



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

# **30<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINE**

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

*Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2022*

---

*Point 4.2 de l'ordre du jour provisoire*

CSP30/7, Add. I

1<sup>er</sup> août 2022

Original : anglais

### **RAPPORT 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**

**Rapport sur les résultats 2020-2021**

---

**Table des matières**

I.	Avant-propos de la Directrice .....	2
II.	Introduction .....	4
III.	Obtention de résultats .....	5
	Vue d'ensemble .....	5
	Progrès en termes de résultats du Plan stratégique 2020-2025 et du budget programme 2020-2021 .....	5
	<i>Indicateurs d'impact</i> .....	5
	<i>Évaluation des résultats intermédiaires</i> .....	11
	<i>Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats</i> ...	12
	Réalisations, défis et réussites nationales clés .....	13
	Urgences sanitaires .....	14
	Systèmes et services de santé .....	27
	La santé tout au long du parcours de vie, les déterminants de la santé et la promotion de la santé .....	36
	Maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, malnutrition, santé mentale, violence et traumatismes .....	42
	Prévention, lutte et élimination des maladies transmissibles .....	53
	Systèmes d'information pour la santé, données probantes et recherche .....	58
	Équité, genre, ethnicité et droits de l'homme .....	66
	Leadership, gouvernance et fonctions d'appui .....	70
	Amélioration de l'obligation de rendre des comptes pour les résultats et les ressources financières .....	75
IV.	Financement et mise en œuvre du budget programme de l'OPS 2020-2021 .....	77
	<i>Programmes de base</i> .....	79
	<i>Programmes spéciaux</i> .....	83
	<i>Principales sources de financement pour 2020-2021</i> .....	84
V.	Analyse des risques .....	88
VI.	Enseignements tirés et recommandations .....	94
	Annexe .....	107

---

## **I. Avant-propos de la Directrice**

Les circonstances auxquelles l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a dû faire face au cours de la période 2020-2021 ont été plus difficiles que tout ce qu'elle a connu au cours de ses 120 ans d'histoire. Durant cette première période biennale du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025, la pandémie de COVID-19 a provoqué des décès, des maladies et des bouleversements sociaux et économiques sans précédent dans l'ensemble de la Région des Amériques. Dans le même temps, l'OPS a été confrontée à une crise financière qui a constitué un défi pour notre capacité à nous acquitter de nos fonctions essentielles. Pourtant, l'Organisation a su tirer une opportunité de la crise en s'adaptant rapidement aux nouvelles réalités et en allant de l'avant, animée par la détermination, la collaboration et la solidarité.

Ensemble, le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), les États Membres et les partenaires ont fait face à cette double crise, faisant preuve d'une extraordinaire résilience. Collectivement, notre agilité dans la planification, la mobilisation des ressources et l'exécution du budget a permis à l'OPS de mener avec succès la lutte contre la pandémie et d'assumer d'autres responsabilités vitales.

Dans le cadre de sa riposte à la pandémie, l'OPS a sauvé des vies tout en continuant à faire avancer le programme régional de santé publique. L'Organisation a acheté pour US\$2,8 milliards de vaccins anti-COVID et d'autres fournitures médicales, tout en apportant un soutien déterminant à toutes les facettes de la riposte à la pandémie : mesures de santé publique, dépistage, traitement, surveillance et vaccination. Les équipes techniques de l'OPS ont collaboré avec les États Membres afin d'obtenir d'autres gains essentiels en matière de santé, notamment pour l'élimination des maladies transmissibles, l'introduction d'une législation radicale en faveur de la lutte contre le tabagisme et l'augmentation de la couverture des soins de santé.

Ces succès soulignent l'importance du 120<sup>e</sup> anniversaire de la fondation de l'OPS cette année. Tout au long de son histoire, l'OPS a joué un rôle de catalyseur et de pionnier dans le développement de la santé. Les réalisations récentes démontrent également que grâce à la volonté et à l'engagement conjugués de l'OPS et des États Membres, nous pouvons améliorer la santé et le bien-être et réduire les iniquités en santé, même sous la pression d'une pandémie historique.

Le rapport suivant sur la première période biennale du Plan stratégique 2020-2025 documente notre travail au cours de ces deux années critiques. Il identifie également les enseignements et les recommandations qui nous aideront à accélérer le relèvement de la Région et à maintenir le cap sur nos objectifs. Nous devons déterminer comment et où concentrer notre attention afin d'atteindre les cibles du Plan stratégique d'ici à 2025 et les objectifs de développement durable d'ici à 2030.

Alors que nous allons de l'avant pour *protéger, se remettre et construire pour renforcer* en 2022-2023, nous devons continuer à faire face à la pandémie avec inventivité

et détermination tout en renforçant les systèmes de santé de la Région. Nous devons redoubler d'efforts pour développer des systèmes de santé résilients, équitables et bien financés, fondés sur les soins de santé primaires. Plus important encore, nous devons chercher de nouveaux moyens d'atteindre les personnes et les communautés laissées pour compte.

La pandémie nous a donné une occasion unique de maintenir la santé en haut de l'agenda politique et au centre du développement durable, et nous devons la saisir.

## II. Introduction

1. La résolution CD57.R2, adoptée par le 57<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en 2019, demandait 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*),<sup>1</sup> 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*),<sup>2</sup> qui constitue également le premier rapport intermédiaire sur le Plan stratégique 2020-2025.

2. 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 dans la Région des Amériques, cette évaluation offre une opportunité de dresser collectivement un bilan des avancées sanitaires et des lacunes qui subsistent, et d'analyser les défis, les enseignements tirés et les opportunités. Conformément à l'approche axée sur les pays adoptée par l'OPS, des exemples de réussite sont mis en évidence pour illustrer les réalisations des pays et la contribution du BSP au moyen de sa coopération technique. Le rapport présente également une analyse de la performance programmatique et budgétaire de l'OPS et aborde la gestion des risques. Les enseignements tirés et les recommandations seront importants pour guider les interventions au cours de la période biennale 2022-2023 et au-delà, alors que l'Organisation s'emploie à atteindre les objectifs de son Plan stratégique 2020-2025, du Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030)<sup>3</sup> et des objectifs de développement durable (ODD).

3. Un élément clé de l'évaluation de fin de période biennale est l'analyse des progrès accomplis dans la réalisation des résultats définis dans le Plan stratégique 2020-2025 et dans le budget programme 2020-2021. Ce rapport informe les États Membres de la situation des indicateurs d'impact et présente les résultats finaux de l'évaluation conjointe avec les États Membres des indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats.

---

<sup>1</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2025 ; 57<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 71<sup>e</sup> 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>.

<sup>2</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Budget programme de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2020-2021 ; 57<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 71<sup>e</sup> session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Washington, DC : OPS, 2019 (*Document officiel 358*). 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](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).

<sup>3</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région. Washington, DC : OPS, 2017 (document CSP29/6, Rev. 3). Disponible sur : [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-fr-9252&alias=42118-csp29-6-f-118&Itemid=270&lang=fr](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-fr-9252&alias=42118-csp29-6-f-118&Itemid=270&lang=fr)

### III. Obtention de résultats

#### *Vue d'ensemble*

4. Le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 a défini un ensemble de 28 indicateurs d'impact assortis de 35 cibles.<sup>4</sup> Le Plan stratégique 2020-2025 définit également 28 résultats intermédiaires, qui sont mesurés au moyen de 105 indicateurs de résultats intermédiaires.<sup>5</sup> Le budget programme de l'OPS 2020-2021 a défini 102 résultats immédiats qui contribuent à la réalisation des résultats intermédiaires et qui sont mesurés et suivis au moyen de 148 indicateurs de résultats immédiats.<sup>6</sup> Les résultats en termes d'impacts, de résultats intermédiaires et de résultats immédiats sont tous définis dans la chaîne de résultats du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 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 fournit des produits et des services, qui sont définis dans des plans de travail biennaux 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.

5. La section II présente une analyse 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. 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 présentation des efforts déployés par le BSP en matière de 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***

#### *Indicateurs d'impact*

6. Dans le contexte d'une situation sanitaire en évolution, où les pays continuent de faire face à la COVID-19 et à d'autres défis, l'objectif de l'examen des indicateurs d'impact du Plan stratégique 2020-2025 est de dresser un bilan des progrès de la Région et d'identifier des actions pour accélérer les progrès. Il est trop tôt pour déterminer quelle sera

---

<sup>4</sup> Les impacts sont des 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.

<sup>5</sup> Les résultats intermédiaires sont des changements collectifs ou individuels dans les 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.

<sup>6</sup> Les résultats immédiats décrivent les résultats spécifiques devant être obtenus au cours de la période biennale, tels que les politiques, stratégies, plans, lois, programmes, services, normes, règles et lignes directrices.

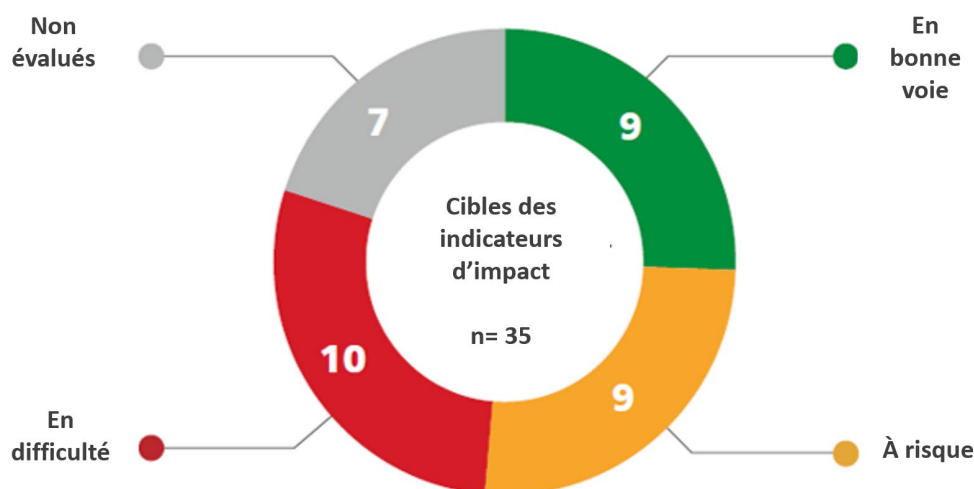
la trajectoire, étant donné la nécessité de disposer de données plus actualisées. Cependant, au niveau régional, les reculs observés dans ce rapport indiquent que les progrès sur le plan de la réalisation des cibles d'impact du Plan stratégique 2020-2025, ainsi que les cibles connexes du PASDA2030 et des ODD, sont à risque.

7. Comme le montrent le figure 1 et le tableau 1 qui suivent, on estime que neuf des 35 cibles des indicateurs d'impact sont en bonne voie pour être atteintes d'ici à la fin de 2025. Neuf 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 pourraient être surmontés. Élément préoccupant, dix indicateurs ont été considérés comme étant en difficulté, ce qui signifie que des obstacles majeurs existent et qu'il est peu probable que les cibles soient atteintes. Sept indicateurs n'ont pas pu être évalués à ce stade en raison du manque de données ou d'autres facteurs.

8. Pour les indicateurs classés à risque ou en difficulté, l'OPS doit prendre des mesures correctives urgentes pour accélérer les progrès dans les années à venir. Une compréhension des différents facteurs au niveau programmatique qui ont une incidence sur les indicateurs d'impact mettra en lumière les possibilités d'améliorer leur performance. 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 outre, les indicateurs qui semblent être en bonne voie doivent encore faire l'objet d'un suivi étroit des iniquités entre les pays et au sein de ceux-ci.

9. Pour atteindre les cibles, il faut maintenant une mise en œuvre soutenue d'interventions éprouvées dans les pays qui s'attaquent aux défis sous-jacents. Afin de contribuer aux impacts sur la santé, le BSP collabore avec les pays et les partenaires 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 plus efficaces pour obtenir des impacts de plus haut niveau et constitue une priorité d'action. Toutefois, dans la mesure où cela ne relève pas du champ d'action des ministères de la Santé, cela reste un défi pour l'Organisation. Une approche à l'échelle de l'Organisation, qui tienne compte des déterminants, des iniquités persistantes en matière de santé et des autres obstacles à l'accès aux services de santé, est nécessaire.

10. Afin d'accélérer les progrès vers les cibles, 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. Des informations sur la méthodologie d'évaluation des indicateurs sont présentées en annexe.

**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	4 pays
●	2. Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS)	65,76 ans (2019)**	66,42 ans***	65,89 ans
●	3. Taux de mortalité néonatale	7,9 décès pour 1000 naissances vivantes (2017)	6,9 décès pour 1000 naissances vivantes <sup>7</sup>	7,0 décès pour 1000 naissances vivantes
●	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***	12,3 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

<sup>7</sup> 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*
●	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
●	13. Nombre de décès à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route <sup>8</sup>	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)**	7,54 décès pour 100 000 habitants***	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 cas pour 1000 habitants (2017)**	0,08 cas pour 1000 habitants***	0,15 cas pour 1000 habitants

<sup>8</sup> 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.

Évaluation	Indicateur	Référence 2019*	Cible 2025	Situation 2022*
●	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	3,3 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	27,5 cas pour 100 000 habitants (2015)**	13,75 cas pour 100 000 habitants***	27,9 cas pour 100 000 habitants
●	21. Taux d'incidence du paludisme	0,78 cas pour 1000 habitants (2015)**	0,19 cas pour 1000 habitants ***	1,01 cas pour 1000 habitants
●	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	4 des 21 pays et territoires qui étaient endémiques en 2015
●	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 à risque
●	b. Maladie de Chagas	17 sur 21 (2019)	21 sur 21	4 à risque
●	c. Rage humaine transmise par les chiens	32 sur 35 (2019)	35 sur 35	en bonne voie
●	d. Lèpre	17 sur 23 (2019)	23 sur 23	6 à risque

Évaluation	Indicateur	Référence 2019*	Cible 2025	Situation 2022*
●	e. Téniaise-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	2 à risque
●	25. Nombre d'infections du sang pour 1000 patients par an causées par des organismes résistants au carbapénème	1,185 infections pour 1000 patients (2019)**	1,067 infections pour 1000 patients (2019)***	non évalué
●	26. Taux de mortalité attribué à la pollution de l'air dans les foyers et de l'air ambiant	32,2 décès pour 100 000 habitants (2016)**	30,6 décès pour 100 000 habitants***	non évalué
●	27. Taux de mortalité attribué à l'eau non potable, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène	1,15 décès pour 100 000 habitants <sup>9</sup> (2016)**	0,92 décès pour 100 000 habitants***	non évalué
●	28. Taux de mortalité due aux catastrophes pour 100 000 habitants	à déterminer	au moins 10 % de réduction	non évalué

\* 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.

11. Depuis l'approbation du Plan stratégique 2020-2025 en 2019, des données actualisées sont apparues pour certains indicateurs. Comme indiqué ci-dessus, les chiffres de référence ont été mis à jour pour 20 indicateurs. Cela a entraîné une modification correspondante des cibles 2025 pour 15 indicateurs. Dans d'autres cas, de nouvelles méthodologies de mesure des indicateurs ont vu le jour. En outre, étant donné que certains indicateurs n'étaient déjà pas en bonne voie avant la pandémie de COVID-19 et que des informations supplémentaires sont nécessaires pour évaluer pleinement son impact, un réexamen complet des cibles 2025 devrait être effectué à mesure que ces informations seront disponibles. Certains de ces indicateurs sont mis en exergue dans l'annexe.

12. Des explications détaillées sur les changements proposés sont présentées dans l'annexe. 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

<sup>9</sup> Ce taux est calculé à partir des données de 29 pays.

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*

13. Cette section résume l'évaluation interne des résultats intermédiaires par le BSP sur la base des résultats de l'évaluation conjointe menée avec les États Membres. Comme le montre la figure 2, 17 des 28 résultats intermédiaires (RIT) (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 RIT 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).

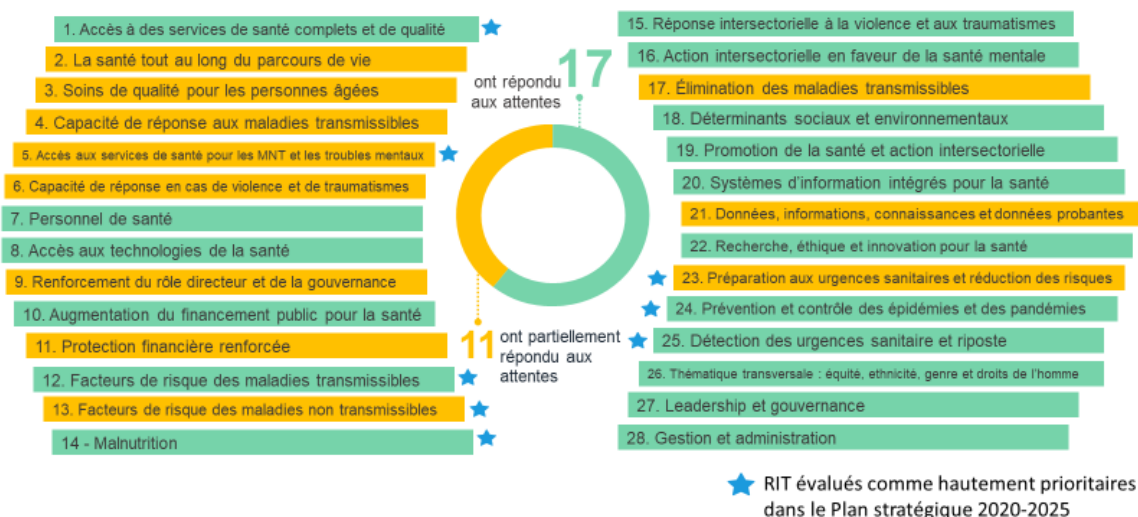
14. Malgré les difficultés sans précédent rencontrées au cours de 2020-2021, la Région a été en mesure de maintenir et d'obtenir des acquis significatifs en matière de santé publique et a produit une action transformatrice dans des domaines clés, comme le montrent les résultats intermédiaires qui ont répondu aux attentes. La pandémie de COVID-19 a donné un élan pour améliorer les fonctions de santé publique essentielles, notamment celles liées à la riposte aux urgences sanitaires. 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, 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 la santé et l'économie, 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.

15. 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, ce qui a encore exacerbé les défis qui existaient avant la pandémie. 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.

16. Parmi les autres facteurs expliquant l'absence de progrès, on peut citer le faible niveau d'engagement politique pour traiter des domaines prioritaires, 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. 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 moins satisfaisants et des suggestions sur la manière dont le BSP peut inverser la tendance au cours de la prochaine période biennale sont présentées en détail ci-dessous.

**Figure 2. Évaluation des résultats intermédiaires**



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

17. À la fin de l'année 2021, la Région avait fait des progrès significatifs sur le plan de la réalisation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats, comme l'indiquent les résultats de l'évaluation conjointe.<sup>10</sup> Comme le montre la figure 3, 11 des 105 indicateurs de résultats intermédiaires (10 %) ont été atteints ou dépassés, tandis que 56 (53 %) ont été évalués comme ayant enregistré des progrès significatifs, 10 (10 %) des progrès limités et 21 (20 %) aucun progrès. Sept autres indicateurs (7 %) n'ont pu être évalués en raison de la non-disponibilité des données. La figure 3 indique également que 45 des 148 indicateurs de résultats immédiats (30 %) ont été atteints ou dépassés, tandis que 71 (48 %) ont été évalués comme ayant enregistré des progrès significatifs, 6 (4 %) des progrès limités et 26 (18 %) aucun progrès. Des évaluations d'indicateurs détaillées sont disponibles dans les rapports de résultats intermédiaires groupés sur le portail du budget programme de l'OPS.<sup>11</sup>

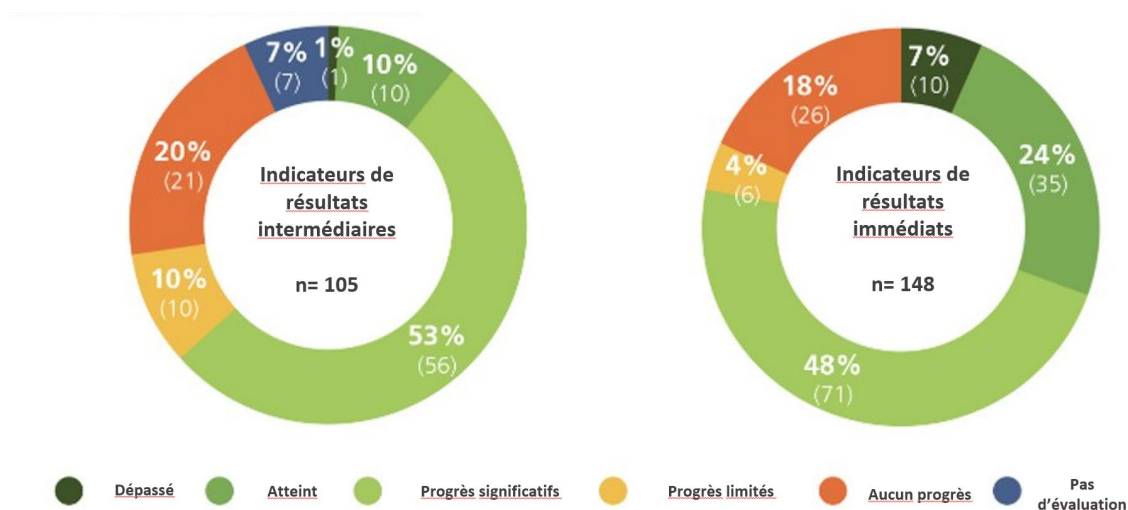
18. Les indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats qui ont été évalués comme ayant été dépassés comprenaient des jalons importants pour la Région. Par exemple :

<sup>10</sup> La résolution CD57.R2 (2019) demandait 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. »

<sup>11</sup> Le portail du budget programme est disponible sur <https://open.paho.org/>.

- 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 BSP a développé et mis en œuvre les outils suivants pour la génération, la diffusion, la préservation et l'accès aux données, informations et preuves scientifiques et techniques pour la santé : *i)* le système d'archives institutionnelles sur Intranet de connaissances sur la COVID-19, *ii)* le système de suivi des publications (PubTrack), *iii)* la politique de libre accès pour toutes les publications de l'OPS, *iv)* l'outil de prise de décisions pour soutenir la collaboration avec les centres collaborateurs de l'OPS/OMS et *v)* le système eLUNa de traduction assistée par ordinateur afin de rationaliser les processus linguistiques et de servir de référentiel multilingue (indicateur de résultat immédiat 21.2.b).
- c) Le BSP a atteint au moins 70 % des normes de performance énoncées dans le Cadre d'action d'urgence pour toutes les interventions d'urgence en cas d'aléas ayant des conséquences sur la santé publique (indicateur de résultat immédiat 25.2.a).
- d) Le nombre médian régional de jours entre le début corroboré d'un événement de santé publique et la date à laquelle l'information est 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).
- e) 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).

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



### *Réalisations, défis et réussites nationales clés*

19. 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***

20. Les États Membres 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. 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 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.

21. 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.

22. Le diagnostic moléculaire de 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. Le laboratoire central du Bureau de la santé publique du Suriname a récemment été désigné en tant que centre national de la grippe.

23. 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 [République bolivarienne du]). 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 mondiale 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. Les États Membres de l'OPS ont soumis plus de 261 000 séquences du SARS-CoV-2 à GISAID.

24. 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.

25. 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 [République bolivarienne du]). 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 de l'encéphalite équine). Les diagnostics moléculaire et sérologique des arénavirus et des hantavirus ont été mis en œuvre avec succès en l'État plurinational de Bolivie.

26. 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'EIOS a été étendue à toutes les juridictions du pays. En outre, le système d'alerte et d'intervention rapide (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'Organisation mondiale de la Santé (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.

27. Au cours de la période biennale, 348 envois internationaux totalisant 747 tonnes de stocks stratégiques conservés dans la plateforme logistique du BSP 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 du BSP. 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.

28. 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 du BSP. 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.

29. 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.

30. 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.

31. Tous les pays et territoires de la Région des Amériques ont été touchés par la pandémie de COVID-19, mais tous ont été en mesure de fournir un ensemble essentiel de services de santé permettant de sauver des vies au cours de 2020-2021. Au moins 15 pays et territoires ont réussi à mener des opérations qui ont sauvé des vies en réponse à d'autres urgences sanitaires 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, de l'éruption du volcan à Saint-Vincent et de la crise à la République bolivarienne du 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). 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.

32. 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).

33. Le BSP a développé de nouveaux outils de préparation aux urgences afin de renforcer la capacité des pays à répondre aux urgences. Ces outils comprenaient 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. L'État plurinational de Bolivie, le Chili, l'Équateur, le Nicaragua, le Paraguay et le Pérou ont adopté ces outils au cours de la période biennale 2020-2021.

34. 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, en travaillant à son élimination, au moyen d'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.

**Défis**

35. 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 entravé la prestation de produits et de services essentiels.

36. 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.

37. 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 listes détaillées sur la COVID-19 est en cours pour la Région, des données nominales étant soumises par 38 pays, territoires et zones.

38. 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 afin de renforcer la résilience et de détecter et répondre rapidement aux futures urgences sanitaires, en mettant l'accent sur cinq grands domaines :

- **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 México. Le cours a été suivi par 150 infirmières obstétriciennes dans l'ensemble du pays.

**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

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



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.

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.

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 communautaires, avec la présence de dirigeants autochtones**, sur la gestion des risques 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 de formations 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.

Prises ensemble, ces actions visaient 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 permettre d'améliorer l'adoption des vaccins, notamment contre la COVID-19, au sein des communautés autochtones, et de 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 urgences sanitaires. L'initiative met 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.



## 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.

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 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.



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 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 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 d'intervention rapide (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 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, a constitué 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, avec 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 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.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> De plus amples informations sur la réponse de l'OPS 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

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

### Réalisations

39. Les pays ont réorganisé et étendu 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.

40. 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.

- a) Dix-neuf pays ont élaboré 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.
- b) Dix 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.
- c) 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.
- d) Huit pays ont déclaré avoir réalisé des investissements dans les technologies numériques de santé, la gestion de l'infodémie et de nouveaux établissements de santé.
- e) 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 télémedecine 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.

41. 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. Le Paraguay et le Pérou ont également 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.

42. Les pays bénéficiant d'une garantie de marché, dont la Bolivie (État plurinational de), 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.

43. 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.

44. 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.

45. 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.

46. En Amérique centrale, les systèmes d'information sur les ressources humaines ont été essentiels pendant la pandémie de COVID-19 : le Guatemala, le Honduras, le Panama et la République dominicaine ont fait des progrès dans le développement et l'amélioration de leurs systèmes.

47. Le BSP 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 officiellement représentée dans le consortium d'approvisionnement et dans chaque pilier de l'ACT.

48. 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.

49. 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.

50. Le Système réglementaire 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.

51. 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 [État plurinational de], 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 [État plurinational de], Équateur, Honduras, Nicaragua, Panama, Paraguay, Venezuela [République bolivarienne du]).

52. Trente-deux 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. 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.

53. 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 des populations migrantes. 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.

54. Un soutien direct a été apporté à plusieurs pays pour la mise en œuvre des orientations en matière d'éthique. Ces pays 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 du BSP (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.

55. 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. Plusieurs pays ont dépassé le seuil recommandé de 6 % du produit intérieur brut en dépenses publiques de santé, ou s'en approchent.

56. Pendant la période 2020-2021, d'importantes ressources supplémentaires ont été mises en commun à partir de différentes sources pour assurer l'amélioration de la prestation des services de santé essentiels, l'utilisation accrue des tests, la surveillance génomique, l'augmentation de la couverture vaccinale et le soutien à la continuité des services de santé essentiels. Il s'agissait principalement de sources externes (prêts et subventions par l'intermédiaire des institutions financières internationales et des donateurs) et de la dette extérieure (obligations), ainsi que de fonds pour imprévus et de réaffectations, lorsque cela était 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, à savoir la Banque mondiale, la Banque de développement d'Amérique latine, la Banque interaméricaine de développement, la Banque centraméricaine d'intégration économique et la Banque de développement des Caraïbes, ainsi que les donateurs ont continué à soutenir les efforts déployés pour faire face à l'impact de la COVID-19. À la fin de 2021, 32 pays avaient reçu un financement externe approuvé pour la santé (lié à la COVID-19 ou non) de la part des institutions financières internationales et des donateurs pour un engagement estimé à près de \$7,0 milliards. Sur ce montant, la somme des prêts et dons approuvés supplémentaires négociés par les États Membres et liés à la COVID-19, y compris dans le cadre du Mécanisme COVAX et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a atteint près de \$5,0 milliards. Environ 47 % (\$2,4 milliards) de ces ressources ont été utilisées pour renforcer les programmes de vaccination anti-COVID-19 et pour travailler avec les partenaires et le secteur privé afin de résoudre les problèmes de chaîne d'approvisionnement et de livraison. Le reste a servi principalement à renforcer la prestation des services liés à la COVID-19, les tests, la surveillance épidémiologique, ainsi que l'infrastructure et l'équipement pour la riposte à la COVID-19.



57. 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***

58. 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.

59. L'accent mis sur l'augmentation de la capacité clinique sans traiter pleinement 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.

60. 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.

61. 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.

62. 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.

63. 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.

64. La pandémie a engendré des circonstances complexes qui ont exacerbé les goulets d'étranglement existants dans l'allocation des ressources. 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. Il reste difficile de mesurer les progrès accomplis par les pays pour respecter les engagements régionaux en matière de financement de la santé dans la mesure où les comptes de la santé sont encore en cours de développement en tant qu'outil pour le suivi et l'allocation des ressources. 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.

65. La pandémie a eu un impact significatif sur la capacité des pays à suivre les indicateurs liés à la protection financière. Ces indicateurs reposent sur des enquêtes en personne sur les dépenses des ménages, qui ont été pour la plupart suspendues en 2020 et 2021.

66. 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 l'État plurinational de Bolivie



Un patient atteint de COVID-19 reçoit une oxygénothérapie à haut débit à l'hôpital El Alto Sur.  
**Crédit photo :** Organisation mondiale de la Santé.

Le premier cas de COVID-19 en l'État plurinational de 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 l'État plurinational de Bolivie, le ministère de la Santé de l'État plurinational 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. 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, l'État plurinational de 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.

## Projet de télétriage dans les SSP au Chili : la technologie au service des soins de santé en période de pandémie



Une agente de santé pendant une téléconsultation.

**Crédit photo :** Télétriage dans les SSP, Chili

Le projet de télétriage dans les SSP offre un moyen de recevoir des soins de santé en ligne, de prendre des rendez-vous médicaux et de hiérarchiser la demande de soins dans les centres de soins de santé primaires (SSP) au Chili. L'initiative est le fruit de la collaboration entre l'OPS, le ministère de la Santé du Chili, la Faculté de santé publique de l'Université du Chili et le cabinet de conseil en innovation Plataforma 360. Elle est soutenue financièrement par le Fonds d'urgence COVID-19, appuyée par les gouvernements allemand et japonais.

Avec le télétriage, les patients ont la possibilité d'effectuer une demande de soins à l'aide d'un téléphone mobile, d'une tablette ou d'un ordinateur en remplissant un formulaire unique en ligne. Le professionnel du triage examine ensuite la demande et détermine le mode de prise en charge. Le projet a débuté en 2020 dans le but d'assurer la continuité des services de soins de santé pendant la pandémie, en évitant les infections qui peuvent résulter de contacts entre la population et en améliorant la gestion des soins de santé primaires. Il a contribué à la transition d'un système de soins en face à face vers un système basé sur les soins à distance.

Grâce aux excellents résultats du programme pilote, le télétriage a été étendu à huit centres de santé familiale, rattachés au service de santé métropolitain sud, qui ont reçu de la part de l'OPS l'équipement et la technologie nécessaires. Ces résultats témoignent de l'importance de l'innovation technologique dans les soins de santé, notamment dans les contextes de pandémie.

Les systèmes de télétriage améliorent l'expérience de l'utilisateur avec le premier niveau de soins. Ils permettent également aux responsables de la santé de mettre en œuvre de nouveaux processus et de renforcer les processus décisionnels, en particulier en matière d'allocation des ressources et de maintien de l'équilibre approprié entre l'offre et la demande.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Plus d'informations disponibles sur : <https://teletriage.cl> et <https://www.youtube.com/watch?v=0357yKUY57s> (en espagnol).

## 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

67. 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 de COVID-19, touchant ainsi plus de 60 000 familles au cours de la période biennale.

68. Une analyse actualisée de la transmission mère-enfant de la syphilis a été réalisée en Argentine, en l'État plurinational de 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.

69. L'État plurinational de 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 dans le cadre de la riposte à la pandémie. Le projet a permis de relever le niveau de priorité attribué au maintien des services 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.

70. 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.

71. 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.

72. 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 [État plurinational de], Colombie, Costa Rica, Équateur, Honduras, Paraguay, Pérou, République dominicaine).<sup>14</sup> 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.

73. 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.

74. 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.

75. 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, 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 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.

76. 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.

---

<sup>14</sup> Maza-Arnedo F, et al. Maternal Mortality Linked to COVID-19 in Latin America : Results from a Multi-country Collaborative Database of 447 Deaths. The Lancet 2022;12 (100269). Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00086-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00086-2/fulltext)

77. 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.

78. 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.

79. 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.

80. 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.

81. 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.

82. 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**

83. 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. La lutte contre les iniquités au sein des pays implique un soutien continu aux niveaux infranationaux et locaux, en utilisant une approche intersectorielle.

84. 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.

85. 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.

86. 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.

87. Les rôles et responsabilités du secteur de la santé en matière de changement climatique et de déterminants environnementaux de la santé souffrent d'un manque de clarté, dû en partie à la faiblesse des mécanismes de gouvernance en matière de santé publique environnementale et au nombre limité de personnel formé en santé publique environnementale. Pour relever ce défi, l'OPS a intensifié la coopération technique afin de clarifier et de renforcer les rôles et responsabilités du secteur 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<sup>e</sup> siècle.

88. 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 :** 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, les efforts conjugués du ministère de la Santé et des équipes de l'OPS 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, y compris la formation, le suivi, l'installation du logiciel, les consultations, la conception du dossier prénatal, la mise à jour des données dans le système et 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 néonataux 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 prénataux, 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 pour renforcer le domaine des soins périnataux.
- **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.

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.

## Adaptation des mesures de santé publique contre la COVID-19 pour les groupes en situation de vulnérabilité

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des inégalités importantes. Celles-ci comprennent une plus grande exposition au virus pour les groupes en situation de vulnérabilité ainsi que l'existence de barrières spécifiques dans la mise en œuvre de mesures de santé publique non médicamenteuses pour contrôler la pandémie.

L'OPS a élaboré des orientations pour la mise en œuvre de mesures de santé publique non pharmacologiques au sein des populations en situation de vulnérabilité dans le contexte de la pandémie et a lancé un appel à propositions pour promouvoir leur mise en œuvre. Plus de 120 propositions d'action ont été reçues, et 40 initiatives provenant de 19 pays ont été sélectionnées. Les initiatives portaient sur les domaines de la formation, de la communication et de l'adaptation de mesures en vue de leur mise en œuvre. Les actions visaient des groupes tels que les enfants et les adolescents victimes de violations des droits, les personnes handicapées, les travailleurs informels et la population LGBTQI+, entre autres.

Les principaux enseignements tirés de cette expérience sont les suivants :

- Il est crucial de prendre en compte et de respecter les points de vue des groupes en situation de vulnérabilité et d'encourager la participation de la communauté à la hiérarchisation et à la conception des interventions.
- Une communication opportune et adaptée aux réalités sociales et locales est essentielle à l'organisation, à la mise en œuvre et à l'efficacité des actions destinées aux groupes en situation de vulnérabilité.
- L'utilisation de mesures de santé publique non pharmacologiques, et le respect des recommandations, nécessitent la participation active des communautés pour les adapter au contexte local et aux différents contextes de vulnérabilité.
- Afin de garantir la pérennité des processus, le travail avec les groupes et les territoires en situation de vulnérabilité devrait être constant, et ne pas être entrepris uniquement en périodes de crise.

Sur la base de cette expérience menée par l'OPS, un réseau d'action et de coopération est en cours de constitution afin de tirer profit des leçons apprises et de promouvoir son élargissement à d'autres contextes dans la Région.

## **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***

89. 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 pandémie de COVID-19. Une série de fiches d'information 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, des webinaires de haut niveau ont été organisés 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 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.

90. 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.

91. 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 [État plurinational de], Honduras, Paraguay).

92. 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 télémentorat 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.

93. 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.

94. 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 [État plurinational de], 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).

95. Des évaluations nationales des services de réadaptation et de technologies d'assistance ont eu lieu en l'État plurinational de Bolivie, à El Salvador et en République dominicaine, en utilisant les outils de l'OPS/OMS et avec le soutien du BSP. Ces évaluations jetteront 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.

96. 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, chatte 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 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.

97. 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, l'Etat plurinational de 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, au Mexique, le Congrès a approuvé un projet de loi visant à amender la loi 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.

98. 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.

99. 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.

100. 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, a été intensifié 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.

101. Trente-quatre pays et territoires disposent désormais d'une politique ou d'un plan de santé mentale approuvés, 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.

102. Des conseils techniques actualisés ont été fournis 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 Bébé 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 Bébé d'Amérique latine et des Caraïbes.

103. 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. On peut citer par exemple les nouvelles orientations en l'État plurinational de 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.

104. 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.

105. 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.

106. 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 [État plurinational de], Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Paraguay, Pérou, Uruguay, Venezuela [République bolivarienne du]), organisés sous

l'égide du gouvernement colombien et en collaboration avec les partenaires de l'initiative INSPIRE.

107. 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.

108. 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 (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. Dans le cadre de l'initiative Bloomberg pour la sécurité routière mondiale, l'OPS et d'autres partenaires ont travaillé avec les autorités municipales dans cinq pays (Argentine, Brésil, Colombie, Équateur, Mexique) pour mettre en œuvre un programme de sécurité routière à plusieurs volets.

109. L'État plurinational de 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.

### ***Défis***

110. 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 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 télémedecine et les téléconsultations, ainsi que les prescriptions électroniques et autres nouvelles pratiques de prescription.



111. 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 surveillance des MNT au sein de la population dans le cadre d'enquêtes auprès des ménages s'est interrompue. 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.

112. 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. Les pays ont tendance à se concentrer 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 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 2018-2030* de l'OMS, 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.

113. 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.

114. Les perturbations des services de santé 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. Si la pandémie a mis en lumière le risque accru de violence, il est nécessaire de renforcer le plaidoyer en faveur de la prévention. La réponse du système de santé à la violence est depuis longtemps un pilier essentiel du programme de prévention au sens large. 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. 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. 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. La situation actuelle exige une attention accrue pour garantir l'accès à un soutien adéquat, en particulier pour les groupes en situation de vulnérabilité, en tenant compte du risque et des obstacles à l'accès accrus auxquels ils font face.

115. 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.

116. 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.

## Répondre aux besoins de santé mentale pendant la COVID-19 dans les communautés autochtones du Guatemala



Les dirigeants communautaires reçoivent une formation en SMSPS.

**Crédit photo :** OPS/OMS, Cesar Gonzalez

Au Guatemala, les troubles de la santé mentale et liés à l'usage de substances psychoactives représentent 14 % de la charge de morbidité et 32 % de la charge d'invalidité. La pandémie de COVID-19 a amplifié les vulnérabilités existantes aux problèmes de santé mentale au sein de la population autochtone des départements de Quiché et de San Marcos. Historiquement, les populations autochtones de la Région ont souffert de taux plus élevés de mortalité maternelle et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, de retard de croissance chez les enfants et de handicaps, en raison des inégalités politiques,

sociales, culturelles et économiques et des antécédents de colonialisme et de racisme structurel profondément enracinés.

Une évaluation de la situation et une cartographie des ressources en matière de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) ont été réalisées au Guatemala par l'OPS, des responsables du ministère de la Santé et l'Asociación IDEI, une ONG nationale spécialisée dans la formation et les interventions SMSPS adaptées sur le plan culturel. Les résultats de cet exercice ont conduit à l'identification et à l'élaboration d'un plan d'action sur mesure axé sur l'évaluation des besoins en matière de SMSPS pour les communautés ciblées.

Dans le cadre du plan d'action, une formation interculturelle en santé mentale et des activités de premiers secours psychologiques ont été menées dans les langues locales (Maya Mam pour San Marcos et Maya Ixil pour Quiché). De plus, un total de 38 agents de santé de 19 centres de santé couvrant 24 961 personnes ont été formés aux premiers secours psychologiques, en utilisant la méthodologie culturellement adaptée de l'IDEI. Les agents de santé formés comprenaient 27 femmes et 11 hommes.

Le plan d'action comprenait également l'élaboration d'une stratégie de communication pour sensibiliser les communautés ciblées à la santé mentale pendant la COVID-19. La stratégie de communication a défini des actions pour la diffusion efficace d'informations au moyen de médias numériques, radiophoniques et imprimés parmi les communautés autochtones afin d'accroître la sensibilisation, de réduire la stigmatisation et d'élargir l'accès aux services de santé mentale. Dans le cadre de cette stratégie, 50 dirigeants communautaires des territoires de Nebaj et Comitancillo ont été formés en SMSPS.

L'OPS et le ministère de la Santé fourniront un soutien continu aux membres de la communauté formés en vue de créer de solides réseaux communautaires de SMSPS dans l'optique de maintenir les résultats obtenus.

## Une loi extrêmement innovante sur la sécurité routière au Mexique



Des membres de la coalition mexicaine pour une mobilité sûre au Sénat mexicain après l'adoption définitive de la loi en avril 2022.

**Crédit photo :** Agustín Martínez Monterrubio/Coalición Movilidad Segura

Le nombre d'accidents mortels de la route au Mexique est resté constamment élevé ces dernières années. La responsabilité limitée au sein des secteurs concernés et du gouvernement fédéral, ainsi que les différences au niveau infranational concernant les lois sur la vitesse, les limites d'alcoolémie et les permis de conduire, ont entravé la coordination intersectorielle et les efforts visant à prévenir les accidents mortels et non mortels de la circulation.

En 2020, un amendement constitutionnel a été introduit qui reconnaît la mobilité dans des conditions de sécurité, d'accessibilité, d'efficacité, de durabilité, de qualité, d'inclusion et d'équité comme un droit universel. Cet amendement reconnaît que la sécurité routière est essentielle pour sauver des vies et progresser vers la réalisation des ODD.

En avril 2022, la loi nationale mexicaine sur la mobilité et la sécurité routière a été adoptée par le Congrès, marquant une avancée majeure dans les efforts du pays pour réduire le nombre de décès sur les routes et promouvoir une mobilité durable et équitable pour tous. La loi prévoit la mise en place de l'approche « systèmes sûrs », qui s'aligne pleinement sur le *Plan mondial de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2021-2030*. Elle priorise la sécurité des usagers de la route les plus vulnérables, accroît l'accès équitable et durable aux services de transport, clarifie les rôles et les responsabilités au sein du gouvernement et appelle à la création d'une base de données unifiée pour les permis, les plaques d'immatriculation et les amendes. La loi intègre la plupart des recommandations de l'OMS visant à promouvoir une utilisation sûre des dispositifs et à réduire l'exposition des usagers de la route aux principaux facteurs de risque.

L'OPS a joué un rôle central dans les progrès réalisés en matière de mobilité et de sécurité routière, en travaillant avec ses partenaires pour mettre en place les systèmes, les capacités et la sensibilisation nécessaires. Le rôle de l'Organisation s'est concentré sur les points suivants :

- Renforcer la participation communautaire en soutenant et en consolidant la Coalition pour une mobilité sûre du Mexique, qui a joué un rôle clé dans l'amendement de la Constitution et l'approbation de la nouvelle loi. La coalition a rassemblé 70 organisations de la société civile de 25 des 32 États du Mexique.
- Plaidoyer au plus haut niveau pour façonner le projet de législation et créer une dynamique en vue de son adoption, en travaillant en étroite collaboration avec les responsables gouvernementaux et en assurant une coordination dans l'ensemble du système des Nations Unies à tous les niveaux.
- Fournir un soutien technique et juridique pour l'élaboration du plan de mobilité du Mexique pour une nouvelle normalité en 2020.
- Conseiller les autorités locales sur l'élaboration de documents techniques pour faire progresser l'application par la police des règles de sécurité routière.
- Soutenir les campagnes de marketing social et la formation des médias pour sensibiliser le public à la sécurité routière.

Un système de mobilité plus sûr pour le Mexique sera bénéfique pour la santé humaine et l'environnement, en réduisant le coût social et économique des tragédies de la sécurité routière et en augmentant l'accès équitable à une mobilité sûre pour tous.

## Autonomiser les communautés pour la prévention et l'auto-prise en charge des MNT à Trinité-et-Tobago



Centre de santé de Freeport, Trinité-et-Tobago, juin 2021.

**Crédit photo :** OPS/OMS, Denith McNicolls

Trinité-et-Tobago, comme de nombreux pays dans le monde, est confrontée à une charge croissante de maladies non transmissibles. Ces pathologies chroniques sont responsables de plus de 62 % des décès annuels à Trinité-et-Tobago, dont les trois quarts surviennent chez des personnes de moins de 70 ans. Plus de la moitié de la population du pays présente trois facteurs de risque de MNT ou plus, tels que le tabagisme, une alimentation malsaine, l'inactivité physique et l'usage nocif d'alcool, ce qui les expose à un risque accru de développer une maladie chronique. L'expérience du pays montre que donner aux communautés les moyens de prendre en charge leur santé par la prévention et

l'auto-prise en charge des pathologies chroniques est un moyen efficace de parvenir à une meilleure santé des populations et à la santé pour tous.

Un cours sur l'auto-prise en charge des maladies chroniques a été mis en œuvre par l'OPS avec le soutien du Partenariat pour la couverture sanitaire universelle. Le ministère de la Santé, soutenu par l'OPS, a conçu le cours. En travaillant en groupes de soutien, chaque participant est encouragé à gérer ses propres maladies non transmissibles et à aider les autres à choisir un mode de vie sain. L'approche est intégrée dans le système de santé afin que les personnes puissent obtenir un soutien approprié en cas de besoin.

Des participants d'organisations étatiques et non étatiques de Trinité-et-Tobago ont pris part à cette formation afin de gérer leurs propres MNT ou de devenir des formateurs principaux qui partageront leurs connaissances au sein de leurs communautés. Les centres de santé locaux ont également orienté certaines personnes vers la formation. Cette approche communautaire a permis d'accroître les connaissances, les compétences et la confiance des personnes pour qu'elles puissent se soigner et prendre en charge efficacement leurs maladies.

À ce jour, le cours d'auto-prise en charge des maladies chroniques a permis de former 75 personnes vivant avec des MNT. À terme, l'initiative sera étendue à l'échelle nationale pour atteindre toutes les communautés, avec un plan pour former plus de leaders-formateurs au cours des deux prochaines années. L'OPS travaille avec plusieurs participants pour documenter l'impact du cours sur leur vie.

La réalisation de la santé pour tous commence par le renforcement des soins de santé primaires tout en donnant aux communautés les moyens d'améliorer et de protéger leur santé. Trinité-et-Tobago fait partie des 115 pays auxquels le Partenariat pour la couverture sanitaire universelle contribue à apporter le soutien et l'expertise technique de l'OMS, en collaboration avec l'OPS.

## 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

117. 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.

118. 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 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.

119. 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.

120. 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.

121. Une résolution sur la revitalisation des programmes de vaccination dans la Région a été approuvée par le 59<sup>e</sup> 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 néonataux et offre une plateforme pour l'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires.

122. 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.

123. 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).

124. 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 l'État plurinational de 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.

125. 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.

126. Les pays bénéficiaires du Fonds fiduciaire du Codex (Bolivie [État plurinational de], 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.

127. 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).

128. 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**

129. 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.

130. 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.

131. 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.

132. 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.

133. 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.

134. 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.



135. 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. La République bolivarienne du 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.

136. 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, en collaboration avec l'Université d'Espírito Santo, 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'OPS a apporté un soutien technique fondamental à la mise en œuvre de l'enquête et à l'élimination des goulets d'étranglement liés à la COVID-19. Il s'agissait notamment 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 et de recommandations.

Les résultats de l'enquête montrent 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. Selon l'enquête, un tiers des ménages touchés ont dû emprunter de l'argent ou vendre des biens afin d'atténuer les coûts entre l'apparition des symptômes et la fin du traitement.



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.

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 et les recommandations stratégiques connexes sont diffusés auprès d'un large éventail de parties prenantes en collaboration avec l'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.

## 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*

137. Des évaluations de la maturité des systèmes d'information pour la santé (IS4H d'après le sigle anglais) ont été réalisées et achevées dans tous les pays et territoires. Sur la base de ces évaluations, des feuilles de route ont été élaborées pour réviser et moderniser les cadres législatifs et les réglementations, 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. La plupart des pays ont inclus des stratégies de renforcement des capacités et de gestion du changement à tous les niveaux dans leurs feuilles de route nationales pour la mise en œuvre de solutions et de stratégies de santé numériques.

138. Les États Membres ont adopté deux politiques : 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 pour ce qui est de fournir une coopération technique sur les cadres juridiques pour appuyer la transformation numérique. Des mesures ont été prises en vue d'adopter des normes internationales sur l'interopérabilité, la cybersécurité, la gestion des données et l'utilisation éthique de l'intelligence artificielle, entre autres.

139. 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 pour combler les fractures numériques et améliorer l'accès aux données structurées et non structurées. 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.

140. Trois plateformes essentielles ont progressé : *a)* la Santé dans les Amériques,<sup>15</sup> 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

<sup>15</sup> Pour plus amples informations voir [https://hia.paho.org/en \(en anglais\)](https://hia.paho.org/en (en anglais)).

indicateurs de base<sup>16</sup> pour tous les pays et territoires et c) le portail de suivi des ODD.<sup>17</sup> 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 et un référentiel de données probantes pour suivre les progrès régionaux, nationaux et infranationaux sur le plan des ODD.

141. Le système d'archives institutionnelles pour l'échange d'informations (IRIS) 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. Au cours de la période biennale, le système IRIS de l'OPS, également connu sous le nom de bibliothèque numérique de l'OPS, 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 du BSP dans la riposte à la pandémie. Lancé 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, et en a publié environ 300. Un processus accéléré a été utilisé 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.

142. 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.

143. L'application e-BlueInfo 2.0 offre l'accès aux documents et 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 publiée, en mettant en évidence les termes liés à la COVID-19. Le DeCS/MeSH Finder a été développé comme un service en ligne innovant permettant aux chercheurs, aux éditeurs et aux bibliothécaires de localiser tout descripteur, synonyme ou qualificatif du vocabulaire contrôlé DeCS/MeSH dans n'importe quel texte en une fraction de seconde.

---

<sup>16</sup> Pour plus amples informations voir [\(en anglais\)](https://opendata.paho.org/en/core-indicators).

<sup>17</sup> Pour plus amples informations voir [\(en anglais\)](https://www3.paho.org/ods3/en/home/).

144. La communauté scientifique et les gouvernements ont accéléré la recherche et l'innovation visant à contenir la propagation de la 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.

145. La coordination de la recherche, la synthèse des données probantes et l'application des connaissances ont facilité la riposte régionale et mondiale à la pandémie. 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 aux 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 le renforcement des capacités pour les professionnels de la santé en matière de prise en charge clinique et de questions des systèmes de santé connexes ; 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. Le BSP 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.

146. Le BSP a fourni un soutien technique pour l'élaboration de données probantes opportunes et axées sur la demande, de recherche, 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 pour permettre aux parties prenantes de comprendre et de façonner la dynamique stratégique, des pratiques, des politiques et des systèmes, afin de renforcer les systèmes de santé et d'améliorer les programmes et les services. Le BSP 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, et la coopération technique a été renforcée par l'élaboration de plus de 40 publications de données probantes sur la COVID-19 et d'autres priorités.

147. 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'OPS et

l'OMS, classées selon la cible 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 données probantes synthétisant les recommandations en matière de santé produites par l'OPS et l'OMS.

148. En partenariat avec Health Systems Global, l'OPS a développé des webinaires en espagnol et en anglais pour accroître la capacité des pays à produire et à diffuser des données de recherche sur la réponse des systèmes de santé à la pandémie de COVID-19. 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.

149. 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. Le BSP, en collaboration avec l'Université des Indes occidentales et 18 pays et territoires, a développé une étude pour quantifier les ressources humaines pour la santé dans les Caraïbes 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 pour améliorer la santé et réduire les inégalités en santé dans la sous-région.

150. La pandémie a focalisé l'attention sur le besoin urgent de catalyser la recherche éthique. Le BSP a publié sept documents d'orientations éthique concernant la COVID-19 en anglais et en espagnol. Ils ont été consultés plus de 50 000 fois à partir d'IRIS et sont 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 ont reçu un soutien direct pour renforcer leurs systèmes d'éthique de la recherche à l'aide d'une approche fondée sur des indicateurs<sup>18</sup> qui a été appliquée à une évaluation de 22 pays (réalisée en 2021 et publiée en 2022).<sup>19</sup> 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.

151. 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 de la recherche. PAHOERC soutient le Comité d'examen éthique de la recherche sur la COVID-19 de

---

<sup>18</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Indicateurs pour le renforcement des systèmes nationaux d'éthique de la recherche. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55914> .

<sup>19</sup> Aguilera B, et al. Research ethics systems in Latin America and the Caribbean : a systematic assessment using indicators. The Lancet 2022. Disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00128-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00128-0/fulltext)

l'OMS dans la mise en œuvre de la plateforme ProEthos de l'OPS, qui a été adaptée pour répondre aux normes de cybersécurité de l'OMS.

152. Les appels à financement participatif ont permis d'identifier des innovations sociales pour la santé dans l'ensemble de la Région qui ont soutenu la réponse des systèmes de santé à la COVID-19 et la continuité des services réguliers. La recherche montre l'impact de ces innovations et la manière dont elles peuvent être adaptées et reproduites. Un appel à financement participatif lancé en 2021 a reçu plus de 100 candidatures admissibles provenant de 17 pays, dont cinq pays prioritaires ; huit ont été reconnues ou ont reçu une mention spéciale. Une analyse de 2021 sur les innovations précédemment reconnues 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.

153. 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 rationaliser les rapports sur les indicateurs communs. Cela a permis de renforcer la cohérence, de réduire la charge de travail des pays en matière de rapports et de mettre à jour les données sur les flux financiers pour la recherche sur la santé et les ressources humaines pour la santé. À la fin de 2021, des informations sur les flux financiers pour la recherche avaient été communiquées par 13 pays. Huit d'entre eux ont mis à jour leurs données au cours de la période biennale (Argentine, Chili, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Trinité-et-Tobago, Uruguay).

154. 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 ou un programme (Argentine, Brésil, Canada, Colombie, États-Unis d'Amérique, Guadeloupe, Guyane française, Haïti, Martinique, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico). 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.

155. L'OPS a documenté les efforts d'achat groupé de médicaments essentiels et de fournitures stratégiques de santé publique. Un article récent publié dans *The Lancet* examine les achats groupés, et plus particulièrement le Fonds stratégique de l'OPS, comme un moyen de lutter contre la pandémie et de minimiser les perturbations qu'elle entraîne en assurant l'approvisionnement en produits de santé essentiels pour les urgences sanitaires et les services de santé de routine. En outre, l'achat groupé est essentiel pour améliorer l'accès équitable aux médicaments et aux fournitures et pour éliminer les maladies.

**Défis**

156. 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. Cependant, la connectivité et le débit sont encore des aspects critiques à résoudre en matière d'accès à l'information.

157. 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.

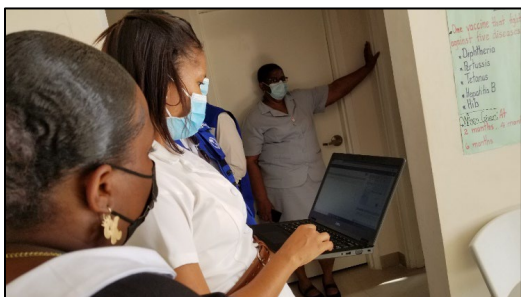
158. La pandémie a accéléré l'innovation, la recherche et l'utilisation de données probantes pour la prise de décisions. Néanmoins, la priorité accordée à la riposte a également entraîné des retards et des difficultés dans la mise en œuvre des activités prévues, ainsi que dans l'adoption et l'utilisation 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 sur la COVID-19. Un problème connexe tient au manque de confiance du public dans les autorités ainsi qu'à l'utilisation excessive par le public d'informations provenant de sources non fiables.

159. 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.

160. L'évaluation des flux financiers de la recherche pour la santé nécessite une collaboration intersectorielle, car divers secteurs fournissent des données qui doivent être intégrées. Compte tenu de la pandémie de COVID-19, cette collaboration a été difficile à réaliser. 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. En raison des changements de priorités nationales engendrés par la pandémie, 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 dans la mise en œuvre de la *Politique sur la recherche pour la santé* (document CD49/10).



## Quand un nom définit la trajectoire : Pourquoi des systèmes d'information pour la santé plutôt que des systèmes d'information en santé ?



Des infirmières d'un établissement de soins primaires en Dominique partagent les progrès avec une équipe de l'OPS.

**Crédit photo :** Marcelo D'Agostino, OPS

Les pays des Amériques ont fait des progrès significatifs sur le plan de l'adoption rapide de solutions de santé numériques. Cependant, ils sont confrontés à des défis pour assurer des investissements durables et un accès ouvert à des données fiables, sécurisées et de qualité, au bon moment et dans le format approprié, pour éclairer la prise de décisions, l'élaboration de politiques, le suivi et l'évaluation, et la production de renseignements pour l'action en santé. Dans le même temps, les technologies émergentes telles que les méga données, l'intelligence artificielle pour la science des données et l'interdépendance numérique peuvent offrir des avantages pour la santé publique jamais vus auparavant.

Le passage de « systèmes d'information en santé » à des « systèmes d'information pour la santé » (IS4H), qui semblait n'être qu'un changement de nom, était en fait une avancée conceptuelle annonciatrice d'une vision, d'un cadre, d'une définition et d'un modèle de travail nouveaux. Forme holistique de coopération technique, IS4H va au-delà de la notion de systèmes d'information en santé, qui se limite à des applications technologiques conçues pour résoudre les problèmes liés aux dossiers médicaux. Le modèle IS4H comprend un large éventail de mécanismes permettant de saisir, d'analyser, de communiquer et d'utiliser des données provenant du secteur de la santé et d'autres secteurs, avec la participation des gouvernements, de la société civile, des universités, des réseaux sociaux et du secteur privé. Il contribue aux progrès sur le plan de la santé et du bien-être universels en renforçant les systèmes d'information interconnectés et interopérables qui donnent accès à des données ouvertes et de qualité, à des informations stratégiques et à des outils de santé numériques pour la prise de décisions.

Lancé en 2016, le modèle IS4H s'est répandu dans toute la Région au cours des cinq années suivantes. À l'invitation de la Directrice de l'OPS, les dirigeants de l'OPS et des Caraïbes se sont réunis à Kingston, en Jamaïque, en novembre 2016 pour cocréer une vision renouvelée, un plan sous-régional et le tout premier cadre stratégique visant à promouvoir le modèle IS4H dans la Région des Amériques. Sur la base de cette expérience, des réunions de haut niveau ont été organisées en 2017 avec l'Amérique centrale et en 2018 avec l'Amérique du Sud. Le tout a abouti à l'approbation du plan d'action pour le renforcement des systèmes d'information pour la santé (IS4H) lors du 57<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS en 2019. Le 4<sup>e</sup> Conseil des ministres des États des Caraïbes orientales a avalisé une résolution dans le même but. Sur la base des enseignements tirés et discutés avec les États Membres lors d'une conférence en 2021,<sup>20</sup> le 59<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS a approuvé un document d'orientation intitulé *Feuille de route pour la transformation numérique du secteur de la santé dans la Région des Amériques*.<sup>21</sup> Ces premiers efforts ont aidé les États Membres à se préparer à une adoption rapide de solutions de santé numériques pendant la pandémie. Un facteur de réussite essentiel a été la mise en œuvre d'une approche axée sur les pays.

En 2020-2021, l'OPS a mené la toute première évaluation régionale de la maturité qui a donné lieu à une analyse détaillée des systèmes d'information pour la santé aux niveaux régional, infrarégional et national. Ces études constituent désormais la base des investissements des partenaires techniques et financiers ainsi que de la formulation et de la mise en œuvre de feuilles de route et de politiques publiques durables.

<sup>20</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. From the Evolution of Information Systems for Health to the Digital Transformation of the Health Sector. IS4H Conference Report. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53364>.

<sup>21</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Feuille de route pour la transformation numérique du secteur de la santé dans les Amériques. Washington, DC : OPS ; 2021. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/documents/cd596-feuille-route-pour-transformation-numerique-du-secteur-sante-dans-les-ameriques>.

La transformation numérique a le potentiel d'accroître l'accès aux services de santé, mais les personnes en situation de vulnérabilité ont généralement les niveaux les plus bas de connectivité et de littératie en matière de santé numérique. Dans les Amériques, des centaines de millions de personnes continuent de subir une discrimination, une exclusion et une inégalité structurelles en raison d'un manque d'accès aux technologies numériques et aux avantages potentiels pour la santé associés à leur utilisation. La transformation numérique doit viser à garantir un accès équitable, faute de quoi le virage de la santé numérique pourrait finir par désavantager encore plus les populations vulnérables. En collaboration avec des partenaires clés tels que la BID et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, l'OPS s'efforce de faire en sorte que le principe « ne laisser personne pour compte » devienne une réalité à l'ère de l'interdépendance numérique.

## Équité, genre, ethnicité et droits de l'homme

Résultat intermédiaire 26

### *Réalisations*

161. Au cours de la période biennale, le BSP a veillé à ce que les thématiques transversales soient stratégiquement positionnées dans le contexte de la pandémie. 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].<sup>22</sup> Ce rapport examine la morbidité et la mortalité 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.

162. 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.

163. 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 du BSP. 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 l'État plurinational de 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.

164. 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.

165. 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

---

<sup>22</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. *Gendered Health Analysis: COVID-19 in the Americas*. Washington, DC : OPS, 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55432>.

est en cours de finalisation, mettant en évidence les recommandations de coopération technique pertinentes pour ces groupes.

166. Une formation 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. 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.<sup>23</sup> 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.

167. 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.

168. 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 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. 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.

169. 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. Cette coordination permet également d'identifier les besoins en santé des populations autochtones et de discuter des stratégies et des plans, conformément à la loi sur la santé des populations autochtones du pays.

170. 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, ce qui est fondamental pour toute intervention en matière de soins de santé primaires.

---

<sup>23</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Health of Afro-descendant People in Latin America. Washington, DC : OPS, 2021. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54503>.

171. 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 la stratégie des Réseaux de prestation de services de santé intégrés. Ces lignes directrices permettront le développement d'un système 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.

172. 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 la langue officielle du pays. Cela représente une étape vers le renforcement des capacités des travailleurs de première ligne. 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.

173. 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***

174. 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.

175. 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.

176. 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.

## 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 :** OPS/OMS en Colombie/Karen González.

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 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, 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 prioritaires 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, il a été nécessaire de faire montre de respect envers les cultures autochtones, y compris 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 la façon dont ces communautés perçoivent la pandémie. La confiance dans 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***

177. 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 onusien et interaméricain. Son programme visait à faire face à l'impact de la pandémie, assurer une réponse agile aux États Membres, tout en plaidant 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, à faire face à l'impact de la pandémie sur les personnes vivant dans des conditions de pauvreté et de vulnérabilité, ainsi que sur la santé mentale, et à renforcer 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.

178. 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.

179. Le BSP 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 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, 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.

180. La Stratégie de mobilisation des ressources 2020-2025 de l'OPS a été lancée en décembre 2020 en tant que feuille de route pour permettre à l'Organisation de mobiliser davantage de 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 pour aider l'OPS à atteindre les résultats escomptés pour la période du Plan stratégique 2020-2025 et au-delà.

181. 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<sup>e</sup> Conseil directeur en septembre 2020. 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<sup>e</sup> 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 ascendants avec toutes les entités du BSP et un examen stratégique des priorités avec les États Membres, dans le contexte unique de la pandémie de COVID-19.

182. Le BSP a élaboré une nouvelle politique pour prévenir et lutter contre 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.

183. 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.

184. 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 (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, 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, de la stratégie de l'appareil unique, des archives en nuage et de 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 ainsi que par une communication et une coordination continues à tous les niveaux.

185. L'OPS a atteint \$2,84 milliards d'achats pour le compte des États Membres 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 pays à atteindre leurs objectifs nationaux et régionaux en matière de santé.

### ***Défis***

186. L'Organisation a dû relever le défi de réagir rapidement et efficacement à la pandémie de COVID-19 tout en protégeant les priorités des programmes de base. Les demandes concurrentes auxquelles ont dû faire face les autorités nationales, qui étaient principalement axées sur la riposte à la pandémie de COVID-19, et les bureaux de représentant, ont eu une incidence sur la mise en œuvre en temps opportun des activités prévues. Par exemple, l'élaboration et l'évaluation des stratégies de coopération avec les pays ont été retardées, de même que l'évaluation conjointe des résultats pour l'évaluation de fin de période biennale du budget programme 2018-2019. Il a de ce fait fallu s'appuyer sur des programmes stratégiques dépassés pour guider la coopération technique du BSP. 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.

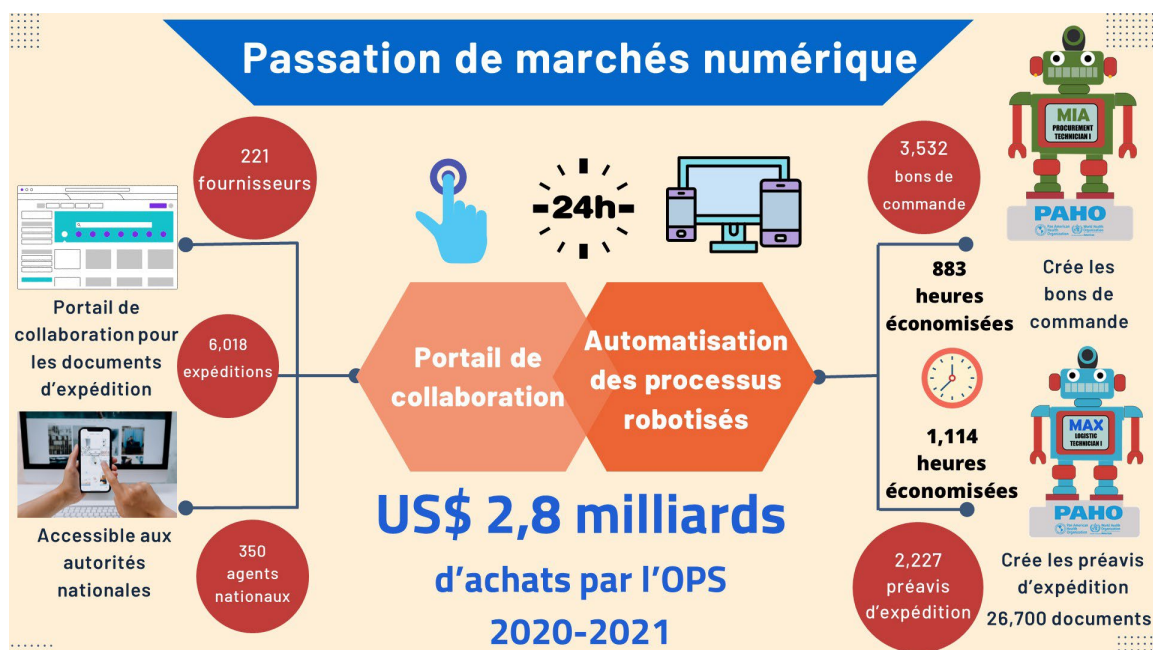
187. La crise financière résultant de retards importants dans la réception des contributions fixées des États Membres et les mesures de maîtrise des coûts prises en réponse à cette crise ont eu un impact sur la prestation de la coopération technique aux pays. L'Organisation a dû prioriser les activités et imposer des mesures de maîtrise des coûts concernant certains plans de travail qui avaient déjà été perturbés par la pandémie. En dépit de l'arrivée de fonds flexibles en 2021, certaines activités ont été annulées ou reportées.

188. Les activités de plaidoyer et de dialogue stratégique de haut niveau de l'OPS ont été affectées par la pandémie puisque des réunions en présentiel 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 marquée 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 entraîné une perte de mémoire institutionnelle. Les changements au sein des autorités sanitaires et les différentes 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 avec les États Membres et les autres parties prenantes.

189. 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 le BSP 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 en 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.

190. L'OPS 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 de ces subventions. La mobilisation de ressources devrait se concentrer sur des subventions de montants plus élevés sur des périodes plus longues, avec une grande flexibilité d'allocation.

La passation de marchés numérique pour accroître la rapidité et l'efficacité de la fourniture de produits de santé



L'OPS a acheté pour US\$2,8 milliards au cours de la période biennale, soit une augmentation de 41 % par rapport à 2018-2019.

**Crédit :** Département des achats et de la gestion des approvisionnements de l'OPS.

Afin de répondre à l'augmentation des demandes d'achats de la part des États Membres, le BSP a développé et mis en œuvre deux initiatives numériques : le portail de collaboration de l'OPS pour les documents d'expédition et les bots « Max » et « Mia ».

À la fin de l'année 2021, le portail de collaboration de l'OPS avait été consulté par 221 fournisseurs, 350 points focaux du ministère de la Santé de 44 pays et territoires, et un certain nombre de bureaux de représentant. Le Portail permet aux utilisateurs de suivre les informations relatives aux expéditions de manière accélérée, ce qui a été essentiel dans le cadre de la riposte à la pandémie de COVID-19.

En mars 2021, les équipes de gestion des achats et de l'information du BSP ont dirigé la conception et la mise en œuvre de l'automatisation des processus robotisés à l'aide de la plateforme UiPath. Le fruit de cette collaboration est le bot Mia, qui crée des projets de bons de commande, et le bot Max, qui possède des capacités de reconnaissance optique de caractères permettant de créer des préavis d'expédition (ASN) pour les États Membres. La mise en œuvre de l'automatisation des processus robotisés a permis à l'équipe chargée des achats d'économiser 1997 heures de travail depuis le début de l'utilisation de cette technologie. Les économies de temps réalisées grâce aux bots logiciels ont permis à l'équipe chargée des achats du BSP d'accroître son efficacité en éliminant les tâches administratives sans valeur ajoutée, ce qui lui a permis de négocier des prix optimaux et de renforcer les partenariats avec les parties prenantes internes et les fournisseurs.

Grâce à ces innovations, l'OPS a été reconnue par Procurement Leaders, un réseau mondial de passation de marchés, et a remporté le *World Procurement Award 2021 for Digital Impact* [Prix mondial de la passation de marchés 2021 pour l'impact numérique], pour le déploiement de nouvelles technologies et son rôle important dans la riposte à la COVID-19 dans les Amériques.

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

191. 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.

192. Au cours de la période biennale, le BSP a intensifié ses efforts sur chacun de ces mécanismes. 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.

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

194. Certaines évaluations qui devaient commencer en 2020 ont dû être reportées en raison de la pandémie. En 2020, deux évaluations régionales commandées par des entités régionales 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. Au cours du dernier trimestre de 2021, 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.

195. Afin de renforcer et d'améliorer la capacité à mener des évaluations de qualité et de promouvoir leur utilisation pour l'apprentissage institutionnel, l'OPS a organisé des webinaires et fourni un soutien et des conseils techniques pour les évaluations décentralisées au niveau des pays. Cela comprenait les programmes conjoints OPS-FAO-PNUD dans les régions Ixil et Cuilco du département de San Marcos au Guatemala, toutes deux finalisées en 2021. En outre, le BSP a fourni des conseils sur une évaluation concernant les actions visant à répondre aux besoins de santé des migrants vénézuéliens en Colombie 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.

#### **IV. Financement et mise en œuvre du budget programme de l'OPS 2020-2021**

196. 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 comprend les 28 résultats intermédiaires du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025 approuvé. Le segment des programmes spéciaux comprend 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.

197. 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 (\$329 millions), 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 l'hypothèse selon laquelle toutes les contributions fixées de l'OPS pour 2020-2021 ont été payées en totalité, 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.<sup>24</sup>

198. 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. Toutefois, le financement des programmes de base a subi l'impact des retards dans le financement. 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.

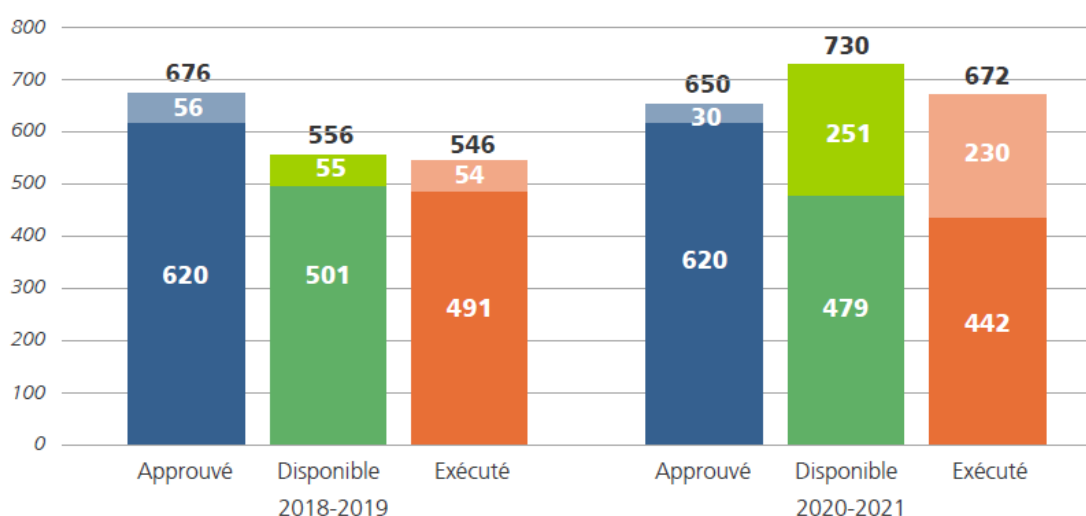
199. Au cours de la période 2020-2021, le BSP a été en mesure de maintenir un haut niveau de performance malgré les défis conjugués d'une crise financière due au retard de paiement des contributions fixées des États Membres et des effets de la pandémie de COVID-19 sur les activités planifiées. L'Organisation a identifié des opportunités et des mécanismes pour atténuer les effets sur la mise en œuvre des programmes de base,

---

<sup>24</sup> 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.

améliorant ainsi l'efficacité 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 et de l'exécution  
(en millions US\$)**



Segments inférieurs : programmes de base

Segments supérieurs : programmes spéciaux et urgences

200. La figure 5 présente la répartition des fonds disponibles pour exécution dans tous les segments pour l'ensemble du BSP. 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.

201. 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*

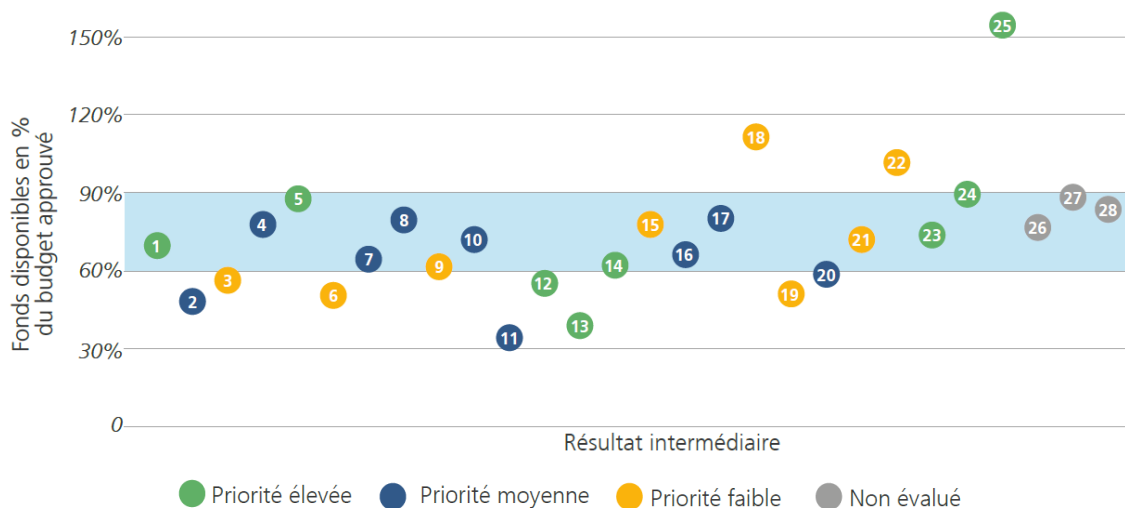
202. À la fin de la période biennale 2020-2021, les fonds disponibles pour les programmes de base se montaient à \$479 millions, dont 92 % ont été exécutés.

203. Une analyse plus approfondie par résultat intermédiaire montre que les niveaux de financement absolus et relatifs varient grandement, 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 %.

204. 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 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. 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.



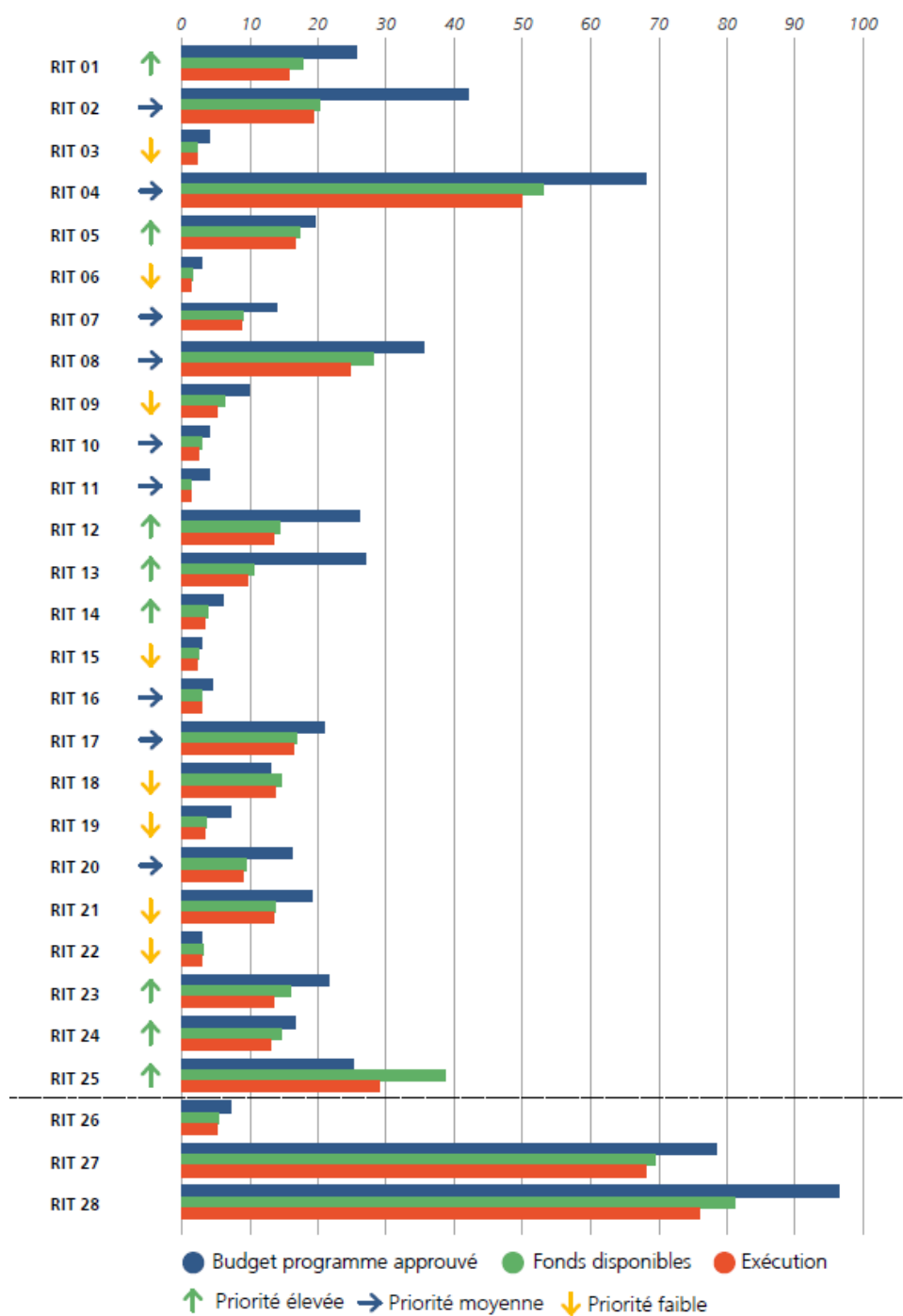
**Figure 6. Niveau de financement et priorité des résultats intermédiaires 2020-2021**



205. 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.

206. 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 et par la nécessité d’exécuter d’autres fonds pour la riposte aux flambées épidémiques et aux crises dans les programmes spéciaux. 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).

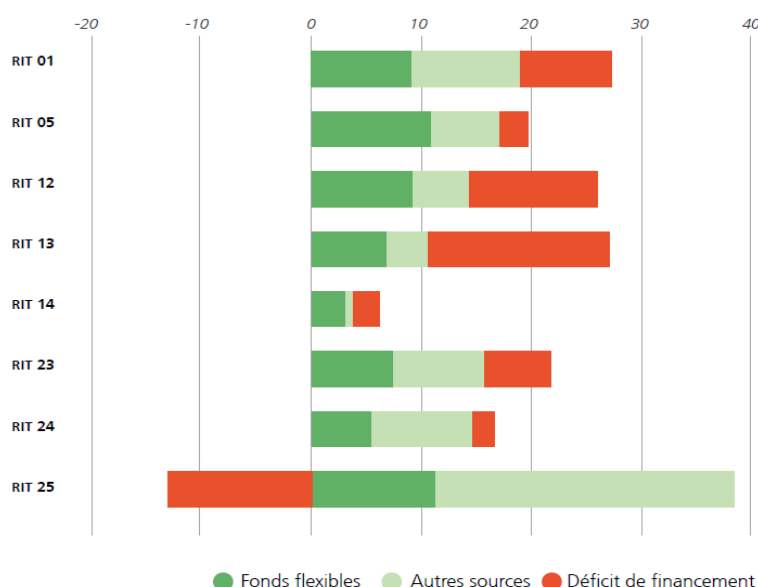
**Figure 7. Budget programme de l'OPS 2020-2021 :  
Fonds approuvés, disponibles et exécutés, par résultat intermédiaire  
(en millions US\$)**



207. Le BSP s'efforce de réduire les déficits de financement dans les résultats intermédiaires hautement prioritaires, en utilisant des fonds plus flexibles lorsque cela est nécessaire. 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. Il convient de noter que les thématiques transversales et les fonctions de leadership, de gouvernance et d'appui de l'OPS reposent essentiellement sur des financements flexibles.

208. 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.

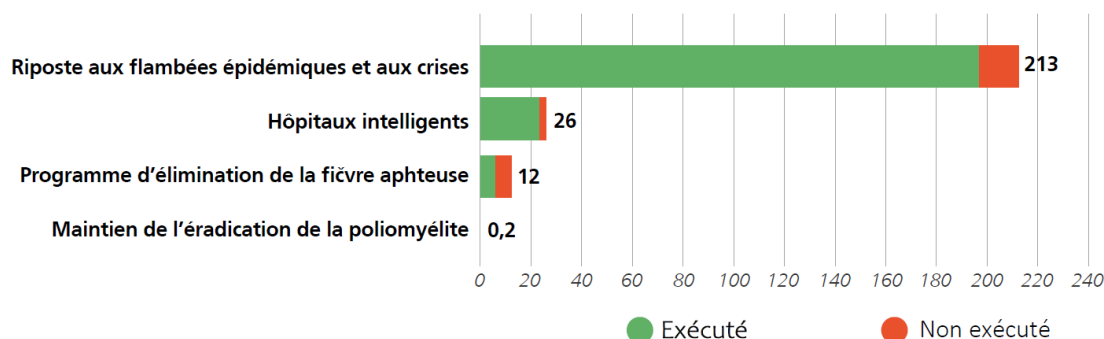
**Figure 8. Budget programme de l'OPS 2020-2021 :  
fonds approuvés et disponibles pour la mise en œuvre  
des résultats intermédiaires hautement prioritaires, par type de fonds  
(en millions US\$)**



### *Programmes spéciaux*

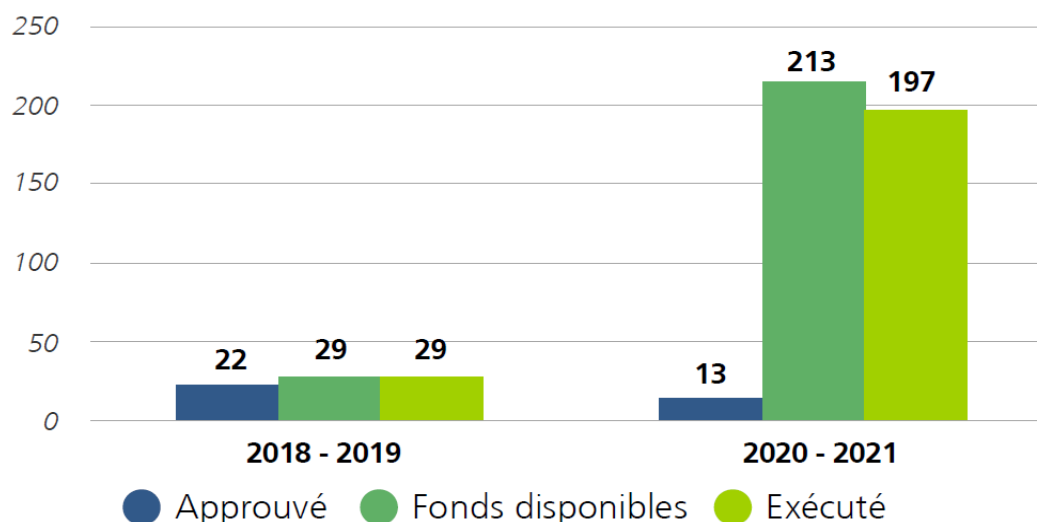
209. Comme défini dans le budget programme de l'OPS 2020-2021 approuvé, le segment des programmes spéciaux est considéré à titre indicatif, étant donné l'incertitude quant aux besoins et au financement de ce segment lorsque le budget programme a été élaboré. En raison de la pandémie de COVID-19, le BSP 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. 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\$)**



210. La figure 10 illustre le financement disponible et la mise en œuvre de la composante riposte aux flambées épidémiques et aux crises uniquement pour 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 disposait d'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 à la République bolivarienne du 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\$)**



211. Les fonds reçus pour répondre à la pandémie de COVID-19 méritent une attention particulière. Au total, le budget programme 2020-2021 de l'OPS a reçu \$232 millions à cette seule fin. La plupart de ces fonds (\$194 millions, soit 84 %) ont financé le segment des programmes spéciaux du budget programme (figure 9). 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.

212. 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.

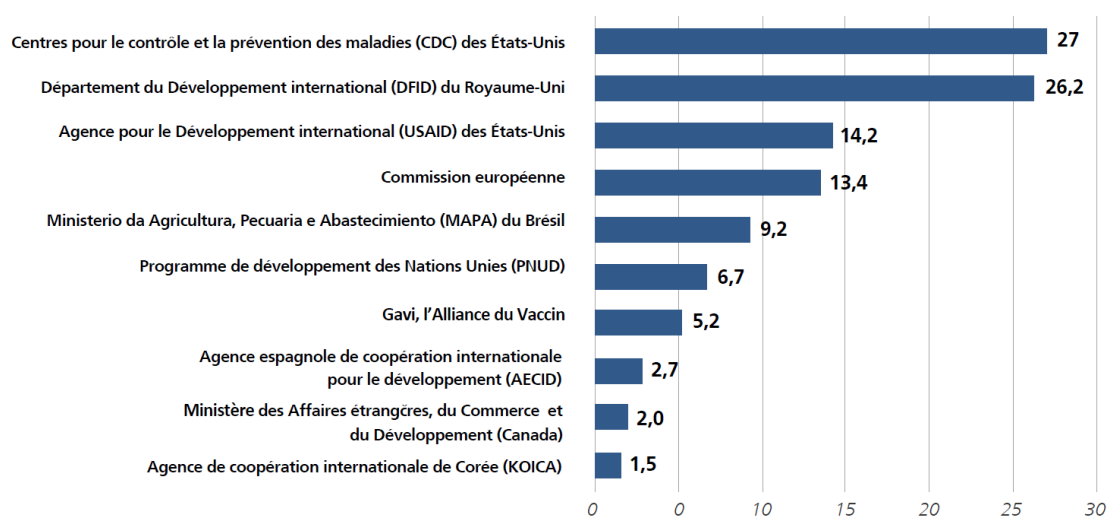
### ***Principales sources de financement pour 2020-2021***

213. **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.

214. 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, 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'Organisation, 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.

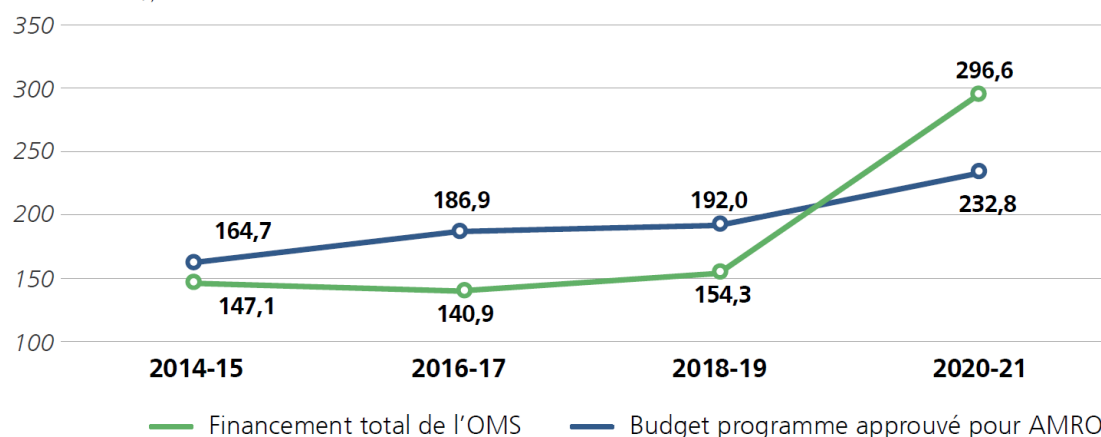
215. Les efforts de mobilisation des ressources ont permis d'obtenir \$210,6 millions de **contributions volontaires de l'OPS** au cours de la période 2020-2021, même si certains de ces fonds correspondent à des accords pluriannuels qui vont au-delà de cette période biennale spécifique. Comme le montre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



216. 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,<sup>25</sup> et \$191,3 millions correspondaient à des contributions volontaires de l'OMS. Sur ce dernier montant, \$148,9 millions, était alloués aux urgences (\$136,6 millions pour les programmes spéciaux et \$12,3 millions pour les programmes de base) et \$42,4 millions aux programmes de base.

**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.

217. 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.

218. 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 du BSP 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 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 du BSP dans de nombreux pays qui ne sont pas

<sup>25</sup> Ce chiffre considère les contributions volontaires de base de l'OMS comme faisant partie de l'allocation de financement flexible aux Amériques.

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).

219. 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 2 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 mis en œuvre des fonds par l'intermédiaire de l'OPS au cours de 2020-2021 : le Guyana, Haïti, le Honduras, le Nicaragua et la République bolivarienne du Venezuela. 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 2. 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 (République bolivarienne du)	-	10 576 782
<b>Total des CVN</b>	<b>132 083 126</b>	<b>128 023 281</b>



## V. Analyse des risques

220. Les risques et les opportunités institutionnels ont été identifiés dans le cadre du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Onze risques clés ont été identifiés, de même que leurs impacts négatifs potentiels sur la réalisation des résultats intermédiaires du Plan et les outils pour atténuer les risques. En 2020-2021, la pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve les fonctions de base de l'Organisation liées aux achats, à la gestion de la continuité des activités, à la viabilité financière et à la capacité du BSP à soutenir la riposte et à entreprendre une coopération technique avec les États Membres. En dépit des risques résultant de l'instabilité de la situation sociale, politique et économique dans les États Membres, la mise en œuvre des activités du BSP a maintenu les plus hauts niveaux de responsabilité.<sup>26</sup> Aujourd'hui encore, l'évolution de la pandémie dans la Région reste très incertaine. Cela signifie que le contrôle de la pandémie 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.

221. 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, 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.

222. 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 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.

---

<sup>26</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport financier du Directeur et rapport du Commissaire aux comptes, 1<sup>er</sup> janvier-31 décembre 2020 (*Document officiel* 362), Washington, DC : OPS, 2020.

223. 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.<sup>27</sup> 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.

224. 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.

225. Le tableau 3 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.

---

<sup>27</sup> Système des Nations Unies, Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination, Guidelines on Risk Appetite Statements (final), 38<sup>e</sup> 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 3. 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 <sup>28</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect par certains États Membres de leurs engagements financiers (contributions fixées)</li> <li>• 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.</li> <li>• Effondrement ou crise de la gouvernance qui peut retarder le respect des obligations financières ou faire dérailler le développement des programmes.</li> </ul>
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"> <li>• Manque de diversification des partenaires et des donateurs</li> <li>• Absence d'élaboration et de mise en œuvre de plans de mobilisation des ressources</li> </ul>
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"> <li>• Non-respect des protocoles de sécurité sur le lieu de travail destinés à assurer la santé et le bien-être du personnel</li> <li>• Absence de plans de continuité des activités actualisés dans les lieux d'affectation de l'OPS</li> </ul>
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"> <li>• 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)</li> <li>• Incapacité à renforcer et à soutenir des systèmes de santé réactifs et adaptatifs face aux risques liés à la situation pandémique actuelle.</li> <li>• Absence de système de suivi dans la Région pour les vagues et les flambées épidémiques récurrentes.</li> <li>• Incapacité à rendre les vaccins COVID-19 accessibles de manière efficace et équitable et à atteindre une couverture appropriée de la population.</li> </ul>
Priorités nationales concurrentes qui réduisent l'attention accordée aux priorités en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampleur croissante de l'urgence de la COVID-19 et de nouvelles crises humanitaires susceptibles d'affecter les résultats en matière de santé.</li> <li>• Systèmes d'information avec des données ventilées limitées et très peu de données sur les déterminants sociaux de la santé</li> </ul>

<sup>28</sup> 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 systèmes ou technologique pour soutenir la transformation numérique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources insuffisantes pour développer des applications destinées à la modernisation du lieu de travail et à la continuité des activités</li> <li>• Lacunes en matière de cybersécurité</li> </ul>
Réputation du BSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de fraude, de conflit d'intérêts ou de mauvaise conduite</li> </ul>

226. 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.

227. 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 :**

- a) Consulter régulièrement les États Membres et promouvoir le dialogue pour trouver des solutions régionales, en respectant les besoins et les priorités spécifiques des pays.
- b) Maintenir des canaux de communication ouverts et tenir les parties prenantes internes et externes continuellement informées des progrès et des défis.
- c) Promouvoir le dialogue et la solidarité entre les pays pour réduire les iniquités et mieux répondre aux risques émergents.
- d) 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.

## **VI. Enseignements tirés et recommandations**

### **Vue d'ensemble**

228. 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 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 de COVID-19 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, les actions tiendront compte des connaissances et de la compréhension acquises au cours des deux dernières années.

229. 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.

### **Aspects politiques**

230. 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.

231. 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, l'Organisation a également agi pour protéger les services de santé essentiels en collaboration avec les États Membres et les partenaires, 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 s'acquitter 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.

232. S'il est vrai que l'OPS 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. La coordination avec l'OMS s'est considérablement améliorée et a permis d'accroître l'accès aux projets de collaboration assortis de financements et la 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. 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 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.

233. 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.

234. 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 la République bolivarienne du 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**

235. Malgré les contraintes de la pandémie de COVID-19 et de la crise financière, le BSP a été en mesure de faire avancer de nombreuses activités planifiées et de réaliser des progrès importants dans le programme de coopération technique. Le BSP a utilisé la pandémie comme point d'entrée pour plaider en faveur du renforcement des services de santé essentiels et des systèmes de santé, démontrant que même dans les situations d'urgence aiguës, il est possible de traiter des priorités de santé publique. 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.

236. Un travail intersectoriel solide continue d'être essentiel pour l'efficacité de la coopération technique du BSP. La coordination de haut niveau entre les secteurs a joué un rôle crucial pour endiguer et atténuer la pandémie. La durabilité de ce type de mécanismes est essentielle pour assurer une approche de la Santé dans toutes les politiques à long terme. Par exemple, en ce qui concerne la violence et les traumatismes, assurer l'accès en temps voulu à des soins d'urgence représente de nombreux défis et opportunités qui sont communs à différents secteurs, et offre donc des possibilités de gains mutuels. Le moment est opportun pour donner une impulsion, dans la mesure où les gouvernements, les partenaires et les donateurs cherchent de plus en plus à traiter de ces sujets de manière coordonnée et intégrée.

237. 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 et des conseils à ces organisations peut contribuer à promouvoir des données probantes, des recommandations et des meilleures pratiques de l'OPS/OMS.

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

239. 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 ont facilité une riposte rapide, efficiente et efficace à la crise. Les activités coordonnées au sein de l'équipe de soutien à la gestion des incidents, y compris par 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.

240. 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 de développement dans une ère post-pandémie. 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**

241. Comme indiqué ci-dessus, les reculs ont mis en péril les progrès accomplis dans la réalisation des cibles du Plan stratégique 2020-2025, du PASDA2030 et des ODD. L'effet a été disproportionné sur les populations les plus vulnérables. 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.

242. Au cours de la 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.

243. La pandémie a mis à l'épreuve pratiquement toutes les dispositions du RSI. 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.

244. 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.

245. 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. Il est nécessaire d'investir davantage dans la surveillance épidémiologique et en laboratoire, y compris dans le 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.

246. 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.

247. La COVID-19 a été un déclencheur d'innovation. Cependant, malgré la nécessité d'accélérer l'adoption de nouvelles méthodes, les pays ont été ralentis 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.

248. 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 et de maintenir 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 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, ils ne remplacent pas l'efficacité de la formation et du soutien en personne.

249. 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.

250. 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.

251. Le Campus virtuel de santé publique de l'OPS constitue une ressource stratégique pour l'Organisation. Il a permis au BSP de répondre directement aux besoins des pays et du personnel de santé pour les interventions d'urgence et pour la réalisation des objectifs prioritaires des programmes. 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.

252. 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 orienter et 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.

253. Malgré les améliorations apportées à la protection financière, la pandémie a prouvé une fois de plus que les événements imprévisibles peuvent entraîner des revers importants. Certains moyens 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. 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.

254. 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.

255. 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 pour les facteurs de risque, qui soient propices

pour que le choix sain soit aussi le choix facile. Cependant, il a été difficile d'obtenir un engagement politique pour mettre en place des politiques efficaces.

256. 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.

257. Dans le contexte de la pandémie de 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.

258. 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.

259. 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 le leadership politique.
- i) Souligner l'importance de la vaccination systématique, en tenant compte des enseignements tirés de la vaccination contre la COVID-19, et 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 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.
  - 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 le contexte de la riposte aux pandémies.

### **Aspects de gestion et administratifs**

260. Le BSP 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. 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 du BSP, 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.

261. 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.

262. En dehors des périodes d'urgence, le 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.

263. La transition vers des modalités 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.

264. 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. Néanmoins, toutes les activités ne peuvent pas être mises en œuvre virtuellement. La coopération technique implique de partager les enseignements 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.

265. 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.

266. Enfin, l'on attend 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 annexe présente 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 principaux résultats qui seront présentés dans l'annexe figure à la section III du présent rapport.

2. Les évaluations des indicateurs présentent les tendances des deux dernières décennies, en tenant compte des données disponibles les plus récentes qui ont été normalisées pour faciliter les analyses comparatives entre les pays et territoires de la Région. Ces données existantes sont également utilisées pour projeter des estimations jusqu'à la fin de la période couverte par le Plan stratégique : 2025. Chaque évaluation comprend un tableau récapitulatif avec le niveau de référence de l'indicateur, la cible, la situation actuelle et l'évaluation. Une analyse est présentée pour chaque indicateur d'impact, suivie des principaux points à retenir et recommandations pour améliorer les résultats intermédiaires en matière de santé. Pour les indicateurs qui n'ont pas pu être évalués, des informations sont présentées sur la façon d'affiner la méthodologie pour améliorer la mesure.

3. Pour 10 des 28 indicateurs d'impact (3, 4, 6, 7, 9, 10, 16, 17, 18 et 20), des exemples de modélisation sont présentés en utilisant les données disponibles dans des pays sélectionnés pour élaborer des cas hypothétiques qui démontrent comment les actions stratégiques programmatiques et sur les politiques peuvent conduire à des progrès au niveau des pays, ce qui accélérera également les progrès sur le plan de la réalisation des cibles régionales. Ces exemples envisagent des actions rentables qui pourraient avoir un impact prononcé sur la trajectoire de l'indicateur.

4. Il est important de noter que la modélisation est l'un des différents outils appliqués pour aider à identifier les défis et les solutions aux problèmes de santé publique ; cependant, ces modèles ne doivent pas être appliqués dans le vide. La modélisation peut être utile en conjonction avec d'autres outils et informations pour étayer et guider les décisions.

### Indicateur d'impact 1 : réduction des inégalités de la santé à l'intérieur du pays

Référence 2019	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
0	17 pays	4 pays	En bonne voie

**Analyse** : cet indicateur est défini comme le nombre de pays parvenant à une réduction proportionnelle mesurable des inégalités absolues entre les groupes à l'intérieur du pays, telles que définies par un facteur de stratification social pertinent, dans au moins deux des quatre indicateurs de référence de santé de base de l'ODD3 : taux de mortalité néonatale (ODD 3.2.2), taux de fécondité chez les adolescentes (3.7.2), taux d'incidence de la tuberculose (3.3.2) et taux de mortalité prématurée attribuable à des maladies non transmissibles (3.4.1).

L'indicateur d'impact 1 étant nouveau, l'évaluation préliminaire, fondée sur les données désagrégées au niveau infranational actuellement disponibles, provenant principalement d'enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) et d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS, selon le sigle anglais), a été réalisée principalement au moyen d'une approche éco-sociale exploratoire utilisant les données de base sur la santé des initiatives nationales.

Selon la définition technique de l'indicateur, une réduction dans le temps de l'écart d'inégalité absolue d'au moins deux de ces quatre indicateurs de base des ODD est nécessaire pour qu'un pays donné soit comptabilisé dans la cible de 2025. Sur neuf pays pour lesquels on dispose de données provenant d'EDS et de MICS, quatre (Guyana, Honduras, Nicaragua et République dominicaine) sont parvenus à réduire l'écart d'inégalité absolue de ces deux indicateurs de base (mortalité néonatale et taux de fécondité chez les adolescentes) entre les deux derniers cycles d'enquête. Ces estimations préliminaires indiquent que la Région est en bonne voie pour atteindre la cible pour cet indicateur.

#### Principaux points à retenir et recommandations :

- Trois autres pays (Bolivie [État plurinational de], Guatemala et Haïti) sont parvenus à réduire les inégalités dans l'un des deux indicateurs.
- Deux pays ne sont parvenus à aucune réduction significative dans au moins deux des indicateurs de référence.
- Des plans actifs sont en cours pour étendre l'évaluation des inégalités dans plusieurs autres pays pour un ensemble élargi d'indicateurs pertinents d'impact sur la santé.

#### Indicateur d'impact 2 : espérance de vie ajustée en fonction de la santé

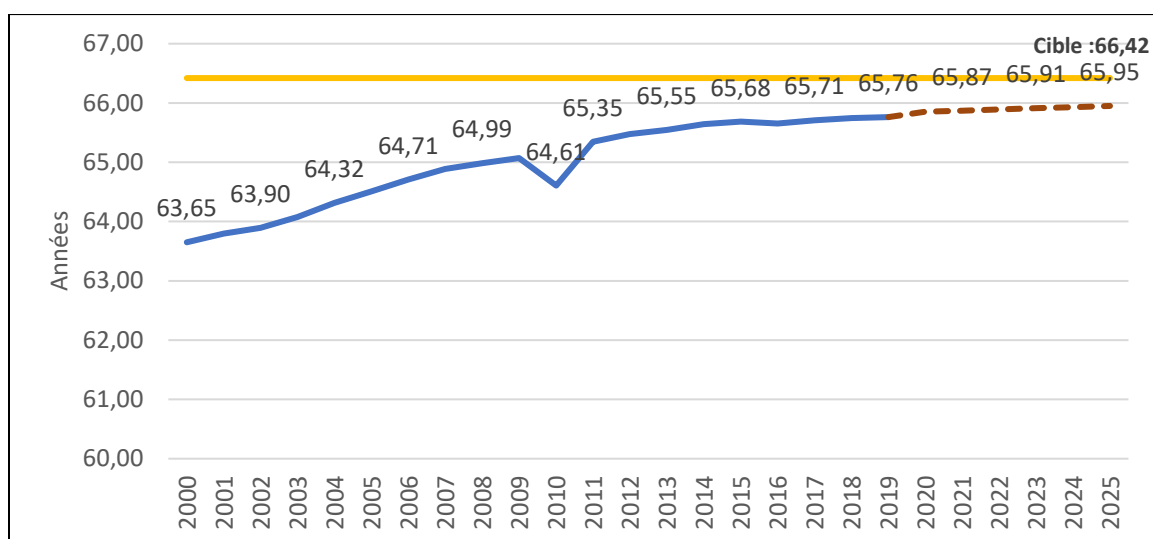
Référence 2019	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
65,76 ans*	66,42 ans**	65,89 ans*	À risque

\* Niveau de référence mis à jour sur la base de la source : Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle. Seattle, États-Unis : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020.

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

**Analyse :** sur la base des dernières estimations disponibles,<sup>1</sup> l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) normalisée par âge pour 2019 a été estimée à 65,76 ans. Comme le montre la figure A.1, l'estimation projetée<sup>2</sup> pour 2025 est de 66,44 ans, soit une augmentation moyenne de 0,17 % des années de vie en bonne santé entre 2019 et 2025. Pour atteindre la cible projetée, une augmentation annuelle de 0,46 % est nécessaire. Compte tenu du taux moyen d'augmentation, la Région n'est pas en bonne voie pour atteindre la cible pour cet indicateur.

**Figure A.1. Espérance de vie ajustée en fonction de la santé dans la Région des Amériques, 2000-2025**



Source : ENLACE : Portail de données sur les maladies non transmissibles, la santé mentale et les causes externes, OPS. Projections sur la base des Estimations mondiales de la santé 2019, OMS, 2020.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- EVAS étant un indice influencé par différents facteurs dans les pays de la Région, il est crucial de mener des analyses individuelles et infranationales permettant d'identifier les causes évitables de décès prématurés et d'invalidité, en les stratifiant en fonction de variables telles que le genre. Les premières analyses exploratoires stratifiant l'indicateur en fonction du genre ont montré un écart constant de près de trois ans de vie moyenne en bonne santé en faveur des femmes tout au long de la période.

<sup>1</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease (GBD) ; 2020. Disponible sur : <https://www.healthdata.org/research-article/global-age-sex-specific-fertility-mortality-healthy-life-expectancy-hale-and>.

<sup>2</sup> La projection a été réalisée en appliquant la méthodologie proposée dans cette publication : Sanhueza A, Espinosa I, Mujica OJ, da Silva Jr. JB. Leaving no one behind : a methodology for setting health inequality reduction targets for Sustainable Development Goal 3. Rev Panam Salud Publica. 2021; 45:e63. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.63>. Disponible sur : <https://www.paho.org/journal/en/articles/leaving-no-one-behind-methodology-setting-health-inequality-reduction-targets-sustainable>.

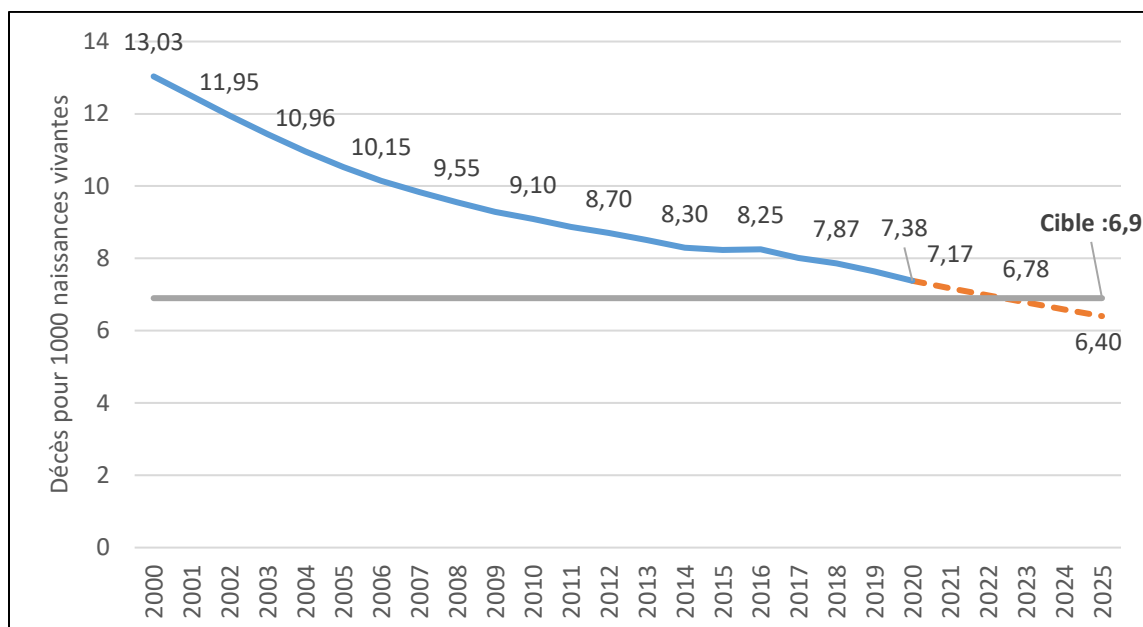
- Des analyses comparatives par pays et infranationales pourraient faire apparaître des résultats importants en appliquant des mesures de l'inégalité pour hiérarchiser les objectifs sur des thématiques spécifiques. Ces résultats devraient se traduire par des politiques et des actions visant à améliorer la santé et le bien-être dans un souci d'équité.
- On ne sait pas encore quelle sera l'incidence de la pandémie de COVID-19 sur la performance de l'indicateur EVAS. À mesure que des données supplémentaires seront disponibles, il sera possible d'avoir une meilleure idée de l'impact global sur cet indicateur.

### Indicateur d'impact 3 : taux de mortalité néonatale

Référence 2017	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
7,9 décès pour 1000 naissances vivantes	6,9 décès pour 1000 naissances vivantes *	7,0 décès pour 1000 naissances vivantes (valeur projetée)	En bonne voie

\* Cette cible a été définie sur la base d'une variation annuelle moyenne en pourcentage de -2,1 %, compte tenu des estimations de 2017 du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile.

**Analyse :** en utilisant le dernier taux de mortalité néonatale disponible produit par le Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile (IGME, selon le sigle anglais) pour les pays de la Région en 2021, on observe qu'en 2020, il y avait 7,4 décès néonataux pour 1000 naissances vivantes. Comme le montre la figure A.2, la projection du taux de mortalité néonatale pour 2025 est de 6,4 décès pour 1000 naissances vivantes, soit une réduction projetée de 13,3 % pour le taux de mortalité néonatale régional entre 2020 et 2025. Cela indique que la Région est en bonne voie pour atteindre la cible pour cet indicateur.

**Figure A.2. Taux de mortalité néonatale dans la Région des Amériques, 2000-2025**

Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2021 (données de 2020).

### Exemple de modélisation du taux de mortalité néonatale

La méthode des soins kangourou (KCM)<sup>3</sup> s'est avérée très efficace pour réduire les décès néonataux chez les prématurés. La figure A.3 présente les interventions ayant le plus fort impact potentiel sur la réduction de la mortalité néonatale dans six pays d'Amérique centrale. La méthode des soins kangourou se classe deuxième à El Salvador, au Honduras, au Mexique et au Panama, tandis qu'elle occupe la troisième place au Nicaragua et la quatrième au Guatemala.

<sup>3</sup> Cette méthode consiste à tenir un nourrisson peau contre peau, en plaçant le bébé contre la poitrine nue de la mère ou du père.



**Figure A.3. Sous-région d'Amérique centrale - Décès néonataux potentiels évités**



Source : Outil des vies sauvées (outil de modélisation LiST/Spectrum).

Le tableau A.1 présente les résultats de l'Outil des vies sauvées de l'outil de modélisation Spectrum (modèle LiST/Spectrum), dans lequel la méthode des soins kangourou a été hypothétiquement définie pour couvrir au moins 50 % des nouveau-nés prématurés dans chaque pays à partir de 2022. On observe que 454 décès de nouveau-nés pourraient être évités d'ici à 2025.

**Tableau A.1. Impact potentiel de l'intervention visant à faire bénéficier 50 % des nouveau-nés prématurés de la méthode des soins kangourou**

<i>Vies néonatales supplémentaires sauvées*</i>		
<i>Pays</i>	<b>2022-2025</b>	<b>2022-2030</b>
<i>Belize</i>	5	12
<i>Costa Rica</i>	8	19
<i>El Salvador</i>	22	44
<i>Honduras</i>	114	223
<i>Mexique</i>	266	573
<i>Nicaragua</i>	21	39
<i>Panama</i>	17	41
<b>Total</b>	<b>454</b>	<b>950</b>

\* Les chiffres ont été arrondis.

Source : outil de modélisation LiST/Spectrum

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Bien que la Région des Amériques soit en bonne voie pour cet indicateur, il convient de porter une attention particulière aux pays et aux zones au niveau infranational qui se situent en dessus de la moyenne régionale et d'identifier les domaines programmatiques à améliorer.
- Historiquement, la Région a encouragé des interventions rentables telles que la méthode des soins kangourou et a aidé les pays et territoires à la mettre en œuvre. La méthode des soins kangourou est largement étayée par des données probantes et constitue probablement l'un des moyens les plus rentables de réduire la mortalité néonatale dans la Région. La sous-région d'Amérique centrale, en particulier, a fait état d'expériences et de résultats couronnés de succès au niveau des pays.
- D'autres inventions et politiques devraient être identifiées, en fonction du contexte national, pour accélérer la réduction de la mortalité néonatale.

### Indicateur d'impact 4 : taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

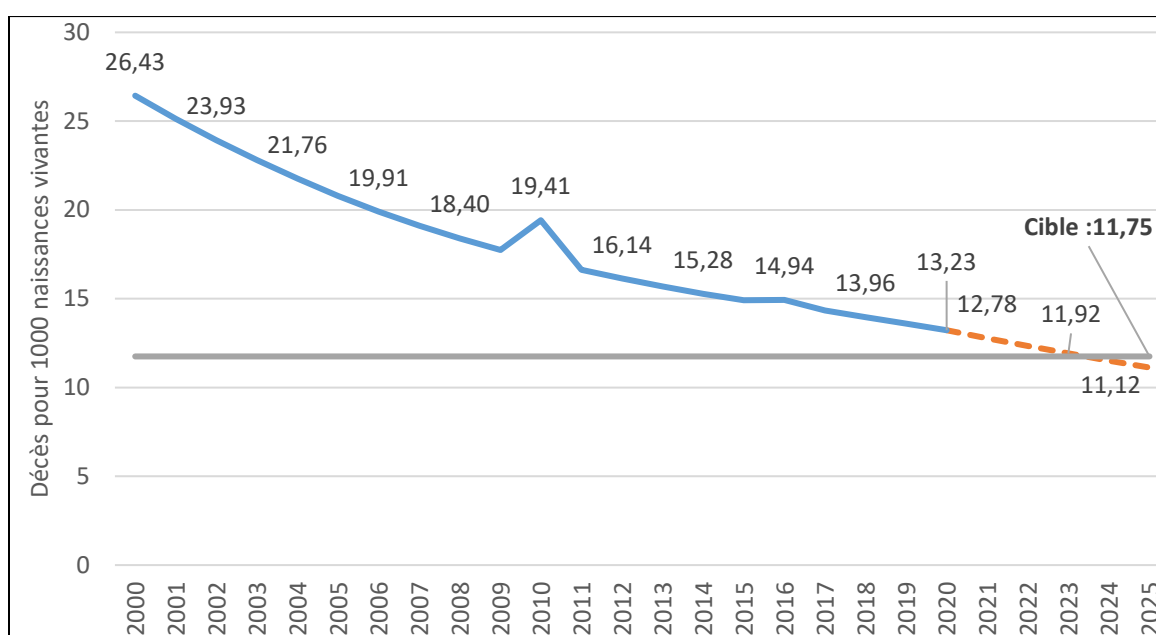
Référence 2017	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
14,3 décès pour 1 000 naissances vivantes*	11,75 décès pour 1 000 naissances vivantes**	12,3 décès pour 1 000 naissances vivantes	En bonne voie

\* Niveau de référence actualisé sur la base des données du Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2021 (données de 2020).

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

**Analyse :** en utilisant le dernier taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans disponible produit par l'IGME pour les pays des Amériques en 2021, on observe qu'en 2020, il y avait 13,2 décès pour 1000 naissances vivantes. Comme le montre la figure A.4, la projection du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 2025 est de 11,1 décès pour 1000 naissances vivantes, soit une réduction projetée de 15,9 % pour le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans régional entre 2020 et 2025, ce qui indique que la Région est en bonne voie pour atteindre la cible pour cet indicateur.

**Figure A.4. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans la Région des Amériques, 2000-2025**



Source : Groupe interorganisations des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité juvénile, 2021 (données de 2020).

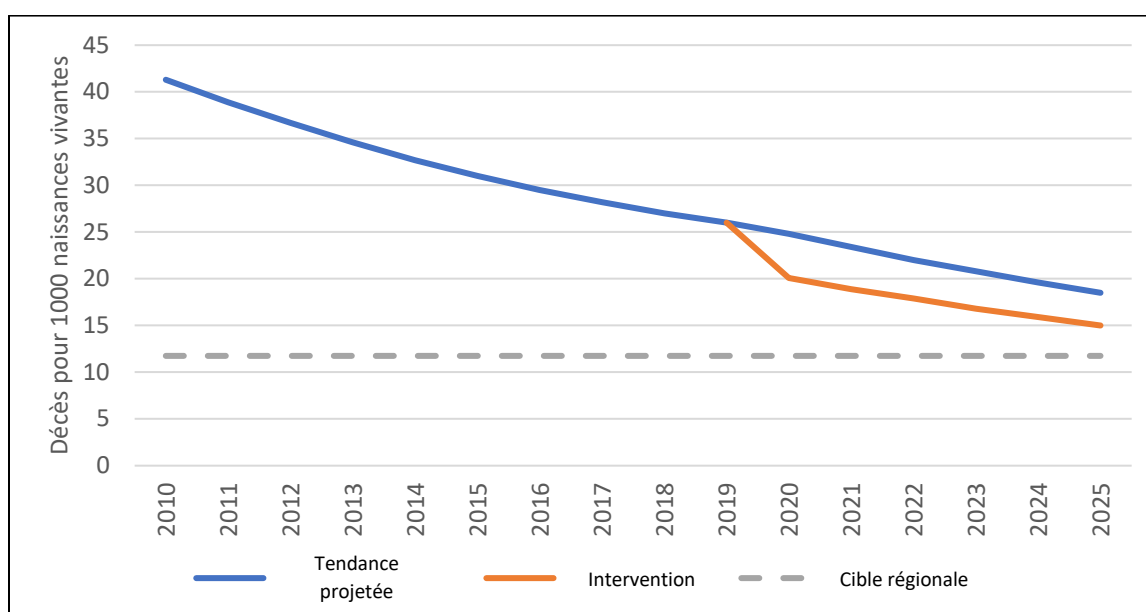
### Exemple de modélisation de la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Dans la plupart des pays de la Région, la plus grande partie de la mortalité des enfants de moins de 5 ans est associée aux diarrhées et aux pneumonies infectieuses. L'amélioration de la couverture vaccinale contre le *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque) pour atteindre 90 % de la population, ainsi que la mise à disposition d'antibiotiques et la prise en charge intégrée des cas de pneumonie néonatale, peuvent avoir un impact significatif sur la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Dans le cas des diarrhées, étendre l'accès aux sels de réhydratation orale et au zinc à 90 % de la population pourrait générer un impact supplémentaire et significatif sur la mortalité.

La figure A.5 présente un cas hypothétique pour l'État plurinational de Bolivie, où ces interventions sont modélisées comme un ensemble. Cette intervention peut modifier la tendance de cet indicateur, avec une modification de la projection pour 2025 qui passerait de 18,5 décès pour 1000 naissances vivantes à 15,0 décès pour 1000 naissances vivantes.

Cette réduction pourrait placer le pays sur la trajectoire pour atteindre l'objectif régional entre 2025 et 2030. En outre, plus de 18 500 décès chez les enfants de moins de cinq ans pourraient être évités.

**Figure A.5. Impact potentiel des interventions sur le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en l'État plurinational de Bolivie (2010-2025)**



Note : l'outil de modélisation Spectrum a été appliqué.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Pour des pays comme l'État plurinational de Bolivie, les diarrhées et les pneumonies infectieuses jouent encore un rôle important en tant que causes majeures du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- Une couverture vaccinale accrue et l'accès à des produits médicaux rentables, tels que les antibiotiques, les sels de réhydratation orale et le zinc, peuvent prévenir un nombre important de cas mortels de ces deux maladies infectieuses courantes.
- Du point de vue des services de santé, la prise en charge intégrée des cas de pneumonie néonatale, selon une approche équitable, est également considérée comme une stratégie efficace et rentable.

**Indicateur d'impact 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

Référence 2010-2016	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
84.5 %*	90 %	Non mesuré en raison de la disponibilité limitée des données **	Non évalué

\* Aucune valeur régionale n'a pu être estimée. Ce niveau de référence représente la valeur médiane pour 15 pays ayant réalisé des enquêtes entre 2010 et 2016. La fourchette était comprise entre 71 % et 97 %.

\*\* Les enquêtes auprès des ménages n'ont pas été menées en raison de la pandémie, mais un nombre croissant de pays prévoient des enquêtes en 2022 et 2023. La définition de cet indicateur d'ODD a changé, et les prochains rapports tiendront compte de ces changements.

**Analyse** : cet indicateur d'impact (ODD 4.2.1)<sup>4</sup> mesure les progrès réalisés pour que toutes les filles et tous les garçons atteignent un bien-être physique, mental, émotionnel, cognitif et social pendant la petite enfance. Cet indicateur reflète l'effet cumulatif des conditions sociales, économiques et environnementales dans lesquelles vivent les enfants, à partir de la grossesse et tout au long des cinq premières années de leur vie. L'importance du développement de la petite enfance pour la santé publique repose sur le fait qu'il est reconnu que les premières années de la vie jettent les bases d'une trajectoire saine tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Il s'agit d'un déterminant de la santé physique et mentale à l'âge adulte, ainsi que de la base de l'apprentissage tout au long de la vie, de relations sociales positives et du potentiel économique. Cet indicateur étant en cours de révision et soumis à la disponibilité des données, il ne peut être évalué à ce stade.

Le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable (IAEG-SDG, selon le sigle anglais)<sup>5</sup> a examiné les méthodologies et les normes existantes pour chaque indicateur des ODD et a classé l'indicateur 4.2.1 des ODD comme indicateur de niveau III en 2016.<sup>6</sup> À l'époque, aucune méthodologie ou norme établie au niveau international n'était disponible pour cet indicateur. À titre de mesure transitoire, il a été recommandé d'utiliser l'indice de développement de la petite enfance (IDPE) pour rendre compte des progrès de l'indicateur. L'indice comprend quatre domaines : l'alphabétisation et la numératie, le développement

<sup>4</sup> [L'UNICEF est le gardien de l'ODD 4.2.1](#) et, à ce titre, est responsable de : l'élaboration de normes et de méthodologies convenues au niveau international et du soutien de leur adoption, du renforcement des capacités statistiques nationales et des mécanismes d'établissement de rapports, de la mise en place de mécanismes de compilation et de vérification des données nationales, du calcul des agrégats régionaux et mondiaux, de la maintenance des bases de données mondiales et de la soumission d'estimations comparables au niveau international à la Division de statistique des Nations Unies pour inclusion dans la base de données mondiale des ODD.

<sup>5</sup> [Le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable](#) a été créé en mars 2015 par la Commission de statistique des Nations Unies et a été chargé d'élaborer et de mettre en œuvre le cadre d'indicateurs mondiaux pour les objectifs et cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il est composé d'États Membres. Des agences régionales et internationales y participent en tant qu'observateurs. Il est actuellement présidé par le Japon, et les membres de la Région des Amériques sont le Brésil, la Colombie, la Grenade, la République dominicaine et Trinité-et-Tobago.

<sup>6</sup> Pour plus d'informations, voir : <https://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/tier-classification/>.

physique, le développement socio-émotionnel et l'apprentissage. Les données relatives à tous ces domaines sont recueillies dans le cadre des MICS, qui comportent un module type sur le développement de la petite enfance.<sup>7</sup> Certaines EDS et d'autres enquêtes nationales auprès des ménages ont également inclus le module MICS type ou modifié sur le développement de la petite enfance. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) tient un registre mondial à jour de la planification et de l'exécution des MICS et crée des bases de données et des rapports publics. Ce référentiel de bases de données est la principale source de données pour rendre compte des progrès sur le plan de cet indicateur.

Certains pays de la Région ont mené des enquêtes au niveau de la population en utilisant un ensemble d'instruments et de mesures du développement de la petite enfance qui sont différents de l'IDPE. Les résultats de ces enquêtes ne peuvent pas être comparés ou agrégés à ceux obtenus dans le cadre de l'IDPE. À cet égard, les rapports d'avancement comprendront une section distincte décrivant la méthodologie et les résultats globaux de ces enquêtes distinctes par pays et par année.

### **Principaux points à retenir et recommandations :**

- En utilisant la mesure IDPE, quatre pays et territoires (Barbade, Îles Turques et Caïques, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago) ont atteint la cible de 90 % pour 2025.
- La nouvelle méthode pour mesurer cet indicateur a été présentée et approuvée par le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable en février 2022. En conséquence, la description de l'ODD 4.2.1 a changé, et il s'agit actuellement de : « *Proportion d'enfants âgés de 24 à 59 mois dont le développement est en bonne voie en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial* ».
- L'indicateur initial concernait *tous les enfants de moins de cinq ans*. Pour les enfants qui ne sont pas inclus dans l'indice de développement de la petite enfance 2030 (IDPE2030), l'OMS et un grand nombre de partenaires ont créé l'échelle mondiale de développement de la petite enfance (GSED, selon le sigle anglais),<sup>8</sup> qui est un ensemble d'instruments de mesure normalisés et validés au niveau international utilisés pour évaluer le développement de la petite enfance pour les enfants âgés de 3 ans et moins. Ces mesures sont culturellement neutres, faciles à appliquer, en accès libre, et acceptables et compréhensibles pour les personnes en charge des enfants et les enfants.

---

<sup>7</sup> [L'enquête à indicateurs multiples \(MICS\)](#) a été développée par l'UNICEF au milieu des années 1990 et recueille des données auprès des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans, des mères ou des personnes en charge de tous les enfants de moins de 5 ans, et d'un enfant de 5 à 17 ans sélectionné de manière aléatoire. La taille de l'échantillon varie mais se situe autour de 12 000 ménages et les résultats fournissent des informations sur l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), la nutrition des enfants, la vaccination, l'éducation, le développement, la protection de l'enfance et la santé sexuelle et reproductive des femmes.

<sup>8</sup> Plus d'informations disponibles sur :

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/global-scale-for-early-development> (en anglais).

Dans le cadre du lancement de la GSED en 2022, des informations seront partagées sur l'application de l'IDPE2030 et de la GSED.

- Cinq pays prévoient de réaliser une nouvelle enquête en 2022 ou 2023 (Jamaïque, Nicaragua, Paraguay, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago).

**Indicateur d'impact 6 : taux de mortalité maternelle (décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)**

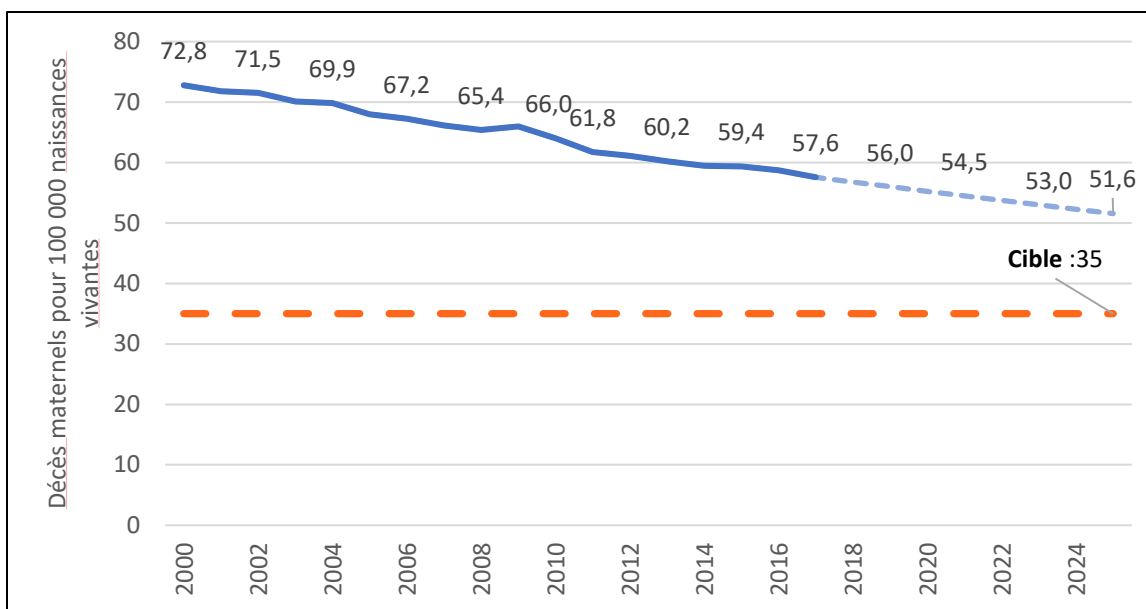
Référence 2015	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
59,37 décès pour 100 000 naissances vivantes*.	35 décès pour 100 000 naissances vivantes	53,7 décès pour 100 000 naissances vivantes	En difficulté

\* Niveau de référence mis à jour.

Source : Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle des Nations Unies (MMEIG), 2019

**Analyse :** en utilisant le dernier taux de mortalité maternelle disponible produit par le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG, selon le sigle anglais), on estime qu'en 2020, il y avait 55,24 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans la Région des Amériques. Comme le montre la figure A.6, l'estimation projetée pour 2025 est de 51,56 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, soit une réduction projetée de 6,7 % pour le taux de mortalité maternelle régional entre 2020 et 2025. Cela indique qu'il est peu probable que la Région atteigne la cible pour cet indicateur.

**Figure A.6. Taux de mortalité maternelle dans la Région des Amériques, 2000-2025**



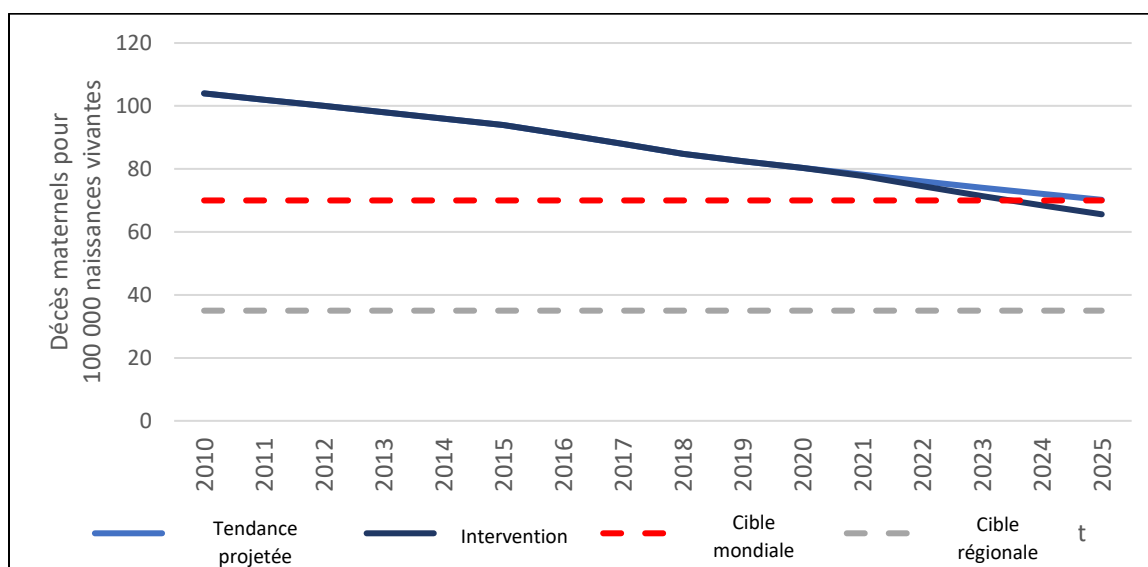
Source : Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité maternelle des Nations Unies (MMEIG), 2019



### Exemple de modélisation du taux de mortalité maternelle

En fonction du profil épidémiologique du pays ou du territoire, différentes interventions peuvent potentiellement avoir un impact différent sur la réduction du nombre de décès maternels. Par exemple, près de 30 % de tous les décès maternels au Pérou sont causés par un sepsis. Dans ce cas, augmenter l'accès aux antibiotiques parentéraux et au sang pour couvrir respectivement 85 % et 20 % de la population pourrait abaisser le taux de mortalité maternelle de 70,2 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, à 65,6 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, comme le montre la figure A.7. Cette réduction permettrait au pays d'atteindre la cible mondiale de l'ODD de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

**Figure A.7. Impact potentiel de l'augmentation de la couverture en antibiotiques et en sang sur le taux de mortalité maternelle au Pérou (2010-2025)**



Source : Le modèle Spectrum a été appliqué.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Il convient d'identifier les interventions, en mettant l'accent sur les populations vulnérables, afin de cibler les programmes aux niveaux infranationaux qui répondent aux besoins de ces zones et de mettre en œuvre des politiques visant à améliorer la qualité des soins prénatals, de l'accouchement et des soins postnatals.
- Pour plusieurs pays, comme le Pérou, les infections et les sepsis sont des facteurs clés de la mortalité maternelle.
- L'élargissement de l'accès aux antibiotiques parentéraux et au sang est une mesure fiable et rentable qui peut prévenir un grand nombre de cas mortels de sepsis maternel.

- Étant donné que cet indicateur n'était déjà pas en bonne voie avant la pandémie et que des informations supplémentaires sont nécessaires pour évaluer pleinement son impact, un examen complet de la cible 2025 devrait être effectué dès que ces informations seront disponibles. Les États Membres seront consultés sur toute action nécessaire à cet égard.

**Indicateur d'impact 7 :** taux de mortalité attribuable aux soins de santé (mortalité pour 100 000 habitants)

Référence 2018	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
137,0 décès pour 100 000 habitants *	117,2 décès pour 100 000 habitants **	125,8 décès pour 100 000 habitants ***	En bonne voie

\* Base de données de mortalité régionale corrigée ; 2018.

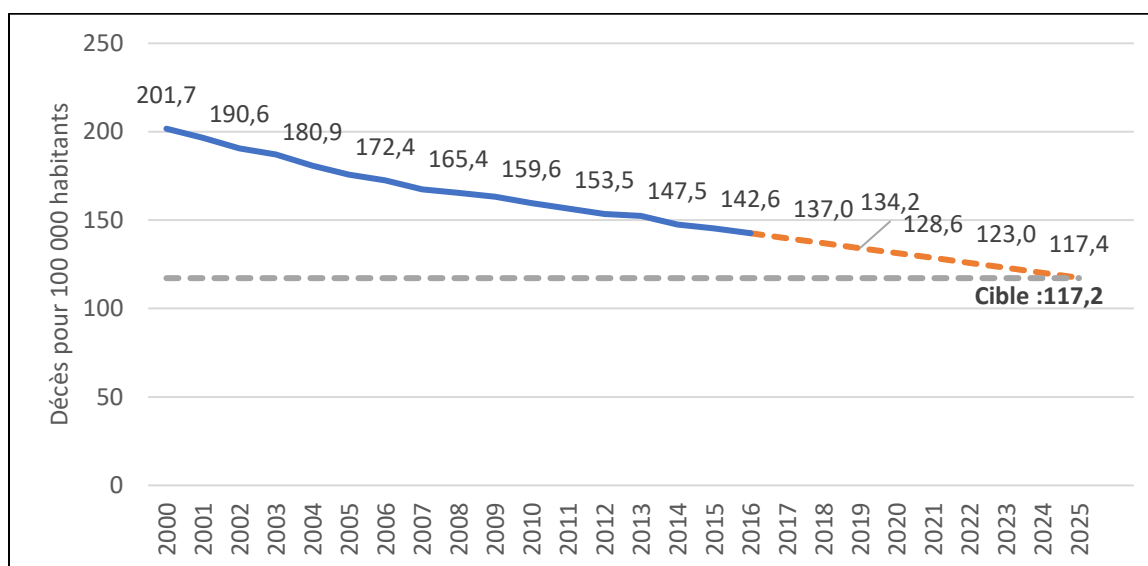
\*\* Mise à jour avec les données actuelles de la base de données de mortalité régionale corrigée ; 2018.

\*\*\* Projections à partir de la base de données corrigée de la mortalité régionale ; 2018.

**Analyse :** sur la base des dernières données disponibles de la base de données régionale de mortalité corrigée de l'OPS (2018), le niveau de référence du taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge et attribuable aux soins de santé a été estimé à 137,0 décès pour 100 000 habitants pour 2018. Comme le montre la figure A.8, la prévision actuelle pour 2025 est de 117,4 décès pour 100 000 habitants,<sup>9</sup> soit une réduction annuelle moyenne de 2,2 % entre 2018 et 2025. Pour atteindre la cible, la Région doit maintenir une réduction annuelle de 2,2 %, ce qui indique que la Région est en bonne voie pour atteindre la cible pour cet indicateur.

<sup>9</sup> La prévision a été réalisée en appliquant la méthodologie proposée dans la publication suivante : Sanhueza A, Espinosa I, Mujica OJ, da Silva Jr. JB. Leaving no one behind : a methodology for setting health inequality reduction targets for Sustainable Development Goal 3. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e63. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.63>. Disponible sur : <https://www.paho.org/journal/en/articles/leaving-no-one-behind-methodology-setting-health-inequality-reduction-targets-sustainable> (en anglais)

**Figure A.8. Taux de mortalité ajusté en fonction de l'âge attribuable aux soins de santé (décès pour 100 000 habitants)**



Source : ENLACE : Portail de données sur les maladies non transmissibles, la santé mentale et les causes externes, OPS. Prévisions fondées sur les Estimations sanitaires mondiales 2019, OMS, 2020.

#### Principaux points à retenir et recommandations :

- Bien que l'on puisse évaluer la Région comme étant en bonne voie pour atteindre la cible, il est important de reconnaître que l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la performance du taux de mortalité attribuable aux soins de santé n'est pas encore connu.
- La réduction du niveau de mortalité attribuable aux soins de santé nécessite une approche globale et systémique qui tienne compte des particularités de chaque pays en termes d'inégalités dans les déterminants sociaux, qui favorise la prévention et le contrôle de résultats tels que les MNT, qui améliore leur diagnostic et leur traitement en temps opportun, et qui traite des différences entre les variables sociodémographiques, comme le genre, l'âge et l'origine ethnique.
- Le renforcement des systèmes de santé et de leur capacité à fournir des services de soins de santé primaires et à garantir l'accès aux médicaments essentiels est crucial pour réduire le taux de mortalité attribuable aux soins de santé. De même, les efforts visant à renforcer la résilience des systèmes de santé préparent de manière proactive les pays aux urgences sanitaires.

**Indicateur d'impact 8 :** proportion d'adultes de 65 ans et plus qui sont dépendants de soins

Référence 2010	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
~8,0 %	6,5 %	Une révision de l'indicateur est recommandée pour améliorer la mesurabilité et la précision. Le groupe de travail technique étudie les méthodologies à cet effet	Non évalué

**Analyse :** en raison de l'impact et de la charge de la dépendance aux soins sur les systèmes de santé, en particulier pour la population âgée, il est crucial de commencer à suivre cet indicateur, même s'il n'existe pas encore de méthode simple et directe pour mesurer la dépendance aux soins. De nombreux pays ne collectent pas les informations permettant de mesurer cet indicateur d'impact. Le fait que les pays de la Région connaissent une transition démographique et épidémiologique très rapide souligne la nécessité de mesurer cet indicateur pour fournir des informations et promouvoir une action ciblant les soins de longue durée. Par ailleurs, étant donné ces changements rapides, les pourcentages de référence et les pourcentages cibles pourraient devoir être ajustés. La performance de cet indicateur ne peut être évaluée dans la mesure où il est en train d'être affiné.

En réponse aux défis que présente la mesure de cet indicateur, l'OPS a créé en 2021 un groupe technique<sup>10</sup> composé d'experts pour soutenir l'élaboration d'un indicateur amélioré, et pour discuter des meilleures méthodes de mesure de l'indicateur et de la cartographie des sources de données disponibles. En se basant sur le modèle du Groupe de Washington sur les statistiques du handicap, qui prend en compte l'évaluation des activités de la vie quotidienne et le niveau de difficulté requis pour les réaliser, le groupe technique a examiné les études et bases de données potentielles qui seront utilisées pour fournir une estimation des soins.

#### Principaux points à retenir et recommandations :

- Bien que les personnes âgées constituent une population diversifiée, le processus de vieillissement s'accompagne d'un risque accru de développer de multiples pathologies chroniques et d'un déclin des capacités fonctionnelles. Par conséquent, les personnes âgées sont davantage exposées au risque de dépendance. La proportion croissante de personnes âgées dans la Région implique une augmentation significative de la demande de services de soins à laquelle les pays devront faire face dans les décennies à venir, d'où la nécessité d'approfondir et d'adapter le niveau de référence et la cible proposée.

<sup>10</sup> Le groupe technique est composé de représentants des centres collaborateurs de l'OMS (INGER/Mexique, CITED/Cuba, Sealy Center on Aging-UTMB Galveston/États-Unis d'Amérique), des représentants d'agences telles la Banque interaméricaine de développement et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), ainsi que de chercheurs des États Membres (Brésil, Chili, Costa Rica et États-Unis d'Amérique).

- Les méthodes d'évaluation proposées et les résultats préliminaires seront partagés avec le groupe technique au cours du second semestre de 2022 afin de réviser les résultats obtenus pour mesurer la dépendance aux soins à partir des études disponibles et de discuter des moyens potentiels de mieux présenter et suivre l'indicateur d'impact.

**Indicateur d'impact 9** : probabilité inconditionnelle de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques.

Référence 2016	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
14,62 %*	11,7 (réduction relative de 20 %)	13,73 %**	En difficulté

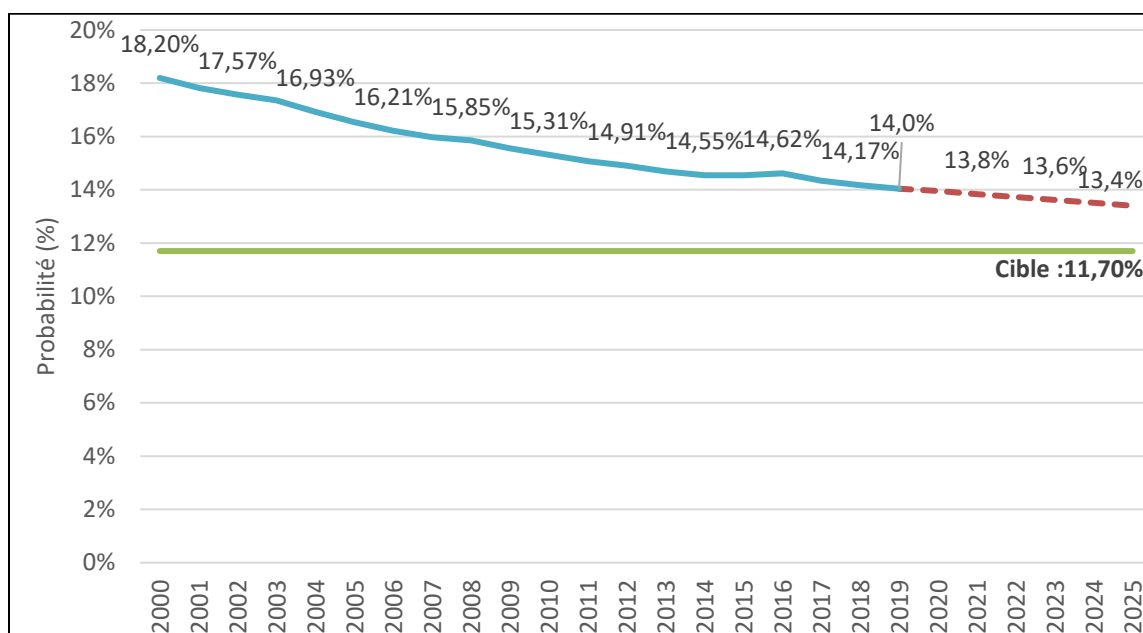
\* Niveau de référence actualisé avec des données provenant d'ENLACE : Portail de données sur les maladies non transmissibles, la santé mentale et les causes externes, OPS. Projection sur la base des Estimations sanitaires mondiales 2019, OMS, 2020.

\*\* Calculé par lissage exponentiel pour la période 2010-2019.

**Analyse** : en utilisant les dernières estimations disponibles,<sup>11</sup> la probabilité de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques en 2019 était de 14 %. Comme le montre la figure A.9, la projection pour 2025 est de 13,4 %, soit une réduction régionale projetée de 7,6 % entre 2019 et 2025. Pour atteindre la cible de 2025, une réduction annuelle de 2,7 % est nécessaire, et le taux actuel est de 2,0 %, ce qui indique qu'il est peu probable que la Région atteigne la cible.

<sup>11</sup> Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, genre, par pays et par Région, 2000- 2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.

**Figure A.9. Probabilité inconditionnelle de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques**



Source : Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, genre, par pays et par Région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Les interventions doivent être renforcées pour s'attaquer aux facteurs de risque et prévenir les MNT, ainsi que pour diagnostiquer et traiter les complications dues principalement aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques.
- Comme pour la mortalité attribuable aux soins de santé, la réduction de la mortalité prématurée exige une approche globale et systémique qui tienne compte des particularités de chaque pays en termes d'inégalités dans les déterminants sociaux, qui favorise la prévention et le contrôle de résultats tels que les MNT, qui améliore leur diagnostic et leur traitement en temps opportun, et qui traite des différences en fonction du genre et d'autres variables.

### Indicateur d'impact 10 : taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus

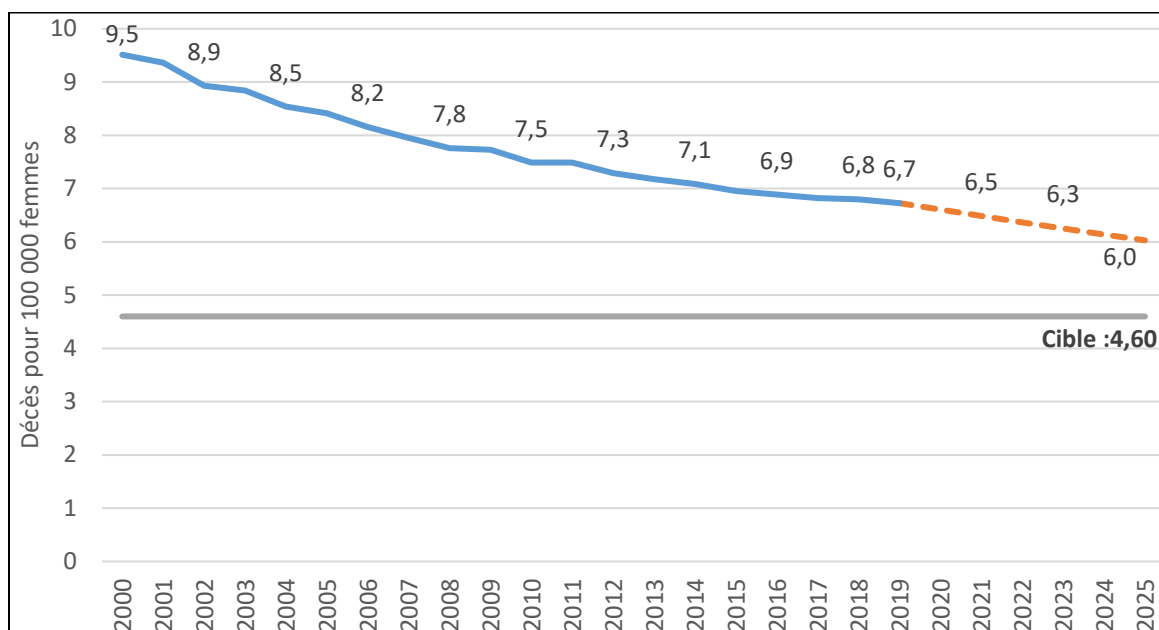
Référence 2018	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
6,79 décès pour 100 000 femmes*	4,6 décès pour 100 000 femmes	6,36 décès pour 100 000 femmes **	En difficulté

\* Niveau de référence mis à jour avec les données de : Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, genre, par pays et par Région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020.

\*\* Calculé par lissage exponentiel pour la période 2010-2019.

**Analyse :** en utilisant les dernières estimations disponibles,<sup>12</sup> le taux de décès dus au cancer du col de l'utérus en 2019 était de 6,72 décès pour 100 000 femmes. Comme le montre la figure A.10, la projection pour 2025 est de 6,02 décès pour 100 000 femmes, soit une réduction régionale projetée de 10,4 % entre 2019 et 2025. Pour atteindre la cible de 2025, une réduction annuelle de 8,66 % est nécessaire, et le taux actuel est de 1,82 %, ce qui indique qu'il est peu probable que la Région atteigne la cible.

**Figure A.10. Taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus**



Source : ENLACE : Portail de données sur les maladies non transmissibles, la santé mentale et les causes externes, OPS. Projection sur la base des Estimations sanitaires mondiales 2019, OMS, 2020.

### Exemple de modélisation pour le cancer du col de l'utérus

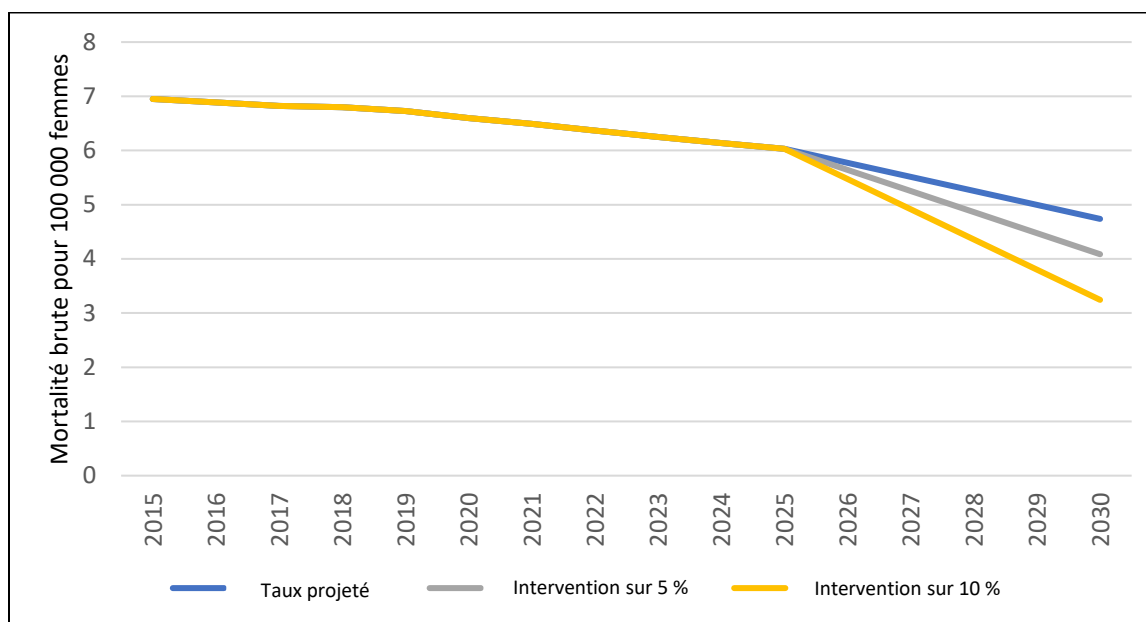
L'incidence du cancer du col de l'utérus et la mortalité due à ce cancer présentent des tendances variables en fonction des pays et des territoires de la Région. La *Stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique* a fixé un seuil de moins de quatre cas pour 100 000 femmes-années pour éliminer la maladie, et a défini trois cibles pour atteindre ce but : 1) réaliser une vaccination complète contre le virus du papillome humain (VPH) chez 90 % des filles avant l'âge de 15 ans, 2) réaliser un dépistage chez 70 % des femmes avec un test hautement performant avant l'âge de 35 ans, et de nouveau avant l'âge de 45 ans, et 3) traiter efficacement au moins 90 % des femmes identifiées comme ayant un cancer du col de l'utérus. En ce qui concerne le dépistage, de nombreuses publications soutiennent l'introduction du dépistage

<sup>12</sup> Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, genre, par pays et par Région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Disponible sur : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.

du VPH en tant qu'approche rentable, à la place ou en complément des stratégies cytologiques traditionnelles.

La figure A.11 présente deux scénarios hypothétiques pour le Brésil dans lesquels 5 % et 10 % des femmes qui n'ont pas bénéficié d'un dépistage sur la base de la cytologie ont un test VPH. Même si le dépistage accru peut entraîner une augmentation transitoire de l'incidence enregistrée du cancer en raison d'une meilleure détection précoce, et qu'aucun changement de la mortalité n'est attendu à court terme (c'est-à-dire avant 2025), le taux de mortalité dû au cancer du col de l'utérus pourrait être réduit d'ici à 2030, passant d'un taux projeté de 4,73 pour 100 000 femmes à 4,1 ou 3,3 décès pour 100 000 femmes. Cependant, l'atteinte de cet objectif dépend de la couverture de l'intervention de 5 % et 10 % des femmes ne bénéficiant pas d'un dépistage.

**Figure A.11. Impact potentiel de l'augmentation du dépistage par le test du VPH sur la mortalité due au cancer du col de l'utérus au Brésil (2015-2030)**



Source : ENLACE : Portail de données sur les maladies non transmissibles, la santé mentale et les causes externes, OPS. Projection sur la base des Estimations sanitaires mondiales 2019, OMS, 2020.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Dans plusieurs pays de la Région, de larges proportions de femmes à haut risque ne sont pas couvertes par le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les interventions devraient être renforcées pour prévenir les complications dues aux infections par le VPH. En fonction de l'incidence du VPH et des risques pour la population, le dépistage du VPH permet d'identifier environ 12,3 cas de NCI2 et 10,3 cas de NCI3<sup>13</sup> pour mille procédures.

<sup>13</sup> Néoplasie cervicale intraépithéliale.



- L'identification précoce des états pré-néoplasiques associés à l'infection par le VPH et la mise en place rapide d'un traitement efficace réduiraient la mortalité due au cancer du col de l'utérus et la charge de morbidité.

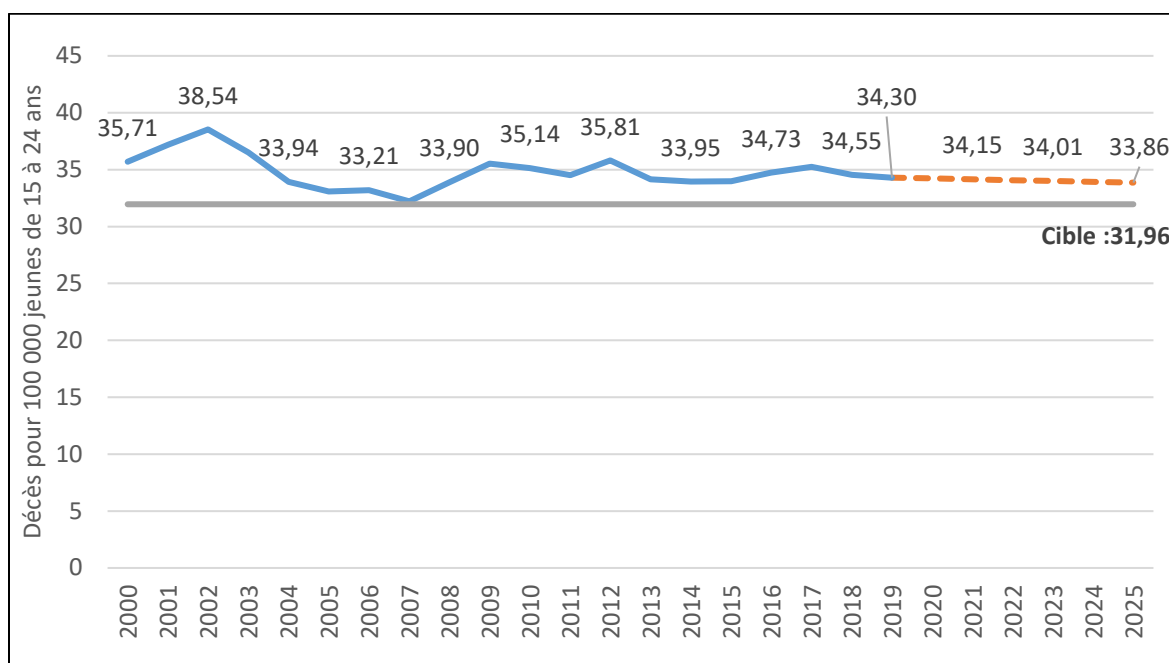
**Indicateur d'impact 11 : taux de mortalité par homicide chez les jeunes de 15 à 24 ans**

Référence 2015	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
33,98 décès pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans	31,96 décès pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans	34,07 décès pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans (valeur projetée)	En difficulté

\* Niveau de référence mis à jour avec les données de : Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, genre, par pays et par Région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020.

**Analyse :** en utilisant les dernières données disponibles de l'OMS pour le taux d'homicide chez les jeunes de 15 à 24 ans, on observe qu'en 2019, il y a eu 34,30 décès pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge. En 2022, le taux est estimé à 34,07 décès pour 100 000. Comme le montre la figure A.12, le taux projeté pour 2025 est de 33,86 décès pour 100 000 personnes de cette tranche d'âge, soit une réduction projetée de 5,2 % pour l'estimation régionale entre 2020 et 2025, ce qui indique qu'il est peu probable que la Région atteigne la cible.

**Figure A.12. Taux de mortalité par homicide chez les jeunes de 15 à 24 ans, 2000-2025**



Source : Estimations sanitaires mondiales de l'OMS, 2020 (données de 2019).

**Principaux points à retenir et recommandations :**

- Les interventions visant à réduire la violence et les homicides chez les jeunes nécessitent une approche globale pour traiter des déterminants sociaux de la violence et des inégalités, notamment au moyen d'une approche communautaire axée sur les protections sociales.
- Il est prouvé que l'amélioration de la situation et des opportunités sociales, économiques, d'emploi et d'éducation des jeunes atténue le risque d'exposition à la violence.
- La Région doit renforcer la base de données probantes sur les orientations et les stratégies d'atténuation de la violence dans divers contextes, étant donné que les pays présentent des profils différents.

**Indicateur d'impact 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

Référence 2018	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
7 %*	7 % (pas d'augmentation)	Non mesuré en raison de la disponibilité limitée des données	Non évalué

\* Les données ont été publiées par l'OMS en 2021 après un examen des données disponibles et une consultation des États Membres en 2020 (voir de plus amples détails ci-dessous).

*Source :* OMS, pour le Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur les estimations et les données relatives à la violence à l'égard des femmes (VAW-IAWGED). Estimations de la prévalence de la violence à l'égard des femmes, 2018. Estimations de la prévalence mondiale, régionale et nationale de la violence exercée par un partenaire intime à l'égard des femmes et estimations de la prévalence mondiale et régionale de la violence sexuelle à l'égard des femmes perpétrée par un non-partenaire. Genève : OMS : 2021.

**Analyse :** la violence à l'égard des femmes et des filles est un problème majeur de santé publique et de droits de l'homme dans la Région des Amériques. Cet indicateur mesure l'évolution des niveaux de violence récente exercée par un partenaire intime sur les femmes et les filles dans le cadre d'un mariage ou d'une relation assimilable à un mariage, en mettant l'accent sur les 12 derniers mois. L'indicateur est limité à la violence physique ou sexuelle (plus précisément, le sous-indicateur 4 de l'ODD 5.2.1) en raison de l'absence de mesures et de définitions comparables au niveau international de la violence psychologique exercée par les partenaires intimes. En outre, il n'existe pas de données actualisées permettant de fournir une estimation pour 2022. Par conséquent, la performance pour cet indicateur ne peut pas être évaluée à ce stade.

Cet indicateur repose spécifiquement sur les estimations mondiales, régionales et nationales de l'OMS<sup>14</sup> de la violence à l'égard des femmes, élaborées pour le Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur les estimations et les données relatives à la violence à l'égard des femmes (VAW-IAWGED, selon le sigle anglais). Ce Groupe a été formé en 2017 et est constitué de représentants de l'OMS, d'ONU-Femmes, de l'UNICEF, du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et de la Division de statistique des Nations Unies (UNSD) afin d'améliorer la mesure de la violence à l'égard des femmes et de renforcer son suivi et ses rapports à l'échelle mondiale, y compris des indicateurs pertinents de l'ODD. Le travail du Groupe a été soutenu par un groupe consultatif technique – un panel indépendant d'experts universitaires et techniques externes et de représentants des bureaux nationaux de statistiques – dans la production des estimations.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- La plupart des données pour cet indicateur proviennent d'enquêtes. Il est important de noter que les enquêtes qui permettent de recueillir ces estimations ne sont pas toujours réalisées à intervalles réguliers. La fréquence de mesure suggérée est de tous les cinq ans, étant donné que cet indicateur n'est pas susceptible de présenter des variations significatives dans des intervalles de temps plus courts.
- La Région devrait également envisager des méthodes alternatives pour estimer les progrès de cet indicateur et suivre les progrès dans le temps au cours de la période couverte par le Plan stratégique, étant donné la périodicité des enquêtes.

**Indicateur d'impact 13 :** nombre de décès à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route

Référence 2016*	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
Nombre de décès : 154 000	Nombre de décès : 123 000	Nombre de décès : 142 000	À risque
Taux de mortalité : 15,5 décès pour 100 000 habitants**	Taux de mortalité : 10,85 décès pour 100 000 habitants**	Taux de mortalité : 14,31 décès pour 100 000 habitants**	

\* Niveau de référence mis à jour avec les données de : Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, genre, par pays et par Région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020.

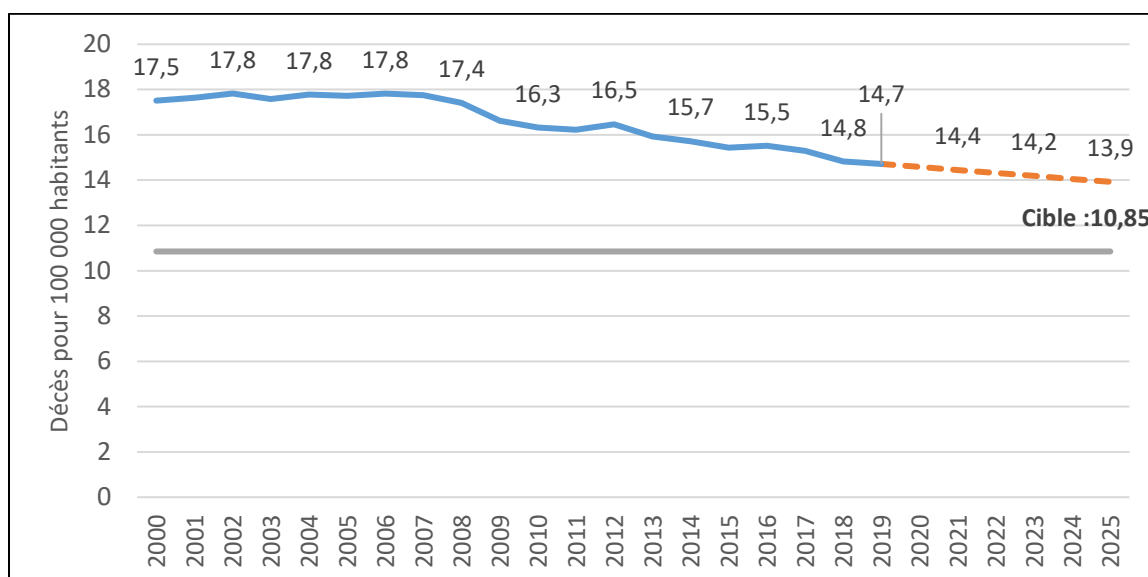
\*\* Le nombre de décès a été converti en taux de mortalité, car l'OMS communique désormais le nombre et le taux de mortalité pour cet indicateur, ce qui permet une comparaison entre les pays.

<sup>14</sup> Plus d'informations disponibles sur :

[https://srhr.org/vaw-data/data?region=Americas&region\\_class=WHO&violence\\_type=ipv&violence\\_time=lifetime&age\\_group=15\\_49](https://srhr.org/vaw-data/data?region=Americas&region_class=WHO&violence_type=ipv&violence_time=lifetime&age_group=15_49) (en anglais)

**Analyse :** outre le nombre de décès à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route, le taux de mortalité pour cet indicateur est inclus comme méthode type pour permettre la comparaison entre les pays de la Région et tient compte de la taille de la population. Cette approche est conforme à la manière dont l'OMS communique actuellement le nombre et le taux de décès à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route. Au vu des dernières données disponibles de l'OMS en 2019, le taux de mortalité était de 14,7 décès pour 100 000 habitants. Comme le montre la figure A.13, le taux de mortalité projeté pour 2025 est de 13,9 décès pour 100 000 habitants, soit une réduction projetée de 20,5 % pour l'estimation régionale entre 2020 et 2025. Cela indique que la Région risque de ne pas atteindre la cible définie pour cet indicateur.

**Figure A.13. Mortalité à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route dans la Région des Amériques, 2000-2025**



Source: Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, genre, par pays et par Région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- La réduction de la mortalité à la suite de traumatismes dus aux accidents de la route nécessite une approche coordonnée et multisectorielle qui implique des améliorations en matière de sécurité routière, de conception des routes et des villes, de soins d'urgence vitaux, ainsi que de la législation et de l'application du code de la route.
- Il est essentiel de renforcer la collecte, le suivi et l'évaluation des données, ainsi que l'établissement de rapports au sein des systèmes d'information nationaux pour améliorer les estimations de la mortalité pour cet indicateur, d'autant que les données proviennent de plusieurs secteurs.

**Indicateur d'impact 14 : taux de mortalité par suicide**

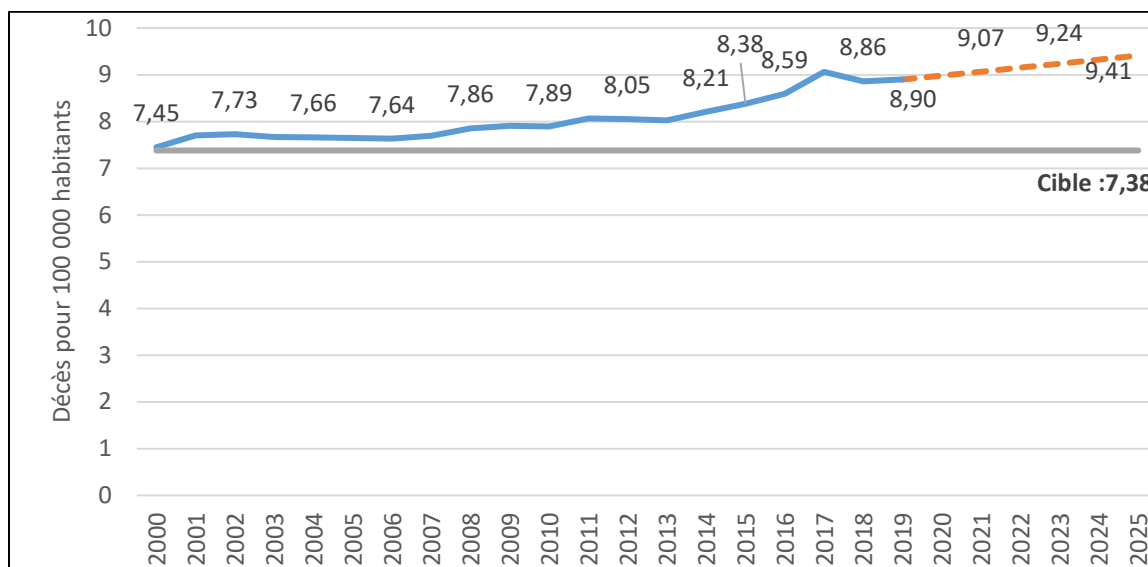
Référence 2015	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
8,38 décès pour 100 000 habitants*.	7,54 décès pour 100 000 habitants**	9,15 décès pour 100 000 (valeur projetée)	En difficulté

\* Niveau de référence mis à jour avec les données de : Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, genre, par pays et par Région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 2020.

\*\* La cible dans le Plan stratégique approuvé était une réduction de 10 %. Le niveau de référence ayant été mis à jour, la cible a été révisée.

**Analyse :** en utilisant les dernières données disponibles de l'OMS pour le taux de mortalité par suicide, on observe qu'en 2019, il y a eu 8,9 décès pour 100 000 habitants. Le taux de suicide n'a cessé d'augmenter au cours des deux dernières décennies. Comme le montre la figure A.14, le taux de suicide projeté pour 2025 dans la Région est de 9,4 décès pour 100 000 habitants, soit une augmentation projetée de 26,3 % pour la période entre 2020 et 2025. Cela indique que cet indicateur est en difficulté et qu'il est peu probable que la Région atteigne la cible.

**Figure A.14. Taux de mortalité par suicide dans la Région des Amériques, 2000-2025**



Source : Estimations sanitaires mondiales 2019 (GHE 2020) : Décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000-2019. Genève, Organisation mondiale de la santé ; 2020.

**Principaux points à retenir et recommandations :**

- La Région doit renforcer la qualité des données sur le suicide et les tentatives de suicide, en commençant par développer et mettre en œuvre des efforts nationaux de prévention du suicide.

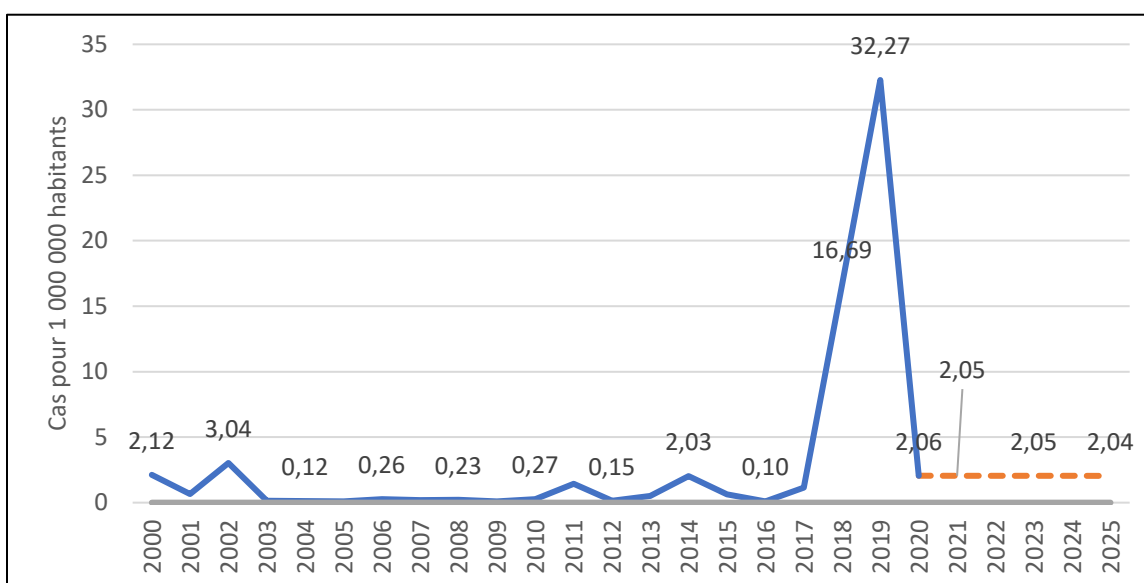
- Le facteur de risque le plus important pour le suicide est une tentative de suicide antérieure.
- Un exemple de meilleure pratique pour traiter du taux de mortalité par suicide est observé au Belize, où des efforts ont été réalisés pour élaborer un plan national de prévention du suicide. Le système d'information pour la santé du Belize est un système numérique d'information sur la santé, actualisé en temps réel, qui recueille également des données sur les problèmes de santé mentale, y compris le suicide, et dispose d'un système d'alerte intégré pour les tentatives de suicide qui permet d'assurer un suivi et de comprendre les schémas de suicide dans le pays.
- La coordination doit être renforcée, car traiter du suicide nécessite une approche globale et multisectorielle qui envisage également des approches ciblées pour les groupes vulnérables, dans la mesure où les taux de suicide sont élevés dans ces populations.
- Étant donné que cet indicateur n'était déjà pas en bonne voie avant la pandémie et que des informations supplémentaires sont nécessaires pour évaluer pleinement son impact, un examen complet de la cible 2025 devrait être effectué dès que ces informations seront disponibles. Les États Membres seront consultés sur toute action nécessaire à cet égard.

#### Indicateur d'impact 15 : taux d'incidence de la rougeole

Référence 2018	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
16,7 cas pour 1 000 000 habitants*	0,00 cas pour 1 000 000 habitants	2,05 cas pour 1 000 000 habitants (valeur projetée)	À risque

\* Les données de référence pour cet indicateur ont été actualisées à l'aide des données 2018 de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS.

**Analyse :** en 2018, la moyenne régionale du taux d'incidence de la rougeole était de 16,7 cas pour 1 million d'habitants, en raison de flambées épidémiques dans plusieurs pays. En 2019, l'incidence de la rougeole dans la Région a atteint un niveau record de 32,27 cas pour 1 million d'habitants, principalement en raison d'une flambée épidémique dans la Région. En 2020, l'incidence de la rougeole était sous contrôle, avec 2,06 cas pour 1 million d'habitants. Comme le montre la figure A.15, la réduction projetée de l'incidence de la rougeole devrait rester stable à 2,04 cas jusqu'en 2025. La surveillance de la maladie et le maintien de taux de vaccination élevés sont essentiels, car la Région est exposée à un risque d'augmentation de l'incidence de la rougeole en cas de flambée épidémique.

**Figure A.15. Taux d'incidence de la rougeole dans la Région des Amériques, 2000-2025**

Source : OMS, Observatoire mondial de la santé.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Étant donné que la rougeole continue de circuler dans le monde et que les pays de la Région signalent des flambées sporadiques, il est nécessaire de renforcer la surveillance active et de maintenir des taux de vaccination élevés.
- En raison des migrations, il faut s'efforcer de renforcer la collaboration en matière de partage des données et d'efforts de vaccination, entre les pays, notamment entre pays voisins, dans la mesure où les populations ont tendance à se déplacer en période de crise.
- Il est nécessaire d'améliorer les systèmes de suivi et d'évaluation de la surveillance de la vaccination dans les pays afin d'inclure des mesures de l'équité dans le but d'atteindre une couverture supérieure à 95 % avec deux doses de vaccin contre la rougeole aux niveaux national et infranational.

### Indicateur d'impact 16 : taux d'incidence des infections à VIH

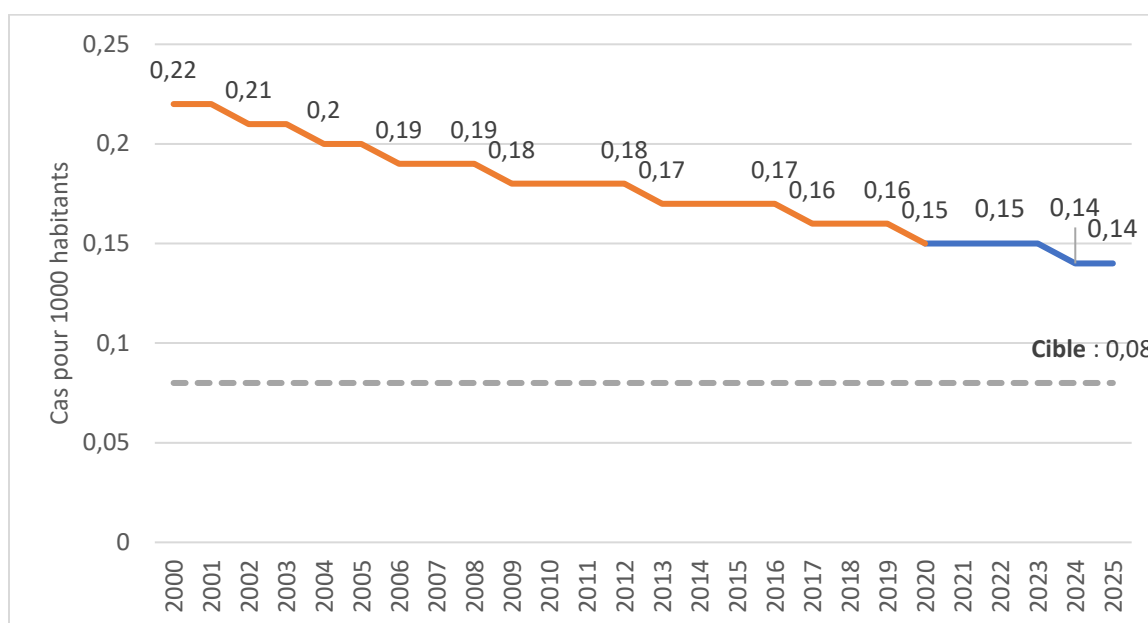
Référence 2017	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
0,16 cas pour 1000 habitants*	0,08 cas pour 1000 habitants**	0,15 cas pour 1000 habitants (valeur projetée)	En difficulté

\* Le calcul des données de référence pour cet indicateur a été mis à jour en utilisant les données de 2020 de la source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2021.

\*\* La cible est alignée sur la réduction proportionnelle de 50 % envisagée dans le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

**Analyse :** en 2020, l'estimation régionale de l'ONUSIDA pour le taux d'incidence des infections à VIH était de 0,15 cas pour 1000 habitants. Bien que le taux ait régulièrement diminué entre 2000 et 2020, la réduction de la variation annuelle en pourcentage n'est que de -1,4 %, ce qui n'est pas suffisant pour atteindre la cible. Pour atteindre la cible, une réduction de la variation annuelle en pourcentage de -17,3 % est nécessaire. Comme le montre la figure A.16, le taux d'incidence des infections à VIH projeté pour 2025 est de 0,14 cas pour 1000 habitants. Cet indicateur est en difficulté et des approches plus stratégiques sont nécessaires pour réaliser des gains plus importants afin d'atteindre la cible.

**Figure A.16. Taux d'incidence des infections à VIH dans la Région des Amériques, 2000-2025**



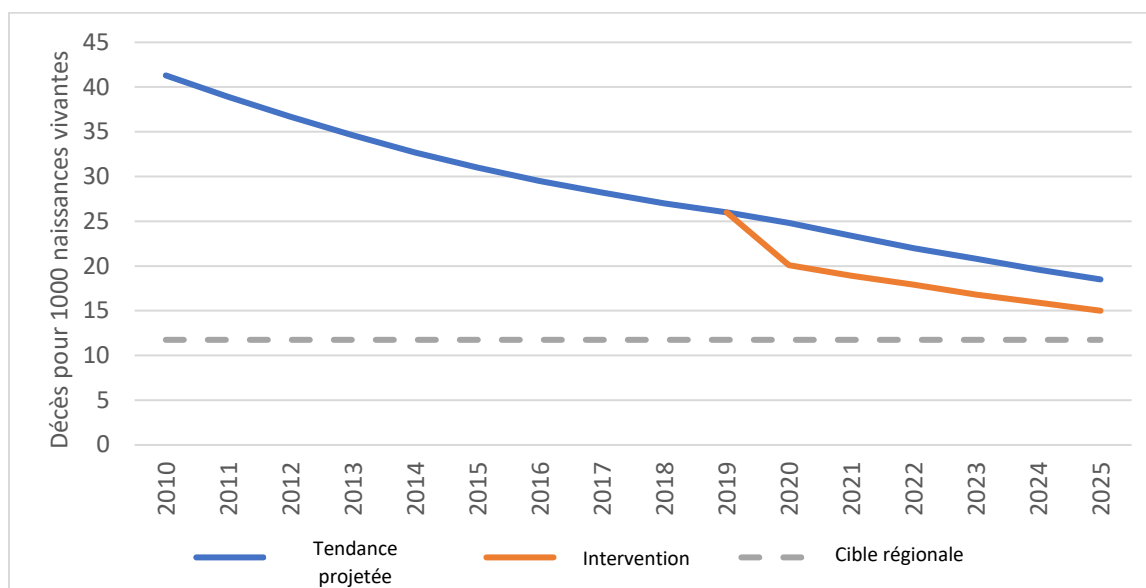
Source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2021 (données de 2020)

### Exemple de modélisation de l'incidence du VIH

L'incidence du VIH dépend de plusieurs facteurs qui impliquent la prévention primaire, dont l'accès aux préservatifs, aux lubrifiants, aux services pour les autres IST et à la prophylaxie pré-exposition. En outre, l'obtention d'une couverture du traitement antirétroviral élevée et son maintien sont des mesures clés pour ralentir la transmission et réduire l'incidence du VIH. La figure A.17 présente un scénario hypothétique dans lequel le maintien du traitement antirétroviral atteint 90 % au Paraguay. Les résultats de l'exercice montrent qu'un taux de maintien accru permettrait au Paraguay de retrouver la courbe enregistrée par le pays entre 2015 et 2018. Si l'intervention était appliquée avec succès, le Paraguay réduirait l'incidence du VIH qui passerait d'un taux projeté de 0,10 pour 1000 habitants non infectés à 0,079 d'ici à 2025. Cela permettrait d'éviter plus de 2400 nouveaux cas de VIH dans le pays.



**Figure A.17. Impact potentiel de l'augmentation de la couverture du traitement antirétroviral sur l'incidence du VIH au Paraguay, 2015-2025**



Source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2021.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- La Région n'est pas en bonne voie pour atteindre la cible de réduction des nouvelles infections à VIH et d'éradication du sida d'ici à 2030.
- Les pays devraient prioriser la mise en œuvre d'un ensemble de mesures de prévention complètes et centrées sur la personne, comprenant des préservatifs et des lubrifiants, une prophylaxie préexposition, des modalités de dépistage innovantes telles que l'auto-dépistage du VIH et le double dépistage du VIH et de la syphilis, une prise en charge intégrée des IST, ainsi que la mise en relation avec les services de santé, le démarrage rapide et le maintien du traitement.
- Traiter de la stigmatisation et de la discrimination dans les services de santé est essentiel pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins pour le VIH et réduire les nouvelles infections.
- La promotion de modèles de prestation de services différenciés, y compris des services dirigés par la communauté et la collaboration avec les communautés concernées, permettra l'accès aux soins et leur maintien pour les populations les plus vulnérables et à risque.

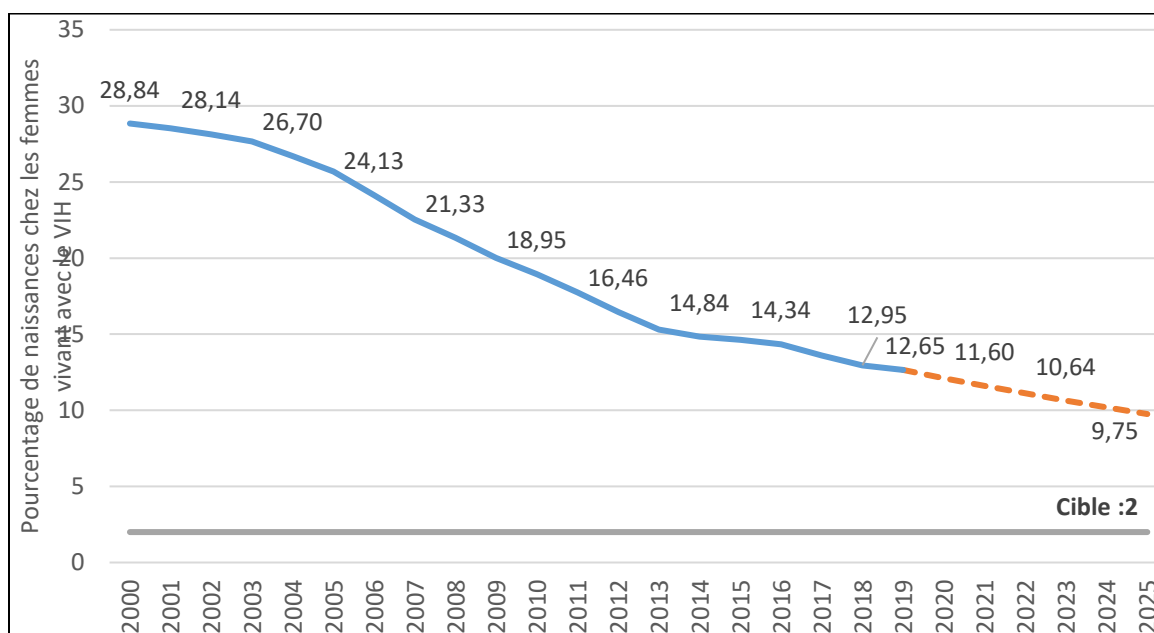
**Indicateur d'impact 17 : taux de transmission mère-enfant du VIH**

Référence 2017	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
13,59 % des naissances chez les femmes vivant avec le VIH*	2,0 % des naissances chez les femmes vivant avec le VIH	11,11 % des naissances chez les femmes vivant avec le VIH (valeur projetée)	En difficulté

\* Le calcul des données de référence pour cet indicateur a été mis à jour en utilisant les données de 2019 de la Source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2020.

**Analyse :** en 2019, l'ONUSIDA estime que le taux de transmission mère-enfant (TME) du VIH est de 12,7 % des naissances chez les mères vivant avec le VIH dans la Région. Bien que ce taux ait régulièrement diminué au cours des deux dernières décennies, la réduction de la variation annuelle en pourcentage (-4,3 %) n'est pas suffisante pour atteindre la cible de 2 %. Pour atteindre la cible, une réduction de la variation annuelle en pourcentage de -24,0 % est nécessaire. Comme le montre la figure A.18, le taux projeté en 2025 est de 9,75 %. Cet indicateur est en difficulté et des approches plus stratégiques sont nécessaires pour réaliser des gains plus importants afin d'atteindre la cible.

**Figure A.18. Transmission mère-enfant du VIH dans la Région des Amériques, 2000-2025**



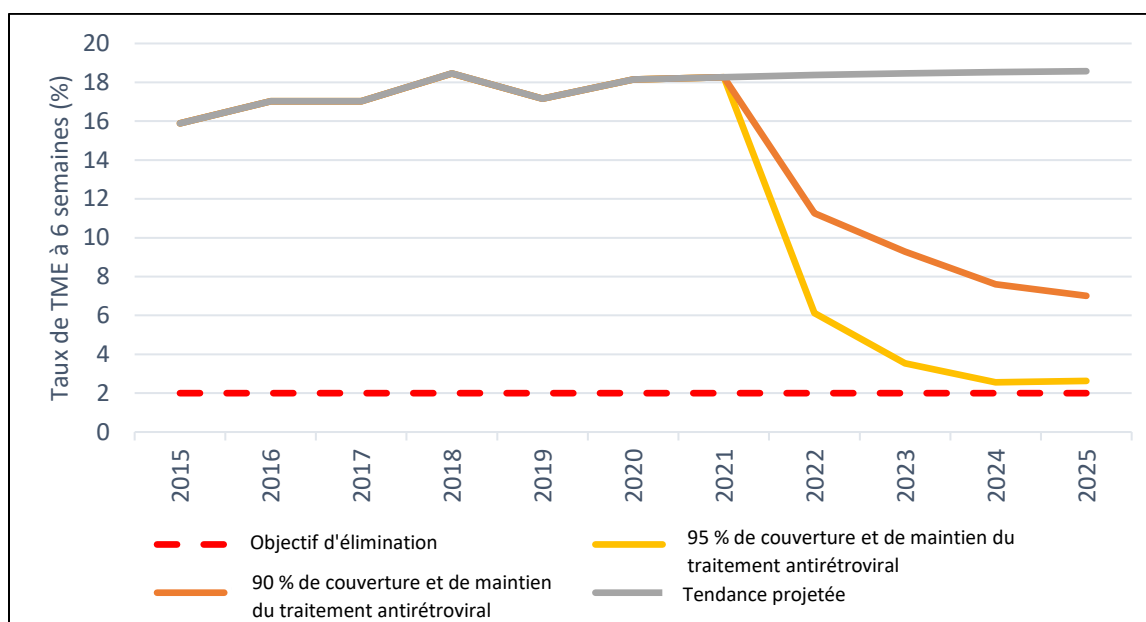
Source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2020 (données de 2019)

**Exemple de modélisation de la transmission mère-enfant du VIH**

L'élimination de la TME du VIH nécessite un taux de transmission inférieur à 2,0 % et un taux d'incidence pédiatrique du VIH de 0,3 pour 1000 naissances vivantes. Les principales

interventions permettant d'atteindre ces cibles consistent à identifier et à traiter toutes les femmes enceintes avant l'accouchement, à atteindre des taux élevés de maintien des traitements antirétroviraux et à éviter ou suspendre l'allaitement. La figure A.19 présente deux scénarios hypothétiques pour El Salvador dans lesquels 1) le pays atteint une couverture du traitement antirétroviral de 90 % pour toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH (à partir d'un niveau de référence d'environ 47 %) et maintient au moins 90% de ces femmes sous traitement effectif et 2) le pays atteint une couverture du traitement antirétroviral de 95 % et maintient au moins 95 % de ces femmes sous traitement. Si aucun changement n'est mis en œuvre, les projections font état d'un taux de TME supérieur à 18 % d'ici à 2025. Toutefois, l'amélioration du suivi du VIH ainsi que du traitement et du maintien du traitement antirétroviral pourrait abaisser la TME du VIH à 7,46 % ou 2,62 %, respectivement, d'ici à 2025, en fonction des taux de couverture et de maintien du traitement antirétroviral.

**Figure A.19. Impact potentiel d'une couverture et d'un maintien accrus du traitement antirétroviral pendant la grossesse sur la transmission mère-enfant du VIH à El Salvador, 2015-2025**



Source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2021.

#### Principaux points à retenir et recommandations :

- Le dépistage et le traitement du VIH pendant les soins prénatals devraient être accompagnés d'interventions visant à prévenir les nouvelles infections chez les femmes pendant la grossesse et la période post-partum. Cela comprend le dépistage du partenaire, l'utilisation du préservatif pendant la grossesse, l'évaluation des risques et l'amélioration des connaissances des femmes sur le risque de transmission du VIH pendant la grossesse et la période puerpérale.

- Les stratégies d'intégration des programmes de santé génésique et de planification familiale et des soins prénatals peuvent accroître la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH, améliorer la surveillance et le suivi et entraîner une réduction de la TME.
- Le renforcement du suivi des femmes enceintes vivant avec le VIH et de leurs nourrissons exposés est important pour évaluer les progrès de la Région sur le plan de l'élimination de la TME du VIH et pour produire des estimations de qualité.

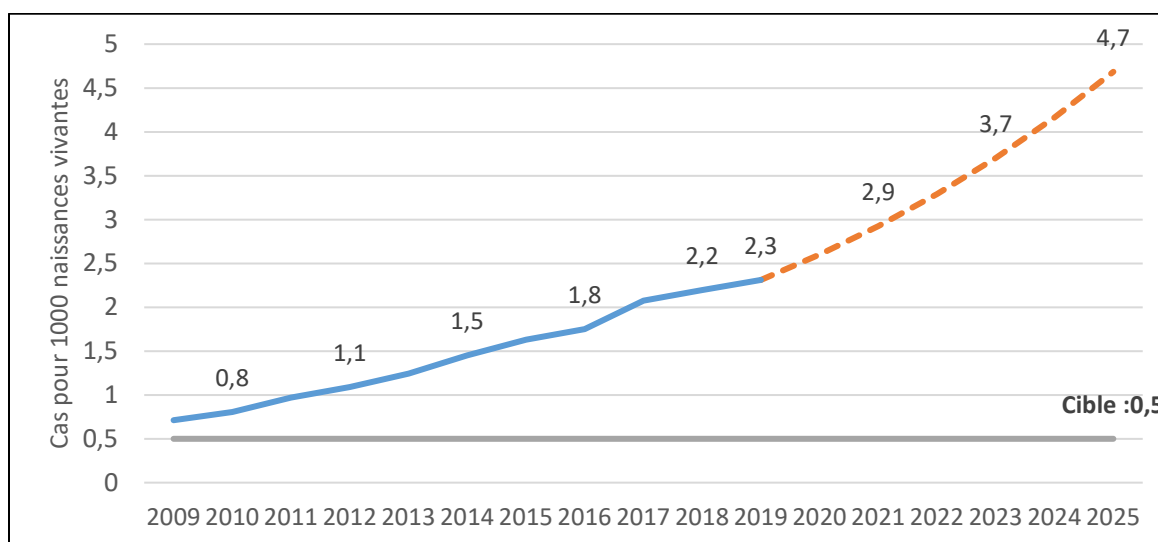
**Indicateur d'impact 18** : taux d'incidence de la syphilis congénitale (y compris les mortinaissances)

Référence 2017	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
2,1 cas pour 1000 naissances vivantes*	0,5 cas pour 1000 naissances vivantes	3,3 cas pour 1000 naissances vivantes	En difficulté

\* Le calcul des données de référence pour cet indicateur a été mis à jour en utilisant les données de 2019 de la Source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2020.

**Analyse** : en 2019, l'ONUSIDA estime que 2,3 nourrissons naissent avec une syphilis congénitale pour 1000 naissances vivantes dans la Région. La tendance régionale est à la hausse constante depuis 2010. Comme le montre la figure A.20, les projections actuelles indiquent que cet indicateur est en difficulté, puisque le taux passera à 4,68 cas pour 1000 naissances vivantes d'ici à 2025.

**Figure A.20. Taux d'incidence de la syphilis congénitale (y compris les mortinaissances) dans la Région des Amériques, 2009-2025**

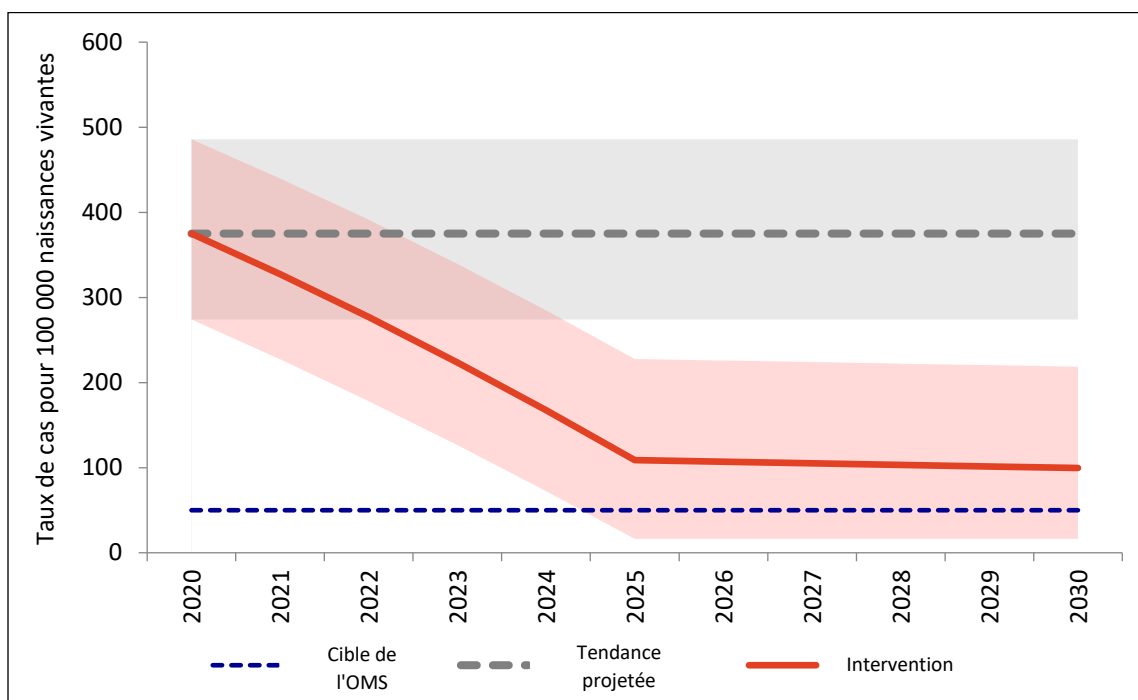


Source : rapports de l'ONUSIDA sur la surveillance mondiale du sida (*Global AIDS Monitoring* ou GAM).

### Exemple de modélisation pour la syphilis congénitale

L'élimination de la syphilis congénitale repose en grande partie sur la quantité et la qualité des soins prénatals. Outre l'accès aux services de santé pour les soins prénatals, les femmes enceintes devraient faire l'objet d'un dépistage de la syphilis et les cas positifs doivent être traités pour éviter ou réduire la probabilité de mortinatalité, de décès néonatal, d'insuffisance pondérale à la naissance et d'autres présentations cliniques de la maladie. Plusieurs pays de la Région font état d'une couverture élevée des soins prénatals. Cependant, il est encore possible d'améliorer à la fois la détection et le traitement. Dans l'exemple de la Colombie, illustré à la figure A.21, le taux de détection pendant la grossesse a été modélisé de 74 % (2020) à 95 % en 2025, et le taux de traitement a été modélisé de 75 % à 95 %. Les résultats montrent une réduction d'environ 70 % du taux d'incidence de la syphilis congénitale (de 375 pour 100 000 naissances à 109 pour 100 000 naissances), ce qui impliquerait également le fait d'éviter 1849 cas de syphilis congénitale (dont 441 mortinaissances et 148 décès néonataux).

**Figure A.21. Impact potentiel d'une augmentation de la détection et du traitement de la syphilis pendant la grossesse en Colombie, 2020-2025**



Source : ONUSIDA, estimations Spectrum, 2021.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- L'élimination de la syphilis congénitale repose sur l'amélioration des services de santé maternelle, en particulier sur la qualité des soins prénatals.

- Les pays de la Région devraient intensifier le dépistage et le traitement rapides de la syphilis au cours des consultations de soins prénatals et mettre en œuvre des interventions visant à réduire la prévalence de la syphilis dans la population générale, en particulier chez les femmes en âge de procréer.

**Indicateur d'impact 19 : taux de mortalité dû à l'hépatite virale chronique**

Référence 2017	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
9,73 décès pour 100 000 habitants *	5,35 décès pour 100 000 habitants **	10,32 décès pour 100 000 habitants ***	En difficulté

\* Mise à jour à partir des dernières données disponibles du Réseau de collaboration sur la charge mondiale de morbidité (*Global Burden of Disease Collaborative Network*). Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2019 (GBD 2019). Seattle, États-Unis : Institut de métrologie et d'évaluation sanitaires (IHME), 2020.

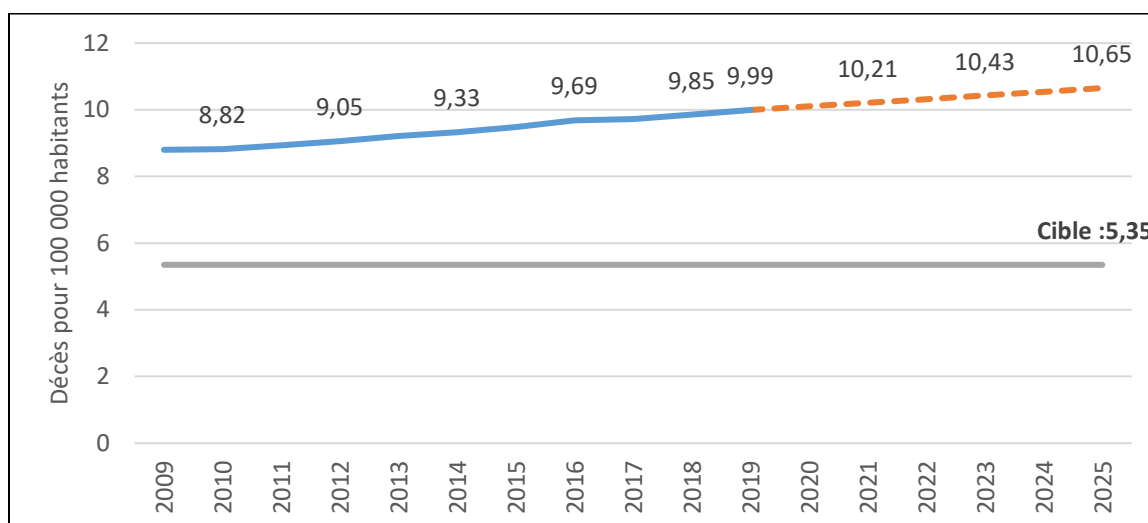
\*\* Mis à jour à partir des dernières données disponibles.

\*\*\* Projections établies à partir des dernières données disponibles ; 2019.

**Analyse :** sur la base des dernières données disponibles de l'étude sur la charge mondiale de morbidité de 2019 (*Global Burden of Disease Study 2019* ou GBD 2019), le taux de mortalité de référence ajusté en fonction de l'âge dû à l'hépatite virale chronique a été estimé à 9,7 décès pour 100 000 habitants pour 2017. Comme le montre la figure A.22, la projection actuelle pour 2025 est de 10,65 décès pour 100 000 habitants,<sup>15</sup> soit une augmentation annuelle moyenne de 1,15 % entre 2017 et 2025. Pour atteindre la cible, une réduction annuelle de 5,13 % est nécessaire. La Région est en difficulté pour atteindre la cible pour cet indicateur.

<sup>15</sup> Les projections ont été réalisées en appliquant la méthodologie proposée dans la publication *Sanhueza A, Espinosa I, Mujica OJ, da Silva Jr. JB. Leaving no one behind : a methodology for setting health inequality reduction targets for Sustainable Development Goal 3. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e63. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.63>. Disponible sur : <https://www.paho.org/journal/en/articles/leaving-no-one-behind-methodology-setting-health-inequality-reduction-targets-sustainable> (en anglais)*

**Figure A.22. Taux de mortalité dû à l'hépatite virale chronique dans la Région des Amériques, 2009-2025**



Source : Réseau de collaboration sur la charge mondiale de morbidité (*Global Burden of Disease Collaborative Network*). Résultats de l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2019 (GBD 2019). Seattle, États-Unis : Institut de métrologie et d'évaluation sanitaires (IHME), 2020.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Malgré l'engagement politique croissant de la Région et l'adoption de politiques pour lutter contre l'hépatite virale, l'accès au diagnostic et au traitement reste une lacune majeure qui menace la réalisation des cibles d'élimination pour 2030.
- Des traitements efficaces pour prévenir la progression des maladies hépatiques sont disponibles. Les nouveaux antiviraux à action directe peuvent guérir plus de 95 % des infections chroniques par le virus de l'hépatite C, et les prix ne cessent de baisser, notamment grâce au soutien de mécanismes d'achat régionaux tels que le Fonds stratégique de l'OPS.
- L'hépatite B n'a pas encore de traitement disponible, mais il existe des médicaments efficaces pour prévenir la progression vers le cancer du foie et la cirrhose du foie. En outre, un vaccin contre l'hépatite B est disponible pour prévenir les nouvelles infections.
- Pour inverser la tendance à la hausse de la mortalité, les pays devraient élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer l'accès à des services de qualité pour les hépatites, en se concentrant sur le renforcement du diagnostic et du traitement de l'hépatite virale chronique et en assurant l'allocation de ressources nationales pour financer les réponses nationales.

**Indicateur d'impact 20 : taux d'incidence de la tuberculose**

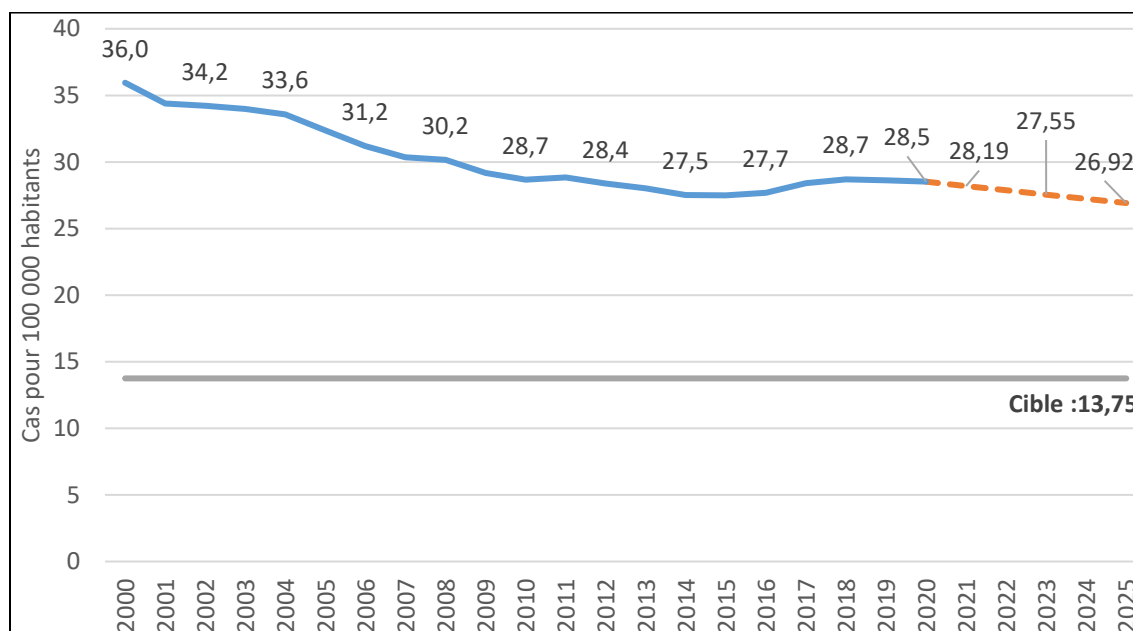
Référence 2015	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
27,5 cas pour 100 000 habitants*	13,75 cas pour 100 000 habitants**	27,9 cas pour 100 000 habitants (valeur projetée)	En difficulté

\* Source : Base de données mondiale de l'OMS sur la tuberculose, 2021 (données de 2020).

\*\* La cible est alignée sur la réduction proportionnelle de 50 % envisagée dans le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

**Analyse :** les données disponibles les plus récentes du Programme de lutte contre la tuberculose de l'OMS estiment qu'il y avait 28,5 cas de tuberculose pour 100 000 habitants dans la Région en 2020. On estime à 27,9 le nombre de cas pour 100 000 habitants en 2022. Les tendances présentées à la figure A.23 ci-dessous montrent que l'incidence de la tuberculose a atteint un plateau au cours de la dernière décennie. Toutefois, la Région devra réduire davantage l'incidence de la tuberculose (-6,75 % en variation annuelle) pour atteindre la cible. Étant donné que le taux d'incidence de la tuberculose projeté pour 2025 est de 26,9 cas pour 100 000 habitants, cet indicateur est en difficulté.

**Figure A.23. Incidence de la tuberculose dans la Région des Amériques, 2000-2025**



Source : Base de données mondiale de l'OMS sur la tuberculose, 2021 (données de 2020).

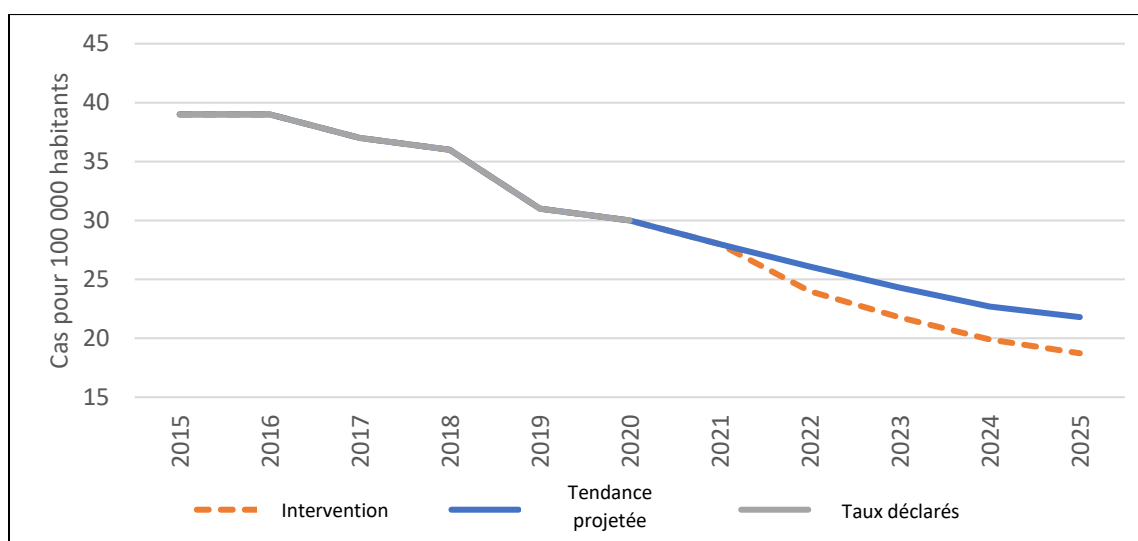
**Exemple de modélisation pour la tuberculose au Honduras**

Près de 90 % des cas de tuberculose dans la Région sont concentrés dans 12 pays, qui affichent des taux d'incidence supérieurs à 45 cas pour 100 000 habitants. Parmi les interventions rentables qui réduisent la charge de morbidité, il est essentiel de réussir à



mettre en relation les personnes avec les services de santé spécialisés dans la tuberculose après le diagnostic de cas positifs ou suspects. De plus, la réduction du nombre de personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas été traitées avec des antirétroviraux est essentielle pour réduire l'incidence de la tuberculose et la tuberculose multirésistante. Comme le montre la figure A.24, le modèle pour le Honduras reflète un scénario hypothétique dans lequel l'orientation des personnes vers les services de santé passe de 65 % à 80 %, et la couverture du traitement du VIH par les antirétroviraux passe de 54 % à 90 %. Les projections dans un scénario où il n'y a pas de changement estiment que le taux d'incidence de la tuberculose au Honduras sera de 21,3 pour 100 000 en 2025. Le modèle estime une réduction supplémentaire de 3,5 points de pourcentage, soit 17,8 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Cet impact se traduit par plus de 1 100 nouveaux cas évités entre 2022 et 2025.

**Figure A.24. Impact potentiel de l'amélioration de la mise en relation des patients avec les services de santé et de la couverture du traitement antirétroviral sur l'incidence de la tuberculose au Honduras, 2015-2025**



Source : Outil de modélisation de l'impact de la tuberculose / Spectrum

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Des stratégies et des outils d'analyse devraient être élaborés pour aider les pays et les territoires à effectuer des analyses afin de mieux comprendre et relever les défis liés à la réduction de la tuberculose et aux multiples facteurs associés aux risques de transmission, ce qui inclut la prise en compte des déterminants sociaux de la santé.
- Des efforts supplémentaires, tels que la sensibilisation des communautés, doivent être déployés pour identifier les cas et orienter les personnes vers un traitement, en particulier parmi les populations à risque d'infection par la tuberculose.
- L'amélioration des services de diagnostic, de la surveillance, des rapports et du suivi est essentielle pour réduire l'incidence de la tuberculose.

- Étant donné que cet indicateur n'était déjà pas en bonne voie avant la pandémie et que des informations supplémentaires sont nécessaires pour évaluer pleinement son impact, un examen complet de la cible pour 2025 devrait être effectué dès que ces informations seront disponibles. Les États Membres seront consultés sur toute action nécessaire à cet égard.

### Indicateur d'impact 21 : taux d'incidence du paludisme

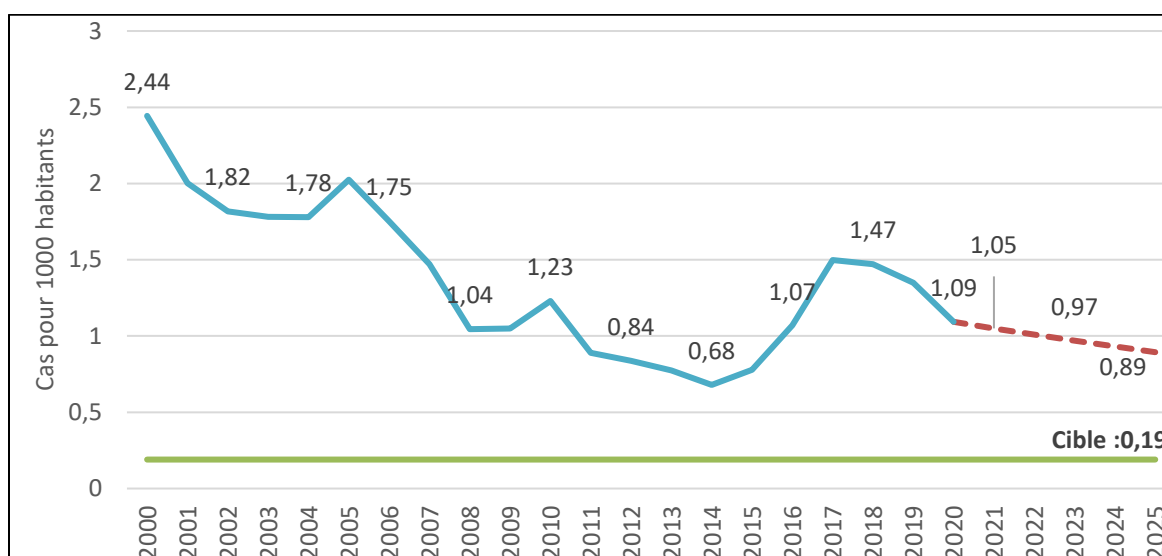
Référence 2015	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
0,78 cas pour 1000 habitants*	0,19 cas pour 1000 habitants**	1,01 cas pour 1000 habitants (valeur projetée)	À risque

\* Source : Base de données mondiale de l'OMS sur le paludisme, 2021 (données de 2020).

\*\* La cible est alignée sur la réduction proportionnelle de 75 % envisagée dans le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

**Analyse :** les données disponibles les plus récentes estiment que l'incidence régionale du paludisme était de 1,09 cas pour 1000 habitants en 2020. Étant donné que le paludisme dans la Région est endémique dans des zones spécifiques et que les chiffres sont faibles par rapport à d'autres régions de l'OMS, le schéma fluctue, montrant toutefois une diminution globale de la tendance au cours des deux dernières décennies. Comme le montre la figure A.25, la projection pour 2025 est de 0,89 cas pour 1000 habitants. La Région est à risque de ne pas atteindre la cible de 0,19 cas pour 1000 habitants en 2025.

**Figure A.25. Taux d'incidence du paludisme dans la Région des Amériques, 2000-2025**



Source : Observatoire mondial de la santé de l'OMS, 2021 (données de 2020).

**Principaux points à retenir et recommandations :**

- L'appropriation et le leadership des pays, avec l'implication et la participation des communautés, sont essentiels pour accélérer les progrès sur le plan de l'élimination du paludisme. Des approches efficaces, fondées sur les données, et de résolution des problèmes, sont également nécessaires pour lutter contre le paludisme au niveau local, en s'attaquant aux lacunes en matière de prévention, de détection précoce et de traitement.
- Pour éliminer le paludisme et prévenir sa réintroduction, il est nécessaire d'identifier et d'évaluer les foyers de paludisme afin d'organiser les interventions en fonction de caractéristiques spécifiques. Il est nécessaire de tenir compte des spécificités contextuelles et d'accélérer l'élimination non seulement dans les pays considérés comme très proches de l'élimination du paludisme, mais aussi en incluant les pays à forte morbidité, étant entendu que tous les pays peuvent accélérer les efforts vers l'élimination.
- Les pays devraient renforcer leurs capacités dans les zones d'endémie du paludisme et consolider les soins de santé primaires en vue de la mise en place de systèmes de santé résilients, en tant que mécanisme permettant de fournir des services de lutte contre le paludisme aux groupes touchés tels que les populations autochtones, les migrants, les travailleurs des mines et les populations difficiles à atteindre.
- La détection passive des cas est l'épine dorsale de la surveillance du paludisme. Il est donc essentiel d'assurer la participation de la communauté et des services de santé.
- Il est nécessaire de mener une action intersectorielle contre le paludisme, incluant des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, en particulier des actions par les secteurs productifs tels que celui de l'orpaillage formel et informel, qui contribue de manière significative à la persistance de la transmission du paludisme.

**Indicateur d'impact 22** : nombre de pays d'endémie en 2015 qui maintiennent l'élimination du paludisme ou y parviennent

Référence 2018	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
3 des 21 pays et territoires qui étaient endémiques en 2015	6 des 21 pays et territoires qui étaient endémiques en 2015	4 des 21 pays et territoires qui étaient endémiques en 2015	En bonne voie

**Analyse** : cet indicateur mesure les progrès vers l'élimination du paludisme et reflète le respect des recommandations de l'OPS/OMS en matière d'élimination du paludisme et les capacités installées que les pays ont développées. La *Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030* de l'OMS met l'accent sur l'élimination en tant qu'objectif de la lutte contre le paludisme pour tous les pays, quelle que soit leur charge de morbidité, et encourage des changements stratégiques et opérationnels dans les différentes composantes de la réponse au paludisme.

Cet indicateur mesure la non-occurrence de cas autochtones de paludisme au cours de la dernière année et est mesuré par rapport aux pays qui étaient considérés comme endémiques en 2015 (21 pays). Trois d'entre eux (Argentine, El Salvador et Paraguay) avaient déjà atteint l'indicateur au cours de l'année de référence. El Salvador a été certifié exempt de paludisme en 2021, et la même année, le Belize a achevé trois années sans transmission du paludisme, ce qui place le pays dans le processus vers la certification par l'OMS. Par conséquent, cet indicateur est en bonne voie. En 2022, avec la réalisation par le Belize de la déclaration de zéro cas de paludisme depuis 2019, quatre des 21 pays endémiques en 2015 ont atteint l'indicateur, ce qui a permis de progresser vers l'objectif de six pays d'ici à 2025.

À la fin de 2020, 10 pays avaient rempli les critères établis par l'OMS pour les pays ayant le potentiel d'éliminer le paludisme d'ici à 2025, ce qui leur a valu d'être invités à faire partie de l'initiative E-2025. Le Costa Rica, la Guyane française, le Mexique, la République dominicaine et le Suriname sont les pays d'endémie présentant le plus faible nombre de cas dans la Région, avec tous moins de 300 cas en 2021. D'autres pays de l'initiative E-2025 comptant plus de 1000 cas par an (Équateur, Honduras et Panama) ont été confrontés à des flambées épidémiques en 2020-2021, avec des défis importants au sein des populations autochtones rurales, mais maintiennent les objectifs nationaux et locaux en vue de l'élimination.

#### **Principaux points à retenir et recommandations :**

- Comme le montre la performance de l'indicateur sur l'incidence du paludisme, l'élimination régionale de la maladie se heurte encore à de grands défis, notamment dans la région amazonienne, en raison des déterminants sociaux et environnementaux et de la forte dispersion du problème dans les zones endémiques. Néanmoins, les résultats obtenus par les pays de la Région et d'autres continents montrent qu'il s'agit d'un objectif réalisable avec une action coordonnée des pays et des communautés touchés et la coordination de l'aide extérieure.
- Les pays doivent disposer d'un cadre politique et stratégique clair pour l'élimination du paludisme, avec une allocation de ressources adéquate et la participation active du secteur de la santé, de la communauté et de tous les autres acteurs concernés.
- Des changements opérationnels dans le travail quotidien des équipes sanitaires locales devraient être introduits pour accélérer l'élimination. L'intervention fondée sur la détection précoce, le traitement, l'investigation et la réponse devrait être mise en œuvre en tant qu'approche programmatique.
- Les pays qui sont proches de l'élimination ou qui se préparent à la certification ont besoin d'un plan global et multisectoriel pour prévenir la transmission à partir de tous cas importés et pour répondre immédiatement aux cas, qu'ils soient introduits ou autochtones, afin d'empêcher la réintroduction de la transmission.

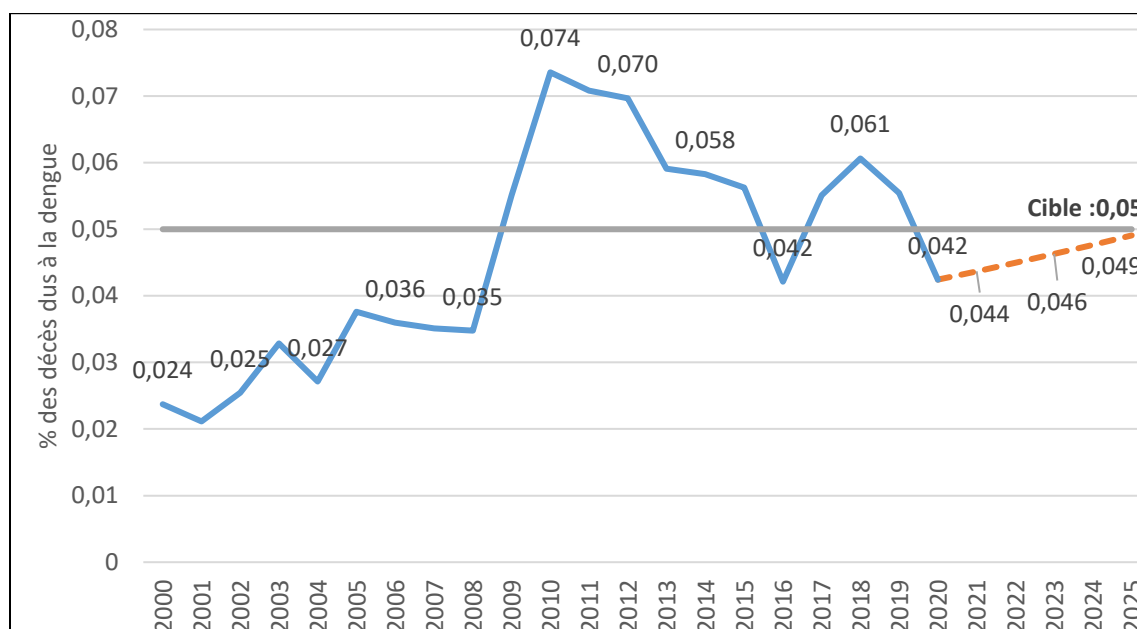
**Indicateur d'impact 23 : taux de létalité due à la dengue**

Référence 2012-2018	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
0,056 % des décès dus à la dengue*	0,05 % des décès dus à la dengue	0,045 % des décès dus à la dengue (valeur projetée)	En bonne voie

\*Source : données épidémiologiques des pays communiquées à l'OPS, 2021 (données de 2020).

**Analyse :** en 2020, le taux de létalité régional était de 0,04 % pour tous les cas de dengue et la projection pour 2022 reste la même. Étant donné que la dengue dans la Région est endémique dans la plupart des pays et territoires et que les efforts déployés dans la Région ont permis de maintenir cet indicateur en bonne voie, d'après les projections la cible de 0,049 % de décès sera atteinte d'ici à 2025, comme le montre la figure A.26. Il est important de protéger les gains réalisés à ce jour et de continuer à réduire les décès dus à la dengue.

**Figure A.26. Taux de létalité due à la dengue dans la Région des Amériques, 2000-2025**



Source : données épidémiologiques des pays communiquées à l'OPS, 2021 (données de 2020).

Notes : pour tenir compte des variations annuelles, une moyenne sur 6 ans a été calculée en utilisant les données de 2012 à 2018.

**Principaux points à retenir et recommandations :**

- Renforcer la formation clinique pour la prise en charge de la dengue et l'identification des prédictors précoces de gravité au premier niveau de soins.

- Élaborer des stratégies et des outils d'analyse pour aider les pays et les territoires à effectuer des analyses afin d'identifier les causes spécifiques de la hausse actuelle de la tendance.
- L'amélioration des systèmes d'information pour signaler et suivre les cas et évaluer la performance des programmes est essentielle pour offrir un meilleur éclairage de la prise en charge de la dengue.

**Indicateur d'impact 24 :** élimination des maladies infectieuses négligées dans les pays et territoires

Maladies infectieuses négligées	Référence 2019	Pays et territoires de référence	Cible 2025	Évaluation (situation en 2022)
Trachome	1 sur 5	Mexique	3 sur 5	<b>À risque</b> (Guatemala)
Maladie de Chagas	17 sur 21	<b>Tout le territoire :</b> Belize, Brésil, Chili, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Uruguay. <b>Partie du territoire :</b> Argentine, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Mexique, Panama, Pérou.	21 sur 21	<b>À risque</b> (Équateur, Guyane française, Suriname et Venezuela [République bolivarienne du])
Rage humaine transmise par les chiens	32 sur 35	Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Sint Maarten, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela (République bolivarienne du).	35 sur 35	<b>En bonne voie</b> La Bolivie, Cuba et Haïti continuent de signaler des cas. Des cas sont également signalés dans quelques zones seulement dans huit pays (Argentine, Brésil, Colombie, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Pérou et Venezuela [République bolivarienne du]), avec un risque de résurgence, principalement dans les zones frontalières. Des efforts sont en cours qui pourraient permettre de parvenir à l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens d'ici à 2025.

Maladies infectieuses négligées	Référence 2019	Pays et territoires de référence	Cible 2025	Évaluation (situation en 2022)
Lèpre	17 sur 23	Argentine, Belize, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Pérou, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay.	23 sur 23	<b>À risque</b> (Bolivie, Équateur, Guyana, Paraguay, République dominicaine, Venezuela [République bolivarienne du])
Ténia-cysticercose humaine	0 sur 16	Aucun pays endémique dans le niveau de référence*	3 sur 16	<b>En bonne voie</b> (Colombie, Honduras, Mexique)
Filariose lymphatique	3 sur 7	Costa Rica, Suriname, Trinité-et-Tobago	5 sur 7	<b>En bonne voie</b> (Brésil, République dominicaine)
Onchocercose	4 sur 6	Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique	6 sur 6	<b>À risque</b> (Brésil, Venezuela [République bolivarienne du])
Schistosomiase	3 sur 10	Antigua-et-Barbuda, Sainte-Lucie et Suriname.	5 sur 10	<b>À risque</b> (Porto Rico, République dominicaine)

**Analyse :** les maladies infectieuses négligées imposent un lourd fardeau sur la vie des populations pauvres et marginalisées à travers le monde et dans la Région des Amériques. Malgré des réalisations considérables au cours de la décennie 2011-2020, comme l'élimination de la transmission de l'onchocercose dans quatre pays (Colombie, Équateur, Guatemala et Mexique), de la filariose lymphatique dans trois pays (Costa Rica, Suriname et Trinité-et-Tobago), du trachome et de la rage en tant que problème de santé publique dans un pays (Mexique), ainsi que l'interruption de la transmission vectorielle intérieure de la maladie de Chagas par son principal vecteur dans 17 pays, des défis importants subsistent. L'évaluation de cet indicateur, calculée en fonction de la performance des pays dans leurs efforts pour éliminer une maladie spécifique, est indiquée dans le tableau ci-dessus.

#### Principaux points à retenir et recommandations :

- La [feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées 2021-2030](#),<sup>16</sup> « Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de

<sup>16</sup> Organisation mondiale de la Santé. Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable : feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030. Genève: OMS; 2020. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240010352>.

développement durable », fixe l'objectif d'éliminer plusieurs de ces maladies par la mise en œuvre d'une intervention intégrée. Trois piliers soutiennent les efforts pour atteindre les cibles : *a)* accélérer l'action programmatique, *b)* intensifier les approches transversales et *c)* changer les modèles opérationnels et la culture pour faciliter l'appropriation par les pays.

- Des politiques et des interventions intersectorielles intégrées sont essentielles pour lutter contre les inégalités sociales et sanitaires et éliminer durablement les maladies infectieuses négligées. La charge de morbidité des maladies infectieuses négligées est liée à la pauvreté et à l'inégalité des revenus, et touche de manière disproportionnée les communautés vulnérables, notamment certains groupes ethniques. En tant que telles, les maladies infectieuses négligées imposent une charge sociale et financière importante aux groupes pauvres et marginalisés, avec le potentiel de conduire à des dépenses de santé catastrophiques.
- Les maladies infectieuses négligées peuvent avoir des conséquences sociales négatives. Les séquelles chroniques peuvent entraîner la stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes de maladies infectieuses négligées et de leur famille, ce qui peut avoir un impact sur leur santé mentale. Cette marginalisation a également un impact économique.

**Indicateur d'impact 25 :** nombre d'infections du sang pour 1000 patients par an causées par des organismes résistants aux carbapénèmes

Référence 2019	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
1,185* infections pour 1000 patients	1,067** infections pour 1000 patients	En cours (renforcement de la capacité de surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans les pays et recrutement de pays pour soumettre à l'OPS des données sur la résistance aux antimicrobiens au niveau des isolats afin de garantir la précision et la représentativité des mesures)	Non évalué

\* L'indicateur de référence est calculé sur la base des données sur la résistance aux antimicrobiens au niveau des isolats soumises en 2019 par deux États Membres de la Région : Argentine et Costa Rica.

\*\* La cible pour 2025 est de réduire de 10 % par rapport au niveau de référence le nombre d'infections du sang pour 1000 patients par an.

**Analyse :** cet indicateur mesure la réduction des infections du sang causées par des micro-organismes multirésistants qui n'ont pas de traitement antimicrobien adéquat. Ces infections causées par des bactéries Gram-négatives résistantes aux carbapénèmes, dont les *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii*, sont souvent endémiques et liées à des flambées épidémiques. Elles se sont largement répandues dans la Région et ont provoqué des infections graves, avec une létalité supérieure à 50 %.



Pour mesurer cet indicateur, le nombre total d'infections du sang causées par des *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii* résistants aux carbapénèmes chez des patients hospitalisés dans des sites sentinelles sélectionnés dans les États Membres a été divisé par le nombre total de patients admis chaque année dans ces hôpitaux sentinelles. L'imipénème et le méropénème ont été choisis pour illustrer la résistance aux carbapénèmes. Les pays membres suivent les lignes directrices internationales pour les tests de sensibilité aux antimicrobiens du Clinical & Laboratory Standards Institute (CLSI) pour définir la résistance aux carbapénèmes.

L'indicateur est mesuré sur la base des données relatives à la résistance aux antimicrobiens au niveau des isolats, recueillies chaque année dans le cadre de l'initiative de surveillance renforcée lancée dans la Région des Amériques. Cette initiative, coordonnée par l'entremise des points focaux nationaux sur la résistance aux antimicrobiens, a permis aux pays de signaler les agents pathogènes résistants aux carbapénèmes isolés à partir d'hémocultures.

Depuis le lancement de l'initiative de surveillance renforcée en 2019, six pays ont rejoint l'initiative. À la fin de chaque année de déclaration, les pays sont invités à communiquer deux ensembles de données à l'OPS : a) les données nationales sur la résistance aux antimicrobiens provenant des infections du sang et b) les questionnaires des hôpitaux contenant la capacité des hôpitaux, les sorties d'hôpital annuelles, etc.

En 2022, quatre des six pays (Argentine, Colombie, Costa Rica et Panama) ont soumis à l'OPS des données sur la résistance aux antimicrobiens au niveau des isolats. L'OPS a reçu un total de 17 245 souches positives. L'Argentine a contribué à la majorité des souches (N=10 419) provenant de ses 72 hôpitaux sentinelles. La Colombie et le Costa Rica ont soumis des données portant sur une moyenne de 2275 souches par an. Le Guatemala et le Paraguay sont en train de soumettre des données à l'OPS, et leurs indicateurs seront mesurés dès réception de ces données.

### **Principaux points à retenir et recommandations :**

- En 2022, vingt pays ont soumis des données agrégées sur la résistance aux antimicrobiens à l'OPS. Tous les pays de la Région n'ont pas la capacité d'assurer le suivi de la résistance aux antimicrobiens dans les infections du sang ; par conséquent, la capacité des pays à faire rapport sur cet indicateur est limitée.
- Afin de renforcer la capacité de surveillance et de réduire les infections causées par des bactéries multirésistantes, l'OPS a travaillé en étroite collaboration avec tous les pays des Amériques pour promouvoir l'utilisation appropriée et rationnelle des antimicrobiens, renforcer les pratiques de prévention et de lutte contre les infections,

soutenir le développement de la recherche, et continuer à renforcer les capacités des laboratoires pour la détection et le suivi de la résistance aux antimicrobiens.<sup>17</sup>

- Bien que cet indicateur donne des indications précieuses sur l'impact de la résistance aux antimicrobiens sur la santé humaine, son utilité est limitée pour ce qui est de savoir si les pays ont intensifié leurs efforts pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens dans la perspective multisectorielle Une seule santé.

**Indicateur d'impact 26 :** taux de mortalité attribué à la pollution de l'air dans les foyers et de l'air ambiant

Référence 2016	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
32,2 décès pour 100 000 habitants*	30,6 décès pour 100 000 habitants**	En cours de mise à jour (par l'OMS, estimations attendues pour la fin de 2022)	Non évalué

\* La niveau de référence a été actualisé pour inclure la mortalité attribuable à la fois à la pollution de l'air ambiant et à la pollution de l'air dans les foyers, conformément à la note technique de l'indicateur dans le Recueil d'indicateurs d'impact du Plan stratégique de l'OPS 2020-2025. Le niveau de référence repose sur les données de 2016 des Estimations de l'OMS Source : Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Indicateur 3.9.1 Taux de mortalité attribué à la pollution de l'air dans les foyers et de l'air ambiant (pour 100 000 habitants).

\*\* La cible est alignée sur la réduction proportionnelle de 5 % envisagée dans le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

**Analyse :** le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable a désigné l'OMS comme l'organisme dépositaire responsable de la compilation des informations et des rapports pour cet indicateur. L'OMS mène actuellement des consultations avec les pays pour mettre à jour l'indicateur. De nouvelles estimations sont attendues pour le second semestre 2022.

La mortalité attribuable aux effets conjoints de la pollution de l'air ambiant et de l'air des foyers peut être exprimée soit en nombre de décès, soit en taux de mortalité. Des données probantes tirées d'études épidémiologiques ont montré que l'exposition à la pollution de l'air ambiant est liée, entre autres, aux maladies importantes prises en compte dans cette estimation : infections respiratoires aiguës (estimées pour tous les âges), maladies cérébro-vasculaires chez les adultes (estimées au-dessus de 25 ans), cardiopathies ischémiques chez les adultes (estimées au-dessus de 25 ans), maladies pulmonaires obstructives chroniques chez les adultes (estimées au-dessus de 25 ans) et cancer du poumon chez les adultes (estimé au-dessus de 25 ans).

<sup>17</sup> Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens, CD54/12 Rev.1, 2015. Disponible sur : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-12-f.pdf>

**Principaux points à retenir et recommandations :**

- Les progrès relatifs à cet indicateur reposent sur la réduction de l'exposition à la pollution de l'air dans les foyers et de l'air ambiant. Malgré les progrès réalisés au niveau régional, près de 74 millions de personnes utilisent encore des combustibles polluants pour cuisiner et se chauffer, et neuf personnes sur dix vivent dans des villes qui dépassent les lignes directrices de l'OMS pour la qualité de l'air.
- Pour atteindre la cible de 2025, il est fondamental : *a)* de mettre en œuvre l'initiative de l'OPS pour l'élimination des combustibles polluants pour cuisiner et se chauffer et accélérer la transition régionale vers une énergie propre dans les foyers et *b)* d'actualiser les objectifs de qualité de l'air aux niveaux national et infranational dans les pays et territoires et mettre en œuvre des actions pour atteindre les valeurs de protection fondées sur les lignes directrices de l'OMS pour la qualité de l'air de 2021.
- Il est nécessaire d'accroître les investissements dans les réseaux de surveillance de la qualité de l'air afin de suivre les progrès des actions visant à réduire la pollution de l'air dans la Région.

**Indicateur d'impact 27 :** taux de mortalité attribué à l'eau non potable, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène

Référence 2019	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
1,15 décès pour 100 000 habitants*	0,92 décès pour 100 000 habitants**	L'OMS est en train de l'actualiser (estimations attendues pour la fin de 2022).	Non évalué

\* Niveau de référence reposant sur les données de 2016 des Estimations de l'OMS Source : Observatoire mondial de la santé de l'OMS. Indicateur 3.9.1 Taux de mortalité attribuable à des services WASH inadéquats (pour 100 000 habitants).

\*\* La cible est alignée sur la réduction proportionnelle de 20 % envisagée dans le Plan stratégique de l'OPS 2020-2025.

**Analyse :** le Groupe d'experts des Nations Unies et de l'extérieur chargé des indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable a désigné l'OMS comme l'organisme dépositaire responsable de la compilation des informations et des rapports pour cet indicateur. L'OMS mène une consultation avec les pays pour mettre à jour cet indicateur. De nouvelles estimations sont attendues à la fin de 2022.

Les décès attribuables à la diarrhée sont calculés en combinant d'abord les informations sur le risque accru (ou relatif) d'une maladie résultant d'une exposition, avec des informations sur l'étendue de cette exposition dans la population. L'indicateur calcule le pourcentage de la population exposée à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène. Cela permet de calculer la fraction attribuable dans la population, c'est-à-dire la fraction de la maladie observée dans une population donnée qui peut être attribuée à l'eau non potable, à l'assainissement insalubre et au manque d'hygiène. En appliquant cette fraction au nombre total de décès dus à la diarrhée,

on obtient le nombre de décès dus à la diarrhée causée par des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène inappropriés. Les décès dus à la malnutrition protéino-énergétique attribuable à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène inappropriés sont estimés en évaluant l'impact des épisodes répétés de diarrhée infectieuse sur l'état nutritionnel, en particulier sur le retard de croissance. Tous les décès dus à des infections par des nématodes intestinaux sont attribués à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène inappropriés en raison de leur voie de transmission. Les maladies incluses sont les fractions des cas de diarrhée attribuables à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

### Principaux points à retenir et recommandations :

- Dans les Amériques, malgré les progrès régionaux, environ 160 millions de personnes n'ont toujours pas accès à de l'eau gérée de manière sûre et 431 millions de personnes n'ont pas accès à des services d'assainissement gérés de manière sûre, selon la méthodologie de l'ODD 6, cibles 6.1 et 6.2 déterminée par l'OMS.
- Pour atteindre la cible régionale pour cet indicateur, il est essentiel : *a)* de promouvoir l'Initiative cadre pour la sécurité de l'eau et de l'assainissement résiliente au changement climatique, et la Stratégie d'élimination de la défécation à l'air libre, *b)* de promouvoir le suivi de la qualité de l'eau pour la consommation humaine aux niveaux national et infranational et *c)* de promouvoir le suivi des comptes financiers pour l'eau et l'assainissement afin de garantir la durabilité des services et l'impact qui en découle sur la santé.

**Indicateur d'impact 28** : taux de mortalité due aux catastrophes pour 100 000 habitants

Référence 2019	Cible 2025	Situation en 2022	Évaluation
À déterminer*	Réduction d'au moins 10 % par rapport à la valeur de référence	En cours de mise à jour	Non évalué

\* Le niveau de référence sera calculé à partir des données sur la mortalité liée aux catastrophes de l'OMS de 2019 et des données sur les urgences de santé publique de l'OPS.

**Analyse** : cet indicateur mesure le nombre de personnes dont le décès est directement lié à une catastrophe, pour 100 000 habitants. Aux fins de cet indicateur, une catastrophe désigne une situation d'urgence de niveau 2 ou 3 telle que définie dans le cadre d'action d'urgence de l'OMS, comme suit :

- urgence de niveau 2 : un événement dans un ou plusieurs pays ayant des conséquences modérées sur la santé publique et nécessitant une réponse modérée des bureaux de représentant de l'OPS/OMS ou une réponse internationale modérée de l'OMS.
- urgence de niveau 3 : un événement survenant dans un ou plusieurs pays et ayant des conséquences importantes sur la santé publique, qui nécessite une réponse importante

des bureaux de représentant de l'OPS/OMS ou une réponse internationale importante de l'OMS.

La base de données de l'OMS sur la mortalité et les données déclarées par les pays et territoires sont utilisées pour mesurer le taux de mortalité due aux catastrophes pour la Région des Amériques. Les données provenant de ces deux sources sont nécessaires car les décès dus à des catastrophes qui correspondent aux codes appropriés de la Classification internationale des maladies (CIM) sont sous-déclarés pour les pays figurant dans la base de données de l'OMS sur la mortalité. Les données sur les catastrophes communiquées directement par les pays au Département des urgences sanitaires de l'OPS comprennent le nombre de décès dus à des catastrophes spécifiques. Ces informations fournissent une estimation plus précise et plus rapide du nombre de décès dus à des catastrophes. Cependant, on pense qu'il est possible que le taux de mortalité due aux catastrophes soit sous-estimé dans les bases de données de mortalité des pays du fait que les codes CIM dus aux catastrophes ne sont pas toujours enregistrés sur les certificats de décès comme la cause principale ou sous-jacente du décès. En raison de la complexité associée à la mesure de cet indicateur, le niveau de référence n'est pas encore défini et l'indicateur ne peut pas être évalué à ce stade.

**Principaux points à retenir et recommandations :**

- Il est nécessaire de définir une méthodologie de mesure et de suivi de cet indicateur afin d'estimer un niveau de référence et de suivre régulièrement cet indicateur de façon cohérente.
- Tant au niveau mondial et régional qu'au niveau des pays, les défis liés à la mesure de cet indicateur ont été reconnus. Des propositions de méthodes alternatives pour mesurer l'impact des catastrophes sur la santé et le bien-être de la population sont à l'étude.

- - -