



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



28^e CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE

64^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, du 17 au 21 septembre 2012

Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire

CSP28/6 (Fr.)

30 août 2012

ORIGINAL : ESPAGNOL

ÉVALUATION À MI-PARCOURS DU PROGRAMME D'ACTION SANITAIRE POUR LES AMÉRIQUES

Rapport préliminaire

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
I. Résumé exécutif	3
II. Introduction	6
III. Procédés et méthodologie	8
IV. Analyse des résultats	12
Réponses obtenues	12
Analyse.....	12
Composante A : usage fait du Programme d'action sanitaire dans les pays, sous-régions et organismes internationaux.....	13
Composante B : progrès dans les huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire mesurés par les indicateurs de substitution	20
a) Renforcer l'autorité de tutelle de la santé.....	21
b) Aborder les déterminants de la santé.....	24
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité.....	27
d) Réduire les inégalités en santé dans les pays et les disparités en leur sein	30
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	33
f) Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé.....	40
g) Mettre à profit les connaissances, la science et la technologie	42
h) Renforcer la sécurité sanitaire	44
V. Observations sur le processus d'évaluation	46
VI. Conclusions et recommandations générales.....	49
Acronymes.....	52
Annexe A. Membres du groupe de travail	
Annexe B Composante C: résultats et recommandations principales	

I. Résumé exécutif

1. Le présent document est l'évaluation préliminaire de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques (ci-après « le Programme d'action sanitaire »). Le rapport ne se veut pas conclusif mais il est porté à la connaissance et à l'information des pays et l'on espère recevoir des commentaires et des suggestions quant à son contenu et au processus d'évaluation. En sa qualité de chef du groupe de travail des pays formé pour cette évaluation, le Ministère de la Santé de l'Argentine recevra ces apports, qui peuvent également être envoyés par l'intermédiaire des bureaux dans les pays de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), au cours du mois d'octobre, pour être incorporés dans le rapport final qui sera publié en décembre 2012.

2. Le 3 juin 2007, les ministres et secrétaires responsables de la santé de la Région ont mis en œuvre le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 à Panama, dans l'objectif de guider l'action collective pour améliorer la santé des peuples américains. Ce Programme définit les principaux domaines d'intervention et réitère les engagements pris par les pays dans les forums internationaux pour renforcer la réponse afin de mener à bien cette action de manière efficace.

3. À l'occasion de la sixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration de l'OPS qui s'est tenue en mars 2012, il a été convenu de réaliser l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques (2008-2017). Il a été déterminé que l'évaluation porterait sur les composantes suivantes :

- a) Détermination de l'influence du Programme d'action sanitaire dans l'élaboration des plans nationaux et infrarégionaux de santé, ainsi que dans les plans stratégiques des organismes internationaux qui coopèrent dans le domaine de la santé avec les pays des Amériques.
- b) Évaluation des progrès dans les huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire, mesurés à l'aide d'indicateurs de substitution.
- c) Évaluation de la réponse du Bureau sanitaire panaméricain dans la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire.

4. Afin d'évaluer les composantes A et B, les membres du Sous-comité ont constitué un groupe de travail dirigé par l'Argentine et composé du Brésil, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, des États-Unis d'Amérique, du Guyana, du Panama, de Saint-Vincent-et-les-Grenadines et de la République bolivarienne du Venezuela, dans lequel le Bureau sanitaire panaméricain occuperait les fonctions de secrétariat.

5. Les membres du Sous-comité ont déterminé de plus que la composante C serait évaluée de manière indépendante et simultanément par le Bureau de contrôle interne et les services d'évaluation (IES) de l'OPS.

6. Le processus d'évaluation à mi-parcours des composantes A et B du Programme d'action sanitaire a utilisé des enquêtes, des entretiens et des révisions de documents. Le processus a été dirigé par les pays et a obtenu une participation des 35 pays de la Région des Amériques, ainsi que de cinq organismes d'intégration infrarégionale et de 19 organismes internationaux qui travaillent dans le domaine de la santé dans la Région.

7. Cette évaluation et ses résultats, qui sont mis en relief dans le présent rapport, montre et documente les progrès observés dans l'exécution du Programme d'action sanitaire, identifie les défis et souligne les thèmes des domaines d'intervention qui doivent être renforcés par les pays et les sous-régions, avec l'appui de la coopération internationale pour atteindre les résultats prévus.

8. La première partie de l'évaluation (composante A) analyse l'usage qu'ont fait du Programme d'action sanitaire les pays, sous-régions et organismes internationaux. En ce sens, on peut conclure en affirmant que, durant la période de l'évaluation, l'utilisation du Programme d'action sanitaire dans les pays a été bonne pour orienter l'élaboration de nombreux plans nationaux de la santé, de politiques, stratégies et d'autres plans spécifiques de santé. Au niveau infrarégional, le Programme a été utilisé régulièrement alors que dans les organismes internationaux, il a été utilisé de façon limitée.

9. La seconde partie (composante B) analyse les résultats, conclusions et recommandations pour chacun des huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire. L'analyse des indicateurs de substitution a conclu qu'il s'est produit des progrès importants dans tous les domaines d'intervention même si la situation de certains indicateurs est toutefois préoccupante, comme par exemple le taux de mortalité maternelle qui n'a pas diminué comme on l'espérait au cours des dernières années, l'augmentation du nombre de cas de dengue, les taux de tuberculose, d'infection par le VIH/sida et d'obésité, la stagnation des dépenses publiques en pourcentage du PIB ou la faible réduction des paiements directs destinés à la santé dans la Région.

10. La troisième partie (composante C) analyse la contribution du Bureau à la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire et ses réussites, à travers le Plan stratégique de l'OPS, les plans de travail biennaux et les stratégies de coopération avec les pays (SCP), de même que la façon dont sont appliqués les principes et les valeurs établies dans le Programme pour la coopération technique de l'OPS. Le rapport de cette composante a été préparé par IES et l'annexe B du présent document présente les principales conclusions et recommandations de ce processus. Le rapport complet sur cette composante est à disposition sur demande des États Membres.

11. Les principales recommandations proposent la diffusion et les efforts pour plaider en faveur d'une plus grande utilisation et appropriation du Programme d'action sanitaire à tous les niveaux, tant au niveau infranational, national et régional, ainsi qu'aux autres secteurs et aux organismes internationaux. Dans cette tâche, le Bureau pourrait jouer un

rôle clé. De même, elles proposent que les pays mettent en relief les domaines d'intervention qui ont obtenu le moins de réussite et, en particulier, les thèmes qui présentent un défi majeur tels que la réduction du taux de mortalité maternelle, la dengue, la tuberculose, l'obésité et les maladies chroniques et leurs risques, le renforcement des systèmes de protection sociale, l'augmentation des dépenses publiques nationale en matière de santé, et la réduction des paiements directs.

12. L'évaluation finale du Programme d'action sanitaire recommande d'utiliser les indicateurs de substitution établis et que l'année 2011 soit prise comme ligne de base. De même, il faut réviser les indicateurs pour lesquels il n'y a pas d'information fiable et renforcer les systèmes d'information pour améliorer l'analyse de situation de la santé et il faut également disposer d'une information complète pour la prise de décisions.

13. Conformément aux engagements, à la déclaration d'intention et aux principes et valeurs qui sont établis dans le Programme d'action sanitaire, les résultats de cette évaluation doivent servir à orienter la planification des interventions en faveur de la santé des peuples, dans les pays, les organismes d'intégration infrarégionale et les organismes internationaux. Dans ce sens, il faut élaborer un plan de travail dans le but de renforcer le processus de planification en matière de santé dans la Région et répondre aux recommandations de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire. Mettant à profit l'opportunité qu'offre l'élaboration du douzième programme général de travail de l'OMS 2014-2019 et le prochain Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, les résultats de la présente évaluation doivent être utilisés dans leur élaboration. Il faut mettre à profit l'expérience et la dynamique du groupe de travail établi dans cette évaluation pour l'élaboration du prochain Plan stratégique de l'OPS.

II. Introduction

14. Le 3 juin 2007, les Ministres et Secrétaires responsables de la santé de la Région ont mis en œuvre le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (le Programme d'action sanitaire) à Panama, dans le but de guider l'action collective de ceux directement intéressés au plan national et international qui cherchaient à améliorer la santé des peuples américains au cours de la période mentionnée ci-dessus.

15. Le Programme d'action sanitaire répond à une décision de tous les Gouvernements des pays du continent américain qui s'engagent dans une vision collective pour obtenir une Région plus saine et plus équitable, en abordant les déterminants de la santé et en améliorant l'accès aux services de santé. En ce sens, le Programme d'action sanitaire constitue un engagement de solidarité entre les pays pour répondre aux besoins de santé de leurs peuples et travailler ensemble à partir d'une perspective régionale.

16. Le Programme d'action sanitaire reconnaît les principes et les valeurs communs des pays de la Région, présente une analyse de la situation et les tendances de la santé dans le continent, définit les principaux domaines d'intervention et réitère les engagements pris par les pays dans les forums internationaux pour renforcer la réponse afin de mener à bien cette action de manière efficace.

17. Les huit domaines d'intervention décrits dans le Programme d'action sanitaire sont les suivants :

- a) renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé ;
- b) aborder les déterminants de la santé ;
- c) augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité ;
- d) réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein ;
- e) faire reculer les risques et la charge de morbidité ;
- f) renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé ;
- g) mettre à profit le savoir, la science et la technologie ;
- h) renforcer la sécurité sanitaire.

18. Le Programme d'action sanitaire cherche à réaliser les domaines d'intervention cités plus haut en orientant l'élaboration des futurs plans nationaux et infrarégionaux de santé, et les plans stratégiques de tous les organismes internationaux intéressés par la coopération dans le domaine de la santé avec les pays de la Région des Amériques, y compris l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Le Programme d'action sanitaire établit que leur évaluation se fera en examinant les progrès dans les domaines d'intervention définis.

19. Étant donné que l'année 2012 se situe à la moitié de la période d'exécution du Programme d'action sanitaire, la sixième session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (le Sous-comité) de mars 2012 a décidé de mettre en œuvre l'évaluation à mi-parcours. À cette fin, un groupe de travail a été formé, composé de 10 pays : Argentine, Brésil, Chili, Costa Rica, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Guyana, Panama, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et la République bolivarienne du Venezuela. De même, il a été décidé que l'Argentine dirigerait le groupe de travail et que le Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) occuperait les fonctions de secrétariat.

20. L'évaluation porterait sur les composantes suivantes :

- a) détermination de l'influence du Programme d'action sanitaire dans l'élaboration des plans nationaux et infrarégionaux de santé, ainsi que dans les plans stratégiques des organismes internationaux qui coopèrent dans le domaine de la santé avec les pays des Amériques ;
- b) évaluation des progrès dans les huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire, mesurés à l'aide d'indicateurs de substitution ;
- c) évaluation de la réponse du Bureau sanitaire panaméricain dans la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire.

21. Les composantes A et B ont été évaluées par les pays et la composante C a été évaluée de manière indépendante et simultanée par le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (IES) de l'OPS.

22. Ce document présente les résultats, conclusions et recommandations de l'évaluation des composantes A et B, décrites antérieurement. De plus, est joint un résumé des principales conclusions et recommandations émanant de l'évaluation de la composante C (voir l'annexe B).

III. Procédés et méthodologie

23. Suite aux accords conclus au cours de la sixième session du Sous-comité, un groupe de travail des pays a été constitué pour mener à bien l'évaluation sous la conduite du Ministère de la Santé de l'Argentine et avec l'appui du Bureau.

24. Le groupe de travail des pays a tenu sa première réunion en face à face du 25 au 27 avril 2012 dans la ville autonome de Buenos Aires. Cette réunion a examiné et approuvé : a) le plan de travail pour mener à bien l'évaluation, b) la méthodologie et c) les instruments pour la réaliser.

25. Du 22 mai au 28 juin 2012, les enquêtes, les entretiens et la révision des documents ont été réalisés avec les pays, les organismes d'intégration infrarégionale et les organismes internationaux conformément à la méthodologie approuvée. Ce processus était appuyé par les autorités de tutelle de la santé, ainsi que les représentations de l'OPS/OMS, qui ont agi comme lien pour le suivi du processus et la réalisation des entretiens accordés. Ce processus a été géré de façon flexible pour garantir la participation de toutes les entités impliquées. Un rapport de situation a été présenté au Comité exécutif le 20 juin, qui donnait des informations sur les progrès du processus d'évaluation et des ajustements ont été approuvés au calendrier original.

26. Au cours du mois de juillet, toute l'information rassemblée a été traitée en construisant une base de données qui a permis une analyse rigoureuse des résultats de l'évaluation. Cette base de données a été gérée centralement et seul le groupe de travail avait accès aux données pour l'analyse des résultats.

27. La deuxième réunion en face à face du groupe de travail s'est tenue du 25 au 27 juillet 2012 dans la ville de Panama pour analyser les résultats préliminaires de l'évaluation et préparer le rapport à présenter à la Conférence sanitaire panaméricaine au mois de septembre 2012.

28. Une consultation avec le groupe de travail des pays a pris place du 24 au 29 août 2012 pour approuver le rapport qui serait présenté à la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine.

29. Le 7 septembre 2012, le rapport pour la Conférence a été mis à la disposition de tous les pays sur le site web des Organes directeurs de l'OPS.

30. La méthodologie qui a été utilisée pour les composantes A et B de l'évaluation à mi-parcours est décrite ci-dessous.

Composante A : usage qui a été donné au Programme d'action sanitaire dans les pays, les sous-régions et les organismes internationaux

31. L'évaluation a cherché à savoir comment le Programme d'action sanitaire avait influencé l'élaboration et l'exécution de plans (plans nationaux et autres plans stratégiques pour aborder les problèmes spécifiques de santé), politiques et stratégies de santé dans les 35 pays de la Région des Amériques. L'information a été obtenue à l'aide d'enquêtes dans les pays, d'entretiens avec les acteurs nationaux pertinents et d'une révision des principaux documents (plans, politiques et stratégies).

32. Au niveau infrarégional, l'évaluation a cherché à savoir comment le Programme d'action sanitaire avait influencé l'élaboration et l'exécution de programmes, plans, politiques et stratégies de santé des organismes d'intégration infrarégionale. L'information a été obtenue à l'aide d'une enquête auprès des secrétariats des organismes d'intégration infrarégionale, d'entretiens avec des fonctionnaires de ces secrétariats et d'une révision de documents.

33. Enfin, l'évaluation a cherché à savoir comment le Programme d'action sanitaire avait influencé l'élaboration et l'exécution des plans stratégiques, des politiques et des stratégies des organismes internationaux du système interaméricain et du système des Nations Unies et autres organismes bilatéraux et multilatéraux qui travaillent dans des domaines relatifs à la santé dans la Région. L'information a été obtenue à l'aide d'une enquête auprès de chaque organisme, d'entretiens avec des fonctionnaires de ces organismes et d'une révision de documents pertinents de ces organismes.

Composante B : progrès dans chacun des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire mesurés à l'aide d'indicateurs de substitution

34. L'évaluation a été menée à bien en considérant les thèmes des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire. Étant donné que le Programme ne comporte pas de lignes de base ni d'objectifs, un ensemble d'indicateurs de substitution a été proposé pour les thèmes que contient chaque domaine d'intervention (qui sont présentés dans la section IV : Analyse des résultats), de façon à pouvoir évaluer les progrès et les résultats obtenus dans la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire jusqu'à l'année 2011.

35. Le groupe de travail des pays a révisé et approuvé par consensus les indicateurs de substitution pour chaque domaine d'intervention. Il est important de souligner que ce qui était recherché, était de comparer les moyennes régionales ou le nombre de pays qui avaient réalisé des progrès en matière de santé publique, avant et après l'élaboration du Programme d'action sanitaire. Il n'a été fait aucune comparaison entre les pays et non plus aucune analyse de la situation individuelle d'un pays.

36. L'information utilisée pour l'évaluation du Programme d'action sanitaire correspond à la période antérieure, à savoir, 2007 ou avant, en la comparant avec l'information disponible jusqu'à 2011. Des méthodes quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour obtenir l'information nécessaire afin de calculer et interpréter les indicateurs de substitution, comme détaillé ci-dessous :

- **Quantitatif.** L'information disponible à l'OPS/OMS a été examinée dans le but d'identifier d'une part, les indicateurs pour lesquels il existe une information fiable et de l'autre, les cas où l'information disponible est peu fiable ou inexistante. Dans le premier cas, les indicateurs ont été calculés en utilisant l'information disponible et dans le second, une enquête a été conçue pour qu'y réponde de manière officielle un point focal désigné par l'autorité sanitaire des 35 pays de la Région. Avec l'information recueillie, les indicateurs correspondants ont été analysés et des conclusions et recommandations ont été obtenues en fonction de cette analyse.
- **Qualitatif :** Afin de saisir l'expérience et l'opinion sur la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire, des entretiens ont été réalisés avec un échantillon qualifié de fonctionnaires des pays, des sous-régions et des organismes internationaux. À l'aide des entretiens, l'évaluation a cherché à connaître les facteurs qui ont posé des difficultés ou qui ont facilité les progrès dans la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire, les défis rencontrés et la façon de les aborder, les domaines d'opportunité et l'utilité du Programme d'action sanitaire dans chaque pays, sous-région et organismes international, ce qui a permis d'interpréter et de resituer les indicateurs quantitatifs.

37. L'information a été complétée à l'aide d'une révision des principaux documents (plans, politiques et stratégies) qui a été effectuée au niveau national, infrarégional et régional pour les organismes internationaux.

Instruments

- **Enquêtes :** Des enquêtes ont été élaborées pour les pays, les sous-régions et les organismes internationaux. L'enquête a été envoyée directement à l'autorité sanitaire la plus importante dans chaque pays, sous-région ou organisme international par l'Argentine en sa qualité de chef du groupe de travail des pays. Dans chaque entité, un point focal responsable de coordonner la réponse à l'enquête a été désigné. Cette enquête comprend la source d'information et les moyens de vérification, selon le cas. Après réception des réponses, l'enquête est transmise au Ministère de la Santé de l'Argentine, avec copie aux représentations de l'OPS/OMS.
- **Entretiens :** Des entretiens ont été réalisés avec des informateurs clés des pays, sous-régions et organismes internationaux. Afin de les réaliser, des équipes de l'OPS dans les pays et au siège ont été formées.

Pays

38. Dans les pays, les informateurs clés ont été sélectionnés par l'OPS/OMS en consultation avec les autorités sanitaires nationales. Ces personnes devaient avoir une vaste connaissance de la situation nationale en matière de santé. Les représentants de l'OPS/OMS et leurs équipes ont effectué ces entretiens dans les pays et le nombre de personnes interrogées a varié conformément à la taille et aux caractéristiques de chaque pays. En règle générale, il était recommandé d'avoir des entretiens avec les personnes suivantes :

- directeur national de la planification de l'autorité sanitaire ou son équivalent ;
- directeur du système de sécurité sociale ou son équivalent ;
- directeur d'une organisation non gouvernementale (ONG) qui œuvre au niveau national.

Sous-régions

39. Dans les sous-régions, les entretiens ont eu lieu avec le secrétaire exécutif du mécanisme d'intégration infrarégionale ou avec le fonctionnaire qui exerçait la présidence *pro tempore*. Ces entretiens ont été réalisés en coordination avec la représentation de l'OPS/OMS.

Organismes internationaux

40. En ce qui concernait les entretiens avec les organismes internationaux, des fonctionnaires du niveau régional de l'OPS/OMS ont été désignés, pour identifier, en coordination avec le directeur de l'organisme, une personne à interroger. Il était recommandé d'interroger une personne qui travaillait directement avec la Région des Amériques et qui avait une vision intégrale de cette dernière.

Révision des documents

41. Une liste de recoupement a été élaborée pour faciliter ce processus. La révision des documents a été effectuée par les équipes des bureaux de l'OPS/OMS dans les pays, en coordination avec les autorités sanitaires nationales. Dans le cas des mécanismes d'intégration infrarégionale, la révision des documents a été effectuée par la représentation de l'OPS/OMS où réside le mécanisme, ou le pays qui exerce la présidence *pro tempore*. Une équipe régionale de l'OPS/OMS a effectué la révision des documents des organismes internationaux.

IV. Analyse des résultats

Réponses obtenues

42. Le tableau 1 présente la réponse aux différents instruments de l'évaluation par les pays, sous-régions et organismes internationaux. Il y a eu un total de 50 enquêtes, et 64 entretiens ont été réalisés et 35 révisions de documents effectuées.

43. Il faut souligner que 100% (35) des pays de la Région ont répondu à l'**enquête** de l'évaluation. De même, les principaux organismes d'intégration infrarégionale y ont répondu : CARICOM, MERCOSUR, ORAS/CONHU, SICA/COMISCA et UNASUR. En ce qui concerne les organismes internationaux, quatre organismes des Nations Unies ont répondu à l'enquête (PNUD, UNESCO, UNICEF et OIT), un organisme du système interaméricain (BID), deux organismes bilatéraux (AECID et ACDI) et trois autres organisations (Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours, APHA et PAHEF).

44. En ce qui concerne les **entretiens**, 64 ont été réalisés. Les deux organismes d'intégration infrarégionale qui ont participé aux entretiens étaient CARICOM et ORAS/CONHU. Parmi les organismes interrogés, trois appartenaient au système des Nations Unies (Banque mondiale, PNUD et UNFPA), cinq organismes étaient bilatéraux (AECID, CDC, FDA, USAID, HHS) et trois autres étaient organisations (Fondation Bill et Melinda Gates, Croix-Rouge américaine et l'Église Adventiste du Septième Jour).

45. Au total, si l'on ajoute les enquêtes et les entretiens, 19 organismes internationaux ont participé à l'évaluation.

46. Parmi les 35 **révisions de documents**, la grande majorité consistait en des plans nationaux de santé, des stratégies et des politiques.

Tableau 1. Réponse aux différents instruments de l'évaluation

<i>Instruments/niveaux</i>	<i>Enquêtes</i>	<i>Entretiens</i>	<i>Révision de documents</i>
Pays	35	51	31
Sous-régions	5	2	2
Organismes	10	11	2

Analyse

47. L'analyse des résultats des composantes A et B de l'évaluation figure ci-dessous.

Composante A : usage fait du Programme d'action sanitaire dans les pays, sous-régions et organismes internationaux

Pays

Résultats

- a) Au cours de la période 2008-2011, 30 (86%) pays sur 35 ont élaboré un plan national de santé. Parmi ces 30 pays, 20 (67%) ont indiqué qu'ils avaient utilisé le Programme d'action sanitaire pour l'élaboration de leur plan.
- b) Sur les 20 pays qui ont utilisé le Programme d'action sanitaire dans la formulation de leur plan national de santé, plus de 90% ont utilisés les domaines d'intervention *a)*, *b)*, *c)*, *e)*, *f)* et *g)* et les domaines d'intervention *d)* et *h)* sont ceux qui ont été le moins utilisés, avec 85% et 75%, respectivement, comme l'indique le tableau 2.

Tableau 2. Domaines d'intervention utilisés par les 20 pays qui ont élaboré leur plan national de santé sur la période 2008-2011 en utilisant le Programme d'action sanitaire pour les Amériques

<i>Domaine d'intervention</i>	<i>Nombre de pays</i>
a) renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé	20
b) aborder les déterminants de la santé	18
c) augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	19
d) réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	17
e) faire reculer les risques et la charge de morbidité	19
f) renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé	20
g) mettre à profit le savoir, la science et la technologie	18
h) renforcer la sécurité sanitaire	15

- c) En plus des plans nationaux de santé, 18 pays (51%) ont utilisé le Programme d'action sanitaire pour l'élaboration d'autres programmes spécifiques de santé.
- d) Dix-huit pays ont utilisé le Programme d'action sanitaire pour l'élaboration de politiques de santé, et 18 pays l'ont également utilisé pour l'élaboration de stratégies de santé.

Conclusions

- a) Le fait que la majorité (67%) des pays qui ont élaboré un plan national de santé a utilisé le Programme d'action sanitaire dans le processus et que, en plus, ils ont utilisé presque tous les domaines d'intervention, est une indication claire de l'importance qu'a eu le Programme d'action sanitaire dans les pays de la Région.
- b) Plus de la moitié des pays de la Région a également utilisé le Programme d'action sanitaire pour l'élaboration d'autres plans, politiques et stratégies de santé spécifiques.
- c) Tous les domaines d'intervention ont été utilisés dans les plans nationaux de santé qui ont appliqué le Programme d'action sanitaire. Toutefois, il est important de souligner que les domaines d'intervention les moins utilisés dans ces plans ont été *d)* réduire les inégalités de santé et *h)* renforcer la sécurité sanitaire.
- d) Les facteurs cités par les pays, tant dans les enquêtes que dans les entretiens, qui ont empêché une plus grande utilisation du Programme d'action sanitaire sont les suivants :
 - La différence entre les temps des différents cadres de planification, à savoir, de nombreux pays ont indiqué qu'ils n'ont pas pu utiliser le Programme parce qu'ils disposaient déjà de plans, politiques ou stratégies au moment de l'élaboration du Programme d'action sanitaire.
 - Les pays ayant des structures politiques fédérales ont davantage de difficulté à incorporer le Programme d'action sanitaire, du fait qu'il doit être approprié et validé par les niveaux infranationaux qui n'ont pas participé à l'élaboration du programme d'action sanitaire ou qui ne le connaissent pas.
 - Le manque de connaissance et la diffusion restreinte du Programme d'action sanitaire, conjugués à la rotation des fonctionnaires des autorités de tutelle nationales et à l'absence d'une promotion constante de l'utilisation du Programme, n'ont pas permis une appropriation continue de ce dernier aux différents niveaux nationaux.

Recommandations

- a) Les pays doivent continuer à diffuser le Programme d'action sanitaire non seulement au sein du ministère ou du secrétariat responsable de la Santé, mais aussi dans d'autres secteurs et au sein du pays, aux niveaux infranationaux. Il faut faire en sorte que tous les acteurs impliqués dans le domaine de la santé du pays s'approprient ce Programme d'action sanitaire.
- b) Le Programme d'action sanitaire doit être plus présent dans tous les cycles de planification au niveau national. Dans les pays disposant de structures fédérales, il

faut analyser comment le Programme d'action sanitaire peut être mieux utilisé comme cadre de référence au niveau national ou infranational.

- c) Il faut renforcer l'inclusion des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire qui ont été tenus en compte dans une moindre mesure dans les plans nationaux de santé.
- d) En ce qui concerne le renforcement de la diffusion du Programme d'action sanitaire dans les pays, l'OPS/OMS doit remplir une fonction plus active en tant que secrétariat par l'intermédiaire de ses bureaux dans les pays. Elle devrait également mettre à profit les différents forums nationaux et internationaux, y compris les réunions des Organes directeurs de l'Organisation, pour renforcer la diffusion du programme. D'autre part, une meilleure utilisation du Programme d'action sanitaire serait souhaitable au moment de définir les priorités des stratégies de coopération dans les pays (SCP).

Sous-régions

Résultats

- a) Sur la période 2008-2011, sur les cinq sous-régions ayant fait l'objet de l'enquête, deux ont élaboré un programme infrarégional en utilisant le Programme d'action sanitaire pour les Amériques.
- b) Sur la même période, quatre sous-régions sur les cinq ont élaboré un plan infrarégional de santé. Sur ces quatre sous-régions, trois ont utilisé le Programme d'action sanitaire :
 - Les trois sous-régions qui ont élaboré leurs plans de santé en utilisant directement ou indirectement le Programme d'action sanitaire ont fait usage des domaines d'intervention suivants : *a*) renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé, *b*) aborder les déterminants de la santé, *c*) augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité, *e*) faire reculer les risques et la charge de morbidité et *f*) renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé. À cet égard, il faut souligner que, selon l'analyse réalisée sur ce thème, le travail est plus poussé au niveau national qu'au niveau infrarégional.
 - Deux sous-régions ont utilisé le domaine d'intervention *d*) réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein.
 - Une sous-région a utilisé les domaines d'intervention *g*) mettre à profit le savoir, la science et la technologie et *h*) renforcer la sécurité sanitaire.

- c) Une consultation des organismes infrarégionaux sur les raisons pour lesquelles ils n'ont pas utilisé certains des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire indique comme suit :
 - Les priorités et les mandats de la sous-région étaient différents de ceux du Programme d'action sanitaire.
 - Manque de connaissance du Programme d'action sanitaire.
 - Impossibilité de répondre à tous les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire.
- d) Les cinq sous-régions ont mentionné qu'elles avaient élaboré des politiques de santé sur cette période, mais une seule avait utilisé le Programme d'action sanitaire.
- e) Quatre sous-régions ont mentionné qu'elles avaient élaboré des stratégies de santé et une seule avait utilisé le Programme d'action sanitaire.

48. L'analyse des entretiens de fonctionnaires d'organismes infrarégionaux met en relief les éléments suivants :

- a) La diffusion, la connaissance et l'utilisation du Programme d'action sanitaire ont été qualifiées de bonnes à moyennes. La diffusion s'est améliorée quand l'OPS a eu une fonction plus active dans le processus.
- b) En ce qui concerne la mise en œuvre du Programme d'action sanitaire, elle a été classée comme moyenne. Cette qualification se justifie par les restrictions pour mobiliser les ressources nécessaires afin de mettre en œuvre les composantes du Programme d'action sanitaire, étant donné l'environnement mondial changeant du financement.
- c) Les effets positifs du Programme d'action sanitaire que les personnes interrogées ont signalés ont été le renforcement des capacités de la sous-région à gérer ses besoins en matière de santé publique et la coordination de l'appui au niveau régional, qui a servi de base pour le plan stratégique de la sous-région et pour les plans d'opération annuels.

Conclusions

- a) Les organismes d'intégration infrarégionale qui ont élaboré les programmes et les plans infrarégionaux sur la période 2008-2011 ont utilisé le Programme d'action sanitaire pour les Amériques comme cadre de référence. Ils ont de plus incorporé tous les domaines d'intervention du Programme dans les programmes, les plans et les stratégies infrarégionaux sur la période 2008-2011.
- b) L'utilisation du Programme d'action sanitaire dans les sous-régions a facilité l'établissement des priorités des interventions et la coordination entre le niveau infrarégional et régional.

- c) Bien que le Programme d'action sanitaire ait été diffusé et utilisé dans les sous-régions, il existe des possibilités d'améliorer sa connaissance et sa mise en œuvre et, de cette manière, optimiser son utilisation.

Recommandations

- a) Il faut renforcer la diffusion du Programme d'action sanitaire dans les mécanismes d'intégration infrarégionale en recherchant une meilleure appropriation du Programme.
- b) Il faut améliorer la convergence des programmes, plans, politiques et stratégies infrarégionaux sur les domaines d'intervention du Programme.
- c) Le pays qui occupe le secrétariat exécutif ou la présidence *pro tempore* des mécanismes d'intégration infrarégionale doit diffuser le Programme d'action sanitaire dans les diverses réunions, essentiellement dans les sommets de ces mécanismes, en promouvant son appropriation par le bloc d'intégration infrarégionale.
- d) L'OPS doit renforcer la diffusion du Programme d'action sanitaire dans les mécanismes d'intégration infrarégionale en recherchant une meilleure appropriation par ces derniers et une meilleure coordination et articulation entre les niveaux régional, infrarégional et national.

Organismes internationaux

Résultats

- a) Les organismes internationaux qui ont répondu à l'enquête (10) ont indiqué qu'ils disposaient d'un plan stratégique pour orienter leur travail, mais trois d'entre eux seulement ont indiqué qu'ils avaient utilisé le Programme d'action sanitaire pour le concevoir.
- b) Les trois organismes qui ont utilisé le Programme d'action sanitaire l'ont fait essentiellement comme cadre de référence pour développer des aspects substantiels de leurs plans stratégiques. Ils l'ont également utilisé pour étayer le programme d'action spécifique de l'organisme et influencer son travail.
- c) Le Programme d'action sanitaire a également été utilisé par trois organismes pour concevoir d'autres plans relatifs à la santé (contrôle et prévention du paludisme, guides pour étudier le coût de la dengue et la santé maternelle, néonatale et infantile), par deux organismes pour élaborer des politiques relatives à la santé (avec cadre de référence pour définir les politiques de l'organisme ou l'appui apporté aux pays pour qu'ils conçoivent leurs politiques de santé) et par cinq organismes pour concevoir des stratégies relatives à la santé (comme cadre de référence pour définir les stratégies de l'organisme ou l'appui qu'ils apportent aux

- pays pour qu'ils élaborent leur stratégies de santé, pour des campagnes éducatives sur des thèmes spécifiques de santé et la promotion de milieux actifs et sains, avec des subventions pour appuyer la recherche et la formation dans des domaines prioritaires, pour élaborer la stratégie de santé maternelle, néonatale et infantile et pour former le personnel qui assiste aux accouchements).
- d) En référence au manque d'utilisation du Programme d'action sanitaire, les organismes ont indiqué qu'ils axaient leur travail sur des domaines ou des thèmes spécifiques ou que leurs mandats dérivés des organes directeurs ne s'apparentaient pas directement aux thèmes du Programme d'action sanitaire. Dans la révision des raisons pour lesquelles ils ne l'ont pas utilisé, ils ont indiqué les points mentionnés ci-dessous, mais il faut mentionner que dans leurs plans stratégiques ils considèrent certains des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire :
- par méconnaissance du Programme d'action sanitaire,
 - parce qu'ils ne le considèrent pas important pour les tâches qu'ils accomplissent,
 - parce qu'ils n'impliquent pas de tiers dans l'élaboration de leurs plans et qu'ils n'ont pas besoin du Programme d'action sanitaire pour élaborer leurs plans étant donné leur expérience,
 - parce qu'ils répondent directement aux demandes des gouvernements,
 - en raison de la charge plus importante de maladie en Afrique et en Asie, parce que l'Amérique latine dispose d'une plus grande quantité de ressources disponibles et en raison de restrictions du propre organisme.
- e) En ce qui concerne l'utilisation des domaines d'intervention des organismes faisant partie de l'enquête, trois d'entre eux ont indiqué qu'ils utilisaient tous les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire et les autres ne les ont utilisés que partiellement.
- f) Les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire les plus utilisés ont été : *b*) aborder les déterminants de la santé, *d*) réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein et *g*) mettre à profit les connaissances, la science et la technologie, alors que les moins utilisés ont été : *a*) renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé, *e*) faire reculer les risques et la charge de morbidité et *h*) renforcer la sécurité sanitaire.
- g) Sur la période 2008-2011, six organismes sur les neuf qui ont répondu à l'enquête ont aligné leur aide sur les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire : deux organismes sur le domaine *c*) augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité (accès aux médicaments et à la protection sociale), deux organismes sur le domaine *e*) réduire les risques et la charge de morbidité (éducation relative à des thèmes de santé) et deux organismes sur le domaine *h*) renforcer la sécurité sanitaire (assistance humanitaire dans des situations d'urgence et pratiques qui affectent les personnes infectées par le VIH ou les personnes vulnérables).

- h) Au cours de la période 2008-2011, six organismes sur les neuf qui ont répondu à l'enquête ont indiqué qu'ils collaboraient avec les autorités nationales pour répondre aux situations qui menaçaient la sécurité sanitaire.
- i) Parmi les thèmes que les organismes ont appuyés, on peut citer : l'infection par le VIH/sida, la santé sexuelle et génésique, le contrôle des infections (en particulier la pandémie de grippe due au H1N1), les catastrophes naturelles et les pandémies, la vaccination et l'accès aux médicaments.
- j) Les entretiens réalisés avec des fonctionnaires des organismes internationaux ont mis en évidence d'importants résultats comme le montre le tableau 3. Il faut signaler que la majorité des personnes interrogées ont indiqué qu'elles avaient une connaissance moyenne du Programme d'action sanitaire. En plus, les personnes interrogées ont identifié les effets positifs suivants du Programme d'action sanitaire par ordre d'importance : *a*) servir de cadre de référence pour la planification et pour établir des priorités dans l'organisme, *b*) pour que les pays axent mieux leur travail et mettent en œuvre leurs activités et *c*) permettre la collaboration dans les domaines prioritaires pour l'organisme. Il faut mentionner que trois des organismes estiment que les effets positifs sont limités et impliquent peu de domaines d'intervention, et trois autres organismes ont estimé qu'il n'y a pas de répercussions positives du Programme d'action sanitaire.

Tableau 3. Réponse aux différentes variables sur la diffusion, la connaissance et l'utilisation du Programme d'action sanitaire pour les Amériques dans les organismes internationaux

<i>Variable</i>	<i>Pourcentage de la qualification conformément à la réponse des personnes interrogées</i>		
	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Diffusion du Programme d'action sanitaire	9%	27%	64%
Connaissance du Programme d'action sanitaire	0%	55%	45%
Mise en œuvre du Programme d'action sanitaire	10%	30%	60%
Utilisation du Programme d'action sanitaire	11%	22%	63%

Conclusions

- a) Selon les éléments analysés, on observe que le travail des organismes concorde avec les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques. Il

en ressort en particulier le travail sur l'élargissement de la protection sociale en matière de santé ou des initiatives conjointes avec l'OPS/OMS liées au Plan stratégique pour la Région, des thèmes de santé liés aux flexibilités ADPIC pour promouvoir l'accès aux médicaments ou des thèmes liés à l'infection par le VIH/sida.

- b) Les résultats indiquent qu'il n'y a pas eu de diffusion suffisante du Programme d'action sanitaire auprès des organismes internationaux qui travaillent dans le domaine de la santé dans la Région. Ceci pourrait être la raison de son utilisation limitée par ces organismes.

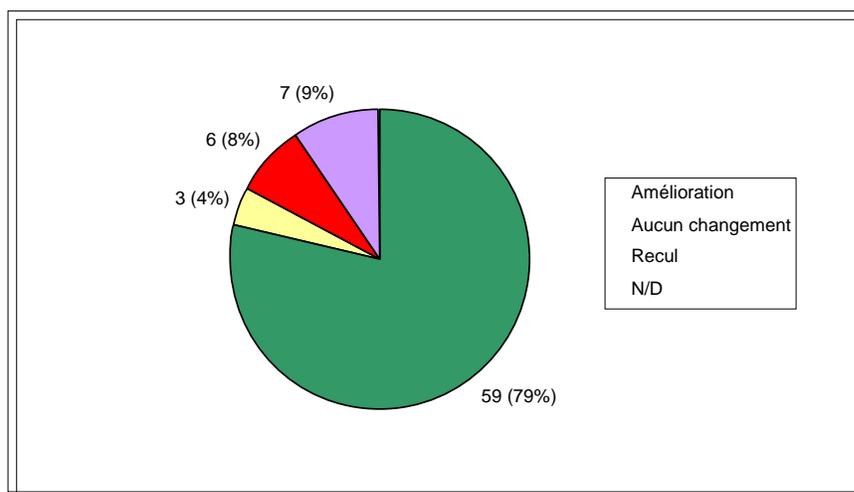
Recommandations

- a) Améliorer la diffusion du Programme d'action sanitaire auprès des organismes internationaux, en cherchant une meilleure appropriation de cet instrument par ces organismes, en particulier ceux du système des Nations Unies et du système interaméricain.
- b) Il faut aligner de façon urgente les plans stratégiques des organismes internationaux sur le Programme d'action sanitaire, afin d'améliorer l'efficacité des interventions de ces organismes en faveur de la santé de la population de la Région.
- c) Au moment de l'élaboration des plans stratégiques des organismes internationaux, il faudrait mettre l'accent sur l'utilisation du Programme d'action sanitaire.
- d) L'OPS/OMS devrait renforcer sa fonction dans la diffusion du Programme d'action sanitaire auprès des organismes internationaux, coopérant ainsi avec les pays de la Région. Cette activité devrait être entreprise tant au niveau régional et infrarégional que dans les pays eux-mêmes, par l'entremise des représentations de l'OPS/OMS.

Composante B : progrès dans les huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire mesurés par les indicateurs de substitution

49. La figure 1 présente le résumé de l'évaluation à l'aide de l'analyse des 75 indicateurs de substitution utilisés pour mesurer les progrès des huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques. D'une manière générale, des progrès ont été observés ; 79% des indicateurs (59 sur les 75) indiquent une amélioration de la situation au cours de la période 2007-2011. Toutefois, il faut signaler qu'il reste encore quelques domaines thématiques qui se heurtent à des défis, comme le montre la quantité d'indicateurs pour lesquels il ne s'est produit aucun changement ou qui ont même reculé, qui sont au nombre de 9 (12%) de tous les indicateurs évalués. Pour 7 (9%) des indicateurs, il n'y a pas eu de données disponibles (N/D), ce qui a empêché de déterminer les changements qui se sont produits sur la période de cette évaluation.

Figure 1. État des indicateurs de substitution des huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2007 à 2011



50. L'analyse pour chaque domaine d'intervention est présentée ci-dessous.¹

a) Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé

Résultats

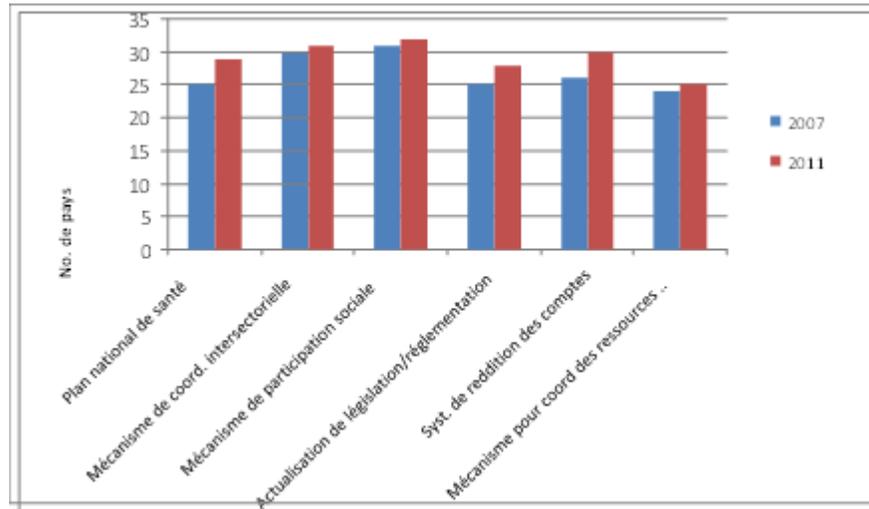
51. Comme l'indique l'évaluation de chaque indicateur de substitution ci-dessous et la figure 2, des améliorations sont observées dans l'ensemble des sept indicateurs de ce domaine d'intervention.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
1. Nombre de pays qui ont exécuté un plan national de santé avec des buts et des stratégies définis	25	30	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Des 30 pays, 20 ont utilisé le Programme d'action sanitaire et ses différents domaines d'intervention.</p>

¹ Sauf indication contraire, les données concernant les indicateurs de substitution dans ces colonnes correspondent respectivement à 2007 et à 2011. Dans les cas pour lesquels il n'y a pas eu de données disponibles (N/D), les données de l'année la plus proche ont été utilisées.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
2. Nombre de pays qui ont exécuté des mécanismes de coordination pour le travail intersectoriel dirigés par l'autorité de tutelle nationale de la santé	30	31	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
3. Nombre de pays qui ont exécuté des mécanismes pour encourager la participation sociale	31	33	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
4. Nombre de pays qui ont actualisé la législation et les cadres réglementaires du secteur de la santé	25	29	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. Augmentation du nombre de pays qui ont actualisé le cadre réglementaire. Des composantes réglementaires, les plus renforcées sont la conduite (23 pays) et la régulation (28) et celle relative à l'exercice des fonctions essentielles de santé publique (21).
5. Proportion de mandats dans les déclarations des Sommets des Amériques qui prennent en compte des thèmes de santé	2009: 12/96	2012: 6/44	<i>Source</i> : Déclaration du V ^e et du VI ^e Sommet des Amériques, 2009 et 2012. Les thèmes de la santé ont eu un poids relativement important dans les deux sommets. Le V ^e Sommet de 2009, a inscrit comme mandat le thème des maladies chroniques non transmissibles qui a élargi le mandat des Chefs de Gouvernement des Caraïbes anglophones à toute la Région des Amériques, et qui a servi de plateforme politique pour la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles en 2011. Le VI ^e Sommet de 2012 inscrit à l'ordre du jour politique le thème de l'usage des technologies de l'information et la communication en matière de santé, ainsi que le thème des déterminants sociaux de la santé.
6. Nombre de pays qui ont incorporé un système de reddition des comptes dans le système de gestion du secteur de la santé	25	29	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
7. Nombre de pays qui ont incorporé un mécanisme dirigé par l'autorité de tutelle nationale de la santé pour planifier, gérer et coordonner l'usage de toutes les ressources de la coopération externe en santé	24	26	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. En 2011, 20 des 26 pays ont incorporé la gestion des ressources nationales et externes, et cinq l'ont fait partiellement.

Figure 2. Progrès dans le renforcement de l'autorité de tutelle nationale de la santé dans les pays des Amériques, 2007-2011



Conclusions

- Une amélioration est observée dans l'intendance dans la majorité des pays de la Région, constatée par l'augmentation de l'exécution de plans nationaux de la santé, la mise en œuvre de mécanismes de coordination dirigés par l'autorité de tutelle nationale de la santé, l'encouragement de la participation sociale, l'actualisation de la législation et des cadres réglementaires sectoriels et l'établissement de systèmes nationaux de reddition de comptes.
- Il est important de souligner que 26 pays de la Région ont déjà incorporé des mécanismes, dirigés par l'autorité de tutelle de la santé, pour aligner les ressources de la coopération externe sur les priorités nationales.
- La proportion de mandats dans les déclarations des Sommets des Amériques qui tiennent compte de thèmes de santé (de 13% en 2009 à 14% en 2012) indique la grande importance qui a été accordée à la santé et dans les thèmes prioritaires, comme dans les programmes politiques au plus haut niveau dans la Région.

Recommandations

- Continuer à renforcer les mesures pour que tous les pays disposent d'un plan national de santé et, s'ils le jugent utile, demander l'appui technique de l'OPS/OMS pour élaborer ces plans.
- Los pays doivent évaluer la forme sous laquelle sont réalisées la planification et la gestion de la coopération externe dans le but d'intégrer les plans de coopération et les

plans nationaux et d'éviter la superposition et la dispersion des efforts techniques et des ressources économiques.

b) Aborder les déterminants de la santé

Résultats

52. Comme l'indique le tableau qui suit, des améliorations sont observées dans neuf des 13 indicateurs de substitution de ce domaine d'intervention, deux n'indiquent aucun changement, un a reculé (taux de mortalité maternelle) et pour le dernier il n'y avait pas de données pour déterminer les changements avant et après l'introduction du Programme d'action sanitaire pour les Amériques.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
1. Nombre de pays qui ont effectué des interventions pour aborder les recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé	Période 2008-2011 : 29 pays		<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. Variables des déterminants sociaux de la santé et nombre de pays qui ont effectué des interventions : Exclusion sociale : 23 Exposition aux risques : 27 Urbanisation non planifiée : 14 Changement climatique : 22 Approche de droits de l'homme : 24 Autres : 8
2. Nombre de pays qui ont exécuté un plan national de promotion de la santé avec affectation de ressources nationales	17	21	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
3. Nombre de pays qui ont incorporé l'approche de genre dans leurs services de santé	22	32	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
4. Nombre de pays qui ont exécuté un plan national multisectoriel pour la prévention de la violence	17	25	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. En ce qui concerne cette augmentation, il faut signaler que les pays ont également incorporé des mesures spécifiques pour aborder la violence interpersonnelle (passant de 17 à 24

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
			dans la période 2007-2011), ainsi que pour répondre à la violence basée sur le genre, qui a augmenté de 11 pays à 22 sur la même période.
5. Nombre de pays qui ont exécuté un plan national pour améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	30	32	Source : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
6. Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	2007: 62,4 x 100 000 n.v.	2010: 65,7 x 100 000 n.v.	Source : Santé dans les Amériques, 2012. L'amélioration des registres a donné lieu à une augmentation apparente au cours de cette période. Il faut signaler qu'en 2000, le taux de mortalité maternelle avait été de 76,4 pour 100 000 naissances vivantes ; c'est-à-dire qu'il y a eu une réduction de 14,0% dans la période de 2000 à 2010.
7. Taux de mortalité infantile	2006: 17,7 x 100 000 n.v.	2010: 14,8 x 100 000 n.v.	Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2010.
8. Taux de mortalité néonatale	2005: 11 x 1000 n.v.	2010: 9 x 1000 n.v.	Source : UNICEF, Banque mondiale, PNUD, CEPAL et OMS, 2011. Calculs estimatifs sur la mortalité infantile : données et tendances. Site à consulter sur www.childmortality.org (en anglais).
9. Taux de mortalité des moins de cinq ans pour 1000 naissances vivantes	2006: 22,4 x 100 000 n.v.	2010: 18,0 x 100 000 n.v.	Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2010.
10. Prévalence de surcharge pondérale et d'obésité chez les moins de cinq ans	2005: 6,9%	2010: 6,9%	Source : OMS. WHO Global Info Base 2012, site à consulter sur : https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx (en anglais)
11. Prévalence de petite taille pour l'âge chez les moins de cinq ans	N/D	2010: 3,3% (2 millions)	Source : OPS, 2012. Programme de santé familiale et communautaire.
12. Couverture vaccinale à niveau national (usant DPT3 comme marqueur)	2007: 93%	2010: 93%	Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2010. La Région a maintenu ses réussites sur la voie du but de 95% de couverture vaccinale au niveau national.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
13. Nombre de pays qui ont incorporé de nouveaux vaccins dans leur programme national de vaccination	Période 2008-2011 : 22 pays.		<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. Nouveaux vaccins et pays qui les ont incorporés : anti-VPH : 7 antipneumococcique : 18 antirotavirus : 11 autres : 17 (principalement contre la grippe)

Conclusions

- a) Au cours de la période 2008-2011, il y a eu une réponse importante de 29 pays pour aborder les recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé.
- b) Des progrès importants sont dénotés dans les thèmes de la promotion de la santé, de l'approche de genre, de l'inclusion sociale, de l'attention accordée aux risques, du changement climatique, de l'approche des droits et de la prévention de la violence.
- c) L'utilisation du Programme d'action sanitaire dans tous les niveaux du secteur de la santé et des autres secteurs sociaux pertinents dans les pays, ainsi que dans les sous-régions et les organismes internationaux, facilitera l'approche des déterminants de la santé dans la Région des Amériques.
- d) Des progrès importants sont observés dans le taux de mortalité infantile et dans le taux de mortalité des moins de cinq ans.
- e) Le taux de mortalité maternelle accuse une légère augmentation au cours de la période 2007-2010 (de 62,4 x 100 000 n.v. à 65,7). Cette situation peut être imputable à l'amélioration des registres de statistiques vitales des pays. Toutefois, cette légère augmentation est préoccupante du fait que la tendance de cet indicateur était à la baisse depuis l'an 2000, quand le taux était de 79,4 pour 100 000 naissances vivantes. Le risque de mourir durant l'accouchement ou suite à l'accouchement continue à être élevé d'une façon inacceptable, étant donné qu'il est de 12 à 18 fois supérieur à celui des pays développés.

Recommandations

- a) Il est nécessaire que les pays continuent à favoriser les approches intersectorielles de façon à obtenir des interventions efficaces qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé.
- b) Il est nécessaire d'institutionnaliser des mécanismes de coordination intersectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé.

- c) Il serait souhaitable de faire des progrès par rapport à des accords mondiaux (comme la Convention-cadre pour la lutte antitabac) qui ont une incidence sur les déterminants sociaux de la santé, en favorisant des mesures telles que l'alimentation saine (réduction de la consommation de sodium, de matières grasses et de sucre), l'activité physique et la consommation rationnelle de l'alcool, entre autres.
- d) Il est nécessaire que le secteur de la santé plaide pour l'incorporation de la santé dans toutes les politiques.
- e) Il est nécessaire de produire des données probantes : recherche, études et connaissances sur les déterminants sociaux de la santé, en analysant l'impact des styles de vie et les facteurs de risque, la charge économique, les inégalités et les écarts, etc., de manière à pouvoir contribuer au processus de formulation de politiques liées aux déterminants sociaux.
- c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité**

Résultats

53. Des améliorations ont été notées dans l'ensemble des neuf indicateurs de substitution de ce domaine d'intervention.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
1. Nombre de pays qui ont exécuté des politiques publiques pour améliorer la protection sociale	25	31	<p>Source : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>En général, il y a une augmentation du nombre de pays qui ont exécuté des politiques publiques pour améliorer la protection sociale, en particulier, sur les 31 pays qui ont exécuté des politiques publiques, 100% couvrent l'accès aux services de santé, 23 pays couvrent la sécurité et la solidarité dans le financement, et 29 incluent les droits du patient.</p>
2. Dépenses nationales en santé en pourcentage du produit intérieur brut	2006: ALC 3,1%	2011: ALC 3,7%	<p>Source : OPS, Indicateurs de base 2011 et 2012, et deuxième rapport intérimaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS.</p> <p>Les données disponibles pour 2006 et 2011 correspondent à l'Amérique latine et aux Caraïbes (ALC). Il faut signaler qu'en 2008-2009, les dépenses publiques en santé en ALC ont atteint 4%. La réduction en 2010-2011 est due au fait que les</p>

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
			augmentations des dépenses ne se sont pas maintenues. Il est également important de signaler que le rang dans les pays de la Région varie de 1% à 14%. La donnée pour toute la Région, disponible pour 2011, est de 13,1 %.
3. Nombre de pays qui disposaient d'une couverture du système public pour l'assurance en santé	20	21	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
4. Paiements directs de santé, exprimés en pourcentage des dépenses totales en santé	2006: ALC 52%	2010: ALC 47%	<p><i>Source</i> : OPS, 2012. Indicateurs de base et deuxième rapport intérimaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS.</p> <p>Des progrès ont été observés dans la réduction des paiements directs de santé. Il faut signaler qu'en 2008-2009, une réduction allant jusqu'à 42% avait été obtenue, conforme à l'augmentation des dépenses publiques en santé.</p> <p>À noter que le but établi dans le Plan stratégique de l'OPS pour 2013 est d'atteindre 40% et la moyenne observée dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) avec les systèmes de santé de couverture universelle est que les paiements directs de santé représentent 20% des dépenses totales en santé.</p>
5. Nombre de pays qui ont exécuté une politique qui inclut une amélioration de l'accès aux médicaments	26	31	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Le nombre de pays qui disposent déjà d'une politique sur les médicaments est important, de plus, il y a une augmentation du nombre de pays qui exécutent la politique.</p>
6. Nombre de pays qui ont utilisé le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique de l'OPS	10	15	<p><i>Source</i> : OPS, 2012. Deuxième rapport intérimaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS.</p> <p>Le nombre de pays qui utilisent le Fonds stratégique a augmenté. De même, les volumes achetés par l'intermédiaire de ce Fonds ont augmenté considérablement,</p>

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
			passant de \$18,3 millions en 2007 à \$49 millions en 2011, mettant en évidence le plus grand usage que les pays ont fait de ce mécanisme au cours des cinq dernières années.
7. Nombre de pays qui ont utilisé la stratégie renouvelée de soins de santé primaires dans leur modèle de soins	17	24	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. Il y a une augmentation importante de l'usage des soins de santé primaires renouvelés dans le modèle de soins dans les pays.
8. Nombre de pays dont les systèmes de santé ont incorporé des mesures spécifiques pour les soins des peuples autochtones	17	21	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. Augmentation du nombre de pays qui ont incorporé des mesures spécifiques destinées aux peuples autochtones; cependant, 10 pays répondent qu'ils n'appliquent pas de mesures, peut-être parce qu'ils n'ont pas de peuples autochtones.
9. Nombre de pays qui ont appliqué des programmes d'amélioration de la qualité des soins	28	31	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. Le nombre de pays qui disposent déjà d'un programme d'amélioration de la qualité des soins est important. De plus, il y a une augmentation du nombre de pays qui ont exécuté ces mesures.

Conclusions

- a) La majorité des pays (31/35) exécutent des politiques publiques pour améliorer la protection sociale. Toutefois, le nombre de pays qui disposent d'une couverture du système public pour l'assurance maladie continue à être constant (21/35 en 2011).
- b) L'augmentation des dépenses publiques nationales en matière de santé en pourcentage du PIB en Amérique latine et dans les Caraïbes a été limitée, passant de 3,1% à 3,8% de 2006 à 2011. Il est à signaler qu'en 2008-2009, les dépenses publiques en matière de santé ont atteint 4%. La réduction en 2010-2011 est due au fait que les augmentations des dépenses ne se sont pas maintenues.
- c) Des progrès ont été observés dans la réduction des paiements directs, de 52% en 2007 à 47% en 2011. Toutefois, ceci représente un recul par rapport à ce qui avait

été atteint en 2008-2009, quand les paiements directs étaient de 42%. Il faut signaler que le but établi dans le Plan stratégique de l'OPS pour 2013 est d'atteindre 40%. D'autre part, dans les pays de l'Organisation de coopération et développement économiques ayant des systèmes de santé à couverture universelle, la moyenne observée des paiements directs est de 20% des dépenses totales en santé.

- d) Le nombre de pays qui ont utilisé les soins de santé primaires dans leur modèle de soins est passé de 17 en 2007 à 24 en 2011.
- e) L'accès aux médicaments est un aspect clé, comme le démontre le fait que 30 pays disposent de politiques pour améliorer l'accès et l'augmentation importante du nombre de pays qui utilisent le Fonds stratégique de l'OPS. Dans ce Fonds, les volumes d'achats demandés par les pays de la Région ont augmenté de 18,3 millions en 2007 à \$49 millions en 2011. Toutefois, il est nécessaire d'améliorer les opportunités des livraisons de fournitures aux pays, afin d'éviter d'éventuels désapprovisionnements.

Recommandations

- a) Mener à bien une évaluation plus approfondie des systèmes de protection sociale des pays.
 - b) Le secteur doit diriger les efforts pour plaider en faveur de l'augmentation de l'investissement public en matière de santé, ainsi qu'en faveur de la réduction des paiements directs.
 - c) Centrer les efforts pour accroître la protection sociale dans les pays, en cherchant à atteindre la couverture universelle, indépendamment du fait que le système y contribue ou non.
 - d) Continuer à encourager le Fonds stratégique de l'OPS, ainsi que d'autres mécanismes cherchant à éliminer les obstacles à l'accès à ces fournitures et à l'opportunité dans les livraisons.
 - e) De même, il est nécessaire d'analyser les processus et les procédés pour l'usage du Fonds stratégique de manière à les simplifier et pouvoir venir à bout des obstacles bureaucratiques qui pourraient limiter son usage.
- d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein**

Résultats

54. Des améliorations ont été observées dans huit des 11 indicateurs de substitution de ce domaine, et dans trois il n'y a pas eu de données pour comparer la situation avant et après l'introduction du Programme d'action sanitaire pour les Amériques.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
1. Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	91,3%	95,2%	Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2011.
2. Nombre de pays qui ont disposé d'un système national d'information en matière de santé qui permet d'analyser les inégalités	24	27	<p>Source : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Il est souligné que dans 26 des 27 plans nationaux, ont été incluses les variables du sexe et de l'âge et dans 14, le groupe ethnique et autres.</p>
3. Proportion de faible poids à la naissance (%) (<2500g)	8,1%	8,2%	<p>Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2011.</p> <p>Si l'on considère les périodes antérieures à 2007, on observe que cet indicateur se maintient de manière constante. L'analyse des certificats de naissance met en relief que les pays ont amélioré l'enregistrement.</p>
4. Nombre de pays qui ont un plan national de développement	25	27	<p>Source : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Vingt-cinq des 27 plans de développement incluent la santé et 22, l'éducation et la nutrition.</p>
5. Nombre de nouveaux cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant	N/D	3.200	<p>Source : ONUSIDA, 2011, calculs correspondant à 2011 ; OPS, 2011, stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis congénitale.</p> <p>Le taux de transmission estimé pour 2010 était de 15%. Le principal obstacle pour diminuer la transmission maternelle est le faible taux des tests de détection du VIH chez les femmes enceintes. Même si les tests ont augmenté, en passant de 29% à 57% (de 2005 à 2009), ce niveau continue à être bas.</p>
6. Incidence de la transmission de la mère à l'enfant de la syphilis congénitale	N/D	9.828 cas notifiés par 26 pays et territoires	Source : ONUSIDA, 2011, calculs correspondant à 2011 ; OPS, 2011, stratégie et plan d'action pour l'élimination de la transmission de la

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
			mère à l'enfant du VIH et de la syphilis congénitale.
7. Prévalence de l'infection par le VIH (par sexe et groupe d'âge)	N/D	Prévalence dans le groupe de 15 à 49 ans : Caraïbes : 1,0 Amérique latine : 0,4 États-Unis et Canada : 0,6	Source : ONUSIDA, 2012.
8. Prévalence de l'usage de contraceptifs	2006 : 11 pays et territoires avaient une prévalence de plus de 60% de l'usage de contraceptifs	2010 : 14 pays et territoires avaient une prévalence de plus de 60% de l'usage de contraceptifs	Source : UNFPA, 2010. <i>How Universal is Access to Reproductive Health.</i>
9. Nombre de pays qui ont exécuté un programme national pour le développement de la santé des adolescents (10 à 19 ans) et des jeunes (15 à 24 ans)	22	26	Source : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
10. Nombre de pays qui ont exécuté un programme national pour les personnes âgées	22	26	Source : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
11. Pourcentage d'organismes internationaux du système interaméricain et des Nations Unies qui ont aligné leur aide sur les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques	2008-2011: 6 des 9 qui ont répondu		Source : Enquête d'organismes, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.

Conclusions

- a) Il est important de souligner les progrès importants réalisés par les pays, tels que l'augmentation du pourcentage d'accouchements assistés par du personnel formé, qui a atteint 95,2% en 2011, chiffre qui dépasse le but établi dans le Plan stratégique de l'OPS pour 2013. Il est toutefois préoccupant que le faible poids à la naissance ait été stable pendant plusieurs années.

- b) On observe qu'un nombre toujours plus grand de pays élaborent des plans de développement intégrés dans lesquels ils incorporent des objectifs et des buts de santé, et vont même jusqu'à incorporer des buts d'éducation et du domaine social.
- c) Les pays ont progressé dans l'incorporation de systèmes nationaux d'information en matière de santé, y compris des variables qui permettent d'analyser les inégalités, que 27 pays ont déjà incorporées.
- d) Il faut souligner que les pays structurent de plus en plus des programmes fondés sur le cycle complet de la vie, comme le montrent les progrès des programmes destinés aux adolescents et aux personnes âgées. De même, les pays continuent à progresser dans l'usage de contraceptifs : en 2010, 14 pays avaient une prévalence de plus de 60% de leur usage.
- e) Le nombre de nouveaux cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant continue à être un problème, et même si les tests de détection ont augmenté de 29% à 57% (de 2005 à 2009), ce niveau continue à être faible.

Recommandations

- a) Même si l'on observe que la majorité des pays disposent de plans nationaux de développement qui intègrent la santé et d'autres domaines sociaux, il serait souhaitable que ce type de planification s'applique dans tous les pays de la Région.
- b) Il faut renforcer les systèmes d'information au moyen de l'introduction de variables relatives à l'ethnicité et d'autre type, qui permettent de rendre compte des inégalités en matière de santé dans toute la Région.
- c) Même si l'on enregistre une augmentation des accouchements assistés par du personnel formé, il serait important d'effectuer une étude qui analyse ce thème, ainsi que son impact sur la mortalité maternelle et infantile.
- d) Les pays doivent continuer à investir des efforts pour maintenir et élargir l'usage de contraceptifs, en particulier dans ceux pour lesquels la couverture est inférieure à 60%.
- e) **Faire reculer les risques et la charge de morbidité**

Résultats

55. Des améliorations sont observées pour 12 des 19 indicateurs de substitution de ce domaine, des changements ont été enregistrés pour un indicateur, il y a eu un recul pour cinq (ou la situation a empiré) et pour un indicateur il n'y a pas eu de données pour comparer la situation avant et après l'introduction du Programme d'action sanitaire pour les Amériques.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
1. Nombre de pays qui ont exécuté un programme national pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques	23	31	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Une amélioration importante est observée, due au fait qu'un plus grand nombre de pays ont et exécutent des programmes nationaux pour soigner les MCNT. De même, le nombre de pays qui ont exécuté un système de surveillance des facteurs de risque des MCNT (en utilisant la méthodologie STEPS) est passé de 10 à 21 sur la période 2007-2011.</p>
2. Nombre de pays qui ont exécuté un programme national de santé mentale	27	30	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p>
3. Taux de mortalité par diabète pour 100 000 habitants (ajusté par âge et sexe)	2008: 27,0 x 100 000 hab.	2011: 32,8 x 100 000 hab.	<p><i>Source</i> : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2011.</p> <p>Augmentation visible du taux de mortalité, de presque six points. Ceci peut être imputable à l'amélioration des systèmes d'information, mais peut également faire partie du profil épidémiologique (par exemple, longévité, qualité de vie). Conformément aux projections de santé dans les Amériques (2012), il est estimé que le nombre de personnes diabétiques dans la Région augmentera, de 62,8 millions en 2011 à 91,1 millions en 2030.</p> <p>À l'avenir, il faut considérer l'inclusion des années perdues par décès prématuré.</p> <p>Il faut renforcer les systèmes de surveillance des MCNT et ventiler les maladies dans le groupe de maladies métaboliques et endocriniennes.</p>
4. Taux de mortalité par maladies ischémiques du cœur pour 100 000 habitants (ajusté par âge et sexe)	2008: 81,0 x 100 000 hab.	2011: 76,4 x 100 000 hab.	<p><i>Source</i> : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2011.</p> <p>Réduction d'environ cinq points de la période 2003-2005 à 2007-2009, compatible avec la tendance régionale observée au cours des dernières années. Il est important de signaler qu'en 2007, les maladies ischémiques du cœur représentaient la deuxième cause de décès</p>

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
			dans 30 pays de la Région. Maladie ventilée dans le groupe des maladies circulatoires : il est important de noter que le Programme d'action sanitaire pour les Amériques met en relief quelques thèmes spécifiques.
5. Taux de mortalité par maladies cérébrovasculaires pour 100 000 habitants (ajusté par âge et sexe)	2008: 42,3 x 100 000 hab.	2011: 43,1 x 100 000 hab.	Source : OPS, Indicateurs de base 2008 et 2011. L'augmentation de 0,8 décès pour 100 000 indique une tendance stable sur la période considérée.
6. Taux de mortalité par néoplasies malignes pour 100 000 habitants (ajusté par âge et sexe)	2008: 116,3 x 100 000 hab.	2011: 118,8 x 100 000 hab.	Source : OPS, Indicateurs de base 2008 et 2011. L'augmentation de 2,5 pour 100 000 habitants paraît indiquer une tendance stable. Il s'agit d'un calcul estimatif sur la base des données disponibles des pays sur les périodes considérées. Il faut souligner que toute la Région enregistre une légère baisse de la mortalité par tous les types de cancer dans les deux sexes depuis l'année 2000 (Santé dans les Amériques, 2012).
7. Taux de mortalité par traumatismes causés par les accidents du trafic pour 100 000 habitants (ajusté par âge et sexe)	2007: 15,5 x 100 000 hab. 36 x 100,000 véhicules à moteur	2010: 14,1 100 000 hab. 30.2 x 100,000 véhicules à moteur	Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2010. La réduction peut être imputable au résultat de l'introduction et à l'application des lois et réglementations de sécurité routière.
8. Nombre de pays qui ont créé des environnements propices pour la promotion de l'activité physique	19	29	Source : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. Augmentation notable de la création d'environnements sains pour l'activité physique.
9. Prévalence du tabagisme	N/D	22% (chez les adultes)	Source : OMS, 2012 et OPS, 2012. Deuxième rapport intérimaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS. La prévalence du tabagisme chez les

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
			adultes dans la Région est très proche de la moyenne mondiale de 24%. Il s'est produit une augmentation importante du nombre de pays qui ont atteint une réduction du tabagisme de 10%, passant de 3 en 2007 à 10 en 2011.
10. Nombre de pays qui ont exécuté les mesures de réduction de la demande de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CMCT)	18	29	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Des progrès importants sont observés dans la Région en ce qui concerne la mise en œuvre des mesures de la CMCT et une augmentation dans l'application de tous les articles de la Convention, en particulier l'article 8 (milieux exempts de fumée du tabac). L'application des mandats de la CMCT se traduit par une réduction du tabagisme dans les pays.</p>
11. Nombre de pays qui ont exécuté un programme national pour la prévention des problèmes de santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool et des substances psychoactives	24	29	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Composantes et nombre de pays qui les incluent dans leurs programmes nationaux en 2011 : Boissons alcoolisées : 25 Drogues et substances psychoactives : 27.</p>
12. Nombre de pays qui ont exécuté un programme national de sécurité alimentaire et nutritionnelle	22	29	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Composantes et nombre de pays qui les incluent dans leurs programmes nationaux en 2011 : - Réglementation de la publicité : 12 - Réglementation du sucre, des matières grasses et du sel : 11 - Communication et éducation : 28</p>

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
13. Prévalence de l'obésité (IMC supérieur à 25) chez les adultes (15 ans et +) par sexe (calcul estimatif)	2005: Total : 27,2% Femmes : 31,0% Hommes : 23,3%	2010: Total : 32,9% Femmes : 37% Hommes : 28,7%	Source : OMS, 2012. Global Info Base, site à consulter sur https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx . Même si les projections indiquent une tendance à la hausse, il faut noter qu'elles se fondent sur des calculs estimatifs. Il faut exécuter des stratégies pour enregistrer et notifier les données.
14. Taux d'incidence de tuberculose pour 100 000 habitants (toutes les formes et BK+).	2007: TB toutes: 24,0 x 100 000 hab. BK+: 13,2 x 100 000 hab.	2009: TB toutes: 23,5 x 100 000 hab. BK+: 12,1 x 100 000 hab.	Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2009, et Santé dans les Amériques 2012. Selon Santé dans les Amériques (2012), il s'est produit une diminution constante de l'incidence de la TB depuis la décennie de 1990, avec des diminutions jusqu'à 4% par an à partir de l'instauration de DOTS en 2006. Une amélioration a également été observée dans le traitement, avec un taux de réussite de 58% dans la cohorte de 1997 à 77% dans celle de 2008. Toutefois, des défis ont été observés récemment avec l'apparition de cas multirésistants et ultrarésistants, ainsi que dans le maintien de l'application de la stratégie DOTS (Deuxième rapport intérimaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS).
15. Taux d'incidence du sida pour 100 000 habitants	2007: 10,5 x 100 000 hab.	2009: 10,7 x 100 000 hab.	Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2009. Conformément aux données disponibles, une stabilité de l'incidence a été observée sur la période. Selon les calculs estimatifs de l'ONUSIDA, en 2010, près de 3,2 millions de personnes sont infectées par le VIH dans la Région des Amériques ; 48% aux États-Unis et au Canada (1,5 million), 44% en Amérique latine (1,4 million) et 8% dans les Caraïbes (240 000). Sur le total, 57 000 ont moins de 15 ans.
16. Nombre de cas de paludisme notifiés annuellement dans la Région	2007: 786 393 (148,7 x 100 000	2010: 680 174 (124,1 x 100 000	Source : OPS, Indicateurs de base 2007 et 2010. On enregistre une tendance à la baisse, ce qui est compatible avec le comportement

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
	hab.)	hab.)	de la maladie depuis l'an 2000. Cette maladie continue à être endémique dans 21 pays de la Région.
17. Nombre de cas de dengue notifiés	2006: 427 627	2011: 1 699 072	Source : Santé dans les Amériques 2012. En 2009, la définition de la dengue hémorragique est passée à cas grave. Malgré ce changement, une réduction importante a été observée dans la létalité par cas de dengue grave.
18. Nombre de pays ayant la certification de l'interruption de la transmission de la maladie de Chagas par vecteurs dans les 21 pays endémiques de la Région	3 pays sur 21 en 2006	14 pays sur 21 en 2011	Source : OPS, 2012. Deuxième rapport intérimaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS. Pays avec indice d'infestation de moins de 1%. Des progrès constants sont observés sur la voie de l'élimination de cette maladie.
19. Nombre de pays de la Région où l'onchocercose est endémique, qui ont certifié son élimination	0 de 6 en 2006	1 en cours	Source : OPS, 2012. Deuxième rapport intérimaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS. La Colombie est en cours de validation. Pays endémiques : Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique, Venezuela, et Brésil.

**Mise en œuvre des différents articles
de la Convention-cadre pour la lutte antitabac
de 2007 à 2011**

Article	Nombre de pays par an	
	2007	2011
<i>Article 6</i> : impôts	9	16
<i>Article 8</i> : milieux exempts de fumée de tabac	14	28
<i>Article 11</i> : conditionnement et étiquetage	14	23
<i>Article 13</i> : interdiction de la publicité, la promotion et le parrainage	12	20

Conclusions

- a) Sur les 19 indicateurs de substitution définis pour mesurer les progrès dans ce domaine, une amélioration a été observée dans la majorité (63%), à l'exception des thèmes se rapportant aux maladies chroniques non transmissibles (par exemple, le diabète), ainsi que les facteurs de risque qui y sont liés (comme l'obésité), et des maladies telles que la dengue, le sida et la tuberculose.
- b) On observe que la majorité des pays ont mis en priorité dans leurs politiques, plans, stratégies et programmes l'approche des maladies chroniques (augmentation de 19 à 26 pays sur la période évaluée) avec une focalisation intégrale qui favorise les environnements propices à l'activité physique, et qu'ils ont élaboré des programmes pour aborder les problèmes de la santé mentale, l'usage nocif de l'alcool, des drogues et des substances psychoactives et des programmes de sécurité alimentaire et nutritionnelle.
- c) On observe une augmentation importante du nombre de pays qui ont créé des environnements sains pour l'activité physique, de 19 en 2007 à 29 en 2011.
- d) En ce qui concerne le thème nutritionnel, il a été observé que 50% des pays ont inclus la réglementation de la publicité et le contenu de matières grasses, de sucre et de sel dans les aliments. En ce sens, il faut tenir en compte que les projections indiquent une tendance à la hausse dans l'obésité chez les adultes, les femmes en particulier.
- e) Dans le thème de la prévention du tabagisme, les pays ont montré des progrès dans l'application des mesures contenues dans tous les articles de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le plus grand progrès étant celui se rapportant à la législation et la réglementation du tabagisme (article 8 : milieux exempts de fumée du tabac).
- f) On observe une augmentation de 24 pays en 2007 à 29 en 2011 qui exécutent un programme national pour la prévention de problèmes de santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool, de drogues et de substances psychoactives. Il faut signaler que des 29 pays qui disposent d'un programme, plus de 90% incluent des composantes pour la prévention de la consommation nocive de boissons alcoolisées, de drogues et de substances psychoactives.
- g) Le taux d'incidence du sida et de la tuberculose ne présente pas de changements majeurs au cours de la période 2007-2011. Dans le cas de la tuberculose, l'augmentation de cas multirésistants et de coinfection par la tuberculose et le VIH est préoccupante. Le maintien de l'application de la stratégie DOTS continue à être un défi.
- h) En ce qui concerne les maladies transmises par vecteurs, on observe une tendance favorable dans le cas du paludisme et de la maladie de Chagas, ce qui correspond aux périodes antérieures. Toutefois, l'augmentation de cas notifiés de dengue est

préoccupante, car ils ont triplé de 2006 à 2011 (de 476 627 à 1 699 072 cas). Il faut souligner les progrès sur la voie de l'élimination de l'onchocercose dans les six pays endémiques, dont un est déjà en cours de certification.

- i) Les indicateurs de mortalité par maladies chroniques non transmissibles prévalentes (maladies circulatoires et néoplasiques) accusent une tendance stable dans la période évaluée. D'autre part, la mortalité par diabète a augmenté. Les calculs estimatifs disponibles indiquent une tendance à la hausse dans la prévalence de l'obésité, en particulier chez les femmes adultes.
- j) Le taux de mortalité par traumatismes causés par les accidents de la route indique une légère réduction sur la période 2007-2010, qui pourrait être le résultat de l'introduction et de l'application des lois et réglementations de sécurité routière dans les pays.

Recommandations

- a) Continuer à renforcer la mise en route de plans et de programmes de réduction de risques et de la charge des maladies chroniques non transmissibles, en mettant l'accent sur l'approche intégrale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et, en particulier, concernant les composantes de réglementation de la publicité et du contenu de matières grasses, de sucre et de sel dans les aliments.
- b) Mettre en priorité les stratégies pour le contrôle et la prévention de la transmission du VIH/sida et de la tuberculose.
- c) Accorder une attention spéciale aux interventions intégrales pour la prévention et le contrôle de la dengue.
- d) Améliorer la saisie et l'enregistrement de données dans les systèmes d'information sur les maladies chroniques en tenant compte des risques.
- e) Maintenir les investissements réalisés pour continuer à progresser dans l'élimination des maladies négligées dans la Région.
- f) **Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé**

Résultats

56. Des améliorations considérables sont observées dans les cinq indicateurs de substitution de ce domaine d'intervention, comme indiqué ci-dessous.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
1. Nombre de pays qui ont exécuté des politiques nationales pour le renforcement des travailleurs de la santé	23	29	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Tous les pays se sont améliorés dans cet indicateur, la composante ayant connu la plus grande amélioration étant l'accréditation des entités formatrices. L'indicateur qui s'est le moins amélioré a été celui des accords bilatéraux en termes absolus et qui est le plus à la traîne. Des progrès importants ont été enregistrés dans les interventions à l'intérieur du pays.</p>
2. Nombre de pays avec densité des travailleurs de la santé (médecins, infirmières et accoucheuses) de 25 x 10 000 habitants.	2006: 12	2011: 22	<p><i>Source</i> : OPS, 2012. Deuxième rapport intérimaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne le Plan stratégique 2008-2012 de l'OPS.</p>
3. Nombre de pays qui signalent un suivi des 20 buts régionaux sur les ressources humaines pour la santé	9	23	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>On observe une augmentation importante dans le suivi des buts régionaux des ressources humaines pour la santé, mais il est nécessaire de continuer à travailler sur ce domaine d'intervention.</p>
4. Nombre de pays qui ont établi des réseaux d'apprentissage pour améliorer les compétences en matière de santé publique du personnel de santé	16	24	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p>
5. Nombre de pays qui ont participé à des accords bilatéraux ou multilatéraux qui abordent la migration des travailleurs de la santé	4	11	<p><i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p>

Conclusions

- a) Les ressources humaines dans le domaine de la santé sont devenues protagonistes et prioritaires dans la majorité des pays, comme le montre le fait que 29 pays disposent déjà de politiques nationales pour le renforcement des travailleurs de la santé et que 22 pays ont réussi à augmenter la densité de leur force de travail à 25 travailleurs pour 10 000 habitants. Le démontre également l'augmentation de 9 (2007) à 23 pays (2011) qui indiquent un suivi des buts régionaux sur les ressources humaines pour la Région. Ce protagonisme se manifeste également dans le suivi des buts régionaux des ressources humaines pour la santé 2007-2015, qui sont organisées selon les cinq

défis critiques mentionnés dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques et dans l'appel à l'action de Toronto.

- b) Il est important de mettre en relief les progrès dans la construction de réseaux pour améliorer les compétences en matière de santé publique qui sont établis dans 29 pays.
- c) La migration des travailleurs de la santé est un thème qui a acquis de l'importance, comme le montre l'augmentation des accords bilatéraux et multilatéraux en la matière, qui sont passés de 4 en 2007 à 11 en 2011.

Recommandations

- a) Intensifier les efforts de gestion et de développement des travailleurs de la santé, principalement dans le domaine des accords bilatéraux ou multilatéraux qui abordent la migration des travailleurs de la santé et le suivi des buts régionaux de ressources humaines pour la santé. De plus, mettre en œuvre une politique d'incitation pour les ressources humaines en santé, afin de garantir la permanence et la qualité de la prestation des services.
- b) Poursuivre les efforts pour accroître le nombre de travailleurs de la santé dans le but d'atteindre, dans la majorité des pays de la Région, le niveau recommandé.
- g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie**

Résultats

57. Des améliorations ont été observées dans les cinq indicateurs de substitution de ce domaine d'intervention.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
1. Nombre de pays qui ont disposé d'un système ou d'un mécanisme qui facilite la prise de décisions fondée sur des données scientifiques	21	28	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
2. Nombre de pays qui ont exécuté une politique ou un plan national de recherche en santé	13	17	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
3. Nombre de pays qui ont formé une commission nationale destinée à surveiller l'application des normes éthiques dans la recherche scientifique.	24	28	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
4. Nombre de pays qui ont exécuté des normes conformes aux normes internationales sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des intrants pour le domaine de la santé.	25	29	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. Il convient de signaler que des 29 pays, tous ont exécuté les normes sur les médicaments, 22 sur les intrants et 18 sur les technologies sanitaires.
5. Nombre de pays qui ont réussi à exécuter une politique qui inclut l'usage rationnel des médicaments. ²	22	27	<i>Source</i> : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.

Conclusions

- a) Les pays ont progressé dans la nécessité de fonder leurs politiques sur les preuves scientifiques, toutefois, l'établissement de politiques nationales de recherche en matière de santé paraît encore insuffisant, comme le met en évidence le fait que 17 pays seulement disposent de politiques ou de plans sur ce thème.
- b) La quantité de pays (27) qui disposent de mécanismes institutionnels pour surveiller l'application des normes éthiques dans la recherche scientifique semble considérable.
- c) Il faut souligner les progrès réalisés dans 29 pays de la Région qui appliquent les normes conformément aux normes internationales sur la qualité, la sécurité et l'efficacité des intrants pour le domaine de la santé.

Recommandations

- a) Redoubler les efforts pour faire en sorte que les autorités sanitaires des pays formulent des politiques nationales de recherche pour aborder les problèmes clés en matière de santé publique, en accord avec les priorités nationales. De même, ces politiques devront disposer du financement approprié.
- b) Continuer à intensifier les efforts en ce qui concerne la qualité, la sécurité et l'efficacité des intrants, un des facteurs clés pour le bien de la santé.

² Par usage rationnel des médicaments, on entend leur usage correct et approprié. Pour qu'il y ait usage rationnel, le patient doit recevoir le médicament approprié et la dose voulue durant une période de temps suffisante, au moindre coût pour lui-même et pour la communauté.

h) Renforcer la sécurité sanitaire

Résultats

58. Des améliorations ont été observées dans quatre des six indicateurs de substitution de ce domaine et deux des indicateurs n'ont pas eu de données pour comparer la situation avant et après l'introduction du Programme d'action sanitaire pour les Amériques.

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
1. Nombre de pays qui ont exécuté des plans ou des programmes nationaux de préparation aux cas d'urgence ou de catastrophe pour le secteur de la santé	30	35	<p>Source : Enquête de pays, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Composantes et nombre de pays qui les ont incorporés dans leurs plans ou programmes nationaux en 2011:</p> <ul style="list-style-type: none"> Catastrophes : 35 Pandémies : 33 Maladies : 30 Autres : 6 <p>Des améliorations ont été observées dans toutes les composantes par rapport à 2007.</p>
2. Nombre de pays qui ont acquis les capacités de base de surveillance et de réponse en conformité avec les obligations du Règlement sanitaire international (2005)	0	Juillet 2012: 6 en cours	<p>Source : OPS, 2010. Programme de surveillance, prévention et contrôle des maladies.</p> <p>Le 18 juillet 2012, six des 35 pays avaient informé avoir acquis les capacités de base du RSI, 28 des 35 pays avaient demandé une prorogation à l'OMS pour se conformer à cette condition du RSI jusqu'à 2014 et un pays n'avait pas communiqué sa position à l'OMS en la matière.</p>
3. Nombre de pays qui ont maintenu la surveillance et les préparatifs pour affronter les maladies zoonotiques émergentes et réémergentes.	31	33	<p>Source : Enquête d'organismes, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.</p> <p>Des 33 pays qui ont maintenu la surveillance et les préparatifs pour les maladies zoonotiques, 29 ont cette surveillance intégrée dans les systèmes d'information de santé.</p>
4. Pourcentage d'événements de santé publique d'importance internationale qui ont été vérifiés dans le délai recommandé par le Règlement sanitaire international	N/D	100%	<p>Source : OPS, 2010. Programme de surveillance, prévention et contrôle des maladies.</p> <p>Les 196 événements de santé publique d'importance internationale notifiés ont tous fait l'objet d'une enquête en 2011.</p>

Indicateurs de substitution	2007	2011	Source et observations
5. Nombre d'organismes internationaux qui ont collaboré avec les autorités nationales pour répondre à des situations qui menacent la sécurité sanitaire	N/D	Période 2008-2011: 6 organismes sur 9	<i>Source</i> : Enquête d'organismes, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012.
6. Nombre de pays qui ont formé des équipes d'alerte et de riposte aux flambées et aux épidémies	30	35	<i>Source</i> : Enquête d'organismes, évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, 2012. À compter de 2011, tous les pays disposaient d'équipes d'alerte et de riposte.

Conclusions

- a) Tous les pays ont indiqué qu'ils avaient des plans ou des programmes de préparation aux catastrophes et pandémies et qu'ils avaient formé des équipes de préparation et de réponse. Ceci est dû au grand effort que les pays ont accompli dans les préparatifs de la pandémie d'H5N1 et à l'élan donné par la pandémie d'H1N1 de 2009-2010 et le RSI. De même, 100% des événements de santé publique potentiellement d'importance internationale ont fait l'objet d'une enquête.
- b) En ce qui concerne la mise en œuvre du RSI, six seulement des 35 pays ont informé qu'ils avaient acquis les capacités de base de surveillance et de réponse en conformité aux obligations du RSI. Il est important de souligner que 28 des 35 pays ont déjà demandé une prorogation de la date d'échéance pour l'application du RSI (juin 2012) de deux ans (jusqu'à juin 2014).

Recommandations

- a) Les pays doivent accélérer les mesures pour acquérir les capacités de base de surveillance et de réponse en conformité aux obligations du RSI. Par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux, l'OMS doit renforcer sa coopération afin de contribuer au renforcement des capacités des pays.
- b) Les capacités d'alerte et de réponse à des événements de santé publique d'importance internationale doivent être maintenues dans le délai recommandé par le RSI.

V. Observations sur le processus d'évaluation

- a) Il convient de mettre en exergue le haut degré de participation et l'engagement des pays dans ce processus d'évaluation. Les 35 pays de la Région (100%) ont répondu à l'enquête et la qualité des réponses a été très bonne. Il faut signaler la participation s'est fait au niveau politique, de gestion et technique dans les pays.
- b) Il est important de signaler que la majorité des mécanismes d'intégration infrarégionaux ont participé à l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire.
- c) La réponse des organismes internationaux a également été importante : 19 organismes ont participé au processus d'évaluation.
- d) L'évaluation a permis de placer le Programme d'action sanitaire pour les Amériques dans le débat public dans les pays, dans les sous-régions et dans les organismes internationaux. Cette évaluation a contribué à renforcer la diffusion du Programme d'action sanitaire dans ces instances, ce qui vient en complément des résultats obtenus depuis son lancement en 2007.
- e) La méthodologie mixte qualitative et quantitative a permis de mieux expliquer les phénomènes relatifs à la santé et leurs causes. Il faut souligner que la méthodologie utilisée pour cette évaluation était centrée sur la mesure de l'influence, mais non les attributions.
- f) Le fait que le Programme d'action sanitaire n'avait ni indicateurs ni buts a posé des difficultés pour l'évaluation. La définition d'indicateurs de substitution a permis de mesurer adéquatement les progrès avant (année 2007 et années antérieures) et après le Programme d'action sanitaire (aux environs de 2011). Ces indicateurs de substitution ont permis d'évaluer les domaines d'intervention et d'identifier les thèmes dans lesquels des progrès se sont produits et ceux pour lesquels il sera nécessaire de redoubler les efforts. Ils ont également permis d'identifier les espaces dans lesquels la coopération internationale pourrait intensifier ses activités en faveur de la santé des peuples de la Région.
- g) Les indicateurs de substitution pourraient être utilisés pour définir les buts pour l'an 2017, quand se termine le Programme d'action sanitaire, de manière à faciliter l'évaluation finale. Ils peuvent également être d'utilité dans les pays pour produire leurs propres indicateurs et buts pour le suivi et l'évaluation de son processus interne jusqu'à l'achèvement de la période du Programme d'action sanitaire.

- h) Les facteurs qui ont facilité la réalisation de cette évaluation comprenaient : l'appui de l'OPS en tant que secrétariat dans tout le processus, la participation et l'appui direct qu'ont assuré les représentations de l'OPS/OMS dans les pays, et la participation active du groupe de travail avec des points focaux de 10 pays de la Région.

Limitations du processus d'évaluation

- a) Le Programme d'action sanitaire ne dispose pas d'un modèle d'évaluation, de lignes de base ou de buts pour l'évaluer. Même si cette situation a été partiellement résolue avec l'élaboration et la mesure d'indicateurs de substitution définis dans cette évaluation, il existe des cas dans lesquels les progrès n'ont pas pu être mesurés de manière plus précise en raison du manque de données. Pour des processus similaires, il est recommandé de disposer d'une ligne de base qui permet de comparer la situation avant et les changements qui se sont produits tout au long de l'exécution.
- b) Un nombre limité d'indicateurs ont été utilisés dans certains domaines d'intervention. Il est également important de signaler qu'il existe divers thèmes qui se répètent dans différents domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire ou au contraire, qu'ils restent séparés dans différentes sections. Dans de futures évaluations, il faut considérer la complémentarité des thèmes qui sont couverts dans les différents domaines d'intervention et, par conséquent, l'évaluation des indicateurs de substitution dans chaque domaine d'intervention.
- c) Le Programme d'action sanitaire aurait dû comporter un plan d'évaluation et un document d'exécution, avec des définitions opérationnelles des différents concepts, y compris ceux qui faciliteraient leur exécution dans les pays.
- d) La période qui couvrait l'évaluation (2007-2011) est très courte pour analyser les tendances ou les changements importants dans certains indicateurs (mortalité maternelle, infantile, etc.) ainsi que dans les systèmes de santé, en particulier en raison de la latence dans l'exécution de leurs principes dans certains pays ou parce qu'ils faisaient déjà partie de plans nationaux. Dans le dernier cas, il n'a pas été possible d'observer des changements.
- e) L'enquête de l'évaluation du Programme d'action sanitaire ne disposait pas d'un manuel d'instructions qui faciliterait la réponse aux questions, en raison des particularités structurelles de chaque pays. Les pays ont besoin d'une orientation plus poussée pour mieux s'acquitter de ce processus.
- f) La rotation et la temporalité des autorités sanitaires dans les pays n'ont pas été prises en compte, ce qui a créé une grande difficulté pour réaliser l'évaluation, car le

Programme d'action sanitaire n'était pas suffisamment connu et ceci a posé des difficultés pour la réalisation de certaines enquêtes et de certains entretiens. Ce fait a également pu affecter les réponses sur la connaissance du Programme d'action sanitaire, et a limité de plus la participation de certains acteurs clés, comme cela a été le cas de quelques organismes internationaux.

VI. Conclusions et recommandations générales

Conclusions

- a) L'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques a été opportune pour documenter les progrès de son exécution et identifier les défis et les thèmes dans chaque domaine d'intervention sur lesquels il faut porter l'attention.
- b) Cette évaluation a connu un excellent niveau de participation de la part des pays (les 35 pays de la Région), des sous-régions (5) et des organismes internationaux qui travaillent dans le domaine de la santé dans la Région (19). Par conséquent, l'information obtenue dans cette évaluation a une représentativité élevée de l'état de situation des variables qu'elle contenait. L'engagement des pays et du groupe de travail des pays, conjugué à l'appui du Bureau sanitaire panaméricain, a contribué à la réussite de cette évaluation.
- c) Durant la période évaluée, l'utilisation du Programme d'action sanitaire dans les pays a été bonne, en orientant l'élaboration de nombreux plans, politiques et stratégies nationaux de santé, de même que d'autres plans spécifiques dans ce domaine. La diffusion du Programme d'action sanitaire a été bonne dans les ministères et secrétariats responsables de la santé quand il a été mis en route. Cependant, le niveau élevé de rotation des autorités de tutelle nationales de la santé dans certains pays peut représenter l'une des raisons qui a posé des difficultés pour son appropriation et par conséquent, sa plus grande utilisation. Il faut souligner que la diffusion du Programme d'action sanitaire a été limitée dans d'autres secteurs et au niveau infranational.
- d) Au niveau infrarégional, le Programme d'action sanitaire a connu une utilisation moyenne, orientant l'élaboration de deux programmes d'action, de trois plans stratégiques, d'une stratégie et d'une politique infrarégionale de santé. La diffusion a été limitée dans les cas dans lesquels les pays et le Bureau n'ont pas eu une action proactive pour encourager l'appropriation du Programme d'action sanitaire de la part des mécanismes d'intégration infrarégionale.
- e) Les organismes internationaux qui travaillent dans le domaine de la santé dans la Région ont utilisé le Programme d'action sanitaire d'une manière limitée, orientant l'élaboration d'un nombre restreint de plans stratégiques et de projets. La raison pourrait en être la diffusion limitée qui a été faite du Programme d'action sanitaire dans les organismes internationaux et son usage restreint par les pays quand ils négocient la coopération avec ces organismes. Le Bureau pourrait être plus proactif dans la diffusion du Programme d'action sanitaire auprès des organismes internationaux.
- f) Il y a eu des progrès importants dans tous les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire (en particulier, les efforts pour renforcer les autorités

sanitaires, augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé, réduire la charge des maladies, renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé et mettre à profit les connaissances, la science et la technologie), mesurés au moyen d'indicateurs de substitution, définis par consensus par le groupe de travail des pays. Toutefois, la situation de certains indicateurs est préoccupante, comme le taux de mortalité maternelle qui n'a pas diminué comme on le souhaitait au cours des dernières années, l'augmentation du nombre de cas de dengue, les taux de tuberculose et d'infection par le VIH/sida, et de l'obésité, la stagnation des dépenses publiques nationales en matière de santé comme pourcentage du PIB ou la faible réduction des paiements directs dans la Région. Il convient de signaler que dans sept indicateurs, il n'y a pas eu de données pour analyser les changements au cours de la période évaluée et, de plus, dans trois indicateurs, seuls des calculs estimatifs ou des projections ont été utilisés pour analyser la situation de la santé.

- g) Le Programme d'action sanitaire n'a ni indicateurs ni buts, ce qui pose des difficultés pour l'évaluation à mi-parcours. Maintenant qu'ont été définis des indicateurs de substitution et qu'il y a une ligne de base pour l'année 2011, des buts pourraient être établis pour le Programme d'action sanitaire pour l'année 2017.

Recommandations

- a) Intensifier la diffusion du Programme d'action sanitaire dans les pays, en particulier dans d'autres secteurs et au niveau infranational. Dans les pays dans lesquels il se produit un changement des autorités, il conviendrait de réaliser une action spéciale pour diffuser le Programme d'action sanitaire, et le Bureau pourrait jouer un rôle proactif en ce sens.
- b) Renforcer la diffusion du Programme d'action sanitaire dans les mécanismes d'intégration infrarégionale. Les pays et le Bureau doivent travailler conjointement à ce sujet.
- c) Renforcer la diffusion du Programme d'action sanitaire dans tous les organismes internationaux qui travaillent dans le domaine de la santé dans la Région des Amériques. Les pays doivent utiliser le Programme d'action sanitaire dans la négociation de la coopération avec ces organismes. Le Bureau devrait jouer un rôle plus actif dans la diffusion du Programme d'action sanitaire auprès des organismes internationaux.
- d) En ce qui concerne les domaines d'intervention, les pays doivent intensifier leurs activités pour réduire le taux de mortalité maternelle, les cas de dengue, de tuberculose et d'obésité, et les maladies chroniques et leurs risques, renforcer les systèmes de protection sociale, augmenter les dépenses publiques nationales en matière de santé et réduire les paiements directs.

- e) Établir des buts pour le Programme d'action sanitaire pour l'année 2017, fondés sur les indicateurs de substitution définis et utilisant la ligne de base de 2011, ce qui facilitera l'évaluation finale. En ce sens, il faut réviser les indicateurs pour lesquels il n'y a pas d'information fiable, et renforcer les systèmes d'information pour améliorer l'analyse de situation de la santé et disposer d'informations complètes pour la prise de décisions.
- f) Utiliser les indicateurs de substitution établis pour l'évaluation du Programme d'action sanitaire comme point de départ pour définir les indicateurs du futur Plan stratégique de l'OPS pour 2014-2019.
- g) Utiliser les résultats de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire comme contribution à l'élaboration du nouveau programme général de travail de l'OMS.
- h) Recommander que le groupe de travail des pays, établi pour l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire, soit la base de l'équipe technique des pays qui participera à l'élaboration du futur Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, dans le but de mettre à profit cette expérience et la dynamique de travail déjà établie.
- i) Recommander qu'un plan de travail soit formulé pour 2013 dans le but de renforcer le processus de planification en matière de santé dans la Région et de répondre aux recommandations de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire. Ce plan comporterait des mesures spécifiques destinées à renforcer la diffusion du Programme d'action sanitaire dans les pays, les sous-régions et les organismes internationaux, à axer le travail sur les thèmes des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire qui ont besoin d'être renforcés, à définir les buts pour le Programme d'action sanitaire pour 2017, à élaborer le nouveau Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et à faire en sorte que les résultats de cette évaluation contribuent au nouveau programme de travail de l'OMS. Une ébauche de ce plan serait présentée à l'approbation du Comité exécutif en septembre 2012, et il serait exécuté durant 2013 et, par la suite, les résultats seraient présentés au Conseil directeur de l'OPS de cette même année. Le groupe de pays qui exécuterait ce plan serait formé sur la base du groupe de travail des pays actuel, qui vient de réaliser l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire.

ACRONYMES

ACDI	Agence canadienne de développement international
ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
AECID	Agence espagnole pour la coopération au développement international
ALC	Amérique latine et Caraïbes
APHA	Association américaine de santé publique (de son acronyme en anglais)
BID	Banque interaméricaine de développement
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis
CEPAL	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
CMCT	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
COMISCA	Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique centrale
DOTS	Traitement de brève durée sous surveillance directe (de son acronyme en anglais)
FDA	Administration des aliments et des médicaments des États-Unis (de son acronyme en anglais)
HHS	Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (de son acronyme en anglais)
IES	Bureau de contrôle interne et des services d'évaluation de l'OPS
IMC	Indice de masse corporelle
MERCOSUR	Marché commun du Sud
MCNT	Maladies chroniques non transmissibles
n.v.	Naissances vivantes
N/D	Non disponible
OCDE	Organisation de coopération et développement économiques
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale

ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
ORAS/CONHU	Organisme andin de Santé/Convenio Hipólito Unanue
PAHEF	Fondation panaméricaine pour la santé et l'éducation
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RER	Résultats escomptés au niveau régional
RSI	Règlement sanitaire international
SICA	Système d'intégration centraméricaine
SCP	Stratégie de coopération avec le pays
STEPS	Méthode progressive pour la surveillance des facteurs de risque de maladies chroniques (de son acronyme en anglais)
UNASUR	Union des Nations sud-américaines
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds de Population des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international (de son acronyme en anglais)

**Membres du groupe de travail pour l'évaluation à mi-parcours du Programme
d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017**

Pays et institution	Nom	Fonction
Argentine, Ministère de la Santé	Sebastián Tobar	Directeur national des relations internationales
Argentine, Ministère de la Santé	María Andrea Polach	Analyste de la Direction nationale des relations internationales
Brésil, Ministère de la Santé	Leandro Viegas	Chef de la Division des thèmes multilatéraux
Chili, Universidad del Desarrollo	Liliana Jadue	Vice-doyenne
Costa Rica, Ministère de la Santé	Margarita Claramunt Garro	Planificatrice
El Salvador, Ministère de la Santé	Matías Humberto Villatoro	Chef de l'Unité générale de services
Guyana, Ministère de la Santé	Irv Chan et Narine Singh	Directeurs des Services de santé*
Panama, Ministère de la Santé	Iritzel Santamaria	Chef du Département d'analyse de situation et tendances de la santé, Direction de la planification
Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Ministère de la Santé	Thomas St. Clair	Directeur général de la santé
États-Unis d'Amérique, HHS/CDC	Yamir Salabarría-Peña	Directrice de la planification, évaluation et suivi
Venezuela, Ministère du Pouvoir populaire pour la Santé	Alexis Guilarte	Directeur général des programmes de santé
OPS/Mexique	Isaías Daniel Gutiérrez	Conseiller en planification, budget et coordination des ressources
OPS/Mexique	David Loyola	Consultant de l'OPS, Maître en économie
OPS/Washington	Amalia Del Riego	Conseillère principale en planification et coordination des ressources
OPS/Washington	Rony Maza	Spécialiste en planification, suivi et évaluation
OPS/Argentine	Mariana Crespo	Spécialiste en relations extérieures
OPS/Washington	Oscar Mujica	Conseiller régional en épidémiologie
OPS/Washington	Patricia Ruiz	Conseillère régionale en analyse de la santé

* Ont participé alternativement

Composante C de l'évaluation
à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques :
résultats et recommandations principales

1. La composante C de l'évaluation a examiné la contribution du Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) au travail concernant le Programme d'action sanitaire et ses acquis. L'analyse a été divisée en trois parties : en premier lieu, elle a évalué la mesure dans laquelle les documents officiels et les réunions du Bureau concernant le Programme d'action sanitaire incorporaient ses domaines d'intervention ; deuxièmement, elle a examiné la manière dans laquelle les principes et les valeurs du Programme d'action sanitaire influençaient la coopération technique de l'OPS ; et, enfin, elle a analysé les contributions les plus pertinentes de l'OPS (le Secrétariat et les États Membres) aux acquis dans la Région.

2. Le Programme d'action sanitaire a eu des implications importantes pour le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 (dorénavant le Plan stratégique) étant donné que dans ses domaines d'intervention se décrivent à grands traits les priorités pour améliorer la santé dans la Région ; le Plan stratégique répond aux domaines d'intervention au moyen des divers Objectifs stratégiques et résultats escomptés au niveau régional (RER). Par conséquent, le Programme d'action sanitaire établit les priorités collectives pour la Région et le Plan stratégique établit l'engagement du Bureau et des États Membres de l'OPS à aborder ces priorités à l'aide d'une approche de gestion fondée sur les résultats. En conformité au document CD47/8 (paragraphe 1, 2 et 3), le Programme d'action sanitaire appartient aux États Membres de l'OPS, il présente les domaines d'intervention à 10 ans pour que les peuples des Amériques atteignent le niveau maximum de santé qu'ils puissent obtenir et il est le cadre principal de planification stratégique du travail du Bureau. Les indicateurs du Plan stratégique sont des mesures quantifiables des progrès régionaux sur la voie des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire et le Plan continue à être un outil efficace de suivi des progrès dans la Région pour toute la communauté de l'OPS.

3. Les résultats de l'évaluation montrent qu'en réponse au Programme d'action sanitaire, le Bureau a favorisé les progrès dans tous les domaines d'intervention et appuyé ses principes et valeurs dans la Région dans le même temps que de son côté, le Programme d'action sanitaire a appuyé le multilatéralisme dans les actions du Bureau et a fourni une vision stratégique commune afin de guider ses opérations. Le Bureau a également encouragé des changements institutionnels internes pour aligner ses opérations sur les objectifs du Programme d'action sanitaire (dans le même temps, l'Organisation a entrepris des initiatives importantes de renforcement institutionnel, telles que la création d'un Bureau d'éthique, un Bureau du Médiateur et un Bureau de contrôle interne et services d'évaluation). Le Programme d'action sanitaire a été appliqué dans la préparation des

documents stratégiques, y compris les plans nationaux et régionaux de santé et les programmes infrarégionaux, ainsi que dans la formation du personnel.

4. Pour cette évaluation, le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (IES) a réalisé une étude, conjointement avec le Domaine de la planification, du budget et de la coordination des ressources (PBR), dans laquelle a été tracée une carte détaillée des liens entre les RER (la pierre angulaire de l'architecture du Plan stratégique) et les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire, ainsi qu'avec les plans de travail biennaux et la stratégie de coopération dans les pays. Cette analyse a confirmé que le Plan stratégique et le Programme d'action sanitaire sont étroitement liés et que les objectifs stratégiques du Plan abordent tous les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire, même si un accent distinct est mis sur les divers domaines d'intervention. Les objectifs stratégiques de l'OPS contribuent également à l'harmonisation du Programme d'action sanitaire avec les objectifs stratégiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le travail d'autres organismes internationaux dans la Région. L'étude des liens entre les RER et les domaines d'intervention peut servir de plateforme pour poursuivre l'analyse de gestion de ces liens.

5. Les entretiens qui ont été effectués pour cette évaluation ont montré qu'un grand nombre des personnes interrogées était peu familiarisé avec le Programme d'action sanitaire, dont tous connaissent l'existence, mais qui demeure à un second plan des actions institutionnelles. Dans certains cas, le caractère régional du Programme d'action sanitaire fait également que dans la perception générale des personnes interrogées, il a une priorité moindre par rapport à d'autres documents. Le Bureau a réalisé des efforts importants de diffusion du Programme d'action sanitaire, mais à l'avenir, il faut intensifier le travail de promotion (en trouvant des opportunités dans le débat interne et les forums internationaux avec les partenaires, la société civile et les fonctionnaires homologues du gouvernement) ; il faut souligner le fait que le Plan stratégique n'est pas complet sans le Programme d'action sanitaire ; et il faut souligner la fonction de la santé dans le développement social de la Région.

6. Bien que l'IES ait estimé que le Bureau avait répondu de manière adéquate au Programme d'action sanitaire, il fait les recommandations suivantes dans le présent rapport, afin de renforcer les efforts pour le promouvoir intérieurement et extérieurement et, de cette manière, améliorer son exécution :

7. Établir une session stratégique au sein des réunions du processus de suivi et évaluation de la performance du Bureau afin d'analyser le Programme d'action sanitaire et d'adapter la réponse du Bureau aux thèmes émergents tels que les changements dans la situation politique et économique, les pandémies, le changement climatique et le terrorisme.

8. Continuer à promouvoir le Programme d'action sanitaire face à tous les partenaires dans le milieu du financement externe et l'inclure dans les accords de collaboration.

9. Incorporer le Programme d'action sanitaire comme un document de référence dans le programme d'orientation en ligne de l'OPS et l'inclure dans le questionnaire en ligne de ce programme.
10. Utiliser l'analyse des liens pour surveiller la réponse du Bureau au Programme d'action sanitaire et franchir une étape en ce sens au moyen de la création d'un groupe expressément consacré au problème, qui inclut des représentants des domaines techniques afin de venir en complément des résultats et au vu des progrès concernant le Plan stratégique de l'OPS pour 2014-2019 (actuellement en cours d'élaboration), garantir un outil systématique de suivi et un alignement clair sur les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire.
11. Faire en sorte que les RER ou tout autre instrument de mesure qui est utilisé dans le suivi des progrès du Plan stratégique ne soient pas un double du contenu et soient alignés directement sur les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire.
12. Établir des critères et créer un glossaire de pratiques communes pour développer la stratégie de coopération avec les pays, en la reliant au Programme d'action sanitaire et au Plan stratégique de l'OPS afin de faciliter l'élaboration et, par conséquent, le suivi et l'évaluation.
13. Compléter la nouvelle stratégie pour la mobilisation de ressources avec un plan d'action pour aborder le déficit de financement pour la période biennale actuelle.