61 millions de personnes pendant les deux mois où elle a été mise en œuvre, et plus de 236 000 personnes sont arrivées sur la page en ligne, ce qui montre que Pahola a le potentiel de devenir un outil efficace d'éducation à la santé et de communication sur les risques pour les pays. Les cinq premiers pays à avoir accès à Pahola étaient (par ordre décroissant) les États-Unis, le Canada, la Colombie, l'Argentine et Haïti.

114. Dans le cadre de l'expansion de l'initiative HEARTS dans la Région des Amériques, 21 pays ont mis en œuvre les outils fondés sur des données probantes du module technique HEARTS au cours de la période biennale. Un total de 1045 centres de soins primaires participent au programme, dont 306 nouveaux centres de santé ajoutés en 2021. Ces centres couvrent une population globale de 8,2 millions de personnes dans les zones de desserte, dont 2,1 millions de personnes supplémentaires en 2021. Des outils techniques tels que la trajectoire clinique, le calculateur de risque de maladie cardiovasculaire et le cadre réglementaire pour les appareils de mesure de la pression artérielle ont été développés. Avec les cours virtuels de l'initiative HEARTS, ces outils ont bénéficié à plus de 182 000 utilisateurs en 2021.

115. Des modules sur le diabète ont été intégrés à l'initiative HEARTS et aux programmes de lutte contre la tuberculose dans trois pays (Brésil, Mexique, Pérou). Une analyse régionale sur la prévalence et la lutte contre le diabète a été réalisée et a étayé deux rapports : l'un présentant un panorama du diabète dans la Région des Amériques (en attente de publication) et l'autre un profile de la prévention et du contrôle du diabète dans la Région. Un groupe régional de parties prenantes a été créé pour élargir les partenariats et les collaborations sur le diabète dans la Région, et une campagne de communication avec des messages sur les réseaux sociaux et d'autres produits de communication a été largement diffusée dans toute la Région pour sensibiliser à la maladie. Les programmes de lutte contre le diabète ont été renforcés par des lignes directrices, des fournitures et un suivi dans trois pays (Bolivie, Honduras, Paraguay).

116. La stratégie régionale d'élimination du cancer du col de l'utérus a été lancée en novembre 2020 avec un fort soutien des ministères de la Santé de l'ensemble de la Région, ainsi que des associations professionnelles et des organisations non gouvernementales. L'OPS a fourni divers outils et une assistance techniques aux États Membres, notamment un programme virtuel de télémédecine mensuel pour soutenir les interventions visant à atteindre les cibles de couverture du cancer du col de l'utérus, à savoir 90 % de vaccination

contre le virus du papilloma humain (VPH), 70 % de dépistage et 90 % de traitement. Une campagne de communication a été élaborée avec le Chili, et le test de dépistage du VPH est en cours d'introduction, avec un soutien en matière de passation de marchés et de formation, à Antigua-et-Barbuda et au Paraguay.

117. En ce qui concerne le cancer chez l'enfant, l'OPS a mis en œuvre l'initiative CureALL Americas en collaboration avec l'hôpital de recherche pour enfants St. Jude afin de soutenir l'élaboration de plans nationaux, d'organiser des dialogues multipartites et d'aider à améliorer l'organisation et la prestation des soins pour le cancer chez l'enfant. Cette initiative a été mise en œuvre dans plus d'une douzaine de pays (Brésil, Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine). Le Pérou a été le pays phare et a adopté une nouvelle loi sur le cancer en septembre 2020, garantissant un accès et une couverture universels pour le cancer chez l'enfant. Plusieurs outils ont été développés pour soutenir le renforcement des capacités, y compris un manuel sur le soutien psychosocial des enfants atteints de cancer et un cours virtuel sur le diagnostic précoce du cancer chez l'enfant.

118. Une approche innovante a été développée pour poursuivre la surveillance des MNT pendant la pandémie de COVID-19 en utilisant des enquêtes par téléphone mobile. Celles-ci ont été mises en œuvre dans cinq pays (Antigua-et-Barbuda, Belize, Bolivie, Honduras, Paraguay), générant des données sur la manière dont les personnes atteintes de maladies non transmissibles ont été affectées par la COVID-19. Anticipant le lancement d'enquêtes sur les MNT à l'ère post-COVID, une assistance technique a été fournie à plusieurs pays pour planifier les futures enquêtes STEPS sur les facteurs de risque des MNT (Grenade, Paraguay, Sainte-Lucie, Suriname).

119. Des évaluations nationales des services de réadaptation et de technologies d'assistance ont eu lieu en Bolivie, à El Salvador et en République dominicaine, en utilisant les outils de l'OPS/OMS et avec le soutien de l'OPS. Ces évaluations jettent les bases de l'élaboration de nouveaux plans et politiques pour la réadaptation et les technologies d'assistance en 2022. Ces évaluations ont également intégré l'apprentissage sur la façon dont la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur les services de réadaptation et les implications pour reconstruire en mieux. Deux forums régionaux importants ont été créés : une table ronde sur le leadership en matière de réadaptation avec les points focaux pour la réadaptation au sein des ministères de la Santé de 12 pays, et une communauté de pratique sur le handicap. Cette communauté de pratique est composée de personnes en situation de handicap et des organisations qui les représentent et veille à ce que la programmation de l'OPS en matière de handicap soit directement guidée et informée par les membres de la communauté des personnes en situation de handicap dans la Région.

120. À la suite de la publication et de la diffusion de nouveaux outils pour les systèmes de santé par l'OPS/OMS, plusieurs États Membres ont manifesté leur intérêt pour la mise à jour de leurs orientations cliniques sur la réponse à la violence (Argentine, Bolivie, Grenade, Jamaïque, Paraguay, Pérou, Trinité-et-Tobago). On peut citer par exemple les nouvelles orientations en Bolivie sur les réponses intégrées à la violence sexuelle,

l’achèvement d’une évaluation situationnelle des services et de nouvelles procédures opérationnelles normalisées à la Grenade, le lancement du processus d’adaptation du manuel clinique de l’OMS en Argentine et la révision du protocole sur la violence interpersonnelle en Jamaïque.

121. Dans le contexte de la COVID-19, on constate un nouvel élan en vue de renforcer les compétences des agents de santé, en particulier des prestataires de première ligne, pour l’identification des survivants de la violence et la prestation d’un soutien de première ligne. Le partenariat de l’OPS avec le FNUAP a été renforcé pour développer un nouveau cours d’apprentissage en ligne pour les agents de santé en Amérique latine en collaboration avec des homologues dans les pays, un partenariat similaire étant mis en place dans les Caraïbes pour évaluer et faire progresser le renforcement des capacités des établissements de santé à la fin de 2021.

122. La pandémie de COVID-19 a également réaffirmé la nécessité de disposer de meilleures données administratives sur la violence, y compris pour la collecte, l’analyse et l’utilisation de données provenant des systèmes d’information pour la santé. Au Pérou et à Trinité-et-Tobago, les travaux ont progressé pour renforcer le développement d’une méthodologie de collecte de données et d’outils connexes. Il s’agissait notamment de mettre au point un dossier clinique en ligne pour les survivantes de la violence faite aux femmes et de l’incorporer en tant que nouveau module dans le système d’information périnatal de l’OPS.

123. La Bolivie a créé un numéro d’urgence unique gratuit à couverture nationale pour la sécurité routière. Il s’agit d’un mécanisme clé pour l’envoi coordonné de manière centralisée d’ambulances et d’autres intervenants d’urgence pour prendre en charge les traumatismes dus aux accidents de la route et d’autres conditions médicales aiguës qui nécessitent une intervention rapide. Il s’agit d’une action essentielle pour améliorer la réponse après un accident et elle est incluse dans le *Plan mondial pour la Décennie d’action pour la sécurité routière 2021-2030* des Nations Unies lancé récemment.

124. L’Amérique du Sud est devenue non-fumeur au cours de la période biennale. Malgré les défis résultant de la COVID-19 et des efforts de l’industrie du tabac pour tirer parti de la pandémie afin d’interférer avec les processus stratégiques, plusieurs États Membres ont élaboré des réglementations plus strictes en matière de lutte antitabac, alignées sur la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac. Parmi ces avancées, la Bolivie a adopté une nouvelle loi en février 2020 et le Paraguay et Sainte-Lucie ont approuvé de nouvelles réglementations, toutes établissant des environnements sans fumée dans les lieux publics et de travail fermés et portant le nombre total de pays disposant de telles réglementations à 23 dans la Région des Amériques. Avec la nouvelle réglementation publiée au Paraguay en décembre 2020, tous les pays d’Amérique du Sud sont désormais en conformité avec la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac, ce qui constitue un jalon extrêmement important pour la Région. En outre, le Congrès mexicain a approuvé un projet de loi visant à amender la loi mexicaine sur la lutte antitabac et à mettre en place des environnements 100 % non-fumeurs dans les lieux publics et les lieux de travail, ainsi

qu'une interdiction totale de la publicité, de la promotion et du parrainage du tabac, conformément aux mandats de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

125. Les progrès se sont poursuivis sur le plan de l'utilisation des droits d'accises pour réduire la consommation de tabac, d'alcool et de boissons sucrées. Le Pérou a mis en place l'indexation annuelle automatique de sa taxe ISC sur les cigarettes et les boissons alcoolisées, qui est spécifique par montant. Cette mesure contribuera à s'assurer que l'efficacité de l'ISC pour réduire le caractère abordable des cigarettes et des boissons alcoolisées ne diminue pas avec l'augmentation des prix. L'OPS a également mené un travail de pionnier sur le calcul d'une part fiscale pour les boissons sucrées et les boissons alcoolisées, en s'inspirant du protocole bien établi de l'OMS pour le suivi des taxes sur le tabac et en l'adaptant. Un indicateur normalisé de la part fiscale pour les boissons sucrées et les boissons alcoolisées permettra aux pays de mieux évaluer leur propre situation en ce qui concerne les taux de taxation, de permettre des comparaisons avec d'autres pays et de proposer des modifications fiscales dans le but de réduire la consommation de ces produits, contribuant ainsi à la réalisation des objectifs de santé.

126. Des progrès ont été réalisés en matière d'étiquetage sur le devant de l'emballage dans la Région. Le Mexique et l'Uruguay ont rejoint les trois pays de la Région (Chili, Équateur, Pérou) qui appliquent déjà l'étiquetage sur le devant de l'emballage pour décourager la consommation de produits transformés ou ultra-transformés à forte teneur en sucre, en graisse ou en sel. L'Argentine a approuvé une loi sur l'alimentation saine, qui incorpore les normes les plus élevées recommandées pour l'étiquetage sur le devant de l'emballage et les réglementations sur le marketing alimentaire et les cantines scolaires.

127. Les orientations sur l'allaitement maternel ont été complétées par des conseils techniques actualisés sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel pendant la pandémie de COVID-19. La diffusion de conseils techniques sur la mise en œuvre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés a été maintenue et élargie pour tenir compte du contexte de la pandémie, en particulier dans le cadre des réseaux de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés d'Amérique latine et des Caraïbes.

128. Les partenariats multisectoriels et multipartites restent essentiels pour faire avancer les travaux sur la violence et les traumatismes. La collaboration a été renforcée autour de l'initiative INSPIRE, un ensemble de sept stratégies fondées sur des données probantes visant à réduire la violence contre les enfants, les adolescents et les jeunes. Elle a notamment donné lieu à une série d'ateliers destinés aux décideurs de dix pays d'Amérique du Sud (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Paraguay, Pérou, Uruguay, Venezuela), organisés sous l'égide du gouvernement colombien et en collaboration avec les partenaires de l'initiative INSPIRE.

129. Les données probantes ont été renforcées afin d'éclairer les actions en matière de violence, y compris l'élaboration de deux projets de documents sur l'impact de la COVID-19 sur la violence, une étude exploratoire sur l'origine ethnique et la violence faite aux femmes, ainsi qu'une note d'orientation sur l'alcool et la violence.

130. De multiples pays ont avancé dans le développement et le renforcement de leurs cadres juridiques pour la sécurité routière, en tenant compte des recommandations de l'OPS/OMS sur les meilleures pratiques. Il s'agit notamment de la création d'un organisme chef de file pour la sécurité routière au Suriname (publié en septembre 2019, constitué en août 2021), de l'amélioration des normes de sécurité des véhicules en Argentine et au Mexique et des modifications de la législation sur les facteurs de risque en matière de sécurité routière au Brésil (réglementation sur les dispositifs de retenue pour enfants). Ces mesures ont un fort potentiel pour ce qui est d'améliorer la sécurité routière dans ces pays et d'encourager d'autres pays à progresser sur ces aspects importants. Dans le cadre de l'initiative Bloomberg pour la sécurité routière mondiale, l'OPS et d'autres partenaires ont travaillé avec les autorités municipales pour mettre en œuvre un programme de sécurité routière à plusieurs volets dans cinq pays (Argentine, Brésil, Colombie, Équateur, Mexique). Des données sont également recueillies pour suivre et évaluer l'impact de toutes ces activités.

131. Avec la « pandémie de santé mentale » en cours et la préoccupation croissante quant à son impact sur les groupes vulnérables, le soutien aux pays pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de plans et de lois sur la santé mentale, et le renforcement des capacités, ont été intensifiés dans toute la Région. En collaboration avec le Parlement d'Amérique centrale (PARLACEN) et le Secrétariat exécutif du Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale (COMISCA), l'OPS a élaboré une législation type pour la santé mentale, qui promeut une perspective fondée sur les droits et définit un large cadre conceptuel pour promouvoir la santé mentale et le bien-être pour tous. La loi type intègre des principes importants de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. Elle a été approuvée en plénière par le Parlement, et le Nicaragua l'a présentée comme une initiative à son Assemblée nationale. En outre, l'ORAS-CONHU (Agence andine de santé – Accord Hipólito Unanue) a publié une nouvelle politique de santé mentale. Ces deux initiatives sont fondées sur les recommandations de l'OPS/OMS.

Défis

132. La riposte à la COVID-19 a entraîné d'importantes perturbations des services dédiés aux MNT. Seul un tiers des États Membres ont indiqué que les services dédiés aux MNT fonctionnaient normalement, et seul un pays sur quatre a indiqué qu'il n'y avait pas eu de perturbations. Le personnel des ministères de la Santé a été largement réaffecté à la riposte contre la pandémie, à temps plein ou à temps partiel, ce qui a réduit les ressources humaines disponibles pour les services liés aux MNT. Six pays ont signalé des ruptures de stock de médicaments ou de produits diagnostiques essentiels pour les MNT dans les établissements de santé, ce qui a nui à la continuité des services. Les activités liées aux MNT, le plus souvent les dépistages du cancer, du diabète et d'autres MNT, ont été affectées dans la moitié des pays. Des stratégies d'atténuation visant à assurer la continuité des soins aux personnes souffrant de MNT ont été déployées dans de nombreux pays, notamment le triage des patients, la télémédecine et les téléconsultations, ainsi que les prescriptions électroniques et autres nouvelles pratiques de prescription.

133. La surveillance des MNT au sein de la population dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages s'est interrompue. Les gouvernements ont eu des difficultés à réaliser les investissements et les changements de système nécessaires pour améliorer les services et la qualité de la prise en charge des MNT, de la santé mentale, des handicaps et de la réadaptation, de la consommation de substances psychoactives et des soins palliatifs. La nécessité de renforcer les services de santé mentale s'accroît depuis que la pandémie de COVID-19 a augmenté les niveaux de dépression, d'anxiété et d'autres troubles de santé mentale, en particulier parmi les groupes vulnérables, les jeunes et les agents de santé.

134. La réponse du système de santé à la violence est depuis longtemps un pilier essentiel du programme de prévention au sens large. L'accès à des services d'intervention de qualité répond aux besoins immédiats des survivants de la violence et constitue également une étape clé dans la prévention d'une victimisation secondaire ou d'une revictimisation. Les perturbations des services dues à la pandémie de COVID-19 ont exacerbé la nécessité d'agir tout en introduisant de nouveaux défis et risques, notamment une augmentation du risque de violence domestique. Les services de lutte contre les violences sexuelles risquent d'être particulièrement touchés, ce qui nécessite de mettre à nouveau l'accent sur ce domaine d'activité. S'appuyant sur des données antérieures à la pandémie, le rapport de situation régional sur la violence à l'encontre des enfants met également en garde contre les obstacles majeurs à l'accès aux services, avec des différences substantielles entre les groupes de population. Il est donc nécessaire d'accorder une plus grande attention aux groupes spécifiques en situation de vulnérabilité afin d'assurer leur accès à un soutien adéquat, en tenant compte des risques et des obstacles à l'accès accrus auxquels sont confrontés les groupes de migrants, les minorités ethniques, les groupes autochtones, les femmes et les enfants en situation de handicap, les pauvres des zones urbaines et les populations rurales, entre autres. En outre, si de nombreux pays ont élaboré des lignes directrices et des outils cliniques et sont en mesure de s'appuyer dessus pour améliorer les réponses du système de santé à la violence, il faut maintenir l'élan dans le contexte de la pandémie et des contraintes financières. Le manque de ressources pour le renforcement des capacités a ralenti les progrès et y remédier constitue une priorité majeure pour la nouvelle période biennale.

135. En matière de sécurité routière, la réponse des services de santé s'est traditionnellement vu accorder moins d'attention que le programme de prévention plus large. En conséquence, la prise en charge après un accident reste limitée dans de nombreux pays, et la mise en place de numéros de téléphone d'urgence nationaux n'a guère progressé. En étroite coordination avec les efforts plus larges visant à renforcer les systèmes de santé, des orientations plus ciblées et pratiques, adaptées au contexte régional, sont nécessaires pour améliorer la prise en charge après un accident. Il est important de noter que le travail technique dans ce domaine est compliqué du fait des lacunes importantes dans les informations sur la prise en charge après un accident, y compris les données sur les délais pour accéder aux soins ainsi que sur la qualité des soins pour les survivants.

136. Avant la pandémie de COVID-19, la réduction du sel et l'élimination des acides gras trans industriels étaient des sujets relativement nouveaux qui n'avaient pas été considérés comme prioritaires. Le personnel chargé des MNT au sein des ministères de la Santé se concentre davantage sur la lutte contre les maladies et leur prise en charge que sur la prévention et la promotion de la santé. Le personnel chargé de la nutrition se concentre encore fortement sur les interventions éducatives et ne dispose pas du mandat ou du soutien nécessaire pour établir des accords intersectoriels sur des interventions telles que la reformulation des aliments. En ce qui concerne l'activité physique, la plupart des pays n'ont pas de plans conformes au *Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique* de l'OMS, qui appelle à une large participation de différents secteurs, et ne disposent pas non plus d'un point focal spécifique pour l'activité physique. Les responsabilités sont partagées entre les départements chargés des MNT, de la nutrition et de la promotion de la santé, et la plupart ne sont pas coordonnées.

137. Il a été difficile de soutenir le renforcement continu des capacités du personnel national et infrarégional de l'OPS en matière de nutrition, de régimes alimentaires sains et d'activité physique, et de mener les activités nécessaires pour atteindre l'échelle régionale requise. La capacité à communiquer dans des espaces virtuels de manière opportune et efficace et à développer et maintenir des outils en ligne pour le renforcement des capacités et la coopération technique sur la nutrition, les régimes alimentaires sains et l'activité physique est également limitée.

138. Les informations nécessaires au suivi des progrès en matière de sécurité routière proviennent du rapport de situation de l'OMS sur la sécurité routière dans le monde, qui a été retardé en raison de la pandémie. De même, les informations sur la violence proviennent des données communiquées par les pays dans le cadre de la stratégie régionale sur la violence faite aux femmes. Un mécanisme permettant de recevoir systématiquement des mises à jour des progrès à intervalles réguliers pourrait rendre les informations sur la sécurité routière et la violence plus rapidement disponibles. Les données et les informations dans ces deux domaines continuent de présenter des lacunes importantes, ce qui entrave le suivi efficace des progrès et empêche la mise en œuvre à grande échelle de politiques et de programmes fondés sur des données probantes.

139. En raison de la pandémie, la prévention de la violence et la sécurité routière se sont vu accorder moins d'attention que d'autres questions de la part des homologues nationaux, et les activités ont parfois été reprogrammées ou retardées. Si la pandémie a mis en lumière le risque accru de violence, il est nécessaire de renforcer le plaidoyer en faveur de la prévention. Le secteur de la santé a un rôle important à jouer pour mobiliser les partenaires, plaider pour une approche de santé publique et guider les réponses sur la base des meilleures données probantes disponibles. Cependant, l'engagement et la capacité institutionnelle limités du secteur de la santé dans ces domaines dans de nombreux pays continuent de faire obstacle aux progrès.

Prévention, lutte et élimination des maladies transmissibles

Résultats intermédiaires 4, 12 et 17

Capacité de réponse aux maladies transmissibles	Facteurs de risque des maladies transmissibles	Élimination des maladies transmissibles
---	--	---

Réalisations

140. En Amérique latine et dans les Caraïbes, 91 % des personnes séropositives sous traitement antirétroviral sont parvenues à la suppression virale en 2020. Au total, sept pays ont atteint le niveau de plus de 90 % de personnes sous traitement antirétroviral avec suppression virale (Brésil, Canada, Chili, Panama, République dominicaine, Trinité-et-Tobago, Uruguay). Neuf autres pays sont sur le point d'atteindre cet indicateur. La Dominique a été certifiée comme ayant éliminé la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale. Dix-neuf pays et territoires ont atteint une couverture de 95 % du traitement approprié de la syphilis chez les femmes enceintes.

141. Trente-quatre des 35 États Membres ont adopté la politique de l'OMS de « traitement pour tous », et 71 % (25/35) utilisent un schéma de première intention à base de dolutégravir pour le traitement de l'infection au VIH, comme le recommande l'OMS. Quatorze États Membres ont adopté la PrEP (prophylaxie pré-exposition) comme politique publique, bien que sa mise en œuvre soit encore faible. Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, 81 % des personnes séropositives ont été diagnostiquées, contre 77 % en 2018. Dix pays ont mis en œuvre l'autodiagnostic du VIH en 2021, et cette stratégie a le potentiel d'augmenter encore le nombre de personnes séropositives qui connaissent leur statut.

142. El Salvador a été certifié exempt de paludisme. L'initiative régionale d'élimination du paludisme en Amérique centrale et dans trois autres pays fait progresser les efforts d'élimination dans cette sous-région avec le soutien de la BID, du Fonds mondial, de la Fondation Bill and Melinda Gates, de la Fondation Clinton et de l'OPS.

143. Grâce au réseau bien établi de l'OPS pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens en Amérique latine et dans les Caraïbes (ReLAVRA+), les pays ont pu détecter avec succès l'émergence de micro-organismes largement résistants aux antimicrobiens. L'Organisation a travaillé avec les pays pour renforcer les pratiques de prévention et de lutte contre les infections avec une utilisation appropriée des antimicrobiens et pour renforcer les capacités des laboratoires d'analyse des aliments pour la détection de la résistance aux antimicrobiens dans le cadre du Réseau interaméricain des laboratoires d'analyse des aliments.

144. Une résolution sur la revitalisation des programmes de vaccination dans la Région a été approuvée par le 59^e Conseil directeur en 2021. Le document correspondant comprend un axe d'action stratégique, « Renforcer l'intégration des programmes de

vaccination dans le système de soins de santé primaires en vue d'une santé universelle », qui souligne l'importance des soins maternels et néonatals et offre une plateforme pour l'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires.

145. Le nouveau *Plan d'action 2021-2025 du Programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse* a été approuvé par le Comité hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse. Sa mise en œuvre est en cours.

146. Trente-trois des 35 États Membres ont maintenu l'élimination de la rougeole, et tous les États Membres ont maintenu l'élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale. La mise en œuvre de la première phase d'un projet d'élimination de la tuberculose a été réalisée dans trois pays à faible incidence (Costa Rica, Cuba, Jamaïque).

147. Quinze des 17 pays avec une transmission vectorielle de *T. cruzi* ont pu maintenir le contrôle des principaux vecteurs. Le BSP a intensifié ses efforts en Bolivie et en Colombie, où le nombre de municipalités avec interruption de la transmission vectorielle dans les foyers a augmenté au cours de la période biennale.

148. De nouveaux outils de collaboration technique virtuelle ont été développés, y compris, sans s'y limiter, des bulletins épidémiologiques automatisés pour les niveaux régional et national et des tableaux de bord épidémiologiques avec des informations en temps réel. Des lignes directrices pour le diagnostic clinique et le traitement de la dengue, du chikungunya et du virus Zika ont été finalisées, publiées et lancées dans le cadre d'un webinaire, et 15 000 agents de santé ont été formés.

149. Les pays bénéficiaires du Fonds fiduciaire du Codex (Bolivie, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras) ont réalisé des évaluations du cadre d'analyse des risques en matière de salubrité des aliments afin d'identifier les forces et les faiblesses.

150. Le système régional de surveillance des événements supposément attribuables à la vaccination ou à l'immunisation (ESAVI) progresse bien. Seize pays d'Amérique latine transfèrent des données à la base de données régionale, et huit pays et 20 hôpitaux font partie du réseau de surveillance régional ESAVI et EEIP (événements indésirables d'intérêt particulier).

151. Le BSP a fourni une assistance technique aux pays pour les préparer à l'introduction des vaccins anti-COVID. Par exemple, des tests de contrôle de qualité ont été effectués pour vérifier la conformité aux normes de l'Organisation internationale de normalisation (ISO) des seringues acquises dans le cadre du Fonds renouvelable pour l'accès aux vaccins (le Fonds renouvelable) de l'OPS afin de répondre à la demande pour la vaccination anti-COVID. Des études d'efficacité des vaccins ont été développées en Argentine, au Brésil, au Chili et en Colombie.

Défis

152. L'évolution des contextes politiques dans de nombreux pays a occasionné des changements de personnel et a eu une incidence sur le leadership et la gouvernance pour la prévention, la lutte contre les maladies transmissibles et leur élimination. Il y a eu une forte rotation du personnel dans les programmes prioritaires des ministères de la Santé, ce qui a entraîné des perturbations importantes et une perte de continuité dans la prestation de services essentiels pour tous les programmes de santé publique.

153. Les programmes d'élimination ont dû faire face au problème d'allocation de ressources insuffisantes, y compris en termes d'infrastructures dans les pays et, au sein des bureaux de représentant de l'OPS/OMS, en termes de ressources humaines. Il y a eu des interruptions de financement de la part d'importants organismes donateurs. En outre, le coût des interventions, y compris les interventions communautaires, a augmenté en raison de la COVID-19 et de ses exigences. Cela a également eu une incidence sur les coûts d'achat et de transport des médicaments, des vaccins, des fournitures et des équipements. La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur l'accès aux traitements vitaux pour les maladies en voie d'élimination, comme le VIH, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose et les maladies infectieuses négligées.

154. L'attention portée aux questions de santé des migrants, y compris le traitement des maladies infectieuses, a été perturbée par la COVID-19. Les différences de protocoles de traitement entre les pays ont eu un impact supplémentaire sur la couverture des traitements parmi les migrants.

155. Les restrictions de voyage et la mobilité limitée dues à la COVID-19 ont eu un impact sur les interventions de prévention des maladies transmissibles, ce qui devrait entraîner une augmentation des cas dans un avenir proche. En outre, des flambées d'organismes multirésistants dans les unités de soins intensifs touchant des patients atteints de COVID-19 ont été notifiées dans plusieurs pays. Dans l'ensemble, les rapports sur l'émergence de la résistance aux antimicrobiens sont en augmentation et certains agents pathogènes multirésistants se sont répandus dans des zones où ils n'avaient pas été détectés auparavant.

156. Le maintien de la surveillance épidémiologique des arboviroses et autres dans le contexte de la pandémie a été un défi permanent, dans la mesure où les équipes épidémiologiques nationales comprennent souvent le même personnel que celui qui travaille sur la COVID-19 aux niveaux national et local.

157. Des déterminants sociaux forts dans des contextes où les structures de santé publique sont faibles continuent de favoriser la transmission du paludisme. La pandémie de COVID-19 a perturbé l'accès précoce aux services de lutte contre le paludisme, aggravant ainsi la situation.

158. Le Brésil continue de connaître la circulation de la rougeole depuis près de quatre ans et donc le rétablissement de la transmission endémique de la rougeole depuis trois ans. Le Venezuela a interrompu la circulation de la rougeole après deux ans, mais il ne sera recertifié par le comité régional de surveillance et de revérification de l'élimination qu'après les campagnes contre la rougeole et la rubéole prévues pour 2022.

159. Les taux de vaccination pour les première et deuxième doses de ROR (rougeole, oreillons et rubéole) ont diminué en raison de la COVID-19, avec un impact négatif sur la surveillance épidémiologique de la rougeole et de la rubéole. Cela pourrait déclencher des flambées épidémiques de ces deux maladies si le programme de vaccination n'est pas renforcé.

Lutte contre les difficultés socio-économiques associées à la tuberculose au Brésil

Les personnes atteintes de tuberculose supportent souvent des coûts importants liés à la recherche et à l'obtention d'un diagnostic, d'un traitement et de soins, ce qui peut créer des barrières à l'accès, constitue un effet négatif sur la santé et augmente le risque de transmission de la maladie. L'élimination des coûts catastrophiques pour les personnes atteintes de tuberculose et leurs foyers grâce à des stratégies et des politiques d'atténuation efficaces est au centre de la plan mondial de l'OMS Halte à la tuberculose.

L'OPS, en collaboration avec le Programme mondial de lutte contre la tuberculose de l'OMS, a fourni une assistance technique directe pour une enquête nationale sur les coûts encourus par les patients atteints de tuberculose au Brésil. Le Programme national de lutte contre la tuberculose de ce pays, en collaboration avec l'Université d'Espírito Santo et avec l'assistance technique de l'OMS/OPS, a mené l'enquête entre 2019 et 2021. Elle a touché un total de 603 personnes avec un diagnostic de tuberculose, malgré des interruptions dans la collecte des données en raison de la pandémie de COVID-19.

L'OMS/OPS a apporté un soutien fondamental à la mise en œuvre de l'enquête et à l'élimination des goulets d'étranglement liés à la COVID. Il s'agissait notamment de fournir un soutien technique et des recommandations stratégiques, d'assurer le financement de l'enquête, de suivre sa mise en œuvre et d'organiser des événements post-enquête, qui visaient à mettre en évidence les recherches menant à l'élaboration de politiques.

Les résultats de l'enquête ont montré qu'environ la moitié (48 %) des ménages touchés par la tuberculose doivent faire face à des coûts catastrophiques, définis comme des coûts supérieurs à 20 % du revenu annuel du ménage, pendant leur épisode de tuberculose. Le montant moyen parmi les répondants était de \$1573 entre l'apparition des symptômes et la fin du traitement. En raison de ces coûts, un tiers des ménages touchés par la tuberculose ayant participé à l'enquête ont dû emprunter ou vendre des biens pour faire face aux difficultés économiques.

Les niveaux de pauvreté ont presque doublé chez les ménages ayant répondu, un patient atteint de tuberculose sur quatre vivant au-dessous du seuil de pauvreté international. Le risque d'être au chômage était significativement plus élevé pour les patients tuberculeux co-infectés par le VIH, travaillant à leur compte ou ayant un faible niveau d'éducation.

La tuberculose a des conséquences sociales, sur les revenus, l'emploi et la pauvreté, dont certaines peuvent être durables, et qui nécessitent toutes une réponse multisectorielle. Les résultats de l'enquête brésilienne et les recommandations stratégiques connexes sont diffusés auprès d'un large éventail de parties prenantes en collaboration avec l'OMS/OPS. Les données probantes émanant de cette enquête sont utilisées pour concevoir des interventions, fournir des études de cas fondées sur des données probantes pour les changements de politique sanitaire et sociale, et promouvoir la collaboration multisectorielle pour alléger la charge de morbidité parmi les patients atteints de tuberculose et leurs foyers.



Un patient atteint de tuberculose tient le médicament qu'il doit prendre dans le cadre de son traitement.

Crédit photo : Bureau du représentant de l'OPS/OMS au Brésil.

Systèmes d'information pour la santé, données probantes et recherche

Résultats intermédiaires 20 à 22

Systèmes d'information intégrés pour la santé

Données, informations, connaissances et données probantes

Recherche, éthique et innovation pour la santé

Réalisations

160. Des évaluations de la maturité des systèmes d'information pour la santé (IS4H) ont été réalisées et achevées dans tous les pays et territoires de la Région. Sur la base de ces évaluations, des feuilles de route spécifiques ont été élaborées. Elles comprennent la révision et la modernisation des cadres législatifs et des réglementations pour les systèmes d'information pour la santé, en se concentrant sur la collecte de données auprès du secteur privé et sur le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité. Une majorité des pays ont inclus des stratégies de renforcement des capacités et de gestion du changement à tous les niveaux dans les feuilles de route nationales pour la mise en œuvre de solutions et de stratégies de santé numériques.

161. Dans le but de positionner l'OPS comme la principale agence de santé publique à l'ère de l'interdépendance numérique, les États Membres ont élaboré et adopté deux politiques régionales : la Feuille de route pour la transformation numérique du secteur de la santé dans la Région des Amériques et la Politique concernant l'application de la science des données à la santé publique grâce à l'intelligence artificielle et d'autres technologies émergentes. Avec ces politiques, la Région des Amériques est devenue la première région à accélérer les processus innovants pour la transformation numérique du secteur de la santé. Afin de soutenir la mise en œuvre des politiques, une boîte à outils complète sur la transformation numérique a été élaborée. Des progrès significatifs ont été réalisés dans la prestation d'une coopération technique sur les cadres juridiques pour appuyer la transformation numérique du secteur de la santé. En outre, des mesures ont été prises en vue de l'adoption de normes internationales visant à garantir l'interopérabilité, la cybersécurité, la gestion des données et l'utilisation éthique de l'intelligence artificielle, entre autres.

162. Des efforts ont été déployés pour améliorer l'infrastructure des systèmes d'information pour la santé et, plus largement, des technologies de l'information et de la communication. L'accent a été mis sur l'augmentation du débit et de la connectivité en vue d'éviter les fractures numériques et d'améliorer l'accès aux données structurées et non structurées, en utilisant les solutions de santé numérique les plus efficaces. Une attention particulière a été accordée à la recherche de solutions numériques fondées sur l'intelligence artificielle pour soutenir les États Membres dans la lutte contre l'infodémie.

163. Pour soutenir nos États Membres, trois plateformes essentielles ont progressé : *a)* la Santé dans les Amériques,¹⁵ avec une analyse de la mortalité prématurée potentiellement évitable à l'aide de données aux niveaux régional, infrarégional et national pour 33 pays, *b)* la mise à jour des indicateurs de base¹⁶ pour tous les pays et territoires et *c)* le portail de suivi des ODD.¹⁷ Le portail comprend un tableau de bord régional avec des données infrarégionales et nationales, des profils de pays pour 25 pays, ainsi que des outils méthodologiques spécifiques et un référentiel de données probantes pour suivre les progrès régionaux, nationaux et infranationaux sur le plan des ODD.

164. Le système d'archives institutionnelles pour l'échange d'informations (IRIS), également connu sous le nom de bibliothèque numérique de l'OPS, et un référentiel de connaissances institutionnel sur la COVID-19 (IKR, selon le sigle anglais) basé sur l'intranet ont fourni un accès facile et constant à la littérature et aux documents institutionnels et scientifico-techniques. Le système IRIS de l'OPS est un système d'archives dynamique et permanent et un atout précieux pour l'Organisation. Au cours de la période biennale, il a mis à disposition 2834 documents qui ont fait l'objet de plus de 39 millions d'accès et d'interactions. Parmi ces documents, 2101 portaient sur la COVID-19, y compris les articles du *Pan American Journal of Public Health*. Le référentiel de connaissances institutionnel sur la COVID-19 est devenu une plateforme consultable et un centre de travail collectif entre les trois niveaux de l'Organisation dans la riposte à la pandémie. Mis en œuvre en mars 2020, il contenait un total de 2947 articles en décembre 2021. Le *Pan American Journal of Public Health*, qui fêtera ses 100 ans de publication ininterrompue en 2022, a augmenté son facteur d'impact à 1,46 (source : Web of Science, 2021). La publication a reçu un nombre record de manuscrits au cours de la période biennale, à savoir 2900, dont environ 300 ont été acceptés et publiés. Un processus accéléré a été mis en place pour accélérer l'examen par les pairs des articles liés à la COVID-19, ce qui permet au *Pan American Journal of Public Health* d'être un instrument important pour la production et la diffusion de données probantes en matière de santé publique dans la Région des Amériques.

165. L'Organisation a une fois de plus mis en œuvre des moyens innovants pour coopérer avec les centres collaborateurs de l'OPS/OMS afin de mieux répondre aux priorités et aux mandats, ainsi que pour partager et diffuser les meilleures pratiques en matière de coopération technique et pour la riposte à la COVID-19. En avril 2021, un webinaire régional a été organisé avec plus de 340 participants de 183 centres collaborateurs.

166. L'application e-BlueInfo 2.0 offre au personnel de santé l'accès à de nouvelles collections de documents et de données probantes scientifiques dans la bibliothèque virtuelle de santé pour étayer la prise de décisions, en utilisant les codes de la classification internationale des maladies (CIM-10) et l'identifiant unique ou le terme du DeCS/MeSH. L'édition 2021 du DeCS/MeSH a été élaborée et publiée, en mettant en évidence les termes

¹⁵ Pour plus amples information voir <https://hia.paho.org/en> (en anglais).

¹⁶ Pour plus amples information voir <https://opendata.paho.org/en/core-indicators> (en anglais).

¹⁷ Pour plus amples information voir <https://www3.paho.org/ods3/en/home/> (en anglais).

liés à la COVID-19. Le DeCS/MeSH Finder a été développé comme un service en ligne innovant pour les chercheurs, les éditeurs et les bibliothécaires dans le domaine des sciences de la santé, permettant aux utilisateurs de localiser tout descripteur, synonyme ou qualificatif du vocabulaire contrôlé DeCS/MeSH dans n'importe quel texte en une fraction de seconde.

167. Au cours de la période biennale, la communauté scientifique et les gouvernements ont accéléré la recherche et l'innovation visant à contenir la propagation de la pandémie de COVID-19, à faciliter des soins optimaux, à renforcer les systèmes de santé et à protéger les agents de santé et les travailleurs essentiels. Un nombre considérable d'études sur la COVID-19, y compris des essais cliniques, ont été menées dans la plupart des pays de la Région. Le BSP a fourni un soutien technique pour la priorisation de la recherche éthique, l'élaboration et la mise en œuvre de normes, la coordination et l'harmonisation de la recherche, ainsi que le développement et l'intégration des résultats de la recherche dans les systèmes de santé, entre autres. Des activités multinationales et internationales de recherche collaborative sur la COVID-19, notamment la Plateforme clinique mondiale de l'OMS, l'étude respiratoire sur la COVID-19 (OMS O2CoV2) et les essais cliniques « Solidarity » de l'OMS, ont été encouragées et soutenues par le BSP dans la Région.

168. La coordination de la recherche, de la synthèse des données probantes et de l'application des connaissances pour répondre à la pandémie de COVID-19 a facilité la mise en œuvre de la riposte régionale et mondiale. Cela comprend l'harmonisation des normes et des règles, le développement de biens publics (politiques et recommandations fondées sur des données probantes), le renforcement des capacités d'utilisation des données probantes pour la prise de décisions, et le soutien à la conduite de recherches collaboratives entre pays. Le BSP a renforcé le développement de réseaux de professionnels de la santé et d'établissements de santé pour soutenir la caractérisation, le diagnostic et la prise en charge des formes aiguës de COVID-19 et des pathologies post-COVID-19. Le BSP a également développé des activités de renforcement des capacités pour les professionnels de la santé en matière de prise en charge clinique et de questions des systèmes de santé liées à la maladie ; il a soutenu la fourniture de traitements aux patients dans le cadre de l'Accélérateur ACT et d'autres mécanismes, et a fourni un soutien technique pour la préparation des systèmes de santé. L'OPS a apporté un soutien technique pour la mise en œuvre de la Plateforme clinique mondiale de l'OMS pour la COVID-19 dans les pays de la Région, qui contient des informations sur plus de 500 000 cas de COVID-19 dans le monde.

169. Le BSP a fourni un soutien technique pour l'élaboration de synthèses de recherche de données probantes opportunes et axées sur la demande, ainsi que de recommandations de santé publique sur la COVID-19, les ODD et d'autres priorités sanitaires. L'Organisation a également soutenu les processus de collaboration avec les parties prenantes afin de comprendre et de façonner la dynamique stratégique, des pratiques, des politiques et des systèmes, en particulier pour renforcer les systèmes de santé et améliorer la mise en œuvre des programmes et des services. Au cours de la période biennale, l'Organisation a produit et continuellement mis à jour des données probantes et des

recommandations pour la prise en charge des patients infectés par la COVID-19. Plus de 40 publications de données probantes de l'OPS sur la COVID-19 et d'autres priorités ont été élaborées et se sont avérées essentielles pour la coopération technique avec les pays.

170. Pour soutenir les États Membres de l'OPS, des bases de données et des ressources essentielles ont été développées pour faire progresser la transformation de la synthèse des données probantes et l'application des connaissances. Il s'agit notamment de *a) BIGGREC*, une base de données comprenant toutes les recommandations fondées sur des données probantes qui ont été formulées par l'OMS et l'OPS, classées en fonction des cibles de l'*ODD3*, *b) BIGG*, une base de données de toutes les lignes directrices fondées sur des données probantes qui ont été produites par différentes organisations internationales, *c) EVID@EASY*, un outil de recherche guidée de données probantes dans la bibliothèque virtuelle de santé, qui offre des pistes pour localiser les données scientifiques en fonction de l'étape du processus décisionnel et *d) une collection de synthèse de données probantes de l'OPS sur les recommandations en matière de santé produites par l'OPS/OMS.*

171. En partenariat avec Health Systems Global, l'OPS a développé des webinaires en espagnol et en anglais pour accroître la capacité des pays d'Amérique latine et des Caraïbes à produire et à diffuser des données de recherche sur la réponse des systèmes de santé à la pandémie. En outre, quatre documents de recherche examinant les aspects structurels de la résilience des systèmes de santé en Amérique latine et dans les Caraïbes ont été élaborés, qui traitent *a) de la politique et des politiques pour la performance des systèmes de santé, b) de l'intersection des politiques sanitaires et sociales et de la nécessité de renforcer l'approche intersectorielle, c) de la dynamique changeante des modèles de prestation de services de santé et du rôle central des ressources humaines pour la santé et d) du rôle des soins de santé primaires pour assurer la durabilité, améliorer le financement de la santé et promouvoir l'équité.*

172. La mobilité des professionnels de la santé, notamment du personnel infirmier, des Caraïbes anglophones vers l'Amérique du Nord, l'Europe et l'Australie a été exacerbée par la pandémie de COVID-19. Afin de générer des solutions et des données probantes pour améliorer la santé et réduire les inégalités en santé dans la sous-région des Caraïbes, le BSP, en collaboration avec l'Université des Indes occidentales et 18 pays et territoires anglophones des Caraïbes, a développé une étude pour quantifier les ressources humaines pour la santé dans la sous-région et comprendre l'ampleur et les modes d'émigration des professionnels de la santé avant et pendant la pandémie. Ce projet vise à produire les données probantes nécessaires pour éclairer les décisions et l'élaboration des politiques en matière de ressources humaines en santé, de migration et de systèmes et politiques de santé.

173. La pandémie de COVID-19 a focalisé l'attention sur le besoin urgent de catalyser la recherche éthique. Sept documents originaux sur les orientations éthiques concernant la COVID-19 ont été élaborés par l'OPS et publiés en anglais et en espagnol. Ils ont été consultés plus de 50 000 fois à partir d'*IRIS* et sont largement mis en œuvre dans la Région. Les orientations éthiques de l'OPS concernant l'utilisation d'interventions n'ayant pas fait

leurs preuves pour la COVID-19 restent la référence mondiale sur ce sujet. Onze pays (dont la Bolivie et le Guatemala) ont reçu un soutien direct pour renforcer leurs systèmes d'éthique de la recherche, à l'aide d'une approche fondée sur des indicateurs publiée en 2021 qui a été utilisée pour mener à bien une évaluation de 22 pays. En outre, 18 sessions de discussions régionales bilingues et des activités virtuelles de formation à l'éthique ont été organisées, avec près de 2379 participants et plus de 19 400 vues supplémentaires sur YouTube.

174. Le Comité d'évaluation éthique de l'OPS (PAHOERC) a tenu 38 réunions au cours de la période biennale pour répondre à la demande croissante d'examen éthique de la recherche, avec 49 soumissions liées à la COVID-19. PAHOERC soutient le Comité d'examen éthique de la recherche sur la COVID-19 de l'OMS dans la mise en œuvre de la plateforme ProEthos de l'OPS, qui a été adaptée pour répondre aux nouvelles normes de cybersécurité de l'OMS.

175. Les appels à financement participatif ont permis d'identifier des innovations sociales pour la santé dans l'ensemble de l'Amérique latine et des Caraïbes qui ont soutenu la réponse des systèmes de santé à la COVID-19 ainsi que la continuité des services réguliers. La recherche montre l'impact de ces innovations et la manière dont elles peuvent être adaptées et reproduites dans d'autres contextes. Un appel à financement participatif lancé en 2021 a reçu plus de 100 candidatures admissibles provenant de 17 pays, dont cinq pays prioritaires ; huit candidatures ont été déclarée gagnantes ou ont reçu une mention spéciale. Une analyse réalisée en 2021 sur les innovations précédemment reconnues en Amérique latine et dans les Caraïbes a montré comment elles ont été mises à l'échelle pour soutenir les systèmes de santé, constituer le fer de lance des ripostes locales à la pandémie et assurer la continuité des soins.

176. L'OPS a collaboré avec l'Observatoire mondial de recherche et développement en santé de l'OMS (GOHR&D) et s'est rapprochée de ses homologues de l'UNESCO, du Réseau ibéro-américain d'indicateurs de la science et de la technologie et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour permettre la rationalisation des rapports sur les indicateurs communs. Cela a permis de renforcer la cohérence et de réduire la charge de travail des pays en matière de rapports. Cela a également permis la mise à jour des données sur les flux financiers pour la recherche sur la santé et les ressources humaines pour la santé, en cartographiant les points focaux et les institutions dans les pays. Les mises à jour de GOHR&D montrent qu'à la fin de 2021, des informations sur les flux financiers pour la recherche avaient été communiquées par 13 pays. Huit d'entre eux (Argentine, Chili, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Trinité-et-Tobago, Uruguay) ont mis à jour leurs données au cours de la période biennale.

177. Une évaluation des politiques et programmes nationaux en matière de recherche pour la santé a été réalisée. Elle a permis de constater une augmentation du nombre de pays et territoires ayant une politique nationale active (11 : Canada, Colombie, États-Unis d'Amérique, Guadeloupe, Guyane française, Haïti, Martinique, Mexique, Panama, Paraguay, Porto Rico) ou un programme (10 : Argentine, Brésil, Canada, États-Unis

d'Amérique, Guadeloupe, Guyane française, Martinique, Mexique, Panama, Pérou). Treize pays ont une politique ou un programme actifs sur la recherche pour la santé dans leur cadre de politique nationale. Pour aider les pays à élaborer ou à mettre à jour des politiques ou des programmes, une liste de contrôle avec de bonnes pratiques a été produite.

178. L'achat groupé de médicaments essentiels et de fournitures stratégiques de santé publique a été essentiel pour les pays de la Région, à la fois pour contrôler la pandémie et pour assurer un approvisionnement continu en médicaments essentiels. En outre, l'achat groupé est essentiel pour améliorer l'équité de l'accès aux médicaments et aux fournitures et pour éliminer les maladies. L'OPS a documenté ces efforts et a publié des articles sur l'importance d'utiliser le Fonds stratégique de l'OPS pour renforcer les systèmes de santé. Un article récent publié dans *The Lancet* examine les achats groupés, et plus particulièrement le Fonds stratégique de l'OPS, comme un moyen de minimiser les perturbations liées à la COVID-19 en assurant l'approvisionnement en produits de santé essentiels pour les urgences sanitaires et les services de santé de routine.

Défis

179. Pour mettre en place des mesures de santé publique efficaces tout en ne laissant personne pour compte, il faut que chacun bénéficie d'une bonne connectivité et d'un bon débit. Cela permet à chacun non seulement de poursuivre ses activités professionnelles ou éducatives, mais aussi d'accéder aux services de santé et de maintenir la continuité des soins grâce à la télémédecine et aux autres technologies disponibles. Cependant, la connectivité et le débit sont encore quelques-uns des aspects les plus critiques à résoudre en matière d'accès à l'information.

180. Bien que les pays produisent, analysent et diffusent des données, des informations, des connaissances et des données probantes en matière de santé, ventilées en fonction des déterminants sociaux de la santé et d'autres stratificateurs sociodémographiques, des améliorations sont nécessaires en termes de disponibilité, d'accessibilité et d'utilisation de ces informations.

181. La pandémie de COVID-19 a accéléré l'innovation, la recherche et l'utilisation de données probantes pour la prise de décisions. Néanmoins, la priorité accordée à la riposte à la pandémie de COVID-19 a également entraîné des retards et des difficultés dans la mise en œuvre des activités prévues dans l'ensemble de la Région, ainsi que dans l'adoption et l'utilisation appropriée des données scientifiques. Certains pays ont été confrontés à des défis liés à la déformation ou à l'utilisation erronée des données probantes, à la négation du processus scientifique générant les données probantes, à la remise en question des institutions scientifiques générant les données probantes et à l'absence d'une autorité scientifique intégrée pour la COVID-19 dans le pays. Un problème connexe tient au manque de confiance du public dans les autorités pour communiquer et mettre en œuvre des politiques fondées sur des données probantes, ainsi qu'à l'utilisation excessive par le public d'informations provenant de sources non fiables.

182. Les changements de personnel au sein des administrations nationales et des équipes concernées ont entraîné un manque de continuité, tandis que les exigences liées à la pandémie ont parfois submergé les comités d'éthique de la recherche et les entités de surveillance dans leur travail. Cela a entravé l'achèvement d'initiatives clés telles que, par exemple, l'adoption de la politique nationale d'éthique de la recherche du Guatemala.

183. L'évaluation des flux financiers de la recherche pour la santé nécessite une collaboration intersectorielle, car divers secteurs (par exemple, la santé, la science, la technologie, le développement) fournissent des données qui doivent être intégrées. Compte tenu de la pandémie, cette collaboration intersectorielle a été difficile à réaliser dans ce domaine spécifique. Un exercice de cartographie réalisé en 2021 a permis d'identifier les institutions et les points focaux, et l'analyse a mis en évidence les opportunités et les défis liés à l'utilisation du Manuel de Frascati de l'OCDE ou du Système de comptes de la santé 2011 de l'OPS. Cela a débouché sur des recommandations pour progresser dans ce domaine au cours de la période biennale 2022-2023.

184. En raison des changements de priorités nationales engendrés par la pandémie de COVID-19, l'élaboration de politiques et de programmes nationaux sur la recherche pour la santé a stagné dans certains pays. Il a donc été difficile de suivre les progrès réalisés au niveau des pays dans la mise en œuvre de la *Politique sur la recherche pour la santé* (document CD49/10). Par exemple, la Dominique, El Salvador, le Guatemala, le Guyana, le Paraguay et l'Uruguay n'ont pas renouvelé ou élargi leur politique ou leur programme de recherche.

Thématiques transversales : Équité, genre, ethnicité et droits de l'homme

Résultat intermédiaire 26

Réalisations

185. Au cours de la période biennale 2020-2021, le BSP a veillé à ce que les thématiques transversales soient stratégiquement positionnées dans le contexte de la pandémie de COVID-19. En collaboration avec l'équipe de soutien pour la gestion des incidents, le BSP a produit une publication inédite, intitulée *Gendered Health Analysis: COVID-19 in the Americas* [Analyse de la santé incluant la dimension de genre : la COVID-19 dans les Amériques]. Ce rapport examine la morbidité et la mortalité dues au coronavirus dans des populations spécifiques, les réponses nationales d'atténuation et les impacts socio-économiques de la COVID-19, le tout dans une optique d'égalité des genres. Ce travail fournit une base pour de nouvelles analyses des inégalités, par exemple concernant la couverture vaccinale.

186. La communication auprès de groupes de femmes dans l'ensemble de la Région a été établie avec le Réseau pour la santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes (LACWHN) par le biais de dialogues « Parlons entre femmes » sur l'impact de la COVID-19 sur les femmes, ciblant les réseaux axés sur le genre, les défenseurs de l'égalité des femmes et la société civile. Plus de 20 000 personnes ont bénéficié de ces webinaires de l'OPS sur la violence sexiste, la vaccination et la santé adolescente.

187. Dans le cadre d'une initiative de l'OMS et de l'ensemble des Nations Unies visant à élaborer une stratégie organisationnelle pour les LGBTI+, une campagne sur les réseaux sociaux a été élaborée et mise en œuvre avec le Département de la communication de l'OPS. De multiples messages sur les réseaux sociaux ont été préparés et diffusés largement dans toute la Région, promouvant les droits (y compris le droit à l'accès à la santé) des personnes LGBT et appelant à la fin de la stigmatisation et de la discrimination. Plusieurs pays, dont la Bolivie, le Chili, Trinité-et-Tobago et l'Uruguay, ont progressé dans l'élaboration de plans et d'initiatives connexes à l'échelle nationale avec le soutien de le BSP, avec notamment des campagnes, des cours virtuels, des cliniques amies des LGBT et l'enregistrement de données inclusives.

188. À la fin de 2020, des consultations infrarégionales et des réunions de haut niveau ont été organisées avec des représentants et des dirigeants des populations autochtones et des personnes d'ascendance africaine dans le contexte de la pandémie. Les recommandations émanant de ces réunions ont été publiées et servent de cadre à des actions de suivi au niveau national avec les différentes organisations représentant divers groupes ethniques.

189. En réponse à une demande des organisations roms des pays de la Région, une consultation technique a été menée sur l'impact de la COVID-19 sur les populations roms de la Région des Amériques. Un rapport sur les résultats de la réunion est en cours de finalisation, mettant en évidence les recommandations de coopération technique pertinentes pour ces groupes dans le contexte de la pandémie.

190. Une formation importante a été dispensée sur l'utilisation des dialogues du savoir en tant qu'outil innovant pour rendre les services de santé accessibles et culturellement appropriés pour les populations autochtones et les groupes de personnes d'ascendance africaine. Cette méthodologie a favorisé la collaboration interprogrammatique, y compris dans les domaines des maladies transmissibles et de la santé maternelle (où elle a été alignée sur l'utilisation de l'outil pour un accouchement culturellement sûr développé précédemment). Un document, *La salud de la población afrodescendiente en América Latina* [La santé de la population d'ascendance africaine en Amérique latine], a été publié et lancé lors d'une réunion de haut niveau avec la participation de dirigeants d'ascendance africaine. Il met en lumière certaines des inégalités auxquelles sont confrontées les personnes d'ascendance africaine et lance un appel à l'action aux États Membres.

191. Une base de données et un tableau de bord en ligne ont été élaborés pour répertorier les lois, politiques et programmes existants qui traitent de l'intersection entre la santé et la migration dans une perspective de droits de l'homme.

192. Au Costa Rica, un soutien a été apporté au vice-ministre de la Présidence, au ministère de la Santé et aux associations de développement des populations autochtones dans les territoires autochtones pour la riposte à la COVID-19, en promouvant des dialogues interculturels pour le relèvement et l'insertion sociale. L'OPS a travaillé avec d'autres agences des Nations Unies sur la reprise économique et la santé des femmes migrantes et des réfugiés dans les zones prioritaires du pays. Le ministère de la Santé a reçu un soutien pour l'évaluation et la mise à jour de son plan de santé pour les personnes d'ascendance africaine, en coordination avec l'initiative infrarégionale sur les questions relatives aux personnes d'ascendance africaine et aux populations autochtones.

193. Au Paraguay, des actions de coordination ont été réactivées avec la Direction nationale pour la santé des populations autochtones (DINASAPI) et la Commission nationale pour la santé des populations autochtones (CONASAPI) en vue d'institutionnaliser et de renforcer le dialogue avec les représentants des populations autochtones du pays. Cette coordination permet également d'identifier les besoins en santé des populations autochtones et de discuter des stratégies et des plans visant à améliorer la santé de ces groupes, conformément à la loi sur la santé des populations autochtones du pays.

194. En Colombie, en coordination avec les secrétariats départementaux de la santé et des affaires autochtones de La Guajira et avec le programme Ai Hospital du ministère de la Santé, un projet est en cours pour garantir le droit à la santé de toutes les personnes qui habitent un territoire, en utilisant une approche de diversité ethnique et culturelle. Le

modèle des « *gestores* » répond aux besoins des populations rurales très dispersées qui ont de graves difficultés à accéder aux soins de santé. Il est fortement axé sur la mobilisation sociale et la participation communautaire, éléments fondamentaux de toute intervention en matière de soins de santé primaires.

195. En Haïti, le BSP a soutenu le ministère de la Santé publique et de la Population dans l’élaboration d’un document cadre national et de lignes directrices sur l’organisation des Services de Santé de District en accord avec l’approche des soins de santé primaires et avec la stratégie des Réseaux de prestation de services de santé intégrés. Ces lignes directrices permettront le développement d’un système de santé fondé sur les soins de santé primaires au premier niveau de soins, augmentant ainsi l’accessibilité, l’équité et l’efficacité de la santé au niveau communautaire.

196. Une chaîne pays pour le Suriname a été ajoutée au portail OpenWHO afin d’accueillir une série de cours en ligne sur la COVID-19 qui ont été traduits en néerlandais par le bureau de l’OPS au Suriname. Cela représente une étape vers le renforcement des capacités des travailleurs de première ligne, en utilisant des cours en ligne traduits dans la langue officielle du Suriname. Ces cours ont également été inclus dans les exigences nationales que les agents de santé doivent remplir avant d’être déployés pour répondre à la COVID-19 dans les établissements de santé du Suriname.

197. Au Panama, un soutien technique et stratégique a été fourni pour élargir l'accès aux services de santé pour les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants au moyen d'unités mobiles pour les soins médicaux primaires et complets selon une approche préventive. Il s'agissait d'un projet interagences avec l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés et le ministère panaméen de la Santé.

Défis

198. Bien que les pays aient pris certaines mesures pour ventiler les données de la santé par sexe, origine ethnique et âge, le soutien à cette tâche essentielle a été d'une ampleur limitée. Le caractère limité de la disponibilité et de la communication de ces données à l'intérieur et à partir des pays a empêché la formulation de recommandations fondées sur des données probantes sur la COVID-19. Des efforts beaucoup plus importants sont nécessaires pour inclure les variables ethniques dans les registres de santé et pour mener des analyses fondées sur le genre afin de déterminer, de traiter, de réduire et finalement d'éliminer les causes des iniquités de santé liées au genre, à l'origine ethnique et autres, y compris dans le contexte de la COVID-19 mais aussi au-delà.

199. Il est nécessaire de développer davantage les compétences liées aux thématiques transversales à tous les niveaux de l'Organisation. Les efforts déployés pour répondre à la demande des États Membres pour des activités telles que les dialogues du savoir, entre autres, ont été limités par le nombre restreint de personnel formé et disponible pour leur mise en œuvre durable.

200. Si la pandémie a renforcé l'attention portée aux thématiques transversales et aux questions connexes, cette attention n'est pas toujours systématique, uniforme ou alignée sur des approches institutionnelles à plus long terme.

201. Les intérêts des donateurs et l'orientation des négociations peuvent diverger des priorités convenues ou orienter le financement (et donc les activités) vers un domaine technique au détriment d'un autre. Par conséquent, lorsque des fonds sont mobilisés, ils peuvent ne pas contribuer directement ou équitablement à la mise en œuvre des activités initialement envisagées.

Vaccination contre la COVID-19 parmi les populations autochtones en Colombie



Un membre de la communauté autochtone à Puerto Nariño, Amazonas (Colombie) reçoit le vaccin anti-COVID-19.
Crédit photo : Organisation des Nations Unies-OPS en Colombie/Karen González Abr.

En 2021, les médias colombiens ont fait savoir que de nombreuses personnes autochtones du pays refusaient d'être vaccinées contre la COVID-19, en raison de leurs pratiques culturelles et de leurs croyances. Avec 1,9 million de Colombiens autochtones, il était urgent de changer les attitudes à l'égard de cette intervention qui sauve des vies.

En août 2021, le ministre de la Santé a déclaré que seulement 6 % de la population autochtone avait été vaccinée. Pour remédier à cette situation, l'OPS a conçu et déployé une stratégie de communication, adaptée spécifiquement aux communautés autochtones, afin de promouvoir l'acceptation des vaccins anti-COVID. S'inspirant des coutumes des populations autochtones, la stratégie a mis l'accent sur l'utilisation de la communication orale. Les brigades de vaccination comprenaient des traducteurs autochtones, la formation des formateurs a impliqué des chefs culturels et créé un effet multiplicateur pour la diffusion de l'information et des applications téléphoniques gratuites ont été distribuées aux vaccinateurs dans les zones reculées, facilitant la connectivité.

Cette stratégie de communication a produit les résultats escomptés, mesurés par l'augmentation de l'adoption des vaccins. Dans les zones priorisées de la région de l'Amazonie, par exemple, 34 % de la population autochtone était vaccinée à la fin de 2021.

Pour encourager l'acceptation du vaccin anti-COVID dans les communautés autochtones de Colombie, il a été nécessaire de faire montre de respect envers les cultures autochtones, leur système de savoir et leur compréhension de la relation entre santé et maladie. Il était également important de trouver des moyens appropriés pour créer un dialogue qui soit en phase avec leur perception de la réalité de la pandémie. La confiance de la communauté envers l'OPS en tant qu'institution a été la clé du succès de ces interventions. La stratégie de communication de l'OPS pour atteindre les populations autochtones a conduit à un changement de comportement car elle comprenait des éléments qui faisaient appel à la fois aux émotions et à la raison.

L'un des principaux défis à relever dans un avenir proche sera de former les agents de santé des régions autochtones, en mettant l'accent sur des approches interculturelles et ethniques de la vaccination contre la COVID-19 et de la santé. Des stratégies similaires peuvent être adaptées à d'autres populations et à d'autres défis sanitaires, notamment ceux auxquels sont confrontées les populations les plus vulnérables.

Leadership, gouvernance et fonctions d'appui

Résultats intermédiaires 27 et 28

Leadership et gouvernance	Gestion et administration
--------------------------------------	--------------------------------------

Réalisations

202. L'OPS est restée une voix faisant autorité dans la Région, avec une forte notoriété : elle a fourni des orientations politiques, stratégiques et techniques sur la pandémie de COVID-19 aux plus hauts niveaux des gouvernements nationaux et des systèmes onusiens et interaméricain. Son programme visait à faire face à l'impact de la pandémie, assurer une réponse agile aux États Membres, tout en plaident pour des investissements fondamentaux dans la santé publique de la Région. Le BSP a présenté aux États Membres des options stratégiques visant à promouvoir le relèvement de la Région tout en protégeant les acquis en matière de santé publique et en renforçant les capacités dans un contexte où les économies sont devenues fragiles. Les initiatives en vue de favoriser l'autosuffisance de la Région en matière de vaccins et d'autres technologies de santé comprenaient des mécanismes permettant d'accélérer l'achat de vaccins anti-COVID de qualité et abordables dans le cadre du Fonds renouvelable de l'OPS et du Mécanisme COVAX avec Gavi, l'Alliance du Vaccin et l'UNICEF. Le BSP a continué à appeler à une attention accrue sur les capacités scientifiques et technologiques de la Région. L'Organisation a également souligné l'impact particulièrement néfaste de la pandémie sur les programmes de santé prioritaires, sur les personnes vivant dans des conditions de pauvreté et de vulnérabilité, et sur la santé mentale.

203. L'OPS a obtenu une visibilité élevée et constante en tant qu'autorité inégalée et au cœur de l'information sur la COVID-19 au niveau mondial et dans toute la Région, grâce à des conférences de presse hebdomadaires et à la communication avec les médias, y compris des centaines d'interviews de porte-parole au Siège et dans les bureaux de représentant. Les points de presse ont permis de sensibiliser non seulement à la COVID-19 mais aussi à d'autres défis de santé critiques touchant la Région. Des approches de communication innovantes, partagées avec des partenaires non traditionnels (par exemple, Global Citizen, Sony Music Latin, Sesame Street, le Forum économique mondial et Univision, entre autres), ont permis à l'OPS d'étendre sa portée à des publics plus larges.

204. Le BSP a élaboré une nouvelle politique pour prévenir l'exploitation et les abus sexuels des personnes qui dépendent directement ou indirectement des services fournis par l'OPS et y remédier. En outre, le processus ClearCheck des Nations Unies a été adopté pour identifier les personnes qui ont été impliquées dans des cas de harcèlement sexuel, d'exploitation sexuelle et d'abus sexuel afin de prévenir les situations qui pourraient compromettre la réputation ou la crédibilité de l'Organisation. Un formulaire de divulgation des conflits d'intérêts a été rendu obligatoire pour les nouvelles embauches.

Ces mesures ont permis d'améliorer le processus de sélection des nouveaux membres du personnel, conformément à l'initiative récemment lancée par l'OMS sur la prévention et la réponse à l'exploitation sexuelle, aux abus sexuels et au harcèlement sexuel.

205. L'OPS a mis en œuvre une approche de gestion financière prudente qui a tenu compte de la grave contraction économique de la Région au cours des deux dernières années, pendant lesquelles un certain nombre de pays enregistraient encore des arriérés dans le paiement de leurs contributions fixées à l'Organisation. Cette situation a été associée à des scénarios difficiles en termes de ressources à l'OMS. Les mesures de maîtrise des coûts mises en place par le BSP pour renforcer la collaboration entre les entités, ainsi que l'arrivée de fonds en 2021 et la sensibilisation des États Membres, ont permis à l'Organisation d'atténuer les effets les plus graves de la crise financière tout en continuant à s'acquitter de ses mandats et à renforcer sa résilience pour l'avenir.

206. La Stratégie de mobilisation des ressources 2020-2025 de l'OPS a été lancée en décembre 2020, avec une feuille de route pour permettre à l'Organisation d'accroître ses efforts de mobilisation des ressources. En outre, la feuille de route 2021-2023 de l'OPS pour la collaboration avec le secteur privé a été lancée en 2020 afin de fournir des orientations stratégiques sur la collaboration avec le secteur privé, avec un objectif à l'échelle de l'Organisation et trois axes d'action pour aider l'OPS à atteindre les résultats escomptés énoncés dans le Plan stratégique 2020-2025 et au-delà.

207. *Le Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2018-2019/Rapport final sur la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (documents CD58/5 et Add. 1) a été présenté au 58^e Conseil directeur en septembre 2020. Ce rapport met en évidence les pratiques couronnées de succès qui ont permis à l'Organisation d'obtenir des résultats en termes d'impact et dans les pays. Le budget programme 2022-2023 de l'OPS, dont le thème est « Protéger, se remettre et construire pour renforcer », a été approuvé par le 59^e Conseil directeur. Le BSP a mené un processus consultatif et itératif pour élaborer ce budget programme, y compris un calcul des coûts et une planification ascendante avec toutes les entités du BSP et un examen stratégique des priorités avec les États Membres. Ce budget programme a été élaboré dans le contexte unique de la pandémie de COVID-19.

208. La nouvelle politique d'évaluation de l'OPS a été approuvée en 2021. Cette politique vise à renforcer la capacité et la culture d'évaluation de l'OPS en l'alignant sur l'approche de gestion axée sur les résultats de l'Organisation. En conséquence, elle encourage l'identification des enseignements tirés des évaluations et leur incorporation dans les plans et stratégies de l'Organisation.

209. L'OPS a atteint \$2,84 milliards d'achats au cours de la période biennale, devenant ainsi l'une des dix premières agences des Nations Unies en termes d'activités de passation de marchés pour aider les États Membres à atteindre leurs objectifs nationaux et régionaux en matière de santé.

210. En pleine pandémie, le BSP a mis en œuvre des méthodes de travail novatrices et a poursuivi ses efforts pour accroître son efficacité afin d’atténuer les perturbations majeures (notamment les restrictions de voyage et les problèmes de chaîne d’approvisionnement) et de rester réactif aux besoins des États Membres. Malgré les mesures de maîtrise des coûts rendues nécessaires par la crise financière, l’Organisation a continué à répondre aux demandes croissantes de coopération technique des États Membres dans le cadre de la modalité de télétravail. La mise en œuvre complète d’une initiative sans papier, conjuguée à la stratégie de l’appareil unique, aux archives en nuage et à l’utilisation accrue de Microsoft Teams et Zoom, a créé un environnement de télétravail fluide et facilité les réunions de haut niveau qui ont permis à l’Organisation de rester adaptée à son mandat. Au cours de la pandémie, le leadership et la continuité des opérations stratégiques, techniques et de gestion au niveau des pays et à l’échelle infrarégionale ont été assurées par le transfert virtuel des bureaux de représentant et des programmes infrarégionaux, ainsi que par une communication et une coordination continues à tous les niveaux.

Défis

211. L’Organisation a dû relever le défi de réagir rapidement et efficacement à la pandémie tout en protégeant les acquis en matière de santé dans la Région. Les demandes concurrentes auxquelles ont dû faire face les bureaux de représentant et les autorités nationales, qui étaient principalement axées sur la riposte à la pandémie de COVID-19, ont eu une incidence sur la mise en œuvre en temps opportun des activités et des processus institutionnels prévus. Par exemple, l’élaboration et l’évaluation des stratégies de coopération avec les pays ont été retardées. Il a de ce fait fallu s’appuyer sur des programmes stratégiques dépassés pour guider la coopération technique de l’OPS ainsi que l’évaluation conjointe des résultats pour l’évaluation de fin de période biennale du budget programme 2018-2019. L’intérêt limité des donateurs pour les programmes qui n’étaient pas directement liés à la riposte à la COVID-19 a également eu une incidence sur le financement des activités prévues au cours de la période biennale.

212. La crise financière résultant de retards importants dans la réception des contributions fixées des États Membres et les mesures de maîtrise des coûts prises en réponse à cette crise ont eu un impact sur la prestation de la coopération technique aux pays sur des sujets liés au leadership et à la gouvernance. L’Organisation a dû prioriser les activités et appliquer des mesures de maîtrise des coûts concernant certains plans de travail qui avaient déjà été perturbés par la pandémie de COVID-19. Une fois que des fonds flexibles ont été disponibles à la fin de 2021, certaines activités ont été mises en œuvre, mais d’autres ont dû être annulées ou reportées.

213. Les activités de plaidoyer et de dialogue stratégique de haut niveau de l’OPS ont été affectées puisque des réunions en présentiel, y compris des réunions des Organes directeurs, ont été annulées, tandis que les visites de la Directrice dans les pays et les visites des autorités nationales au Siège de l’OPS ont été reportées. En outre, la période biennale a été marqué par une rotation sans précédent des ministres de la Santé et des hauts responsables de la santé, ce qui a nui à la continuité des processus et des accords et entraîné

une perte de mémoire institutionnelle sur la coopération avec l’Organisation au niveau des pays. Les changements au sein des autorités sanitaires et les restrictions résultant de la COVID-19 ont obligé l’OPS à innover et à mettre en œuvre des moyens alternatifs pour assurer la continuité des réunions et des ateliers de formation avec les États Membres et les autres parties prenantes.

214. Les niveaux d’effectifs sont restés un défi, dans la mesure où les demandes des États Membres et le volume de travail ont continué à augmenter. Par exemple, du personnel de différents horizons a été affecté à l’équipe de soutien pour la gestion des incidents pour soutenir la riposte à l’épidémie de COVID-19. Bien que l’Organisation ait dû mettre en œuvre ces mesures pour répondre à la pandémie, cette situation a également contribué à une pénurie de ressources humaines qui a eu une incidence sur les engagements et les livrables attendus pour 2020-2021. La pénurie de personnel due aux restrictions d’embauche imposées par la crise financière de 2020 a été particulièrement difficile pour les entités d’appui, qui sont pour la plupart financées par des fonds flexibles (c’est-à-dire par les contributions fixées).

215. L’Organisation connaît une augmentation de la proportion de petites subventions (d’une valeur inférieure à \$100 000), qui sont passées de 34 % de l’ensemble des subventions en 2018-2019 à 50 % en 2020-2021. Cela fait peser une charge croissante sur l’Organisation pour négocier, examiner, mettre en œuvre, suivre et rendre compte des petites subventions, aux dépens de la mobilisation de subventions d’un montant plus important et potentiellement sur plusieurs années. Les efforts devraient se concentrer sur des subventions de montants plus élevés avec une grande flexibilité d’allocation comme stratégie importante de mobilisation des ressources.

Amélioration de l’obligation de rendre des comptes pour les résultats et les ressources financières

216. Dans le contexte de la pandémie et de la crise financière de l’Organisation, la capacité de l’OPS à démontrer sa responsabilité pour les résultats et les ressources financières est devenue plus importante que jamais. Le rapport d’évaluation de fin de période biennale à l’intention des Organes directeurs, y compris l’évaluation conjointe avec les États Membres, représente l’un des quatre mécanismes clés pour le suivi, l’évaluation et l’établissement de rapports du budget programme 2020-2021. Les trois autres sont :

- a) Les examens financiers mensuels internes par la Haute direction du BSP (EXM) et la fourniture de rapports de suivi mensuels aux responsables des entités.
- b) Les examens internes de suivi et d’évaluation de la performance du BSP à la fin de chaque semestre.
- c) La mise à jour trimestrielle du portail du budget programme de l’OPS avec des informations sur le financement et la mise en œuvre du budget programme, ventilées par pays.

217. Au cours de la période biennale, le BSP a intensifié ses efforts sur chacun de ces mécanismes de suivi. D'importantes améliorations ont été apportées aux systèmes, rapports et présentations utilisés pour les examens internes de suivi et d'évaluation de la performance avec la Haute direction, ce qui a conduit à des discussions et des actions plus concrètes pour accélérer la mise en œuvre du budget programme. Ces mécanismes ont également été cruciaux pour la gestion de la réponse du BSP à la crise financière interne.

218. Au cours de la période 2020-2021, le BSP a encore renforcé la culture des résultats, de l'évaluation et de l'apprentissage en intégrant la fonction d'évaluation au Département de la planification et du budget. L'objectif est de faire en sorte que le cycle de planification, d'établissement de rapports et de gestion axée sur les résultats du BSP tienne compte des enseignements tirés du suivi et de l'évaluation de la performance. Une nouvelle politique d'évaluation et un nouveau plan de travail institutionnel pour l'évaluation ont été élaborés en 2021. Outre la politique, la mise en place d'un nouveau cadre institutionnel et de gouvernance pour la fonction d'évaluation au sein du BSP comprenait la préparation d'un nouveau manuel pour guider la conduite des évaluations conformément aux normes et pratiques internationales.

219. Certaines évaluations qui devaient commencer pendant les premières phases de la pandémie ont dû être reportées. En 2020, deux évaluations régionales commandées par des entités régionales du Siège, mais avec les orientations de la fonction d'évaluation, ont été finalisées : l'évaluation du niveau infrarégional de la coopération technique – Coordination du programme infrarégional – Caraïbes, et l'évaluation du projet de systèmes de santé intégrés pour l'Amérique latine et les Caraïbes (IHSILAC). Au cours du dernier trimestre de 2021, les termes de référence ont été rédigés pour certaines évaluations du plan de travail institutionnel, et l'évaluation des ressources humaines pour la santé a commencé. Les termes de référence ont été rédigés pour trois évaluations supplémentaires : l'évaluation de la riposte de l'OPS à la COVID-19, les actions de l'OPS sur les maladies non transmissibles et la situation de la gestion axée sur les résultats à l'OPS. Ces évaluations sont en cours et seront finalisées au cours de la période biennale 2022-2023.

220. Afin de renforcer et d'améliorer la capacité à mener des évaluations de qualité et de promouvoir leur utilisation pour l'apprentissage institutionnel, le Département de la planification, du budget et de l'évaluation (PBE) a organisé des webinaires et fourni un soutien et des conseils techniques pour les évaluations décentralisées au niveau des pays. Cela comprend les évaluations des programmes conjoints OPS-FAO-PNUD dans les régions Ixil et Culco du département de San Marcos au Guatemala, toutes deux finalisées en 2021. En outre, PBE a fourni des conseils sur une évaluation commandée par le bureau du représentant en Colombie concernant les actions visant à répondre aux besoins de santé des migrants vénézuéliens qui n'ont pas accès au système de santé, dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Enfin, l'OPS a également participé à cinq évaluations institutionnelles de l'OMS.

V. Mise en œuvre du budget programme de l'OPS 2020-2021

221. Cette section analyse la mise en œuvre du budget programme de l'OPS 2020-2021, en comparant les niveaux budgétaires approuvés avec le financement et la mise en œuvre, en identifiant les déficits de financement par résultat intermédiaire et en résumant les efforts de mobilisation des ressources au cours de la période biennale.

222. Le budget total approuvé pour le budget programme 2020-2021 était de \$650 millions, dont \$620 millions pour les programmes de base et \$30 millions pour les programmes spéciaux. Le budget des programmes de base était divisé en 28 résultats intermédiaires et 112 résultats immédiats, conformément à la structure programmatique du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025, adopté par le 57^e Conseil directeur de l'OPS. Le segment des programmes spéciaux comprenait le Programme hémisphérique d'éradication de la fièvre aphteuse, les Hôpitaux intelligents, la riposte aux flambées épidémiques et aux crises et le maintien de l'éradication de la poliomyélite.

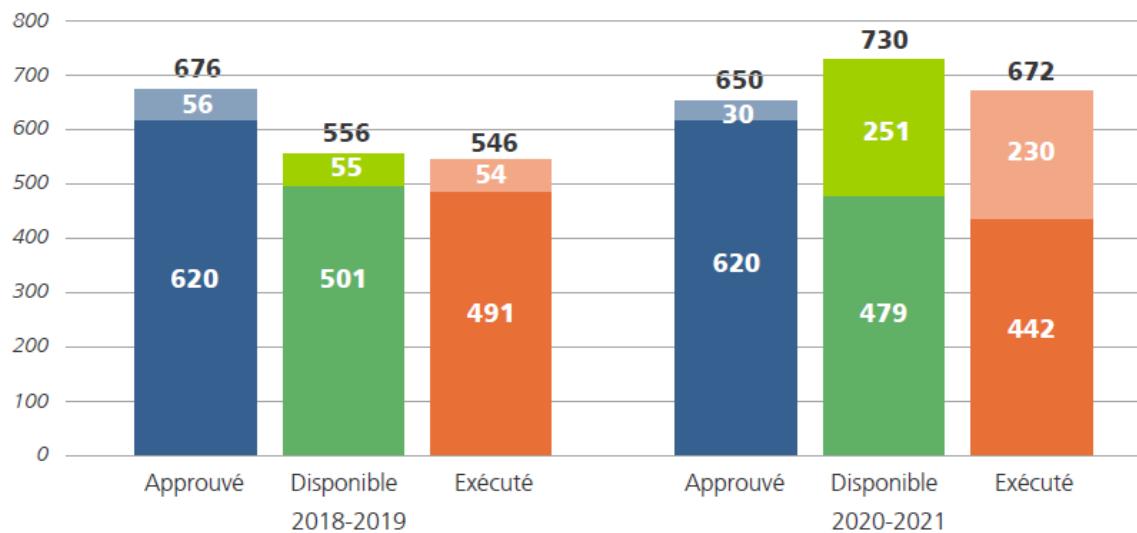
223. Le budget programme global a été surfinancé de 48 %, soit \$315 millions de plus que le budget total approuvé ; toutefois, le segment des programmes de base n'a été surfinancé que de \$16 millions. Le niveau élevé de financement du budget s'explique par la grande quantité de ressources reçues pour les programmes spéciaux, soit plus de 10 fois le montant qui avait été prévu à titre indicatif. Sur ce montant, 85 % (\$280 millions) sont allés à la riposte aux flambées épidémiques et aux crises pour faire face à la pandémie de COVID-19 et à d'autres urgences sanitaires. Le surfinancement s'explique également par le paiement intégral prévu des contributions fixées de l'OPS pour 2020-2021, par l'inclusion de toutes les contributions volontaires disponibles dans la période biennale 2020-2021 (y compris celles qui ont été reportées en 2022, d'un montant de \$97 millions) et, enfin, par les fonds provenant d'autres sources qui n'ont pas été entièrement dépensés au cours de la période biennale 2020-2021.¹⁸

224. Comme le montre la figure 4, les fonds dont disposaient les entités pour exécution s'élevaient à \$730 millions (\$479 millions pour les programmes de base et \$251 millions pour les programmes spéciaux). À la clôture de la période biennale, l'exécution s'élevait à \$672 millions (\$442 millions pour les programmes de base et \$230 millions pour les programmes spéciaux), soit 103 % du budget total approuvé. Ce niveau d'exécution est historiquement élevé et représente 23 % (\$126 millions) de plus qu'en 2018-2019, une augmentation portée par l'exécution du segment des programmes spéciaux. Alors que l'exécution des programmes de base était inférieure de 10 % à celle de la période biennale précédente, l'exécution des programmes spéciaux était plus de quatre fois supérieure à celle de 2018-2019.

¹⁸ Ces autres sources comprennent le Compte spécial pour les dépenses d'appui aux programmes, le Fonds directeur d'investissement, les services du Campus virtuel de santé publique, les ventes de vaccins et de médicaments PROMESS, les ventes de publications de l'OPS et le Fonds spécial de promotion de la santé.

225. Au cours de la période 2020-2021, l'OPS a été en mesure de maintenir un haut niveau de performance malgré les défis conjugués d'une crise financière due au retard de paiement des contributions fixées des États Membres et des effets de la pandémie de COVID-19 sur les activités planifiées. L'Organisation a identifié des opportunités et des mécanismes pour atténuer les effets sur la mise en œuvre des programmes de base, améliorant ainsi l'efficience et l'efficacité de la coopération technique. Il s'agissait notamment d'employer des pratiques de gestion financière prudentes et des mesures de réduction des coûts, de reprogrammer et de prioriser, ainsi que d'accélérer la mise en œuvre lorsque cela était possible. Ces efforts ont débouché sur de nombreuses innovations et économies, telles que les communications sans papier, le passage au virtuel, la stratégie d'utilisation d'un seul appareil pour les ordinateurs et la réduction des voyages, qui pourraient toutes devenir permanentes dans le cadre des activités futures de l'Organisation.

**Figure 4. Budget programme de l'OPS 2020-2021 :
vue d'ensemble du budget, du financement et de l'exécution
(en millions US\$)**



Segments inférieurs : programmes de base

Segments supérieurs : programmes spéciaux et urgences

226. La figure 5 présente la répartition des fonds disponibles pour exécution dans tous les segments pour les trois niveaux fonctionnels de l'Organisation. En 2020-2021, le BSP a alloué \$365 millions (50 %) de ses ressources disponibles au niveau des pays et au niveau infrarégional, soit une augmentation par rapport aux \$229 millions (41 %) alloués à ces niveaux au cours de la période biennale 2018-2019. Les fonds alloués à la riposte à la COVID-19, principalement mis en œuvre au niveau des pays, ont joué un rôle déterminant dans ce résultat, sachant que 47 % (\$172 millions) des \$365 millions ont été alloués au niveau des pays pour riposte aux flambées épidémiques et aux crises.

227. Bien que la distribution des fonds au niveau des pays ait été supérieure aux 45 % définis par la politique budgétaire de l'OPS, le BSP s'est engagé à continuer à maximiser

l’allocation des fonds au niveau des pays et au niveau infrarégional. Il est également important de reconnaître que les fonctions techniques et d’appui coordonnées par le niveau régional bénéficient directement au niveau des pays et au niveau infrarégional.

**Figure 5. Budget programme de l’OPS 2020-2021 :
Fonds disponibles par niveau fonctionnel
(en millions US\$)**



Programmes de base

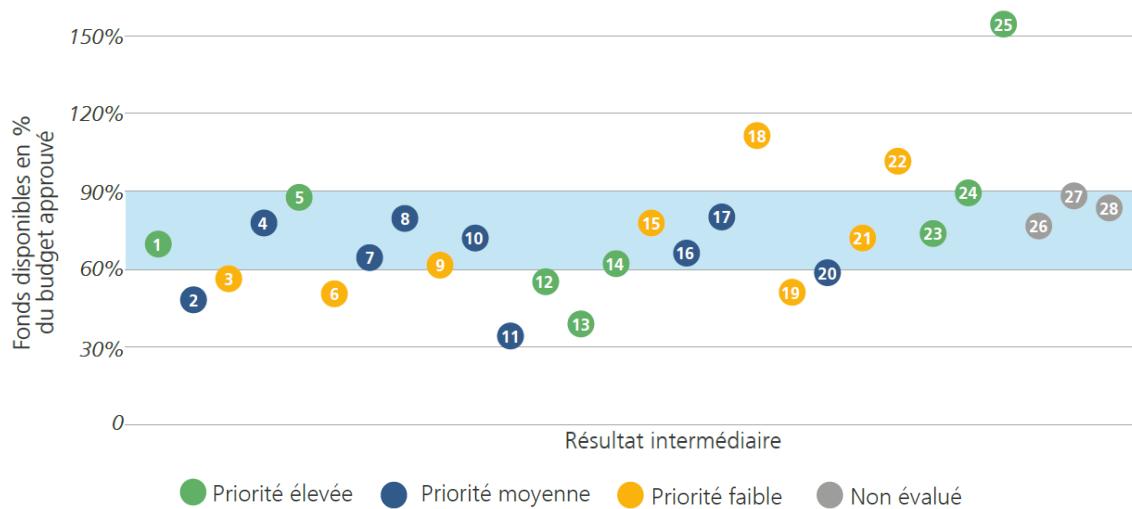
228. À la fin de la période biennale 2020-2021, les fonds disponibles pour les programmes de base se montaient à \$479 millions, dont 92 % ont été exécutés.

229. Une analyse plus approfondie par résultat intermédiaire montre que les niveaux de financement absolus et relatifs varient grandement selon les éléments couverts par les programmes de base, comme le montre la figure 6. Sur les 28 résultats intermédiaires, trois ont été surfinancés par rapport à leur budget approuvé : RIT 25 (Détection des urgences sanitaire et riposte), avec \$13,6 millions (155 %), RIT 18 (Déterminants sociaux et environnementaux), avec \$1,5 million (112 %) et RIT 22 (Recherche, éthique et innovation pour la santé), avec \$29 000 (101 %). Néanmoins, 17 des résultats intermédiaires ont été financés à hauteur de 60 à 90 %, et huit résultats intermédiaires à moins de 60 %.

230. Les résultats intermédiaires pour lesquels le pourcentage de financement est le plus faible sont RIT 11 (Protection financière renforcée), avec 34 % de son budget approuvé, RIT 13 (Facteurs de risque des MNT), avec 39 % et RIT 2 (La santé tout au long du parcours de vie), avec 48 %. Le sous-financement observé s’explique notamment par la forte affectation de certaines contributions volontaires et l’intérêt limité des donateurs pour certains domaines prioritaires. En raison de la nature intégrée des résultats intermédiaires dans ce Plan stratégique, le financement de certains résultats intermédiaires aurait soutenu la mise en œuvre d’activités dans le cadre d’autres résultats intermédiaires (par exemple,

Facteurs de risque des MNT). Il convient toutefois de noter que certains résultats intermédiaires ont été surbudgétisés, comme ce fut le cas du résultat intermédiaire 2 (La santé tout au long du parcours de vie). Cette situation spécifique a été prise en compte dans le budget programme 2022-2023.

Figure 6. Niveau de financement des résultats intermédiaires en pourcentage de leur budget approuvé

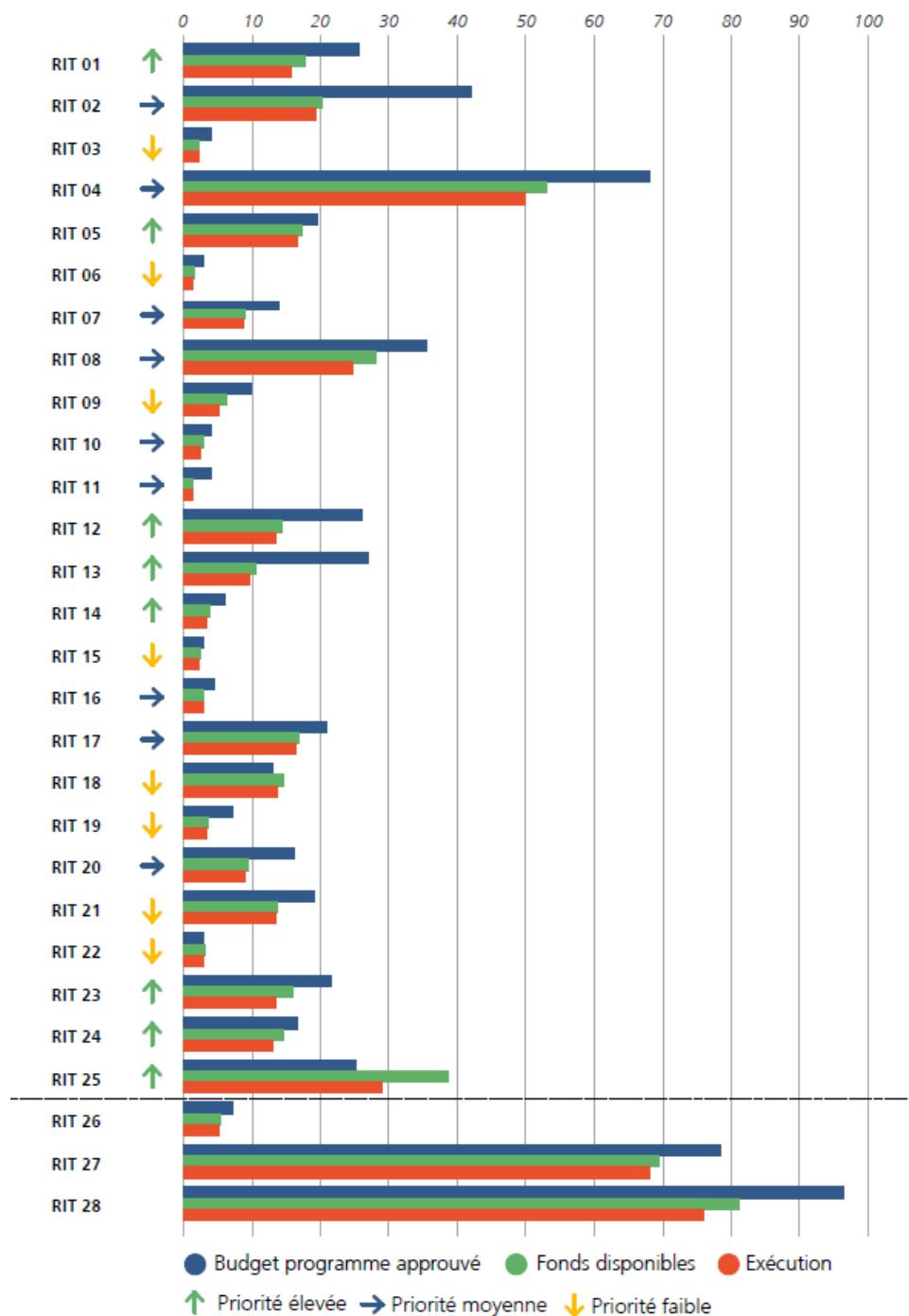


231. Comme on s'y attendait, il y a eu une corrélation directe entre les fonds disponibles et l'exécution, mesurée par rapport aux budgets approuvés. Les résultats intermédiaires pour lesquels le niveau de financement est élevé ont un niveau d'exécution élevé. En fait, le résultat intermédiaire 4 (Capacité de réponse aux maladies transmissibles), le résultat intermédiaire 27 (Leadership et gouvernance) et le résultat intermédiaire 28 (Gestion et administration) avaient les niveaux les plus élevés de financement et d'exécution. En conséquence, le déficit de financement correspondant à ces résultats intermédiaires était faible (entre 12 et 22 %). En revanche, le résultat intermédiaire 6 (Capacité de réponse en cas de violence et de traumatismes) et le résultat intermédiaire 11 (Protection financière renforcée) présentaient les plus faibles niveaux d'exécution, un financement limité et des déficits de 49 % et 66 %, respectivement. Dans le cas du résultat intermédiaire 25 (Détection des urgences sanitaire et riposte), du résultat intermédiaire 18 (Déterminants sociaux et environnementaux) et du résultat intermédiaire 22 (Recherche, éthique et innovation pour la santé), qui ont reçu des fonds supérieurs à leur budget approuvé, les niveaux d'exécution étaient respectivement de 116 %, 105 % et 96 % de leur budget approuvé.

232. Lorsque l'exécution est mesurée par rapport aux fonds disponibles, comme le montre la figure 7, 21 des 28 résultats intermédiaires (75 %) ont dépassé 90 % d'exécution, et six résultats intermédiaires (21 %) se situaient entre 80 % et 90 %. Seul le résultat intermédiaire 25 a été exécuté à moins de 80 % de ses fonds disponibles, atteignant 75 %, ce qui s'explique en partie par le report d'une partie de son financement en 2022. Les deux autres résultats intermédiaires surfinancés ont été exécutés à 94 % dans le cas du résultat

intermédiaire 18 (Déterminants sociaux et environnementaux) et à 95 % pour le résultat intermédiaire 22 (Recherche, éthique et innovation pour la santé).

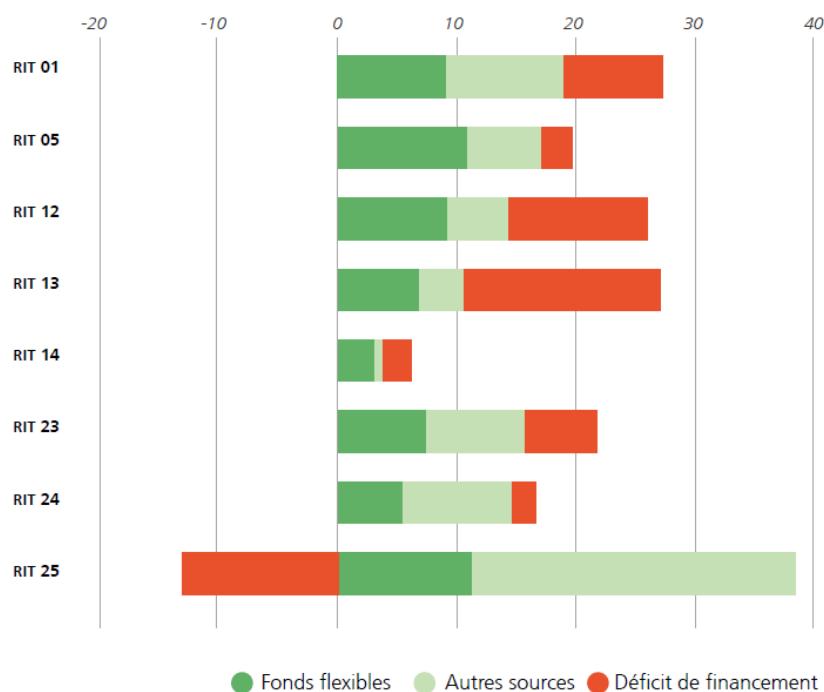
**Figure 7. Budget programme de l'OPS 2020-2021 :
Fonds approuvés, disponibles et exécutés, par résultat intermédiaire
(en millions US\$)**



233. La figure 8 présente le niveau de financement des résultats intermédiaires définis comme les plus prioritaires par les États Membres dans le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. L'OPS s'efforce de réduire les déficits de financement dans les résultats intermédiaires hautement prioritaires, en utilisant des fonds plus flexibles lorsque cela est nécessaire, et de soutenir les thématiques transversales et les fonctions de leadership, de gouvernance et d'appui de l'OPS qui ne sont pas financées par les contributions volontaires. À titre d'illustration, la figure 8 présente un résumé des niveaux budgétaires approuvés, des fonds disponibles par principal type de fonds et des déficits de financement par résultats intermédiaires hautement prioritaires, tels que définis avec les États Membres pour la période biennale 2020-2021.

234. Le résultat intermédiaire 12 (Facteurs de risque des maladies transmissibles) et le résultat intermédiaire 5 (Accès aux services de santé pour les MNT et les troubles mentaux) se situent au premier rang de priorisation et sont deux des résultats intermédiaires techniques qui ont reçu le montant le plus élevé de financement flexible. Néanmoins, compte tenu de la dépendance à l'égard du financement flexible pour de nombreux autres résultats intermédiaires et de l'insuffisance des contributions volontaires pour certains autres résultats intermédiaires, l'Organisation n'a pas été en mesure de combler complètement les déficits de financement pour tous les résultats intermédiaires hautement prioritaires (niveau 1). Les déficits pour le résultat intermédiaire 13 (Facteurs de risque des MNT), le résultat intermédiaire 12 (Facteurs de risque des maladies transmissibles), le résultat intermédiaire 14 (Malnutrition) et le résultat intermédiaire 1 (Accès à des services de santé complets et de qualité) étaient respectivement de 61 %, 45 %, 38 % et 30 % de leurs budgets approuvés. Néanmoins, il est important de noter qu'étant donné la nature interprogrammatique du budget programme, le financement d'un résultat intermédiaire peut compenser le manque de financement d'un autre, contribuant ainsi aux priorités existantes de l'OPS de manière intégrée.

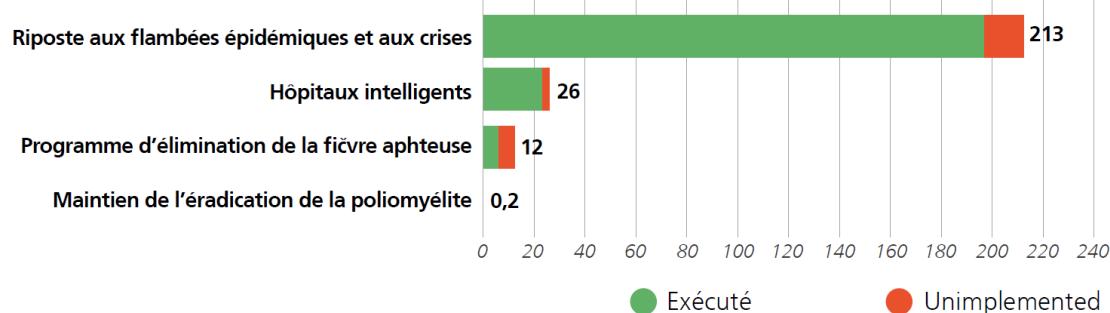
Figure 8. Budget programme de l'OPS 2020-2021 : fonds approuvés et disponibles pour la mise en œuvre des résultats intermédiaires hautement prioritaires, par type de fonds (en millions US\$)



Programmes spéciaux

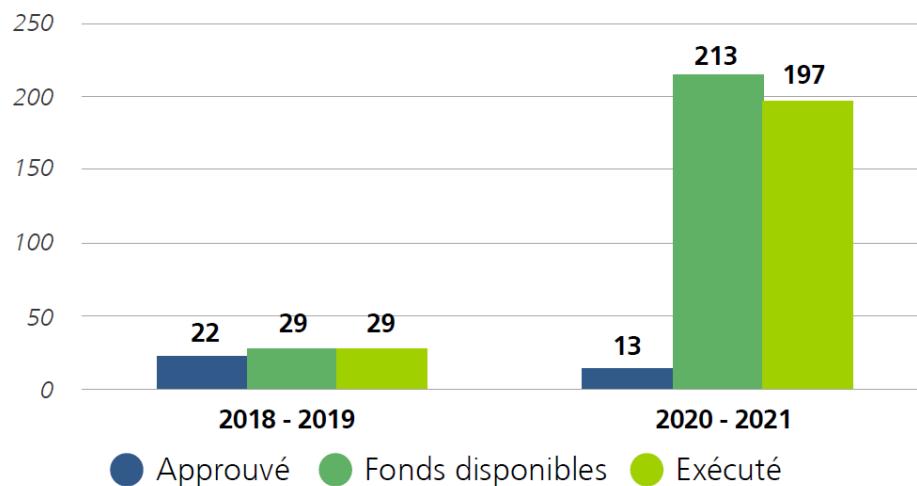
235. Comme défini dans le budget programme de l'OPS 2020-2021 approuvé, le segment des programmes spéciaux est considéré à titre indicatif, étant donné l'incertitude quant aux besoins et au financement de ce segment lorsque le budget programme a été élaboré et approuvé. En raison de la pandémie de COVID-19, l'OPS a reçu beaucoup plus que le montant indicatif approuvé pour la période biennale (\$30 millions). Le financement disponible pour les programmes spéciaux s'élevait à \$251 millions en 2020-2021, dont \$213 millions (85 %) se sont concentrés sur la riposte aux flambées épidémiques et aux crises, mobilisés pour répondre à la pandémie. L'initiative Hôpitaux intelligents représentait 10 % (\$26 millions), et les 5 % restants (\$12 millions) ont financé l'éradication de la fièvre aphteuse. Le montant reçu pour le maintien de l'éradication de la poliomyélite était de \$200 000 (figure 9).

**Figure 9. Programmes spéciaux : Fonds disponibles et exécution
(en millions US\$)**



236. La figure 10 illustre le financement disponible et la mise en œuvre de la composante riposte aux flambées épidémiques et aux crises uniquement, sur deux périodes biennales : 2018-2019 et 2020-2021. En 2020-2021, la riposte aux flambées épidémiques et aux crises était estimée à titre indicatif à \$13 millions. Cependant, en raison de la pandémie de COVID-19, l'OPS a reçu un total de \$213 millions pour cette composante, soit plus de sept fois le montant des fonds disponibles pour la riposte aux flambées épidémiques et aux crises en 2018-2019. En 2020-2021, 92 % des fonds disponibles ont été exécutés. La plupart des fonds mobilisés pour la riposte aux flambées épidémiques et aux crises en 2020-2021 étaient des fonds liés à la COVID-19, qui ont été alloués pour la plupart dans le segment des programmes spéciaux du budget. Outre la COVID-19, les fonds pour la riposte aux flambées épidémiques et aux crises ont soutenu les efforts de l'OPS pour maintenir une réponse humanitaire efficace face à la situation au Venezuela et aux ouragans en Amérique centrale, au tremblement de terre en Haïti et à d'autres urgences dans la Région.

**Figure 10. Riposte aux flambées épidémiques et aux crises :
vue d'ensemble du budget, des fonds disponibles et de l'exécution
(en millions US\$)**



237. Le cas des fonds reçus pour répondre à la pandémie de COVID-19 mérite une attention particulière. Au total, le budget programme 2020-2021 de l'OPS a reçu \$232 millions à cette fin. La plupart de ces fonds (\$194 millions, soit 84 %) ont financé le segment des programmes spéciaux du budget programme. Le reste (\$38 millions, soit 16 %) a été reçu pour compléter le financement des programmes de base et a contribué à la riposte intégrée à la pandémie. Cela a ainsi permis de poursuivre la coopération technique en se concentrant sur la protection des services de santé essentiels dans la Région. De nombreux plans ont été adaptés pour permettre à l'Organisation d'être à la hauteur de ce moment historique tout en continuant à respecter les engagements définis par les États Membres dans le budget programme.

238. En outre, \$16 millions ont été exécutés par le biais de contributions volontaires nationales dans des pays tels que Haïti, le Honduras, le Nicaragua et la République dominicaine. Ces fonds ne relèvent pas du budget programme mais sont liés aux urgences sur le plan programmatique.

Principales sources de financement pour 2020-2021

239. Comme décrit dans le budget programme de l'OPS 2020-2021 approuvé, le budget programme a été financé par : *a)* les contributions fixées provenant des États Membres, des États participants et des Membres associés, *b)* les recettes diverses budgétisées (par exemple, les intérêts perçus sur les dépôts bancaires), *c)* les contributions volontaires de l'OPS, *d)* le financement alloué par l'Organisation mondiale de la Santé à la Région des Amériques (composé à la fois du financement flexible de l'OMS et des contributions volontaires et *e)* d'autres sources de financement de l'OPS, y compris les fonds spéciaux.

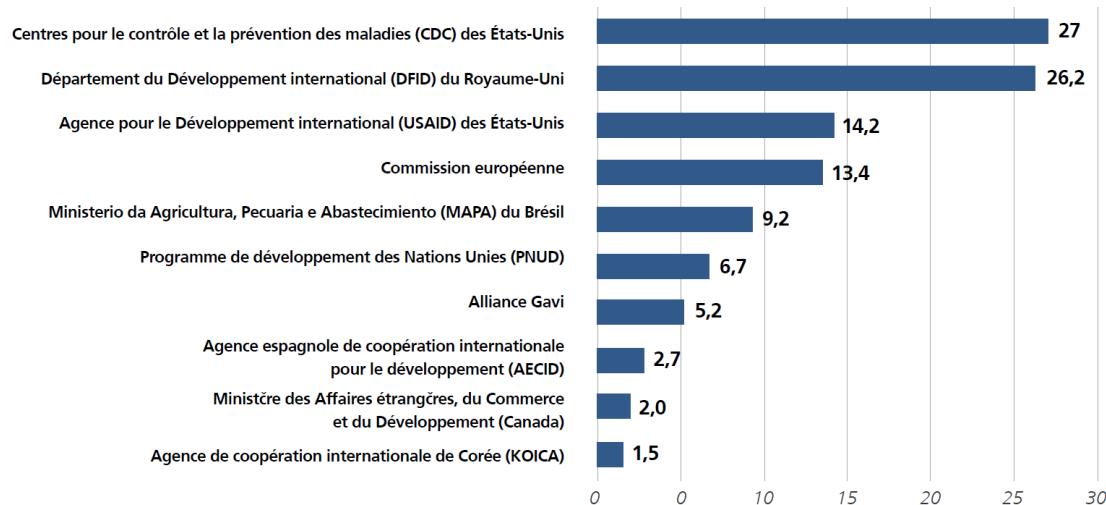
240. **Les contributions fixées et les recettes diverses budgétisées** ont représenté 33 % du total des fonds devant financer le budget programme. Étant donné que les contributions fixées de l'OPS sont considérées comme des engagements financiers des États Membres, elles sont comptabilisées comme des « fonds disponibles » en totalité au début de la période biennale. Cependant, l'OPS a besoin que les États Membres les versent en temps voulu afin de répondre aux engagements du budget programme approuvé et de ses plans opérationnels.

241. En 2020, l'OPS a connu une crise financière due à un retard dans le paiement des contributions fixées de plusieurs États Membres, ce qui a créé une incertitude financière et un retard dans l'exécution. Cette situation, aggravée par les effets de la pandémie de COVID-19, a contraint le BSP à mettre en place des mesures de maîtrise des coûts et à reprogrammer les plans de travail pour préserver sa capacité opérationnelle de base. Ces mesures, dont la plupart ont été supprimées au début de 2021, comprenaient un plan de ressources humaines réduit pour la période biennale 2020-2021, avec un gel de tous les postes vacants et des réductions des fonds pour les activités et le personnel à court terme. Grâce aux mesures prudentes et adaptatives mises en place par la Haute direction, à la détermination et à l'engagement du personnel, à la collaboration entre les trois niveaux de l'OPS, à l'augmentation de la mobilisation des ressources et au plaidoyer auprès des États Membres, l'Organisation a pu traverser ces tempêtes. Ces efforts ont permis à l'OPS de

continuer à s'acquitter de ses mandats tout en renforçant sa résilience pour l'avenir, en atteignant un haut niveau de performance.

242. Les efforts de mobilisation des ressources ont permis d'obtenir \$210,6 millions de **contributions volontaires de l'OPS** au cours de la période 2020-2021, même si certains de ces fonds correspondent à des accords pluriannuels qui vont au-delà de cette période biennale spécifique. Comme le montre la figure 11, 86 % de l'ensemble des contributions volontaires disponibles pour exécution en 2020-2021 proviennent de 10 donateurs de l'OPS. Le BSP apprécie grandement la confiance de ses partenaires et leur engagement à soutenir le budget programme ; dans le même temps, elle appelle à une plus grande flexibilité des fonds et un meilleur alignement stratégique sur les priorités telles qu'elles sont définies dans les mandats de l'Organisation. Par rapport à la période biennale 2018-2019, la contribution des 10 principaux donateurs a augmenté de 45 % (\$33,5 millions) en 2020-2021.

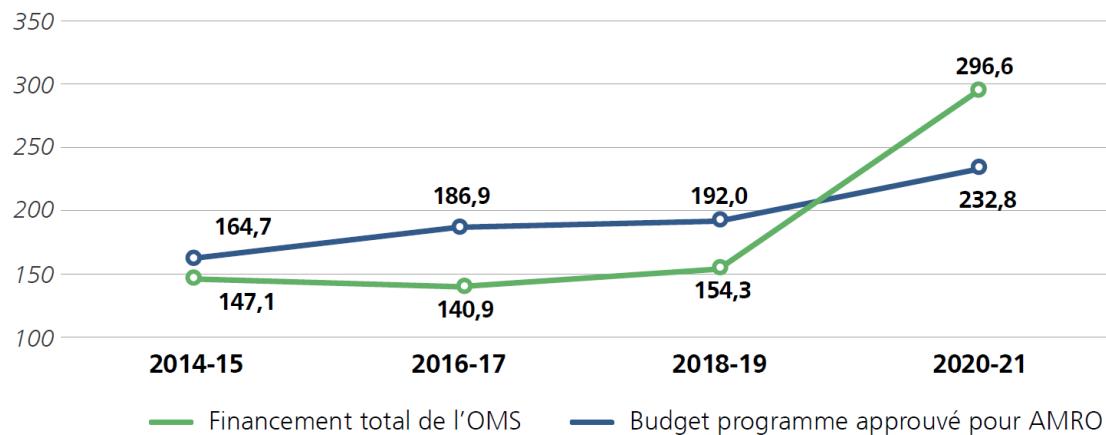
Figure 11. Dix principaux donateurs au budget programme de l'OPS 2020-2021 (en millions US\$)



243. Le financement reçu au titre de l'**allocation de l'OMS au bureau régional pour les Amériques (AMRO)** a atteint \$296,6 millions en 2020-2021. C'était 27 % de plus que le budget initialement approuvé pour AMRO et le niveau de financement le plus élevé des quatre dernières périodes biennales (figure 12). Sur ce total, 35 %, soit \$105,3 millions, étaient des fonds flexibles,¹⁹ et \$191,3 millions correspondaient à des contributions volontaires de l'OMS, dont la plus grande part, \$148,9 millions, était allouée aux urgences.

¹⁹ Ce chiffre considère les contributions volontaires de base de l'OMS comme faisant partie de l'allocation de financement flexible aux Amériques.

Figure 12. Niveau du budget approuvé par l'OMS pour AMRO et financement fourni (en millions US\$)



Note : « Budget programme approuvé pour AMRO » fait référence au volant budgétaire du budget programme de l'OMS qui a été attribué à la Région des Amériques. Il peut ou non être entièrement financé.

244. Les **autres sources** du budget programme 2020-2021 comprennent les recettes de l'OPS provenant des coûts d'appui aux programmes et tous les autres fonds spéciaux de l'OPS qui financent le budget programme. Ceux-ci représentaient \$245 millions de fonds disponibles en 2020-2021, et 58 % de ces fonds étaient destinés à financer la riposte aux flambées épidémiques et aux crises dans les programmes spéciaux. Il est important de noter qu'une partie de ces fonds a été utilisée pour couvrir le déficit de contributions fixées auquel le BSP a dû faire face en 2020.

245. Bien qu'elles ne fassent pas partie du budget programme de l'Organisation, les initiatives parrainées par les gouvernements, connues sous le nom de **contributions volontaires nationales (CVN)**, constituent une modalité de financement importante qui complète le financement de la coopération technique de l'OPS au niveau des pays. Les gouvernements nationaux fournissent des CVN pour financer des initiatives spécifiques dans les pays qui sont alignées sur les mandats techniques existants de l'OPS. Comme les fonds du budget programme, les CVN sont strictement gérées conformément au règlement financier et aux règles financières de l'OPS ; elles sont régulièrement auditées et font l'objet de rapports dans les états financiers. Cette modalité de financement devient de plus en plus importante pour la coopération technique de l'OPS dans de nombreux pays qui ne sont pas admis à bénéficier des contributions volontaires traditionnelles en raison de leur niveau de développement économique. Les réalisations programmatiques auxquelles les CVN contribuent sont rapportées dans le cadre des résultats globaux de l'Organisation. En 2020-2021, les CVN ont surtout contribué au résultat intermédiaire 4 (Capacité de réponse aux maladies transmissibles), au résultat intermédiaire 8 (Accès aux technologies de la santé), au résultat intermédiaire 23 (Préparation aux urgences sanitaires et réduction des risques) et au résultat intermédiaire 25 (Détection des urgences sanitaire et riposte).

246. Les CVN doivent être conformes au Plan stratégique de l'OPS et aux stratégies de coopération avec les pays. Cependant, le niveau de ces fonds n'est pas facile à prévoir d'une période biennale à l'autre. Le tableau 1 énumère les gouvernements qui ont utilisé cette modalité de coopération technique et de financement en 2018-2019 et 2020-2021. Par rapport à la période biennale précédente, cinq gouvernements supplémentaires ont pu mettre en œuvre des fonds par l'intermédiaire de l'OPS au cours de 2020-2021 : le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua et le Venezuela. Cela témoigne d'une expansion des activités de l'OPS dans la Région. Il est important de noter que les CVN ne suivent pas les calendriers des budgets programmes et que, par conséquent, les montants financés au cours de la période 2020-2021 ne sont souvent pas destinés à être pleinement exécutés au cours de cette même période. C'est le cas pour des pays comme la Jamaïque et Trinité-et-Tobago, qui ont signé des CVN à la fin de 2021 pour une exécution en 2022-2023.

Tableau 1. Contributions volontaires nationales versées à l'OPS et exécutées lors des périodes biennales 2018-2019 et 2020-2021 (US\$)

Gouvernement	Exécuté 2018-2019	Exécuté 2020-2021
Argentine	1 655 751	3 404 330
Brésil	109 791 250	87 959 929
Chili	13 083	-
Colombie	1 279 441	199 413
Costa Rica	739 001	886 687
Équateur	52 810	27 626
Guatemala	142 894	-
Guyana	-	101 458
Haïti	-	6 250 590
Honduras	-	754 042
Îles Vierges britanniques	148 627	161 726
Mexique	2 270 748	1 633 607
Nicaragua	-	883 199
Panama	530 263	533 948
Paraguay	43 389	70 611
République dominicaine	15 024 133	14 575 160
Trinité-et-Tobago	303 036	-
Uruguay	88 700	4 173
Venezuela	-	10 576 782
Total des CVN	132 083 126	128 023 281

VI. Analyse des risques

247. Les risques et les opportunités institutionnels ont été identifiés dans le cadre du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 et, pour cette raison, il n'a pas été nécessaire d'établir les risques séparément pour la période biennale 2020-2021. Dans le Plan stratégique, 11 risques clés ont été identifiés, de même que leurs impacts négatifs potentiels sur la réalisation des résultats intermédiaires du Plan. Les outils permettant d'atténuer ces risques ont été notés.

248. Le contexte dans lequel l'Organisation a mené ses activités au cours de la période biennale 2020-2021 a été caractérisé par l'urgence de la pandémie de COVID-19, une situation particulièrement difficile pour l'OPS. La pandémie a mis à l'épreuve les fonctions de base de l'Organisation dans de multiples domaines, y compris les achats, la gestion de la continuité des activités, la durabilité du financement et, ce qui est tout aussi important, la capacité de l'OPS à soutenir la riposte d'urgence et à entreprendre une coopération technique pertinente avec les États Membres. Il convient de souligner que la mise en œuvre des activités du BSP a maintenu les plus hauts niveaux de responsabilité dans un environnement où les niveaux de risque augmentent en raison de l'instabilité de la situation sociale, politique et économique dans les États Membres de l'OPS.²⁰ Aujourd'hui encore, l'évolution de la pandémie de COVID-19 dans la Région reste très incertaine. Cela signifie que le contrôle de la pandémie dans la Région continuera à nécessiter une réponse globale avec des capacités soutenues du réseau de services de santé, des mesures sociales et de santé publique durables, des opérations de vaccination ciblées et des actions de contrôle des flambées épidémiques, y compris la détection précoce, l'investigation et l'isolement des cas, ainsi que la recherche et la mise en quarantaine des contacts.

249. Alors que la pandémie se propageait, le BSP a dû faire face à une menace sans précédent pour la solidarité panaméricaine et pour l'existence même de l'institution. En raison du non-paiement des contributions fixées par plusieurs États Membres et de certaines contributions volontaires, l'Organisation s'est retrouvée au bord de l'insolvabilité. Une session spéciale du Comité exécutif s'est tenue virtuellement pour permettre aux États Membres de suivre la situation et de fournir des orientations sur les questions liées à la situation financière interne et à la réponse à l'urgence. Néanmoins, la situation critique a stimulé la gestion du changement. Une fois que les plans de continuité des activités de chaque lieu d'affectation ont été activés, des orientations administratives ont été fournies et ont fait l'objet d'un suivi régulier.

250. La réalité à laquelle l'Organisation a été confrontée au cours de la période 2020-2021 a montré que le système de gestion du risque institutionnel mis en œuvre par le BSP, qui vise à accroître la transparence et à améliorer la gouvernance et la responsabilité, fait partie intégrante des opérations et de la prise de décisions du BSP. Il s'agit également de composantes essentielles de la gestion axée sur les résultats. L'approche de la gestion des risques, qui tient compte des 11 risques clés identifiés pour la mise en œuvre du Plan

²⁰ Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes, 1^{er} janvier-31 décembre 2020 (*Document officiel 362*), Washington, DC : OPS, 2020.

stratégique de l'OPS, accroît la capacité de gestion, tire parti des ressources et des connaissances du personnel pour mieux informer la Haute direction, et optimise la performance de l'Organisation et donc l'obtention de résultats.

251. En raison des conditions particulières de la période biennale 2020-2021, les risques ont systématiquement fait l'objet d'un suivi, et ils ont été examinés et priorisés, y compris le niveau de tolérance au risque.²¹ Ils ont fait l'objet d'un rapport dans le cadre de la déclaration de contrôle interne qui fait partie du rapport financier du Directeur et du rapport du Commissaire aux comptes.

252. Les informations contenues dans le registre des risques institutionnels sont examinées régulièrement, et les principales conclusions sont communiquées à la Haute direction dans le cadre du processus de suivi et d'évaluation de la performance institutionnelle. La liste des risques a été examinée et priorisée avec le Comité permanent sur la gestion du risque institutionnel et la mise en conformité de l'OPS et avec la Haute direction dans le but d'assurer un suivi des stratégies d'atténuation et de préparer le budget programme 2022-2023. L'examen et l'exercice de priorisation ont tenu compte d'aspects tels que l'utilisation des risques en tant qu'opportunités potentielles, les implications programmatiques et financières, l'identification des risques nouveaux et émergents et les décisions visant à renforcer la culture organisationnelle du risque. Sur la base de cet exercice, le concept de niveau de tolérance a été intégré au registre des risques institutionnels afin de renforcer le lien entre les contrôles internes et les risques, et des questions spécifiques liées à l'utilisation du registre des risques institutionnels sont incluses dans l'enquête trimestrielle sur la conformité pour les gestionnaires de centres de coûts.

253. Le tableau 2 présente les principaux domaines de risque gérés au cours de la période 2020-2021. Les mesures d'atténuation sont décrites ci-dessous et s'appliquent à un ou plusieurs risques.

²¹ Système des Nations Unies, Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination, Guidelines on Risk Appetite Statements (final), 38^e session du Comité de haut niveau sur la gestion (document CEB/2019/HLCM/26, 15 et 16 octobre 2019). Annexe 1 : La tolérance au risque est le « niveau acceptable de variation qu'une entité est prête à accepter concernant la poursuite de ses objectifs. » Page 23 : « Les tolérances au risque peuvent également être définies comme des seuils quantitatifs qui attribuent l'appétit pour le risque de l'organisation à des types de risques, des unités opérationnelles, des activités et des segments spécifiques, ainsi qu'à d'autres niveaux. Certaines tolérances au risque sont des limites stratégiques qui ne doivent pas être dépassées sauf dans des circonstances extraordinaires (limites strictes), tandis que d'autres tolérances au risque sont des repères ou des points de déclenchement pour l'examen et l'atténuation des risques (limites souples). Alors que l'appétit pour le risque est une détermination stratégique fondée sur des objectifs à long terme, la tolérance au risque peut être considérée comme une disposition tactique à supporter un risque spécifique dans le cadre de paramètres établis. »

Tableau 2. Principaux domaines de risque et portée gérés au cours de la période 2020-2021

Domaine de risque	Portée
Dépendance à l'égard des États Membres et nécessité d'assurer le financement des engagements financiers de ces derniers ²²	<ul style="list-style-type: none"> Non-respect par certains États Membres de leurs engagements financiers (contributions fixées) Ressources insuffisantes ou baisse des investissements pour mettre en œuvre et réaliser le Plan stratégique de l'OPS, y compris les fonds provenant des mécanismes de contributions volontaires. Effondrement ou crise de la gouvernance qui peut retarder le respect des obligations financières ou faire dérailler le développement des programmes.
Capacité à répondre aux besoins des États Membres grâce à la mobilisation des ressources, des partenaires et des donateurs.	<ul style="list-style-type: none"> Manque de diversification des partenaires et des donateurs Absence d'élaboration et de mise en œuvre de plans de mobilisation des ressources
Non-respect de la continuité des activités et du devoir de diligence envers le personnel du BSP pendant la pandémie.	<ul style="list-style-type: none"> Non-respect des protocoles de sécurité sur le lieu de travail destinés à assurer la santé et le bien-être du personnel Absence de plans de continuité des activités actualisés dans les lieux d'affectation de l'OPS
Incapacité à répondre rapidement aux besoins des États Membres en cas d'urgence et de catastrophe (flambées épidémiques et événements naturels)	<ul style="list-style-type: none"> Incapacité à fournir un soutien et une coopération technique adéquats aux États Membres en cas de flambées épidémiques, de pandémies ou de nouvelles maladies (pandémie de COVID-19) Incapacité à renforcer et à soutenir des systèmes de santé réactifs et adaptatifs face aux risques liés à la situation pandémique actuelle. Absence de système de suivi dans la Région pour les vagues et les flambées épidémiques récurrentes. Incapacité à rendre les vaccins COVID-19 accessibles de manière efficace et équitable et à atteindre une couverture appropriée de la population.
Priorités nationales concurrentes qui réduisent l'attention accordée aux priorités en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> Ampleur croissante de l'urgence de la COVID-19 et de nouvelles crises humanitaires susceptibles d'affecter les résultats en matière de santé. Systèmes d'information avec des données ventilées limitées et très peu de données sur les déterminants sociaux de la santé

²² Règlement financier et règles financières de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Dans le Règlement financier (dernière mise à jour approuvée par la résolution CD58.R7, 29 septembre 2020), l'article IV, par. 4.4, fait référence à l'obligation légale des États Membres de mettre à disposition les contributions fixées pour exécution le premier jour de l'exercice budgétaire auquel elles se rapportent.

Domaine de risque	Portée
Préparation de l'infrastructure des système ou technologique pour soutenir la transformation numérique	<ul style="list-style-type: none"> Ressources insuffisantes pour développer des applications destinées à la modernisation du lieu de travail et à la continuité des activités Lacunes en matière de cybersécurité
Réputation du BSP	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de fraude, de conflit d'intérêts ou de mauvaise conduite

254. Pour gérer les risques, plusieurs mesures d'atténuation sont intégrées dans le programme de travail régulier des propriétaires des risques et sont régulièrement suivies par le Programme de gestion des risques institutionnels, le Comité permanent sur la gestion du risque institutionnel et la mise en conformité, l'équipe de la Haute direction et d'autres entités. L'éventail des mesures d'atténuation, avec des niveaux et des dimensions différents, comprend l'élaboration ou la révision des politiques et des procédures, la confirmation régulière de la conformité dans le cadre de processus opérationnels spécifiques, le suivi de la mise en œuvre des accords avec les donateurs, la formation pour renforcer les capacités internes dans plusieurs domaines de travail, les processus consultatifs réguliers et ad hoc avec les États Membres, le maintien de la communication avec les parties prenantes internes et externes concernant les progrès et les défis du BSP, le suivi de la mise en œuvre de la réponse du BSP pendant la situation d'urgence et le devoir de diligence, ainsi que la réalisation d'évaluations ou d'audits.

255. Aux fins du présent rapport, les mesures d'atténuation peuvent être classées selon le niveau d'intervention : stratégiques ou opérationnelles/techniques. La nature de l'atténuation des risques peut être technique, financière, politique ou administrative. Cependant, il est important de souligner que la compréhension générale des mesures d'atténuation est fondée sur les causes profondes des risques identifiés, les interactions des risques dues à des causes communes et la portée de l'Organisation en termes de mandat, de cadre de gouvernance, et de politiques actuelles en place. Voici quelques-unes des principales mesures d'atténuation communiquées par les entités du BSP :

Mesures d'atténuation stratégiques :

- Consulter régulièrement les États Membres et promouvoir le dialogue pour trouver des solutions régionales, en respectant les besoins et les priorités spécifiques des pays.
- Maintenir des canaux de communication ouverts et tenir les parties prenantes internes et externes continuellement informées des progrès et des défis.
- Promouvoir le dialogue et la solidarité entre les pays pour réduire les iniquités et mieux répondre aux risques émergents.
- Mener un plaidoyer au niveau national pour le financement de la santé.

- e) Accroître le rôle des bureaux de représentant de l'OPS/OMS et des directeurs des départements régionaux à l'appui du dialogue politique de haut niveau pour garantir l'engagement des États Membres et des partenaires, en donnant la priorité aux programmes de santé axés sur l'équité en matière de santé.
- f) Créer et promouvoir des possibilités de collaboration entre les États Membres, les agences des Nations Unies et d'autres organisations non gouvernementales.
- g) Plaider pour un renforcement et un financement continu au niveau national de la première ligne de riposte aux situations d'urgence.
- h) Continuer à plaider en faveur de l'investissement et de la mise à niveau des systèmes d'information intégrés pour la santé ayant la capacité de produire et d'analyser des données sur la santé ventilées.

Mesures d'atténuation opérationnelles ou techniques :

- a) Suivre le recouvrement des contributions fixées et continuer à explorer les mécanismes permettant d'accroître le recouvrement en temps voulu des contributions fixées.
- b) Identifier les autres ressources et mécanismes de financement dont dispose l'Organisation.
- c) Améliorer la gouvernance des projets financés par des contributions volontaires (en renforçant les enseignements tirés, la gestion des risques et la gestion des projets).
- d) Fournir une coopération technique pour renforcer *i)* le leadership, le rôle directeur et la gouvernance, *ii)* les renseignements sur les épidémies, *iii)* les systèmes de santé et les réseaux de prestation de services, *iv)* les opérations d'urgence et la chaîne d'approvisionnement. Soutenir les États Membres dans l'achat de vaccins anti-COVID et de fournitures de santé publique dans le cadre du Fonds renouvelable et du Fonds stratégique.
- e) Suivre la mise en œuvre au niveau national du Règlement sanitaire international (RSI) et l'accélération par les États Membres des actions visant à renforcer les systèmes d'information pour la santé.
- f) Adopter des solutions numériques pour l'accès en temps opportun (proche du temps réel) à des données ventilées afin d'étayer la prise de décisions pour répondre à la pandémie de COVID-19.
- g) Adapter les politiques pour permettre à l'Organisation de s'acquitter de son mandat dans un environnement qui favorise la reddition de comptes, un lieu de travail respectueux et le devoir de diligence.
- h) Assurer le suivi pour s'assurer que les accords avec les donateurs sont mis en œuvre intégralement et dans les délais, et renforcer les capacités internes en matière de gestion de projets et de collaboration avec les donateurs.
- i) Continuer à générer des gains d'efficacité dans l'exécution budgétaire.

- j) S'assurer que les procédures opérationnelles normalisées du BSP sont en place pour organiser les équipes de soutien en cas de flambées épidémiques, de catastrophes ou d'autres urgences déclarées.
- k) Suivre, apprendre et adapter la gestion de la continuité des activités pour tous les lieux d'affectation du BSP afin de soutenir le devoir de diligence et la riposte à la COVID-19 et de maintenir la présence de l'Organisation en matière de coopération technique.
- l) Maintenir et mettre à jour le programme de sécurité de l'information et former le personnel du BSP pour sensibiliser aux procédures de sécurité de l'information et assurer la mise en conformité avec ces procédures.

VII. Enseignements tirés et recommandations

Vue d'ensemble

256. La période biennale 2020-2021 restera dans les mémoires comme l'une des périodes les plus critiques des 120 premières années de l'OPS. Par conséquent, documenter les enseignements tirés au cours de cette période et identifier les recommandations sur la façon d'aller de l'avant devient plus pertinent que jamais. Bien que ces enseignements soient fondés sur l'expérience de l'OPS au cours de la période biennale 2020-2021, ils doivent être considérés dans le contexte plus large des différents examens qui ont lieu aux niveaux national, infrarégional, régional et mondial. Bien que l'impact de la pandémie de COVID-19 ne se soit pas encore pleinement fait sentir, ce rapport contient des éclairages importants sur la façon dont l'OPS a fait face à la pandémie et à la crise financière tout en avançant au cours de la première période biennale du Plan stratégique. Cet examen a pour objet de s'assurer qu'au cours de la période 2022-2023 et au-delà, alors que la Région adopte les objectifs de protéger, se remettre et construire pour renforcer, des actions sont élaborées qui tiennent compte des connaissances et de la compréhension acquises au cours des deux dernières années.

257. L'OPS a identifié des enseignements qui peuvent être considérés sous des angles multiples, avec des aspects politiques, stratégiques, techniques et de gestion, comme décrit ci-dessous. Les enseignements présentés ici comprennent des pratiques positives et innovantes qui devraient être encouragées pour améliorer la mise en œuvre des programmes et assurer l'obtention de résultats. Ils comprennent également des pratiques et des expériences négatives qui doivent être documentées et partagées pour éviter qu'elles ne se reproduisent alors que l'OPS poursuit la mise en œuvre du Plan stratégique 2020-2025 et du PASDA2030. L'examen reprend les enseignements tirés et les recommandations de l'évaluation interne réalisée par le BSP et pourra être mis à jour pour le rapport à la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine.

Aspects politiques

258. Si la pandémie nous a appris quelque chose, c'est que la santé ne peut être laissée en marge du développement. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les liens inextricables entre la santé, le développement social et l'économie, et les données probantes suggèrent que contrôler la crise sanitaire est la clé d'une reprise économique durable et équitable. La pandémie a permis de tirer d'importants enseignements sur les dimensions politiques et stratégiques de la santé et sur la nécessité de renforcer encore les capacités de l'OPS à analyser et à prévoir de manière proactive les scénarios et les tendances afin d'être mieux préparé. La capacité dont ont fait preuve les États Membres de l'OPS pour soutenir la riposte à la pandémie offre également l'occasion de s'engager dans une réflexion stratégique pour remodeler l'avenir de la coopération technique.

259. L'OPS a prouvé sa valeur cruciale pour les États Membres dans son rôle de catalyseur, de rassembleur et de coordinateur de confiance en période d'urgence sanitaire sans précédent. Tout en répondant à la pandémie de COVID-19, l'Organisation a

également agi pour protéger les services de santé essentiels en collaboration avec les États Membres et les partenaires et conformément à sa mission et à ses valeurs. Le leadership technique et la collaboration continue avec les autorités nationales ont été cruciaux pour permettre à l'Organisation de maintenir la validité de son mandat en tant qu'agence chef de file de la santé pour les Amériques et d'aider les pays à faire face à une urgence d'une telle ampleur et d'une telle durée. La communication stratégique a été tout aussi importante, en particulier le partage de données probantes et l'amélioration de la narration. Des conférences de presse régulières et des articles d'opinion ont eu un impact positif considérable sur la notoriété de l'OPS dans le monde entier et ont permis à l'Organisation d'élargir sa portée auprès de publics plus larges. Confrontée à une « infodémie » de désinformation et d'informations erronées autour de la COVID-19, l'OPS s'est attachée à élargir l'accès à des données et des informations actualisées et leur utilisation. En outre, des rapports annuels par pays sont produits pour mettre en lumière le travail et la valeur ajoutée de l'OPS au niveau des pays.

260. S'il est vrai que l'OPS en tant qu'institution a joué un rôle de premier plan dans la Région et dans le monde, les contributions aux forums mondiaux de la Région des Amériques, tant du BSP que des États Membres, ont été essentielles à la riposte à tous les niveaux. La coordination avec l'OMS s'est considérablement améliorée et a permis d'accroître l'accès aux projets de collaboration assortis de financements, de mises à jour et d'une participation aux initiatives mondiales, ainsi que l'accès aux expériences d'autres régions. De même, le travail conjoint avec d'autres agences, programmes et fonds du système des Nations Unies et d'autres organisations internationales a facilité la mobilisation de ressources financières et techniques supplémentaires. Les bureaux de représentant ont exercé un rôle de leadership constant et fort dans le système des Nations Unies au niveau des pays. La participation de l'OPS dans des partenariats multi-agences à tous les niveaux a été essentielle pour la riposte à la pandémie et a fourni des opportunités de mobilisation conjointe des ressources. Le plaidoyer et la présence dans les mécanismes mondiaux (l'Accélérateur ACT et les consortiums) se sont avérés très productifs et ont permis à l'OPS de positionner la Région pour le projet de transfert de la technologie de l'ARNm et d'autres projets.

261. Pour faire face aux grandes menaces pour la santé publique, il faut des institutions de santé publique fortes aux niveaux national et international, dotées de mandats clairs, de mécanismes de bonne gouvernance et de ressources financières et humaines adéquates. Les barrières à l'accès, la fragmentation et la segmentation des systèmes de santé doivent être résolues par des réformes stratégiques globales et une législation plus forte. Alors que la riposte à la pandémie se poursuit, les pays devront bientôt envisager une ère de développement post-COVID-19 dans laquelle ils donneront la priorité à la résilience, la développeront et l'intégreront dans les sociétés et les systèmes de santé, et continueront à progresser sur le plan des ODD. Les pays devront prioriser le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la santé universelle sur la base de la stratégie régionale pour des systèmes de santé résilients. La préparation et la riposte aux pandémies seront un élément clé de ce travail.

262. La coopération Sud-Sud, la coopération entre les pays pour le développement de la santé et les initiatives infrarégionales continuent de fournir des opportunités pour plaider en faveur du renforcement de la réponse des systèmes de santé, promouvoir les recommandations de l'OPS/OMS auprès des pays et accroître la collaboration avec les programmes nationaux tout en créant des espaces pour partager les expériences. La collaboration et la coordination entre les pays, les donateurs et les partenaires extérieurs sont encore plus essentielles dans un contexte de priorités concurrentes comme en témoigne, par exemple, la mise en œuvre rapide de stratégies et d'interventions en Amérique centrale dans le cadre de l'Initiative régionale pour l'élimination du paludisme et la mobilisation du soutien du Fonds mondial pour le Venezuela.

Recommandations

- a) Intensifier le plaidoyer en faveur de la santé aux plus hauts niveaux des gouvernements, en veillant à établir des liens entre la santé, l'économie, la protection sociale et la préparation et la riposte aux pandémies.
- b) Tirer parti de la visibilité que l'OPS a acquise dans le cadre de sa riposte à la COVID- 19 et l'élargir à d'autres domaines et publics (en particulier depuis que la fatigue de la pandémie s'installe).
- c) Continuer à fournir une coopération technique et un soutien pour promouvoir un positionnement plus élevé du secteur de la santé dans la préparation et la riposte aux urgences sanitaires, dans le but de placer la santé au centre de toutes les politiques.
- d) Utiliser la position unique de l'OPS en tant qu'agence chef de file de la riposte à la COVID-19 au sein du système interaméricain pour recueillir des renseignements stratégiques afin d'accroître l'influence de l'Organisation et d'identifier de nouvelles opportunités de partenariat.
- e) Évaluer l'efficacité de la riposte du BSP à la COVID-19 et élaborer des stratégies et des plans urgents pour réorienter la coopération technique du BSP dans un monde post-pandémie, en assurant une meilleure préparation pour la prochaine pandémie et en intensifiant les efforts pour atteindre la totalité des objectifs sanitaires de la Région.
- f) Plaider en faveur d'un investissement accru dans les ressources humaines et financières afin de faire connaître le rôle et les réalisations de l'Organisation et de relever les nouveaux défis politiques et diplomatiques dans le contexte politique changeant de la Région.
- g) Continuer à mettre en œuvre des initiatives qui favorisent la collaboration entre les pays de la Région et ses sous-régions.

Aspects stratégiques

263. Malgré les contraintes de la pandémie et de la crise financière, l'OPS a été en mesure de faire avancer de nombreuses activités planifiées au cours de la période biennale et de réaliser des progrès importants dans le programme de coopération technique. Cela a montré que même dans les situations d'urgence aiguës, il est possible de traiter de l'ensemble des questions de santé publique. L'OPS a su utiliser la pandémie comme point d'entrée pour plaider en faveur du renforcement des services de santé essentiels et des systèmes de santé et pour accélérer les actions sur les MNT, la santé mentale, la nutrition, les maladies transmissibles et les déterminants sociaux et environnementaux. L'agilité, la flexibilité, la réactivité et, dans certains cas, la redéfinition des priorités ont été plus importantes que jamais en tant qu'approches de la coopération technique. Dans le même temps, une diplomatie efficace en matière de santé et une collaboration régulière, systématique et persistante avec les autorités nationales à différents niveaux ont été essentielles pour assurer l'exécution des plans de travail et l'obtention des résultats souhaités.

264. Un travail intersectoriel solide continue d'être essentiel pour l'efficacité de la coopération technique de l'OPS. La coordination de haut niveau entre les secteurs a joué un rôle crucial pour endiguer et atténuer la pandémie. Il faut toutefois reconnaître que les gouvernements créent ou activent souvent des mécanismes intersectoriels en temps de crise, mais que ceux-ci sont dissous par la suite. Il est important de veiller à ce que ces mécanismes soient maintenus dans le temps afin de soutenir une approche de la Santé dans toutes les politiques. Par exemple, en ce qui concerne la réponse du système de santé à la violence et aux traumatismes, y compris l'accès en temps voulu à des soins d'urgence de qualité, il existe de nombreux défis et opportunités communs, et donc une possibilité de gains mutuels. Le moment est opportun pour donner une impulsion, dans la mesure où les gouvernements, les partenaires et les donateurs abordent de plus en plus ces sujets de manière coordonnée et intégrée, en tenant compte des domaines où ils se recoupent.

265. Les organisations de la société civile jouent un rôle clé dans l'effort déployé pour avancer sur le plan des priorités. Fournir un soutien technique étroit et des conseils à ces organisations peut contribuer à s'assurer que les données probantes et les recommandations sur les meilleures pratiques promues par l'OPS/OMS sont prises en considération.

266. Le travail au niveau local est devenu tout à fait essentiel pendant la pandémie. Les administrations locales ont un rôle clair à jouer dans la promotion et la protection de la santé dans les communautés. Les réseaux régionaux, nationaux et infranationaux d'administrations locales ont fourni des plateformes précieuses pour la diffusion de l'information et ont plaidé pour l'inclusion de la promotion de la santé dans les programmes des administrations locales. De même, les systèmes de santé qui impliquent les agents de santé communautaires ont mieux réussi que les autres systèmes à communiquer sur les mesures de santé publique. Pendant la pandémie, les équipes de santé locales ont fait preuve de résilience et ont démontré leur capacité à intégrer des sujets tels que le paludisme et la prise en charge intégrée des vecteurs dans les services de santé de routine. La présence de l'OPS sur le terrain, y compris par le biais de ses bureaux satellites,

a été essentielle pour coordonner la réponse parmi les groupes prioritaires dans des endroits difficiles à atteindre.

267. Le travail interprogrammatique a permis d'adopter une approche intégrée pour répondre aux demandes des États Membres et d'obtenir de meilleurs résultats pendant la pandémie que ceux qui auraient été obtenus sans cette collaboration. De telles approches étaient envisagées dans le Plan stratégique 2020-2025, et les investissements passés à cet égard ont facilité une riposte rapide, efficiente et efficace à la crise. Les activités coordonnées par les partenaires de l'équipe de soutien à la gestion des incidents, y compris les bureaux de représentant et les départements techniques et d'appui, ont été le moteur de la mise en œuvre de la coopération technique. Néanmoins, la crise offre une occasion de faire le point et d'apporter des changements au modèle de travail.

268. De nouvelles modalités de coopération technique ont été mises en place, y compris des partenariats, des réseaux et divers modes de formation virtuelle qui ont été essentiels pour une réponse coordonnée. Les efforts de mobilisation des ressources pour la COVID-19 ont facilité l'établissement de nouveaux partenariats et ont contribué à nouer des relations pour un travail à long terme dans l'ère post-COVID-19. La crise a été l'occasion d'étendre les stratégies et les innovations pour rassembler les partenaires autour de l'agenda de la santé : c'est une opportunité à ne pas manquer.

Recommandations

- a) Renforcer l'engagement de l'Organisation dans un dialogue de haut niveau avec les ministères de la Santé et des Finances, les institutions financières internationales et les donateurs, afin de poursuivre le plaidoyer en faveur d'un investissement public accru, amélioré et durable dans la santé.
- b) Renforcer le travail avec d'autres secteurs, en écoutant et en impliquant les communautés et la société civile, afin de mieux positionner la santé dans les programmes nationaux et de traiter des sujets qui impliquent des acteurs extérieurs au secteur de la santé.
- c) Continuer à promouvoir le travail interprogrammatique comme une approche efficace et rentable en matière de coopération technique.
- d) Renforcer les relations avec le milieu universitaire et les centres collaborateurs de l'OPS/OMS pour mieux répondre aux demandes de coopération technique, et élaborer une approche ciblée pour augmenter le nombre de centres collaborateurs.
- e) Préconiser des investissements durables dans les domaines de travail relatifs aux urgences sanitaires et tirer parti des enseignements de la pandémie, en reconnaissant que les urgences sanitaires peuvent avoir un impact extraordinaire sur tous les secteurs.
- f) Renforcer les compétences et les connaissances acquises sur les processus et les mécanismes afin d'offrir une coopération technique solide par des moyens virtuels et d'intégrer les programmes et les activités, en favorisant les synergies et en brisant les silos.

Aspects techniques

269. Comme indiqué ci-dessus, les reculs ont mis en péril les progrès accomplis dans la réalisation des cibles du Plan stratégique, du PASDA2030 et des ODD. L'effet a été plus marqué sur les populations les plus vulnérables, comme les femmes enceintes et les nouveau-nés en situation défavorisée. Obtenir un impact passe par une mise en œuvre durable d'interventions éprouvées et une approche intégrée à l'échelle de l'Organisation qui examine de près les déterminants de la santé et les barrières à l'accès, ainsi que l'impact des interventions des systèmes et services de santé.

270. Au cours de cette pandémie, il a été essentiel de négocier, de coordonner et d'intégrer les services d'urgence publics et privés, le premier niveau de soins, les hôpitaux, les équipes médicales d'urgence et les sites de soins médicaux alternatifs pour contenir et atténuer la propagation de la COVID-19 et maintenir l'accès à des services de santé essentiels de qualité. Au cours de la période biennale, de nombreuses expériences positives ont montré le potentiel d'une innovation accélérée dans la gestion des services de santé. Il s'agit en particulier de la réorganisation vers des réseaux de services de santé intégrés, en mettant l'accent sur le renforcement du premier niveau de soins et en incorporant des solutions de télémédecine.

271. La pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve pratiquement toutes les dispositions du RSI. Ainsi, la crise offre des occasions sans précédent d'identifier, de comprendre et de faire le point sur les capacités de base, les outils techniques, les instruments juridiques et les cadres de préparation nationaux, ainsi que d'introduire des changements juridiques, institutionnels et opérationnels pour renforcer les capacités de préparation et de riposte. Le RSI doit cesser d'être présenté comme une fin en soi et être plutôt considéré comme un moyen d'exercer les fonctions essentielles de santé publique. En renforçant leurs systèmes de santé dans leur ensemble et les fonctions essentielles de santé publique en particulier, les pays seront en mesure de se conformer au RSI. De même, pour s'assurer que le RSI peut être utilisé pour mettre en pratique une bonne santé publique, il faudra approfondir la connaissance de ses articles à tous les niveaux, en allant au-delà de leur application sélective telle que pratiquée à ce jour.

272. L'institutionnalisation des programmes de gestion des situations d'urgence et des risques de catastrophes au sein des autorités sanitaires nationales a été reconnue comme un besoin prioritaire. La riposte à la COVID-19 a renforcé le rôle des équipes nationales pour servir de premiers intervenants et soutenir les actions sauvant des vies, non seulement au début d'une urgence, mais aussi à moyen et long terme pour assurer la durabilité des opérations. Il convient de mettre à nouveau l'accent sur le renforcement des équipes d'intervention nationales afin qu'elles puissent aider leur propre pays dans les situations d'urgence.

273. Les réseaux collaboratifs de laboratoires qui existaient avant la pandémie ont permis le déploiement rapide et l'adoption à grande échelle de nouvelles méthodes de diagnostic de la COVID-19 et de la grippe. Par ailleurs, par le passé, la réponse des laboratoires aux pathogènes émergents a été concentrée dans les laboratoires nationaux de

santé publique. Les pays qui ont décentralisé leurs capacités de laboratoire sous la supervision des laboratoires nationaux de santé publique ont été mieux à même de répondre à la pandémie. De même, il est nécessaire d'investir davantage dans la surveillance épidémiologique et en laboratoire, y compris dans les capacités de séquençage, pour détecter et signaler rapidement l'émergence d'agents pathogènes et évaluer les changements abrupts dans la transmission ou la gravité de la maladie.

274. Le maintien d'un stock stratégique autonome, pré-positionné pour les urgences sanitaires, a été essentiel pour apporter des réponses permettant de sauver des vies pendant la pandémie. Ce pré-positionnement permet d'atténuer les retards ou les blocages dans l'accès aux fournitures essentielles qui peuvent résulter de la dynamique mondiale de l'offre et de la demande, des contraintes logistiques, des retards de transport ou des pénuries de production pendant les situations d'urgence.

275. La COVID-19 a été un déclencheur d'innovation. Cependant, malgré la nécessité d'accélérer l'adoption de nouvelles méthodes, les pays ont été ralenti par la disponibilité limitée des ressources humaines, financières et technologiques et des instruments normatifs. La recherche, les données probantes et l'innovation, y compris la capacité d'adaptation, d'adoption rapide et d'utilisation des données probantes pour la prise de décisions et l'élaboration des politiques, sont cruciales dans le contexte des urgences de santé publique. En outre, la pandémie a montré que la qualité, la transparence, la rigueur, ainsi qu'une communication et une gestion des connaissances efficaces sont essentielles pour garantir l'adoption des données probantes.

276. Les agents de santé sont essentiels à l'effort d'expansion des services et de renforcement de la résilience des systèmes de santé. Cependant, compte tenu de l'épuisement professionnel largement rapporté parmi le personnel de santé, il est de plus en plus difficile de maintenir et de développer davantage les capacités. Il convient de donner la priorité à l'investissement dans le personnel de santé afin de permettre une réponse globale aux pandémies actuelles et futures, y compris en maintenant l'accès à des services de santé essentiels de qualité. Dans leur planification pour les pandémies et autres urgences de santé publique, les pays doivent mettre davantage l'accent sur le personnel de santé, en garantissant la disponibilité, la répartition et les compétences nécessaires des ressources humaines pour la santé aux différents niveaux de soins. Une attention particulière doit être accordée à la santé et à la sécurité personnelles des agents de santé, y compris à leur santé mentale. Le soutien psychosocial des agents de santé est essentiel, et si la formation à distance et le soutien virtuel sont des modalités importantes de prestation de services, ils ne remplacent pas l'efficacité de la formation et du soutien en personne.

277. L'augmentation rapide de la migration internationale des agents de santé menace la riposte aux urgences sanitaires et la réalisation de la santé universelle dans plusieurs pays. Un soutien continu est nécessaire pour permettre aux États Membres et aux parties prenantes concernées de suivre et de gérer la migration et la mobilité internationales des agents de santé de manière efficace et éthique.

278. La pandémie de COVID-19 a accéléré la transition vers la télémédecine qui s'était lentement amorcée depuis des années. Cependant, les systèmes de santé doivent éviter de se contenter de superposer la technologie de la télémédecine aux systèmes actuels et doivent au contraire repenser l'ensemble du système, en intégrant pleinement la télémédecine pour garantir un accès aux soins sûr, sans iniquité et répondant réellement aux besoins des patients, des familles et du personnel de santé.

279. Le Campus virtuel de santé publique de l'OPS constitue une ressource stratégique pour l'Organisation, qui permet à l'OPS de répondre directement aux besoins des pays et du personnel de santé par la prestation virtuelle de la coopération technique pour les interventions d'urgence et pour le renforcement des capacités en vue de la réalisation des objectifs prioritaires des programmes. Au cours de la période biennale, le Campus virtuel a progressivement étendu sa capacité à accueillir des cours de renforcement des capacités et à servir de référentiel pour les webinaires. On s'attend à ce que cette croissance de la modalité virtuelle de coopération technique se poursuive après la fin de la pandémie, même lorsque les activités de coopération technique in situ auront repris.

280. La réalisation de l'équité et de l'efficacité assortie de la durabilité des résultats de santé dépend dans une large mesure de la façon dont les ressources sont planifiées, budgétisées et allouées. La pandémie a démontré que la flexibilité dans la réaffectation et le transfert des ressources et les mécanismes de paiement souples aux prestataires de première ligne dans les situations d'urgence sont essentiels pour garantir la disponibilité des stratégies de dépistage et d'isolement, le déploiement des vaccins et le fonctionnement des services de santé essentiels. Certains pays ont mieux réagi que d'autres, démontrant leur capacité à dépenser les ressources en temps voulu et à les allouer là où elles sont nécessaires pour garantir une réponse efficace aux exigences découlant de la situation d'urgence.

281. Malgré les améliorations apportées à la protection financière, la pandémie a prouvé une fois de plus que tout événement imprévisible peut entraîner des revers importants. Certains mécanismes de protection financière qui reposent fortement sur des mécanismes contributifs (comme l'assurance maladie liée à la sécurité sociale) sont trop procycliques et devraient être revus à la lumière du ralentissement économique résultant de la pandémie. La création de régimes spécifiques pour couvrir les dépenses liées à la COVID-19 doit être considérée comme une solution temporaire et être entreprise avec prudence, dans la mesure où ces régimes peuvent nuire à la continuité des soins et à une approche globale de la protection financière dans le domaine de la santé en général. Il est essentiel de disposer d'informations précises et en temps opportun sur l'impact des dépenses non remboursables sur les ménages, et il convient de s'attacher tout particulièrement à ventiler cet impact en fonction de l'origine ethnique, du sexe du chef de famille et du contexte rural ou urbain.

282. Les systèmes et services de santé doivent renforcer les initiatives de prévention et de promotion de la santé. La prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans le cadre d'une approche de la Santé dans toutes les politiques à tous les niveaux de gouvernement s'est avérée importante pour une réponse plus efficace et équitable à la pandémie. Pour l'avenir, il est possible de maintenir l'élan généré par la crise pour que le

secteur de la santé continue à jouer un rôle de premier plan dans l'action intersectorielle et la participation communautaire afin de traiter des déterminants sociaux.

283. Les services relatifs aux MNT, à la santé mentale, à la réadaptation et aux soins palliatifs ont tous subi d'importantes perturbations au cours de la période biennale, et l'impact à long terme sur la santé des personnes n'est pas encore totalement connu. Alors que les pays renforcent et améliorent leurs services de santé, il est urgent de prioriser les MNT et de rendre les services plus accessibles, avec des adaptations telles que les téléconsultations, le prolongement des ordonnances à 90 jours, la disponibilité de pharmacies mobiles et les applications numériques pour les soins continus. Les liens entre les MNT, les facteurs de risque et la COVID-19 ont souligné l'urgence d'agir pour s'attaquer efficacement aux déterminants commerciaux des MNT. Il s'agit notamment de mettre en place des cadres réglementaires propices pour que le choix sain soit aussi le choix facile (pas de tabagisme, réduction de la consommation d'alcool, alimentation saine et davantage d'activité physique). Cependant, il a été difficile d'obtenir un engagement politique pour mettre en place des politiques efficaces.

284. La santé mentale doit, elle aussi, se voir accorder une priorité plus élevée, avec des services adaptés pour être plus accessibles, des progrès dans la prise en charge en dehors des établissements spécialisés et une couverture de la santé mentale plus fermement intégrée aux soins primaires. Une opportunité est offerte d'intégrer la santé mentale dans les réponses d'urgence, étant donné que la pandémie a accru la visibilité et la sensibilisation aux troubles de la santé mentale et à la nécessité d'augmenter les capacités de promotion, de prévention et de soins dans ce domaine. Des activités de prévention du suicide fondées sur des données probantes doivent être mises en œuvre au niveau des pays. La mobilisation de fonds pour la prévention du suicide et la collaboration avec les pays qui présentent des taux de suicide élevés offrent également la possibilité d'améliorer les soins et les services de santé mentale.

285. Dans le contexte de la COVID-19, l'action des gouvernements, des partenaires et du BSP en matière de prévention et de réponse à la violence a pris un caractère urgent nouveau. Cependant, les perturbations des services ont entravé la réponse et ont exacerbé les vulnérabilités préexistantes dans les services de santé, telles que l'iniquité face à l'accès. Le renforcement de la réponse du système de santé aux survivants de la violence est largement considéré comme un domaine où l'OPS dispose d'un avantage comparatif par rapport aux autres acteurs.

286. Comme dans d'autres domaines, il existe une opportunité d'accélérer les progrès en matière de prévention, de lutte et d'élimination des maladies transmissibles. Certaines avancées ont été constatées même pendant la pandémie, comme l'expansion de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour atténuer l'impact du VIH. Dans le cadre du programme d'élimination, les approches communautaires et le dialogue interculturel ont été des facteurs importants pour faciliter le diagnostic et les soins de suivi.

287. Les États Membres sont convenus de l'importance de renforcer la gestion des données et les technologies de l'information, la gouvernance des données, la gestion et le partage des connaissances, ainsi que l'innovation, à la suite d'un exercice sur les enseignements tirés organisé par le BSP. L'adoption de normes et de principes internationaux pour la gestion des données, la mise en œuvre de programmes d'alphabétisation numérique et l'évaluation de la maturité des systèmes d'information sont des étapes clés à cette fin.

Recommandations

- a) Réexaminer la question de la santé universelle en vue de renforcer et de transformer les systèmes et services de santé en tant que vecteurs de la mise en œuvre des programmes et priorités essentiels en matière de santé publique, en se concentrant sur les besoins de santé des populations vulnérables et sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.
- b) Entreprendre un suivi continu des indicateurs, explorer les méthodes permettant d'accélérer les progrès vers les cibles et prendre des mesures pour protéger les réalisations passées, se remettre et construire pour renforcer, afin d'atteindre et de maintenir les objectifs nationaux, régionaux et mondiaux.
- c) Fournir le soutien technique, juridique et stratégique nécessaire aux processus de réforme du secteur de la santé en vue d'améliorer les capacités de renforcement et de résilience des systèmes de santé, conformément aux mandats mondiaux et régionaux.
- d) Définir les éléments clés d'un système national de préparation et de riposte aux urgences sanitaire, y compris son mode de fonctionnement attendu et la législation nécessaire, et travailler avec les États Membres et les partenaires pour les mettre en place.
- e) Plaider en faveur d'un investissement national plus important dans la préparation aux situations d'urgence, en s'inspirant des meilleures pratiques des pays qui ont répondu efficacement à la COVID-19 et à des situations d'urgence antérieures, et en veillant à ce que les besoins de santé des groupes vulnérables soient protégés.
- f) Promouvoir au sein du BSP et parmi les autorités nationales une compréhension commune du RSI en tant qu'outil facilitant la pratique d'une santé publique fondée sur des données probantes et une approche cohésive et cohérente du renforcement des systèmes de santé.
- g) Continuer d'encourager les États Membres à se conformer aux dispositions du RSI, en particulier celles relatives à l'échange d'informations en temps opportun, et à effectuer et documenter des examens de leur riposte nationale à la pandémie.
- h) Continuer à renforcer les mécanismes de coordination des réponses d'urgence à tous les niveaux du BSP et des États Membres, y compris au niveau du leadership politique.

- i) Souligner l'importance de renforcer la vaccination systématique tout au long de la vie, en tenant compte des enseignements tirés sur la manière de gérer la vaccination contre la COVID-19 et de l'intégrer dans les activités de santé publique.
- j) Travailler de manière coordonnée pour relever les défis liés au manque de données actualisées et fiables sur l'impact de la COVID-19 sur la santé et le bien-être.
- k) Axer les actions sur l'intégration de la prestation de services pour les programmes prioritaires, la formation d'équipes de santé interprofessionnelles au sein des réseaux de services de santé et l'application de la technologie numérique en tant qu'outils pour soutenir l'organisation optimale des services de santé.
- l) Renouveler l'approche de la planification et de l'éducation du personnel, en augmentant les compétences pour les soins de santé primaires, conformément à la stratégie régionale sur les ressources humaines pour la santé.
- m) Améliorer l'accès à des technologies de la santé et à des fournitures essentielles de qualité garantie, sûres et efficaces, superviser l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement et réglementer la qualité des technologies de la santé et leur utilisation rationnelle, sur la base de données probantes, afin de garantir des améliorations futures en matière de préparation et de riposte aux pandémies.
- n) Encourager l'action intersectorielle et les partenariats en matière de recherche et d'innovation et veiller à ce que les décisions et les interventions en matière de santé s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles pour garantir leur succès.
- o) Plaider auprès du plus haut niveau des gouvernements et des organisations partenaires pour un engagement politique et une priorisation des actions sur les MNT, la santé mentale, la malnutrition, la sécurité routière et la violence, avec une collaboration intersectorielle et une augmentation des investissements dans ces domaines.
- p) Continuer à plaider en faveur de l'élimination des maladies transmissibles dans la Région, en utilisant la plateforme de l'Initiative pour l'élimination des maladies.
- q) Renforcer les efforts visant à traiter des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et renforcer l'importance du genre, de l'équité, de l'ethnicité et des droits de l'homme dans les cadres stratégiques et dans le contexte de la riposte aux pandémies, afin de mieux répondre aux pandémies et de réduire l'iniquité en santé.

Aspects de gestion et administratifs

288. L'OPS a été confrontée à une menace sans précédent pour son fonctionnement au cours de la première partie de la période biennale en raison du non-paiement des contributions fixées par certains États Membres. Cette crise financière a été aggravée par les effets de la pandémie de COVID-19. Elle a contraint l'OPS à mettre en place des mesures de maîtrise des coûts et à reprogrammer les plans de travail afin de préserver sa capacité opérationnelle de base. Ces mesures, dont la plupart ont été supprimées au début de 2021, comprenaient un ajustement du plan de ressources humaines pour 2020-2021,

avec un gel de tous les postes vacants et des réductions des fonds pour les activités et le personnel à court terme. Grâce à ces mesures d'adaptation, auxquelles se sont ajoutées la collaboration des équipes de l'ensemble de l'OPS, une augmentation de la mobilisation des ressources et le plaidoyer avec les États Membres, l'Organisation a pu atténuer les effets de la crise financière, répondre à la pandémie et continuer à s'acquitter de ses mandats tout en renforçant sa résilience pour l'avenir.

289. Les progrès réalisés dans l'automatisation du registre des risques institutionnels et du processus d'examen des projets financés par des contributions volontaires ont fourni un environnement favorable qui a permis des avancées rapides dans la mise en œuvre des recommandations clés de la résolution sur la réforme de la gouvernance de l'OPS visant à renforcer l'intégration de la gestion des risques dans les projets financés par des contributions volontaires.

290. En dehors des périodes d'urgence, la BSP a investi dans les technologies de l'information, notamment dans la cybersécurité et la migration vers la nouvelle plateforme en ligne Microsoft SharePoint basée sur le nuage. Cela a permis à l'Organisation de fonctionner à distance pendant la pandémie, réduisant les problèmes d'accessibilité et les problèmes de sécurité potentiels. Les innovations ont conduit au développement de nouveaux outils, tels que des applications mobiles et des séminaires et formations virtuels, qui ont permis à l'OPS de toucher un public plus large. L'introduction des tout premiers travailleurs numériques de l'OPS, des bots nommés « Mia » et « Max », a été une expérience positive, qui a permis à l'OPS de gérer une augmentation des transactions d'achat.

291. La transition vers des formations et des réunions virtuelles a dynamisé le travail de l'OPS, permettant de maintenir la coopération technique sans le temps et les coûts excessifs que nécessiteraient des réunions en personne. Les plateformes virtuelles permettent également de toucher un plus grand nombre de bénéficiaires cibles, ce qui augmente l'impact des activités dans les États Membres. L'utilisation de la technologie a permis de maintenir un niveau adéquat de coordination et de communication à tous les niveaux de l'Organisation. Plusieurs approches et pratiques innovantes dans la préparation et la conduite des réunions des Organes directeurs se sont avérées très utiles et devraient être poursuivies.

292. Le télétravail a fourni des enseignements positifs et des opportunités pour renforcer l'approche centrée sur les pays *a)* en élargissant et facilitant l'interaction des trois niveaux fonctionnels de l'Organisation, ce qui a permis d'accroître l'inclusivité, la transparence et la diversité, *b)* en facilitant le partage des connaissances et les activités de renforcement des capacités qui ont réduit l'impact de la déclaration d'interdiction de voyager prolongée sur la prestation de la coopération technique, *c)* en encourageant les approches innovantes pour assurer le positionnement de l'OPS en tant que leader de la santé et expert technique régional et *d)* en réduisant les coûts de transaction régionaux.

293. Néanmoins, toutes les activités ne peuvent pas être mises en œuvre virtuellement. La coopération technique implique de partager les défis et les réussites avec les homologues dans les pays, ce qui nécessite une compréhension approfondie du contexte. Les échanges virtuels, bien que pratiques et commodes, devront encore être complétés par des rencontres en face à face une fois que les restrictions liées à la COVID-19 seront levées.

294. Les procédures spéciales de riposte d'urgence qui ont été mises en place ont permis à l'Organisation de faire face à la pandémie et à d'autres urgences sanitaires et de répondre aux demandes des États Membres. Elle y est parvenue en améliorant son agilité tout en restant conforme aux procédures et aux exigences.

295. Enfin, le climat politique a changé, et l'on attend désormais davantage des organisations qu'elles adhèrent à des politiques et pratiques éthiques saines qui tiennent également compte des droits et des besoins des victimes d'abus et de comportements inappropriés. La manière dont les organisations enquêtent sur les allégations d'exploitation et d'abus sexuels, d'inconduite sexuelle et d'autres formes de harcèlement doit refléter ces nouvelles réalités. Les enquêtes doivent être rationalisées et menées rapidement, offrir au personnel un droit de recours et tenir les auteurs de ces actes responsables.

Recommandations

- a) Continuer à tirer parti des gains d'efficacité existants et à accroître l'efficacité des activités de base de manière à optimiser l'utilisation des ressources.
- b) Continuer à rationaliser les processus administratifs afin d'accroître l'agilité et d'améliorer la gestion des risques, la conformité et les contrôles internes de manière à optimiser le temps du personnel et l'environnement de travail hybride, en s'inspirant des bonnes pratiques et des innovations qui se sont avérées précieuses dans la riposte à la pandémie.
- c) Évaluer les technologies et les processus afin de déterminer ceux qui peuvent être automatisés pour renforcer la capacité de l'OPS à fournir une coopération technique.
- d) Renforcer les processus de recrutement afin d'attirer et de conserver un personnel ayant de bonnes qualifications sur un marché du travail et dans un environnement professionnel qui continuent de subir des changements en raison de la pandémie.

Annexe

Annexe

1. Cette section est en cours d'élaboration. L'annexe complète sera incluse dans le document qui sera présenté à la 30^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2022.
2. Cette annexe présentera les conclusions détaillées de l'examen des indicateurs d'impact du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025. Un aperçu des principales conclusions qui seront présentées dans cette annexe figure à la section III du présent rapport.

- - -