Organisation panaméricaine de la Santé

Organisation mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

55e CONSEIL DIRECTEUR

68e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

Point 4.1 de l'ordre du jour provisoire

CD55/5
4 août 2016
Original : anglais

RAPPORT DE L'ÉVALUATION DE FIN DE PÉRIODE BIENNALE DU PROGRAMME ET BUDGET 2014-2015/PREMIER RAPPORT INTÉRIMAIRE SUR LE PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS 2014-2019

TABLE DES MATIÈRES

I. SYNTHÈSE 1

II. INTRODUCTION 4

III. PROCESSUS D'ÉVALUATION DE FIN D'EXERCICE BIENNAL 6
- Évaluation conjointe 8
- Évaluation institutionnelle des résultats intermédiaires, des résultats immédiats et des catégories 9
- Exécution du budget 11
- Points saillants de l'évaluation conjointe de fin d'exercice biennal 2014-2015 12

IV. SITUATION RÉGIONALE 16
- Réduire le fardeau des maladies transmissibles 16
- Traiter des maladies non transmissibles, de leurs facteurs de risque et de la santé mentale 18
- Promouvoir la bonne santé tout au long de la vie et traiter des déterminants de la santé 20
- Renforcement des systèmes de santé pour la réalisation progressive de la santé universelle 23
- Renforcer la résilience et réduire la mortalité, la morbidité et les perturbations sociales dues aux épidémies, aux urgences et aux catastrophes 26
- Favoriser le fonctionnement efficace et efficient de l'Organisation 29

V. VUE D'ENSEMBLE DE L'EXÉCUTION PROGRAMMATIQUE 33
- Vue d'ensemble de l'évaluation des catégories 33
- Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires 34
- Évaluation des indicateurs de résultats immédiats 36
- Vue d'ensemble de la réalisation des produits et services, 2014-2015 38

VI. EXÉCUTION BUDGÉTAIRE 41
- Vue d'ensemble du budget : 2014-2015 41
- Analyse de la répartition des ressources par rapport aux priorités des domaines programmatiques 48
- Mobilisation de ressources et analyse des écarts de financement 50

VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 55

ANNEXES 57
- Annexe A : Rapports sur les catégories
- Annexe B : Exemples de recueil d'indicateurs
- Annexe C : Indicateurs qui n'ont pas été atteints
- Annexe D : Récapitulatif des indicateurs avec les changements proposés pour 2016-2017
- Annexe E : Abréviations
- Annexe F : Liste des pays et territoires avec leur sigle

I. SYNTHÈSE

1. Le présent rapport a pour objet de présenter aux Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) les conclusions de l'évaluation finale de la mise en œuvre du Programme et budget de l'OPS 2014-2015. Si le rapport met l'accent sur le premier exercice biennal, il fait également état des progrès sur le plan de la réalisation des cibles à six ans du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

2. Les résultats présentés sont le fruit du tout premier exercice conjoint de suivi et d'évaluation des résultats immédiats et intermédiaires par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et les États Membres. Le rapport s'appuie sur et approfondit l'engagement de l'Organisation sur le plan de la gestion axée sur les résultats et de la responsabilisation et de la transparence accrues.

3. Il est significatif que les 51 pays et territoire de l'OPS[1] aient participé pleinement à l'évaluation conjointe. La Région des Amériques est la première à avoir effectué une évaluation conjointe de la performance avec les homologues nationaux, et les enseignements tirés du processus seront diffusés et documentés en tant que pratiques exemplaires. Le processus d'évaluation conjointe a commencé par des évaluations au niveau des pays ; elles ont été suivies par la validation des experts techniques de l'OPS et la consolidation des résultats pour l'ensemble de l'Organisation pour présentation aux Organes directeurs de l'OPS. Les résultats du présent rapport ont également été utilisés pour le rapport programmatique et financier de l'Organisation mondiale de la Santé pour 2014-2015, y compris les États financiers vérifiés pour 2015, présentés à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

4. En 2014-2015, l'OPS a rempli son rôle de chef de file, de mobilisation et de catalyseur pour améliorer la santé des populations des Amériques en collaboration avec les États Membres et les partenaires. L'Organisation a entrepris des activités de coopération technique directe, a mobilisé des ressources, a consolidé les partenariats et les réseaux, a renforcé les capacités, a produit et fourni des données probantes et a préconisé des mesures visant à atteindre les résultats du Programme et budget 2014-2015 et à promouvoir les priorités du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Cela a été fait dans le contexte du processus visant à combler les écarts de performance sur des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) clés tout en opérant la transition vers la mise en œuvre des nouveaux objectifs de développement durable (ODD) énoncés dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

5. L'évaluation du Programme et budget 2014-2015 fait apparaître des progrès constants vers la réalisation des cibles du Plan stratégique pour 2019, avec 90 % des indicateurs de résultats intermédiaires en bonne voie. Au niveau des résultats immédiats, qui représentent les résultats spécifiques pour l'exercice biennal, l'évaluation montre que les 114 résultats immédiats évalués ont été obtenus ou partiellement obtenus.

[1] Aux fins du présent rapport, 51 pays et territoires sont examinés. L'île française de Saint-Martin n'a pas été évaluée. La liste complète figure à l'annexe F.

6. Des progrès notables ont été réalisés sur le plan de l'amélioration de la santé et du bien-être dans toute la Région. Parmi les grandes réalisations au niveau des impacts, on peut mentionner la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale à Cuba, la déclaration de l'élimination de la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques, la vérification de l'élimination de l'onchocercose en Équateur et au Mexique, la réduction de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme et à la dengue et une nouvelle réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, qui a conduit à la réalisation de l'OMD 4 dans la Région.

7. Au niveau des résultats intermédiaires, des progrès significatifs ont été réalisés en matière d'expansion de la couverture et de l'accès aux services de santé conformément à la stratégie de santé universelle et sur le plan du renforcement des capacités de préparation et d'intervention face aux flambées épidémiques et aux urgences. On a également pu observer un accroissement du traitement des maladies transmissibles et de l'accès aux services de santé mentale, une réduction du tabagisme, des améliorations de la santé génésique et une augmentation de la capacité à traiter des déterminants de la santé.

8. Des réalisations importantes ont été également enregistrées au niveau des résultats immédiats dans l'élaboration de politiques, de stratégies, de plans, de programmes, de lois, de normes et de lignes directrices, en plus de l'efficacité opérationnelle et des améliorations de processus au sein du BSP. Ces réalisations permettront au BSP et aux États Membres de continuer d'améliorer les résultats et les impacts en matière de santé au cours des quatre années restantes du Plan stratégique.

9. Toutefois, de grands défis et lacunes subsistent dans certains domaines, tels que les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, la santé maternelle, le financement pour la santé, le maintien et le renforcement des capacités fondamentales pour l'intervention face aux urgences et aux crises et l'accroissement de la résilience des systèmes de santé. L'Organisation, tant les États Membres que le BSP, en collaboration avec des partenaires dans toute la Région et au-delà, devront trouver des stratégies pour relever ces défis. Ils devront aussi continuer leur plaidoyer et investir les ressources nécessaires pour continuer de faire figurer les questions de santé publique au premier plan des programmes de politique et de développement. Les ODD fournissent une excellente occasion de mettre en exergue les activités de l'Organisation.

10. Le Programme et budget 2014-2015 était financé à 97,6 % au total, ce qui représente une amélioration par rapport à l'exercice biennal précédent. Toutefois, le caractère inégal du financement en fonction des domaines programmatiques constitue encore un défi, certains programmes prioritaires recevant moins de 75 % de leur budget approuvé. Ces écarts ont entravé l'exécution efficace des programmes. Les actions clés pour remédier aux écarts de financement au cours des périodes biennales à venir incluent une mobilisation des ressources ciblée sur les priorités programmatiques identifiées par les États Membres, ainsi que l'allocation stratégique des financements flexibles de l'Organisation. À cette fin, des activités de plaidoyer et la poursuite de la communication

stratégique seront nécessaires afin de promouvoir la participation des partenaires et donateurs aux efforts visant à atteindre les résultats du Plan stratégique de l'OPS et ses Programme et budgets.

11. S'appuyer sur les réalisations et réfléchir aux enseignements tirés permettra d'approfondir et d'étendre la portée de la coopération technique, l'efficacité et la responsabilisation pour les résultats de l'Organisation afin de réaliser la vision stratégique du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS : *« Défense de la santé : développement durable et équité. »*

II. INTRODUCTION

12. Aux termes de la résolution CD52.R8 (2013), le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a la satisfaction de présenter des rapports d'évaluation de la performance biennale en matière de mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et de ses Programme et budgets. Ce rapport présente les résultats du Programme et budget 2014-2015, le premier Programme et budget du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, et constitue le premier rapport intérimaire sur les progrès réalisés sur le plan de la réalisation des résultats du Plan stratégique.

13. Ce rapport s'appuie sur des informations provenant de l'évaluation conjointe menée par le BSP en collaboration avec les États Membres et du processus interne de suivi et d'évaluation de la performance (PMA) du BSP. L'évaluation a produit une analyse de la situation de la santé publique de la Région, mettant l'accent sur les progrès réalisés sur le plan des résultats intermédiaires du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. Elle a également souligné les défis qui se sont fait jour au cours de la mise en œuvre du Programme et budget 2014-2015 et les mesures à prendre pour relever ces défis au cours des exercices biennaux à venir. L'évaluation présente également une analyse globale du budget des ressources disponibles et de leur allocation et des dépenses par niveau fonctionnel et catégorie programmatique.

14. L'évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015 est le premier exercice d'évaluation conjointe officiel effectué par le BSP et les États Membres. Les 51 pays et territoires de la Région ont participé à l'évaluation, qui a été réalisée conformément au cadre de responsabilisation et de présentation de rapports du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Elle s'appuie sur la tradition et l'engagement de l'OPS en matière de gestion axée sur les résultats (GAR). Elle offre également l'occasion de réfléchir aux gains, lacunes, défis, opportunités et enseignements tirés en matière de santé publique dans la Région afin de guider les interventions pendant l'exercice biennal 2016-2017 et au-delà.

15. Le rapport comprend les recommandations formulées par les États Membres au cours de la 10e session du Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA) en mars 2016 et de la 3e réunion du Groupe consultatif sur le Plan stratégique (SPAG, d'après son sigle en anglais)[2] des États Membres d'avril 2016. Le projet de rapport final présenté lors du 55e Conseil directeur en septembre 2016 inclura des recommandations supplémentaires de la 158e session du Comité exécutif de l'OPS en juin 2016. Les conclusions de ce rapport ont constitué la principale contribution de la Région des Amériques à l'évaluation du budget programme 2014-2015 de l'Organisation

[2] À la demande des États Membres, le SPAG a été créé en octobre 2014 en vue de fournir des conseils et des contributions pour la mise en œuvre du processus conjoint de suivi et d'évaluation et pour l'amélioration du cadre pour la stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS (résolution CD53.R3). Il comprend 12 membres désignés par les ministères de la Santé des Bahamas, du Brésil, du Canada, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, de l'Équateur, des États-Unis d'Amérique, de la Jamaïque, du Mexique, du Paraguay et du Pérou. Le groupe est présidé par le Mexique et coprésidé par l'Équateur.

mondiale de la Santé (OMS) qui a été présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

16. Le rapport se compose de huit sections.

I. La Section I présente la synthèse, qui donne un aperçu du rapport et un résumé des principales conclusions de l'évaluation de fin d'exercice biennal.

II. La Section II introduit le rapport.

III. La Section III explique le processus d'évaluation de fin d'exercice biennal, y compris la méthodologie pour les évaluations de la mise en œuvre programmatique et budgétaire, suivie des faits saillants et des enseignements tirés.

IV. La Section IV présente la vue d'ensemble régionale, une analyse de la situation de la santé publique et des progrès réalisés pour faire progresser les priorités identifiées dans le Plan stratégique, ainsi que les lacunes, les défis et les risques encourus par les pays et l'ensemble de la Région.

V. La Section V présente une analyse institutionnelle de la mise en œuvre programmatique et des réalisations aux niveaux des catégories, des résultats intermédiaires et des résultats immédiats.

VI. La Section VI présente une analyse de l'exécution budgétaire du Programme et budget, y compris la mobilisation et l'allocation des ressources par niveau programmatique et fonctionnel.

VII. La Section VII présente les conclusions, les recommandations et les enseignements tirés.

VIII. La Section VIII se compose de six annexes, A à F. L'annexe A contient des rapports détaillés par catégorie, domaine programmatique, résultat intermédiaire et résultat immédiat, et complète les informations des Sections IV, V et VI. La méthodologie pour les rapports par catégorie est détaillée dans la Section III. Les autres annexes donnent des exemples des définitions techniques des indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats, une liste d'indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats affichant peu ou pas de progrès, des indicateurs pour lesquels des changements sont proposés pour 2016-2017, les abréviations utilisées dans le présent rapport et la liste des pays et territoires de la Région.

III. PROCESSUS D'ÉVALUATION DE FIN D'EXERCICE BIENNAL

17. Cette section décrit les composants du processus d'évaluation de fin d'exercice biennal : l'évaluation conjointe avec les États Membres et les processus internes de suivi et d'évaluation de la performance (PMA, d'apres son sigle en anglais), y compris l'analyse de l'exécution budgétaire et des ressources. Elle contient également les principaux enseignements tirés et les recommandations issues de ces processus. Ces enseignements serviront à étayer et améliorer les évaluations futures.

18. Le processus global d'évaluation de fin d'exercice biennal s'appuie sur des approches qualitatives et quantitatives pour évaluer la mise en œuvre programmatique et budgétaire. Le processus pour l'évaluation 2014-2015, le premier dans le cadre du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS, a été réalisé sur une période de cinq mois. Il a commencé par les autoévaluations des pays en novembre 2015, suivies par la validation par le réseau des catégories et des domaines programmatiques du BSP (CPAN, d'après son sigle en anglais).[3] Outre l'évaluation conjointe des indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats avec les États Membres, le BSP a mené à bien son PMA interne des Plans de travail biennaux dans les 83 bureaux aux niveaux fonctionnels national, infrarégional et régional, y compris un examen de la mise en œuvre programmatique (réalisation de produits et services) et budgétaire.

19. Les résultats préliminaires de l'évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015 ont été présentés ainsi qu'un aperçu de ce rapport à la 10e session du Sous-comité chargé du programme, du budget et de l'administration. Ce projet de rapport de fin d'exercice biennal est soumis au Comité exécutif pour examen et avis en juin 2016. Le projet final, sur la base des orientations formulées par le Comité exécutif, sera achevé en juillet 2016 puis présenté au Conseil directeur en septembre 2016 pour approbation. Les conclusions de ce rapport ont constitué la principale contribution de la Région des Amériques à l'évaluation du budget programme 2014-2015 de l'OMS qui a été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

20. Le processus d'évaluation décrit ci-dessous suit les spécifications approuvées par les États Membres (résolutions CD52.R8 et CD53.R3) et les lignes directrices élaborées par le SPAG. En outre, ce rapport d'évaluation reflète l'engagement des États Membres et du BSP en termes de responsabilisation conjointe et de transparence, comme convenu lors de l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS et du premier Programme et budget 2014-2015.

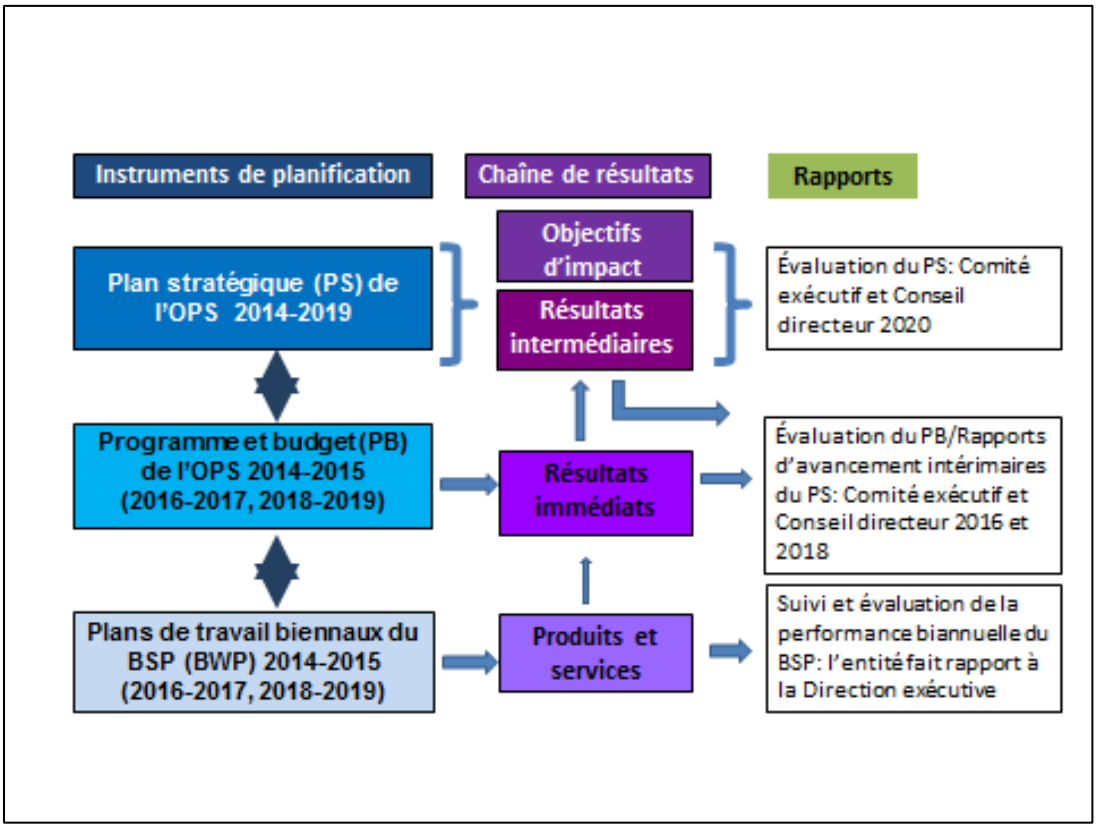
21. La figure 1 illustre l'ordre, la séquence et la fréquence du suivi, de l'évaluation et des rapports aux Organes directeurs de l'OPS. Le BSP élabore les plans de travail

[3] Le CPAN est un réseau de la Direction du BSP et des équipes techniques. Les facilitateurs de catégories dirigent une équipe de facilitateurs de résultats intermédiaires/domaines programmatiques et facilitateurs de résultats immédiats, qui évaluent les résultats intermédiaires et immédiats sous leur responsabilité. Les facilitateurs de catégories et de programmes comprennent les directeurs de département et chefs d'unité du BSP, respectivement.

biennaux contenant des produits et services (en bas de la figure), qui représentent la contribution et la responsabilité directes du BSP pour atteindre les résultats immédiats définis dans le Programme et budget. Un examen institutionnel interne de la situation en termes de fourniture des produits et des services dans les plans de travail est réalisé tous les six mois, impliquant toutes les entités du BSP. Cet exercice est dirigé par la Directrice et la Direction exécutive du BSP (EXM, d'apres son sigle en anglais).

22. En progressant sur la chaîne de résultats, à la fin de chaque période du Programme et budget, l'Organisation mène à bien une évaluation de fin d'exercice biennal, dans laquelle le BSP et les États Membres mesurent la réalisation des résultats immédiats dans le Programme et budget et l'ampleur des progrès réalisés sur le plan de la réalisation des résultats intermédiaires dans le Plan stratégique. Après six ans, soit une période couvrant trois programmes et budgets, l'Organisation déterminera au moyen d'une évaluation si les objectifs en matière de résultats intermédiaires et immédiats dans le Plan stratégique ont été atteints.

Figure 1. Instruments de planification et rapports 2014-2019 de l'OPS/OMS



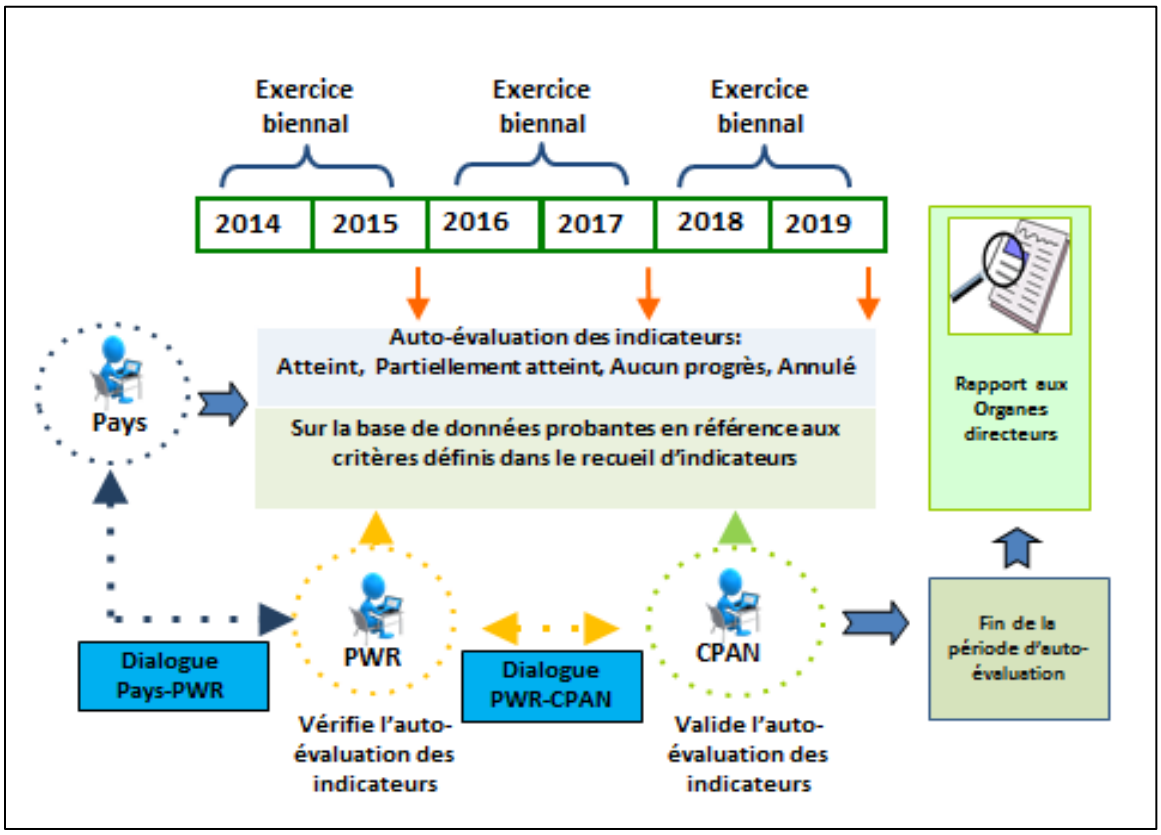
Évaluation conjointe

23. La figure 2 donne un aperçu général du processus d'évaluation conjointe. Afin de s'acquitter de son mandat de suivi et d'évaluation conjoints, le BSP, en collaboration avec le SPAG, a élaboré le système de suivi du Plan stratégique de l'OPS (SPMS, d'après son sigle en anglais) en 2015 pour faciliter l'évaluation conjointe des indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats par les autorités sanitaires nationales et le BSP. Il contient les informations programmatiques nécessaires pour opérer un suivi et une évaluation de la mise en œuvre du Plan stratégique 2014-2019 et du Programme et budget 2014-2015 de l'OPS, y compris le recueil d'indicateurs avec les définitions et les critères techniques pour évaluer la réalisation de chaque indicateur de résultat intermédiaire et immédiat. Chaque pays et territoire de la Région avait accès au SPMS, et des points focaux désignés ont été formés à l'utilisation du système.

24. Une fois achevées les auto-évaluations au niveau national facilitées par les Représentations de l'OPS/OMS (PWR), le CPAN du BSP les a examinées et validées afin de s'assurer que les critères de mesure définis dans le recueil d'indicateurs avaient été systématiquement et correctement appliqués.

25. Les résultats de tous les pays et territoires ainsi que les informations supplémentaires disponibles au niveau régional, ont été ensuite regroupés afin de déterminer si les cibles d'indicateur pour l'exercice biennal avaient été atteintes. Les indicateurs purement régionaux qui n'étaient pas destinés à être évalués au niveau national ont également été évalués par le CPAN. C'est particulièrement le cas pour la Catégorie 6, dont les indicateurs relèvent principalement de la responsabilité du BSP. Au total, ces informations ont servi de base à l'évaluation de la situation des résultats intermédiaires et immédiats du Programme et budget 2014-2015 et du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS. L'annexe A présente en détail l'évaluation du CPAN, puis viennent les informations sur la méthodologie d'évaluation institutionnelle.

Figure 2. Processus d'évaluation du Plan stratégique et du Programme et budget de l'OPS, 2014-2019



Évaluation institutionnelle des résultats intermédiaires, des résultats immédiats et des catégories

26. Le CPAN effectue les évaluations de performance par catégorie globales. L'évaluation de chaque catégorie suit une approche intégrée du bas vers le haut faisant intervenir toute la chaîne de résultats, à l'aide d'informations quantitatives et qualitatives, pour déterminer les réalisations dans la chaîne de résultats de l'OPS.

27. Les facilitateurs de résultats immédiats évaluent les résultats immédiats en mesurant la réalisation de leurs cibles d'indicateur. Les intrants des pays et territoires au moyen du SPMS constituent les principales informations utilisées dans l'évaluation des résultats immédiats, complétées par d'autres sources d'information à la disposition du BSP. La réalisation des résultats immédiats est évaluée comme suit :

a) ***Atteint :*** la cible d'indicateur fixée dans le Programme et budget (PB) 2014-2015 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) a été atteinte. Les cas où la cible d'indicateur a été dépassée sont mis en exergue.

b) ***Partiellement atteint :*** des progrès ont été réalisés par rapport au niveau de référence défini dans le PB (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), mais la cible pour 2015 n'a pas été atteinte. Les raisons pour lesquelles l'indicateur n'a pas été atteint sont expliquées.

c) ***Aucun progrès :*** il n'y a pas eu d'augmentation par rapport au niveau de référence défini dans le PB (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux). Les facteurs qui entravent les progrès et les cas pour lesquels il y a eu une baisse au-dessous du niveau de référence (à savoir où les pays ont enregistré une baisse par rapport au niveau de référence) sont mis en exergue.

28. En vertu de la résolution CD53.R3 (2014), qui autorise le Directeur du BSP à « incorporer tout changement nécessaire au Programme et budget 2014-2015 en réponse à la version amendée du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 », les modifications apportées aux indicateurs de résultats immédiats pour le Programme et budget 2014-2015 sont indiquées dans le tableau d'évaluation des résultats immédiats basé sur l'examen à mi-parcours et l'exercice de validation effectués par le BSP.

29. Les facilitateurs de résultats intermédiaires évaluent les résultats intermédiaires en mesurant les progrès sur le plan de la réalisation de leurs cibles d'indicateur à l'aide des informations recueillies au moyen du SPMS et d'une analyse qualitative des facteurs qui contribuent aux progrès ou entravent la réalisation des résultats intermédiaires. La réalisation des résultats intermédiaires est évaluée comme suit :

a) ***Atteint :*** la cible d'indicateur fixée pour 2019 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) dans le Plan stratégique de l'OPS a déjà été atteinte. Les cas où la cible d'indicateur a été dépassée sont mis en exergue.

b) ***En progrès :*** il y a eu une augmentation par rapport au niveau de référence des indicateurs défini en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et des activités sont en cours en vue d'atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique d'ici à 2019.

c) ***Aucun progrès :*** il n'y a pas eu d'augmentation par rapport au niveau de référence défini en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) et les progrès pour ce qui est de la réalisation de la cible d'indicateur d'ici à 2019 pourraient être menacés. Les cas pour lesquels il y a eu une baisse au-dessous du niveau de référence (à savoir où les pays ont enregistré une baisse par rapport au niveau de référence) sont mis en exergue.

30. Les facilitateurs de catégorie évaluent les catégories sur la base de l'analyse globale de l'évaluation des résultats immédiats et intermédiaires, et d'une analyse qualitative des facteurs contribuant aux progrès ou entravant la réalisation de la catégorie. Le score de l'évaluation globale de la catégorie et du domaine programmatique/résultat intermédiaire est déterminé par les facilitateurs des catégories et des domaines programmatiques, respectivement, en tenant compte de la mise en œuvre programmatique

et budgétaire, de l'analyse des ressources (humaines et financières) et des risques opérationnels et programmatiques. Les scores sont définis comme suit :

a) ***A répondu aux attentes (vert) :*** a atteint de 90 % à 100 % des résultats au cours de la période en cours d'évaluation. Les progrès sont sur la bonne voie, comme prévu ; aucun obstacle ou risque susceptible d'affecter la réalisation des résultats n'est prévu.

b) ***A répondu partiellement aux attentes (jaune) :*** a atteint entre 75 % et 89,9 % des résultats au cours de la période en cours d'évaluation. Les progrès peuvent être menacés et des mesures sont nécessaires pour surmonter les retards, les obstacles et les risques.

c) ***Progrès insuffisants (rouge) :*** a atteint < 75 % des résultats au cours de la période en cours d'évaluation. Les progrès sont menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher la réalisation des résultats. Des mesures correctives immédiates sont nécessaires.

Exécution du budget

31. L'exécution budgétaire et l'analyse des ressources prennent en compte les fonds disponibles pour mettre en œuvre le Programme et budget 2014-2015, le niveau de mise en œuvre de ces fonds, tous déficits de financement et les efforts en vue de mobiliser des ressources pour combler ces déficits.

32. *Exécution budgétaire :* ce facteur est évalué pour l'Organisation dans son ensemble, par niveau fonctionnel (entités nationales, inter-pays, infrarégionales et régionales) et par catégorie et domaine programmatique. La mise en œuvre par segment de budget (programmes de base, intervention face aux flambées épidémiques et aux crises et contributions volontaires nationales) et par source de financement (budget ordinaire et autres sources) est également analysée. Le taux d'exécution budgétaire est calculé en divisant les fonds utilisés par le montant des fonds disponibles pour la mise en œuvre du programme.

33. *Analyse des ressources :* le Programme et budget définit le montant estimé des ressources (coût planifié) dont le BSP dans son ensemble a besoin pour mettre en œuvre le programme de travail approuvé par les Organes directeurs pour un exercice biennal donné. Le Programme et budget définit également les besoins en ressources estimés pour chaque catégorie et domaine programmatique. Au cours de l'exercice biennal, des ressources sont mobilisées pour combler le déficit de financement de l'Organisation par rapport au Programme et budget approuvés. Ce déficit de financement est progressivement réduit au cours de l'exercice biennal, à mesure que des ressources sont mobilisées et allouées aux niveaux fonctionnels, catégories et domaines programmatiques. L'allocation des ressources par catégorie, domaine programmatique et priorité programmatique est analysée pour déterminer si l'Organisation a été en mesure de suivre les directives des Organes directeurs pour fournir les allocations appropriées aux domaines prioritaires, comme défini dans le Plan stratégique 2014-2019. Cette

analyse est faite en comparant les allocations au Programme et budget approuvé pour une catégorie et un domaine programmatique au cours de l'exercice biennal.

Points saillants de l'évaluation conjointe de fin d'exercice biennal 2014-2015

34. Comme indiqué précédemment, il s'agissait de la toute première évaluation conjointe, allant au-delà de l'auto-évaluation interne précédente par le BSP, et elle résulte des demandes des États Membres pour une plus grande responsabilisation. L'évaluation conjointe est une spécificité de la Région des Amériques de l'OMS, et les États Membres ont recommandé que cette expérience soit partagée en tant que pratique exemplaire avec le siège de l'OMS et d'autres régions de l'OMS. Elle représente également une amélioration et un élargissement de la GAR, mais offre aussi l'occasion de réfléchir de manière plus approfondie à la coopération technique du BSP.

35. Le processus d'évaluation conjointe avec les États Membres a été lancé à la mi-novembre 2015[4] avec la désignation des points focaux des autorités nationales de la santé, qui ont coordonné l'auto-évaluation des indicateurs de résultats immédiats et intermédiaires par pays et territoire en collaboration avec les PWR. Au moyen d'activités d'orientation, de formation et d'un suivi actif, auxquels ont participé des responsables techniques et décisionnaires de la santé, un taux de participation de 100 % a été atteint pour l'ensemble des 51 pays et territoires. La participation active à l'évaluation conjointe a favorisé un sentiment accru d'appropriation de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme de l'OPS de la part de nombreux pays et territoires. Il en a résulté un processus approfondi et rigoureux qui a donné une plus grande validité aux résultats de l'évaluation.

36. Compte tenu de tous les liens individuels pays/territoire, un total de 2301 évaluations de résultats immédiats et de 891 évaluations de résultats intermédiaires étaient possibles. Parmi elles, 2287 évaluations ont été saisies au niveau des résultats immédiats et 884 au niveau des résultats intermédiaires, soit un taux de réponse de plus de 99 % pour les résultats intermédiaires et immédiats.

37. La majorité des évaluations des pays ont été validées par le CPAN. Dans les cas où le CPAN ne souscrivait pas immédiatement à une évaluation, des informations supplémentaires pour justifier l'évaluation ont souvent été demandées. Dans plusieurs cas, le CPAN a proposé une modification à l'évaluation, et il y a eu de nombreuses révisions à la hausse : autrement dit, le CPAN, sur la base des données probantes disponibles concernant des mesures au niveau national, a estimé que le pays avait sous-évalué sa performance. Il a été possible de parvenir à un consensus sur les évaluations grâce à la coordination et au dialogue entre le CPAN, les PWR et les autorités sanitaires nationales.

[4] Avant le lancement, des essais pilotes ont été menés avec les points focaux des autorité sanitaires nationales dans plusieurs pays afin d'affiner le système et de faire en sorte qu'il soit prêt à être utilisé comme outil pour l'évaluation conjointe.

38. Dans l'ensemble, les résultats montrent que le SPMS a été un instrument efficace pour la réalisation de l'évaluation conjointe. Cela n'aurait pas été possible sans la collaboration entre le Département de la Planification et du budget et le Département des Maladies transmissibles et de l'Analyse de la santé qui, ensemble, ont élaboré et administré le système, et sans les conseils et les orientations du SPAG sur son déploiement. Les États Membres ont apprécié cette innovation et ont recommandé qu'elle soit partagée en tant que pratique exemplaire avec l'ensemble de l'OMS.

Enseignements tirés du processus d'évaluation conjointe

39. La méthodologie de l'évaluation conjointe représentait un changement majeur qui a servi à renforcer la responsabilisation et la transparence de la part des États Membres et du BSP. Dans la mesure où c'était la première fois que ce processus était suivi, une approche flexible, une formation et des orientations adéquates et un dialogue continu entre toutes les parties prenantes étaient nécessaires. L'enthousiasme et l'engagement de tous les pays et territoires, et le leadership et le soutien de la Direction et des équipes techniques du BSP, y compris le CPAN, ont permis d'aboutir à un exercice réussi, avec une pleine participation malgré les défis liés aux délais, à la coordination, aux capacités et au contexte des pays.

40. Le Plan stratégique révisé, approuvé en septembre 2014, incluait des indicateurs d'impact et de résultat intermédiaires affinés ainsi qu'un recueil détaillé des indicateurs avalisés par le SPAG et approuvés par les Organes directeurs de l'OPS. Cela a permis de mettre en place un cadre solide pour le suivi et l'évaluation conjoints convenu avec les États Membres. Néanmoins, des défis pratiques se sont présentés lors de l'évaluation de certains des indicateurs concernant les contraintes liées aux données et l'applicabilité des indicateurs mondiaux qu'il a fallu adopter et adapter pour permettre de maintenir l'alignement de la Région avec le programme général de travail de l'OMS. D'autres défis seront abordés plus loin.

41. Afin d'aligner les résultats immédiats du Programme et budget 2014-2015 avec les résultats intermédiaires du Plan stratégique, les États Membres ont autorisé le BSP à apporter les modifications correspondantes dans le Programme et budget, ce qui a nécessité de réviser les niveaux de référence et les cibles pour les indicateurs de production. Par conséquent, l'évaluation de fin d'exercice 2014-2015 a été effectuée en suivant les niveaux de référence et cibles révisés du Plan stratégique révisé et les ajustements apportés par le BSP au Programme et budget.

42. Dans la mesure où la mise en œuvre du Programme et budget 2014-2015 était à mi-parcours lorsque le Plan stratégique révisé a été approuvé, les niveaux de référence et les cibles pour les indicateurs de résultats immédiats 2014-2015 n'étaient pas entièrement validés avec les pays et territoires, ce qui a eu une incidence sur l'évaluation globale des résultats immédiats. Cela peut être résolu en utilisant l'évaluation de fin d'exercice 2014-2015 pour valider les niveaux de référence et les cibles des résultats immédiats du Programme et budget 2016-2017 afin d'assurer une évaluation plus précise à la fin de l'exercice biennal actuel. En outre, les objectifs de développement durable (ODD)

approuvés récemment seront également considérés comme une référence dans tous les indicateurs pertinents.

43. L'approche rigoureuse suivie par la plupart des pays et des territoires a été l'un des points forts du processus ; toutefois, l'application rigoureuse de la méthodologie a également conduit à des sous-évaluations dans certains cas. Ceci, accentué par le caractère ambitieux de certains indicateurs et cibles, a entraîné une sous-estimation de certains indicateurs, notamment au niveau des résultats immédiats.

44. Le processus d'évaluation conjointe a permis de mesurer les progrès accomplis au cours de l'exercice biennal, mais il a aussi été l'occasion pour les États Membres et le BSP de réfléchir conjointement aux résultats et de renforcer leur coopération technique.

45. Une préoccupation commune qui est apparue au cours de l'évaluation était le fait que la reconnaissance officielle de la réalisation d'un indicateur pourrait être interprétée comme signifiant que la coopération technique dans ce domaine pouvait être réduite (l'effet de « changement de catégorie »). Cette préoccupation est sans fondement, dans la mesure où les pays ont souvent besoin d'une collaboration continue afin de préserver leurs réalisations et de faire des progrès supplémentaires au-delà des résultats immédiats et intermédiaires. Cela soulève la question plus large des implications de l'évaluation et de la façon dont les résultats seront utilisés pour étayer les futurs programmes de travail. Ces résultats seront utilisés lors de l'examen des niveaux de référence et des cibles du Programme et budget 2016-2017 et pour opérer les ajustements nécessaires concernant les plans opérationnels pour 2016-2017. De plus, les résultats seront utiles pour informer la préparation du Programme et budget 2018-2019. Un dialogue entre le BSP et les États Membres sera nécessaire pour procéder à un alignement supplémentaire entre les programmes et les cibles de planification comme le suivi des résultats.

46. Cette évaluation intérimaire du Plan stratégique 2014-2019 et du Programme et budget 2014-2015 de l'OPS s'est axée sur la réalisation des résultats intermédiaires et immédiats, respectivement ; cependant, elle a également donné un aperçu des effets et des défis au niveau des impacts. Le suivi et l'évaluation des progrès accomplis au niveau des impacts nécessiteront une attention particulière au cours des deux exercices biennaux restants du Plan stratégique.

47. Le temps limité imparti pour entreprendre les consultations nécessaires avec les équipes techniques, les autorités sanitaires nationales, ainsi que pour que le CPAN fournisse les avis nécessaires, était une préoccupation souvent exprimée. En outre, les indicateurs se situant en dehors du champ de responsabilité des autorités sanitaires nationales, et nécessitant une contribution et une collaboration avec d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'éducation, l'environnement, la sécurité publique et la sécurité sociale, présentaient des défis en termes de mesure et de coordination pour les autorités menant l'évaluation. Compte tenu de la prévalence et de l'importance des indicateurs multidimensionnels de la santé et du développement, la collaboration intersectorielle est essentielle pour obtenir des données complètes pour l'évaluation. Une planification préalable et la clarification des rôles et des responsabilités de toutes les parties

concernées sont nécessaires pour relever ce défi. Une attention particulière sera accordée à ces questions, en plus de l'amélioration des aspects tenant au calendrier, à la durée et à la coordination, au cours des exercices futurs.

48. Le processus de validation de l'évaluation, dans le cadre duquel le CPAN a parfois demandé plus d'informations de la part des autorités ou a proposé des changements dans les évaluations, a représenté une opportunité pour les différents niveaux de dialoguer et de parvenir à une compréhension commune des critères pour l'évaluation et des réalisations des pays. La résolution des points de non-concordance a exigé un processus intensif, qui n'a pas toujours conduit à un consensus, compte tenu des interprétations divergentes des définitions des indicateurs et des mesures, ainsi que des lacunes sur le plan de la fiabilité et de la disponibilité des données. Comme spécifié dans les lignes directrices pour l'évaluation, tout point de non-concordance non résolu n'est pas publié dans le présent rapport à l'intention des Organes directeurs.

49. Afin de résoudre les questions ci-dessus, l'Organisation devra renforcer la collaboration active et le dialogue, non seulement pendant la phase d'évaluation, mais également au cours de la phase de planification et pendant la mise en œuvre du programme de travail.

IV. SITUATION RÉGIONALE

50. La présente section résume les progrès accomplis dans la promotion des priorités de santé publique de la Région au cours de la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et du Programme et budget 2014-2015 de l'OPS. Elle met en lumière certaines des réalisations, et certains des défis et des enseignements tirés les plus marquants au cours de l'exercice biennal. Des informations détaillées sur chacune des catégories sont fournies dans les rapports de l'annexe A.

Réduire le fardeau des maladies transmissibles

51. La Région a continué d'enregistrer une réduction du fardeau des maladies transmissibles. Les principales réalisations et les progrès importants incluaient les éléments suivants : *a)* accroissement de l'accès aux interventions pour la prévention et le traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), *b)* augmentation du nombre de patients atteints de tuberculose (TB) correctement diagnostiqués et traités, *c)* renforcement des capacités des pays sur le plan de la surveillance, de la prévention, du contrôle et de l'élimination du paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle et maladies négligées, tropicales et zoonotiques et *d)* augmentation de la couverture vaccinale des populations et communautés difficiles à atteindre tout en préservant les réalisations à ce jour sur le plan du contrôle, de l'élimination et de l'éradication des maladies à prévention vaccinale.

Principales réalisations

52. Les grandes réalisations en 2014-2015 incluent la certification de l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH et de la syphilis congénitale à Cuba, ainsi que la vérification de l'élimination de l'onchocercose en Équateur et au Mexique. Un jalon historique mondial et régional de la santé publique a été la déclaration de l'élimination de la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques en avril 2015.

53. Les Amériques ont continué d'être la Région ayant la couverture la plus élevée de traitement antirétroviral au monde (46 % des personnes vivant avec le VIH d'après les estimations). Onze pays et territoires ont signalé une couverture de plus de 95 % du traitement prophylactique du VIH pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH et 14 pays et territoires ont indiqué au moins 95 % de couverture du traitement de la syphilis chez la femme enceinte.

54. Sur la base des dernières informations disponibles, le nombre cumulé de cas de tuberculose confirmés sur le plan bactériologique qui ont été traités avec succès a augmenté de 403 000 patients pour atteindre 1,85 million de patients en 2013, ce qui représente un progrès important vers la réalisation de la cible de 2,5 millions pour 2019.

55. Le taux de mortalité due à la dengue a été réduit de 0,07 % à 0,05 % entre 2010 et 2014, selon les dernières données disponibles, soit une diminution de 28 %.

56. La Région a continué d'enregistrer une réduction des cas de paludisme confirmés, avec 389 390 cas en 2014, soit une réduction de 67 % par rapport à 2000. Il y a eu 87 décès, soit une réduction de 79 % au cours de cette même période. Cela réaffirme les progrès de la Région dans la lutte contre le paludisme. En outre, 100 % des cas de paludisme confirmés dans le secteur public reçoivent le traitement antipaludéen de première intention.

57. Seize des 23 pays d'endémie ont atteint l'objectif d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, sur la base des informations disponibles à la fin de 2014. Les pays ont continué d'accroître l'accès au diagnostic et au traitement de la leishmaniose et d'améliorer les actions de surveillance et de contrôle intégrées.

58. En 2014-2015, la Région a continué de maintenir un faible nombre de décès dus à la rage canine, avec un total de 20 décès confirmés contre 22 en 2012-2013.

59. La Région a continué de maintenir ses réalisations sur le plan de la couverture vaccinale, avec plus de 90 % de couverture moyenne régionale pour les trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC).

Défis

60. Des lacunes subsistent concernant l'accès à la prévention, au diagnostic et au traitement de plusieurs maladies transmissibles dont le VIH, les IST, l'hépatite virale, la tuberculose et le paludisme, entre autres.

61. Des ressources humaines et financières insuffisantes et une coordination limitée entre tous les partenaires et les parties prenantes constituent des obstacles à la surveillance, à la prévention, au dépistage, au suivi et aux interventions nécessaires pour lutter contre plusieurs maladies transmissibles.

62. Empêcher une propagation accrue de la circulation des arbovirus et plus récemment du chikungunya et du virus Zika, nécessite une approche intégrée qui présente des défis importants sur le plan financier, technique et de la gestion.

Enseignements tirés

63. Le processus de validation de l'ETME à Cuba, y compris la mission d'évaluation et les réunions du Comité régional de validation, a constitué une expérience précieuse qui peut être utilisée pour mettre à jour les documents et éclairer le processus pour les prochains pays qui ont déjà demandé à l'OPS d'apporter la validation de l'élimination.

64. Étant donné que l'initiative concernant la TB dans les grandes villes a été élaborée sur la base d'un cadre épidémiologique solide, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé, et qu'elle a eu de bons résultats, les enseignements tirés de ce processus seront utilisés pour soutenir l'élargissement de cette initiative au VIH, au diabète et à la santé mentale, notamment.

65. Les activités intersectorielles et inter-programmatiques ont conduit à de meilleures synergies et à la réalisation de succès communs, comme dans le cas des campagnes de déparasitage/vaccination intégrées, des activités contre la tuberculose dans les grandes villes et d'autres encore. Toutefois, des efforts soutenus, en particulier sur le plan des activités intersectorielles, sont nécessaires pour maintenir ces réalisations car il faut faire face à des changements au niveau des homologues politiques et des partenaires stratégiques dans de nombreux pays.

66. L'élaboration et l'approbation du Plan d'action pour la prévention et la lutte contre l'hépatite virale ont recentré l'attention nécessaire sur les épidémies silencieuses dans la Région.

Traiter des maladies non transmissibles, de leurs facteurs de risque et de la santé mentale

67. Pendant l'exercice biennal 2014-2015, la promotion et le renforcement de la coordination multisectorielle ont été essentiels dans la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) et leurs facteurs de risque. En outre, des politiques, des plans et des lignes directrices ont été élaborés ou mis à jour pour mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes (meilleurs investissements). Une prise de conscience politique a été favorisée concernant l'importance des maladies non transmissibles (MNT) et la nécessité de promouvoir les investissements afin de renforcer l'action multisectorielle. Le Conseil directeur de l'OPS a approuvé des plans d'action régionaux pour traiter de la santé mentale, de la violence faite aux femmes, de la sécurité routière et des handicaps et de la réadaptation, et prévenir l'obésité des enfants et des adolescents.

Principales réalisations

68. Les données probantes de la Région suggèrent une diminution du tabagisme chez les adultes, qui est passé de 19 % en 2010 à 16,4 % en 2015, ce qui donne à penser que la réalisation de la cible de résultat intermédiaire (17 %) restera réalisable en 2019.

69. À la fin de 2015, 16 pays de la Région avaient des plans d'action nationaux contre les MNT et 14 pays avaient défini des cibles et indicateurs nationaux pour les MNT conformément aux engagements définis lors de la réunion de haut niveau des Nations Unies (ONU) de 2014 sur les maladies non transmissibles. En outre, les lignes directrices sur les MNT et le modèle de soins sur les maladies chroniques pour la gestion intégrée des MNT ont été élaborés, contribuant ainsi au renforcement des systèmes et des services de santé pour les MNT.

70. Vingt et un pays et territoires ont démarré ou consolidé l'intégration de la santé mentale au niveau des soins primaires.

71. La déclaration de Brasilia sur la sécurité routière et le plan de sécurité routière mésoaméricain représentent des réalisations importantes car ils définissent des lignes directrices concrètes pour les actions aux niveaux national et local afin d'atteindre les

cibles de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 et les cibles connexes des ODD.

72. La Stratégie et le Plan d'action sur le renforcement du système de santé pour lutter contre la violence faite aux femmes ont été approuvés par le 54e Conseil directeur de l'OPS en 2015, faisant de la Région des Amériques la première région de l'OMS à avaliser un cadre d'action sur la violence faite aux femmes. Ce document a également constitué une contribution importante à l'élaboration du Plan d'action mondial sur la violence, examiné par la 69e Assemblée mondiale de la Santé (2016).

73. La mise en œuvre du Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation a contribué aux progrès observés en matière d'accès aux services d'adaptation et de réadaptation et aux services sociaux destinés aux personnes handicapées.

74. La mise en œuvre du Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents a joué un rôle clé pour ce qui est d'aider les pays à élaborer des politiques et des législations sur la commercialisation des aliments pour les enfants, l'amélioration de l'environnement nutritionnel à l'école et l'étiquetage sur le devant des emballages afin de mieux informer les consommateurs sur les aliments riches en sel, en graisses et en sucres. Des actions concrètes dans les pays comprennent des taxes sur les boissons sucrées, appliquées à la Barbade, à la Dominique et au Mexique et la législation sur l'étiquetage sur le devant des emballages adoptée par la Bolivie, le Chili et l'Équateur. Le modèle de profil nutritionnel mis au point par l'OPS contribue à étayer ces changements importants.

Défis

75. Lutter contre les MNT et réguler les facteurs de risque nécessitera non seulement de reconnaître leur importance, mais également d'intensifier la collaboration intersectorielle, ainsi que la capacité à mettre en œuvre et appliquer avec succès des politiques solides et une législation efficace. Le succès sur ce front est limité par les puissants intérêts des industries du tabac, de l'alcool et de l'alimentation, ainsi que par des ressources financières et humaines insuffisantes pour s'attaquer à ces problèmes.

76. La réduction de l'usage nocif de l'alcool reste un défi majeur, sans aucun signe de progrès dans la réalisation de ce résultat intermédiaire au cours du dernier exercice biennal. Sur la base des tendances actuelles, les projections font état d'une augmentation de la consommation d'alcool par habitant, d'une utilisation accrue chez les femmes et de taux plus élevés de consommation excessive d'alcool ponctuelle (« *binge drinking* »). En l'absence de mise en œuvre réussie des politiques, les cibles du résultat intermédiaire ne seront pas atteintes. Par conséquent, une priorité accrue doit être accordée immédiatement à la lutte contre l'alcool en tant que problème de santé majeur. Bien que plusieurs pays aient élaboré des politiques ou des plans nationaux sur l'alcool, la plupart d'entre eux n'ont finalement pas été approuvés par les autorités nationales, ce qui remet en question la volonté de traiter de ce facteur de risque.

77. Alors que de nombreux pays s'appuient sur des enquêtes sur cinq ans sur les MNT et leurs facteurs de risque, des lacunes en matière de surveillance empêchent la mesure de la prévalence des facteurs de risque et des MNT, ainsi que des indicateurs nutritionnels et de santé mentale, qui ne sont pas inclus dans les protocoles d'enquête actuels.

78. Bien que le fardeau de la violence, des traumatismes et des incapacités sur la santé et le développement soit largement reconnu dans la Région, la réponse n'est pas proportionnelle à l'ampleur du problème en raison de l'insuffisance des financements, du manque d'informations et de la capacité limitée dans les pays.

79. Bien que certains pays de la Région répondent aux critères de l'OMS concernant les meilleures pratiques en matière de législation sur la sécurité routière, il existe des faiblesses dans l'application de ces lois.

Enseignements tirés

80. L'expérience au cours de l'exercice biennal écoulé a montré que pour relever les défis susmentionnés, il faut renforcer la capacité au niveau régional et augmenter les ressources humaines et financières aux niveaux national et infrarégional. Ceci doit être associé au renforcement des capacités institutionnelles nationales pour élaborer, mettre en œuvre et appliquer des politiques, des plans, des programmes et la législation.

Promouvoir la bonne santé tout au long de la vie et traiter des déterminants de la santé

81. Au cours de l'exercice biennal, des progrès ont été réalisés pour ce qui est de traiter des questions clés relatives à la santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes, selon une approche de parcours de vie et en prenant en considération les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et les thématiques transversales du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'origine ethnique. Compte tenu des obstacles à la réalisation de l'OMD 5, lié à la santé maternelle, une attention accrue a été accordée à la mise en œuvre de plans pour réduire la mortalité maternelle et périnatale et promouvoir la santé sexuelle et génésique.

Principales réalisations

82. La Région a continué d'enregistrer une tendance à la baisse du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et a atteint la cible de l'OMD 4, avec une réduction globale de 69 % entre 1990 et 2015.

83. Une réduction du taux de mortalité maternelle de 21 % en 2013-2014 a été observée dans les pays avec plus de 7000 accouchements par an.

84. Grâce aux efforts collectifs déployés avec les pays et les partenaires, le taux de fécondité des adolescentes a poursuivi sa tendance à la baisse, passant de

65,6 pour 1000 en 2013 à 64,4 en 2014 chez les femmes de 15 à 19 ans. Six pays ont actualisé ou élaboré des politiques et stratégies nationales sur la santé des adolescents.

85. Dix-huit pays mettaient en œuvre des plans intégrés pour la réduction de la mortalité maternelle et périnatale, conformément aux plans d'action régionaux sur la mortalité maternelle et la santé néonatale.

86. L'Initiative des villes et communautés amies des aînés[5] a été élargie à plus de 65 villes dans la Région, et des programmes d'auto-prise en charge de la santé fondés sur des données probantes pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques multiples ont été mis en œuvre dans deux pays d'Amérique latine et dans 10 pays des Caraïbes orientales.

87. La Stratégie et le Plan d'action sur les formes de démence chez les personnes âgées ont été approuvés par le 54e Conseil directeur. L'Organisation des États Américains, avec l'appui de l'OPS, a approuvé la Convention interaméricaine sur la protection des droits de l'homme des personnes âgées.

88. Dix pays ont introduit des normes relatives aux droits de l'homme dans des déclarations infrarégionales et des politiques, des lois et/ou des décrets ministériels à l'échelle nationale. Deux pays ont procédé à une réforme des codes civils sur la base de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et approuvé ou actualisé des protocoles sur la santé mentale par décret ministériel en conformité avec les conventions universelles et régionales des droits de l'homme. Huit pays ont procédé à une réforme des lois nationales sur la base des normes des droits de l'homme dans des domaines comme le VIH, la santé des adolescents, les handicaps et la lutte contre le tabagisme.

89. Les capacités institutionnelles pour quantifier et analyser les inégalités sociales de la santé ont été renforcées dans 19 pays. Ce chiffre comprend la production de profils d'équité en matière de santé traitant des dimensions sociales, économiques et environnementales du développement durable.

90. Le Plan d'action régional sur la Santé dans toutes les politiques (HiAP, d'apres son sigle en anglais) a été approuvé par le 53e Conseil directeur et une feuille de route a été élaborée pour mettre en œuvre le plan, notamment dans le cadre du programme de développement post-2015. En outre, un examen systématique de l'ODD 3 et de ses 30 cibles a été mené pour guider la mise en œuvre du programme post-2015.

91. Les capacités des pays ont été renforcées en matière de surveillance de la qualité de l'eau, de la qualité de l'air à l'intérieur des logements, de la santé au travail et de

[5] L'Initiative des villes et communautés amies des aînés est une initiative de l'OMS qui encourage l'adoption d'une stratégie multisectorielle pour promouvoir des environnements amis des aînés qui peuvent être facilement adoptés au niveau local, en faisant des villes et des communautés de meilleurs endroits où les personnes âgées peuvent vivre et contribuer à leur communauté tout en conservant leur autonomie et leur bonne santé.

l'adaptation au changement climatique. Des progrès importants ont été réalisés sur le plan de la mesure et de la réduction des inégalités en renforçant les capacités dans les plans de salubrité de l'eau.

Défis

92. Malgré la réduction de la mortalité maternelle mentionnée ci-dessus, aucun pays de la Région n'a atteint la cible de l'OMD 5 d'une réduction de 75 % de la mortalité maternelle entre 1990 et 2015. Au moins 11 pays ont considérablement réduit la mortalité maternelle (de 40 % ou plus) au cours de cette période.

93. Il est toujours urgent de réduire les causes évitables de décès et de morbidité grave chez les nouveau-nés et les mères, notamment en améliorant l'accès à des services de qualité et en comblant les lacunes en matière d'information.

94. La collaboration a été limitée avec les parties prenantes non traditionnelles qui prennent des décisions importantes touchant au droit à la santé et aux droits de l'homme connexes (parlements, ministères des Affaires étrangères, autres ministères et commissions nationales des droits de l'homme, entre autres).

95. Les parties prenantes ont différents niveaux de connaissances et de compréhension des thématiques transversales et de leur intégration et mise en œuvre pertinente dans les différents programmes de santé.

96. La capacité de réponse aux demandes croissantes des pays en matière de soutien pour traduire les déterminants sociaux de la santé en actions concrètes est limitée.

97. De grands défis demeurent pour atteindre les cibles des OMD en matière d'assainissement, de comblement du fossé urbain/rural dans le domaine de l'eau et de l'assainissement, et de la réduction de l'utilisation de combustibles solides comme principale source d'énergie par les ménages dans la Région, alors que les pays opèrent la transition vers les ODD. Des efforts et une coordination multisectoriels pour traiter des questions de santé environnementale et professionnelle qui touchent la Région seront essentiels à cette fin.

Enseignements tirés

98. La vision intégrée et l'approche holistique suivies dans le projet Zéro décès maternels à la suite d'hémorragies, qui couvrait des aspects programmatiques et liés aux services de santé, ont permis une réponse rationnelle face à l'urgence des hémorragies obstétricales avec une utilisation plus efficace des ressources. Ce modèle a été élargi au sein des ministères de la Santé, avec des résultats positifs.

99. Une approche multisectorielle élargie, qui inclut d'autres parties prenantes au sein et en dehors du secteur de la santé, est nécessaire pour mettre en œuvre les politiques sur le vieillissement dans la Région.

100. Les activités et discussions techniques portant sur les liens entre le virus Zika, les droits des femmes et les inégalités entre les sexes, ainsi que les vulnérabilités spécifiques des personnes vivant dans la pauvreté, montrent qu'une collaboration plus étroite s'impose pour s'assurer que le travail de l'OPS lors de chaque urgence de santé publique tienne compte de façon adéquate des thématiques transversales, des inégalités structurelles et des normes internationales et régionales des droits de l'homme applicables à la santé des femmes.

101. Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action régional sur la Santé dans toutes les politiques, il est nécessaire de documenter et de partager les meilleures façons d'appliquer les concepts des déterminants sociaux de la santé, l'approche HiAP et les ODD. En outre, la mise en œuvre des ODD et des indicateurs associés présente une opportunité de tirer parti de leurs synergies avec le programme HiAP.

102. La Région doit améliorer et consolider la gouvernance de l'eau, avec un changement de paradigme vers l'intégration durable de la gestion des ressources hydriques du bassin versant au consommateur, ainsi que des efforts visant à réduire les inégalités. Des mesures doivent être adoptées afin d'inclure des plans de salubrité de l'eau dans le cadre des stratégies nationales de l'eau.

Renforcement des systèmes de santé pour la réalisation progressive de la santé universelle

103. Des progrès significatifs ont continué à être réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle. Ceci a inclus l'élaboration de feuilles de route nationales qui élargissent l'accès aux services par le biais des soins primaires au sein des réseaux de prestation de services de santé intégrés, l'élaboration de stratégies globales de financement dans les pays, le réalignement des politiques sur les ressources humaines pour la santé qui répondent aux besoins actuels des systèmes et des services de santé et un meilleur accès à des médicaments et des technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité, répondant aux besoins en matière de santé de la population. Des progrès ont également été enregistrés sur le plan du développement de systèmes d'information intégrés de la santé, avec des actions concrètes prises dans les pays pour améliorer leurs systèmes d'information sanitaires et le suivi des indicateurs de base, la formation et la préparation de documents pour faciliter l'analyse de la santé et appuyer le processus décisionnel, à mesure qu'ils avancent vers la santé universelle.

Principales réalisations

104. Conformément à la stratégie d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle et à la stratégie en matière de législation concernant la santé, la coopération technique a été accrue pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action et/ou de feuilles de route pour la santé universelle dans 10 pays. Onze pays ont élaboré des cadres réglementaires pour la santé universelle et des travaux sont en cours dans 15 pays afin de mettre en œuvre des cadres financiers pour la santé universelle.

105. En vue d'améliorer les services de santé axés sur les personnes, intégrés et de qualité, 23 pays avaient mis en œuvre la stratégie de réseau de prestation de services de santé intégrés en date de la fin 2015, et 12 pays avaient mis en place des stratégies nationales et/ou des plans pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

106. À la suite des activités menées pour renforcer les systèmes de réglementation des médicaments, 10 pays ont élaboré des plans de développement institutionnel, et les profils réglementaires de 17 pays ont été publiés. En outre, en collaboration avec le Conseil pour le développement humain et social (COHSOD), les politiques sur les produits pharmaceutiques dans les Caraïbes ont été renforcées. La collaboration de l'OPS avec le MERCOSUR, le marché commun du Sud, dans les négociations de prix pour les médicaments très onéreux a donné lieu à des réductions significatives du prix des médicaments contre le VIH/sida et l'hépatite C.

107. Les pays font des progrès dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs politiques et plans de ressources humaines pour la santé en vue d'atteindre la santé universelle et de répondre aux besoins actuels et futurs en matière de santé de leurs populations. Au moins 17 pays disposent de plans d'action alignés sur les stratégies et les besoins de leur système de prestations de soins de santé.

108. La Région a fait des progrès notables en ce qui concerne le renforcement des systèmes d'information de santé systématiques, en adoptant de nouvelles technologies et stratégies de recherche et de données probantes, et en intégrant l'éthique dans la recherche pour la santé. Cela aide les pays à améliorer l'analyse de la santé pour étayer la prise de décisions alors qu'ils progressent vers la santé universelle. À cet égard, l'OPS a apporté une coopération technique pour renforcer les systèmes d'information sanitaires dans les Amériques conformément aux stratégies présentées dans le Plan d'action régional de l'OPS pour le renforcement du recueil des donnés d'état civil et de santé. Une plateforme web pour l'information sur la santé (PLISA, selon son sigle espagnol) a été développée et représente une ressource supplémentaire utile que la Région et les pays peuvent utiliser pour opérer un suivi de la mortalité, des maladies à transmission vectorielle, des indicateurs de santé de base et des progrès des indicateurs d'impact dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

Défis

109. Des mesures complémentaires sont nécessaires pour définir des stratégies afin de réformer les stratégies de financement des pays pour qu'elles contribuent au progrès vers la santé universelle. Même si plusieurs pays de la Région ont élaboré des stratégies pour augmenter les dépenses de santé publique, peu ont fait état de progrès par rapport à la cible consistant à ce que les dépenses de santé publique constituent au moins 6 % du produit intérieur brut (PIB). Augmenter les dépenses de santé publique exigera un engagement politique fort de la part des pays de la Région pour créer l'espace budgétaire nécessaire en vue de parvenir à l'accès universel à la santé et à la couverture universelle pour leurs populations.

110. Pour accroître la capacité des pays à suivre et évaluer les progrès vers la santé universelle, il faudra des systèmes d'information plus solides, en mesure de produire des données de qualité en temps opportun afin de mesurer les progrès accomplis en matière d'accès par la population aux services de santé et leur couverture, de gouvernance et leadership, d'équité et efficacité du financement de la santé et d'action concernant les déterminants sociaux de la santé dans la Région.

111. Un engagement accru est nécessaire pour la mise en œuvre de politiques et de réformes visant à renforcer la prestation de services de santé et lutter contre la fragmentation, la mauvaise qualité technique, le recours tardif au système de référence médicale, le manque d'accès aux services de prévention et l'accent excessif mis sur les soins axés sur des pathologies aigues et les traitements en milieu hospitalier.

112. Les informations sont insuffisantes pour déterminer avec précision la réduction du pourcentage d'hospitalisations en 2015 pour des pathologies pouvant être prises en charge par les soins ambulatoires. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les systèmes d'information dans la Région à cet égard.

113. Les pays et territoires de la Région font face au défi du coût croissant des médicaments et autres technologies de la santé, qui requièrent l'adoption de stratégies globales dans ce domaine. Le renforcement des systèmes de réglementation doit également être une priorité dans les États Membres qui ont une capacité limitée dans ce domaine.

114. En ce qui concerne les ressources humaines, les défis importants comprennent l'alignement des politiques, des plans et des règlements des ressources humaines pour la santé avec les besoins des systèmes de santé et de la prestation intégrée des services, les données limitées sur les ressources humaines pour la santé et une intégration limitée entre les secteurs de la santé et de l'éducation.

Enseignements tirés

115. Sur la base du dialogue de haut niveau avec les institutions financières internationales et les pays en 2015, l'OPS devra continuer à coopérer avec, notamment, la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement (BID) et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour parvenir à un consensus sur le financement de la santé dans les Amériques, en particulier sur les recommandations concernant la préparation des subventions et des projets concernant le ticket modérateur et autres dépenses à la charge des patients.

116. L'expérience récente en ce qui concerne la préparation des systèmes de santé pour faire face aux flambées de maladies à virus Ebola, chikungunya et Zika a offert l'occasion d'améliorer la réponse du système de santé à cet égard. Alors qu'il y a quelques temps, les programmes mondiaux de la santé universelle et de la sécurité sanitaire semblaient être en compétition, il semble qu'un consensus mondial croissant existe désormais sur le fait que la sécurité sanitaire ne peut être atteinte qu'en renforçant

les systèmes de santé vers la santé universelle tout en veillant aussi à accroître leur résilience.

117. Un élément essentiel du progrès vers la santé universelle est celui du renforcement de la gestion et de la gouvernance du secteur de la santé. Par conséquent, le développement des capacités permettant d'exercer les fonctions essentielles de santé publique de manière durable représente un défi pour la plupart des pays de la Région. Plusieurs des processus de réforme mis en œuvre lors des vingt dernières années ont entraîné la réduction involontaire des capacités des autorités sanitaires nationales de garantir que les aménagements institutionnels ainsi que les ressources humaines et financières soient en place pour la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique, y compris le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005 de même que la préparation et la réponse aux urgences de santé et aux catastrophes. En 2015, l'OPS a entamé le processus pour la mise à jour du cadre des fonctions essentielles de santé publique et pour fournir une orientation aux pays concernant son exécution. Lors de la période biennale suivante, les efforts de coopération technique se concentreront sur le soutien aux pays en vue d'évaluer leurs capacités de mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique et d'élaborer des programmes d'action pour l'amélioration de ces capacités.

118. Les approches infrarégionales, après qu'un engagement politique a été obtenu, se sont avérées être des alternatives viables pour assurer l'efficacité et le partage des ressources entre les États Membres ayant une capacité limitée.

119. Améliorer l'accès aux médicaments très onéreux et autres technologies de la santé peut exiger d'explorer et d'élaborer de nouvelles stratégies pour la collaboration entre les pays.

120. La mobilisation des ressources pour la recherche en santé nécessite un travail concerté avec d'autres secteurs (comme la science et la technologie, l'éducation, les industries et d'autres partenaires économiques). Les partenaires industriels et économiques sont particulièrement importants, compte tenu de leurs capacités pour intensifier les développements.

Renforcer la résilience et réduire la mortalité, la morbidité et les perturbations sociales dues aux épidémies, aux urgences et aux catastrophes

121. Les efforts réalisés au cours de l'exercice biennal se sont axés sur le renforcement des capacités des pays en matière de prévention, de réduction des risques, de préparation, de surveillance, d'intervention et de relèvement rapide en ce qui concerne les situations d'urgence, les catastrophes et les flambées épidémiques. La capacité des pays à répondre plus efficacement aux urgences et aux catastrophes de tous types a été accrue avec l'intensification des efforts pour répondre aux flambées de maladie à virus Zika et Ebola, ainsi qu'à un certain nombre de graves inondations et sécheresses qui ont touché la Région. Un accent particulier a été mis sur le renforcement des capacités de base aux termes du RSI de 2005, le renforcement de la résilience des installations sanitaires face

aux catastrophes, le renforcement des capacités des pays et territoires à coordonner l'assistance humanitaire en matière de santé et le maintien de l'absence de flambées de fièvre aphteuse dans la Région.

Principales réalisations

122. Un total de 22 pays de la Région a demandé et obtenu l'extension 2014-2016 de leur plan national du RSI, montrant leur engagement à mettre en place des capacités nationales de santé publique. Dans le cadre du développement des capacités du RSI, un soutien technique a été fourni pour mettre à jour ces plans dans le contexte du Cadre pour le renforcement de la préparation et de l'intervention nationales à la maladie à virus Ebola (MVE) dans les Amériques. Le cadre de préparation à la MVE a été élaboré et mis en œuvre avec la coopération technique directe fournie à plus de 26 États Membres dans le cadre des efforts en cours de préparation et d'intervention face aux nouvelles flambées de maladies infectieuses.

123. Le système de surveillance et d'intervention épidémiologique 24 heures sur 24/7 jours sur 7 a été maintenu afin d'informer rapidement les États Membres des menaces ou des risques pour la santé publique. Au cours de l'exercice biennal, 38 alertes et mises à jour épidémiologiques ont été diffusées et 31 mises à jour d'événements (10 liés au virus Zika) ont été affichées sur le Site d'informations des événements du RSI pour les points focaux nationaux du RSI.

124. Les pays ont renforcé leur capacité à répondre aux flambées de virus chikungunya et Zika grâce au développement d'outils de prise en charge clinique et au renforcement des capacités de laboratoire.

125. Le taux de mortalité due au choléra en Haïti a été maintenu au-dessous de 1 % (0,89 % pour 2015), tandis que l'OPS a continué de fournir le leadership et le soutien technique pour faire face aux urgences prolongées liées au choléra.

126. L'OPS a activement mobilisé des ressources nationales et internationales pour les opérations d'intervention dans toutes les urgences de niveau 1 et de niveau 2 qui ont touché la Région. L'Organisation a augmenté sa capacité institutionnelle pour la préparation aux catastrophes, la surveillance et l'intervention face à tous les types de risque, conformément à sa politique de réponse institutionnelle aux situations d'urgence et aux catastrophes.

127. Elle a apporté son leadership et son soutien technique aux États Membres dans la mise en œuvre du Plan d'action pour la sécurité des hôpitaux. Le nombre de pays et de territoires appliquant l'indice de sécurité des hôpitaux pour évaluer la sécurité des hôpitaux face aux catastrophes est passé à 36, la plupart d'entre eux mettant également en œuvre des mesures correctives dans les établissements de santé prioritaires.

128. Les efforts novateurs visant à intégrer les considérations de changement climatique et de réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé

(l'initiative des hôpitaux SMART) ont été élargis à sept pays des Caraïbes, à savoir le Belize, la Dominique, la Grenade, le Guyana, la Jamaïque, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie.

129. Dans la Région des Amériques, il n'y a eu aucune notification de fièvre aphteuse depuis janvier 2012. Aucune nouvelle flambée de fièvre aphteuse n'a été signalée dans des pays ou zones reconnus indemnes de fièvre aphteuse depuis avril 2013, ce qui représente un tournant historique. L'OPS a apporté son leadership et sa coopération technique pour la mise en place du Plan d'action 2011-2020 du programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse.

130. Le plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire 2015-2019 et le plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens ont été approuvées par l'OPS/OPS lors des 53e et 54e Conseils directeurs, respectivement.

131. Sept États Membres ont renforcé leurs capacités d'inspection des aliments, en mettant l'accent sur l'inspection des aliments fondée sur le risque.

Défis

132. Il est important de s'assurer de l'engagement des pays à poursuivre leurs efforts pour renforcer les capacités de base durables pour le RSI, en tenant compte des enseignements tirées de la préparation et de l'intervention face à la MVE et à d'autres urgences de santé publique.

133. Le caractère limité des ressources financière et humaines (qualifiées et disponibles immédiatement) pour la réduction des risques demeure un défi constant.

134. Un engagement national fort, une coordination multisectorielle et des approches inter-programmatiques pour renforcer les capacités en matière de salubrité des aliments et d'intégration de la salubrité des aliments dans des stratégies et des plans plus vastes sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans la Région sont nécessaires.

135. En ce qui concerne la fièvre aphteuse, l'OPS est confrontée à l'augmentation des attentes et demandes des pays pour ce qui est de la poursuite de la coopération technique afin de maintenir les acquis à ce jour dans les Amériques. Des mesures doivent être prises pour relever les défis restants dans les pays ayant le statut de pays indemnes de fièvre aphteuse et pour faire progresser encore les programmes nationaux en vue d'obtenir le statut « pays indemne de fièvre aphteuse sans vaccination ».

136. Il est nécessaire d'intensifier les activités régionales et l'engagement national à mettre en œuvre des plans nationaux pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens.

Enseignements tirés

137. Les mécanismes visant à faciliter l'échange de bonnes pratiques et le partage d'informations entre les pays devraient être appliqués pour renforcer la préparation et

l'intervention face à des agents pathogènes émergents au cours de l'exercice biennal 2016-2017.

138. Dans le cadre de la MVE, des missions techniques dans les pays ont permis d'identifier les divergences entre les conclusions des experts et les auto-évaluations réalisées par les pays des scores en matière de capacité de base du RSI. Cela montre la nécessité d'affiner l'approche de suivi de la mise en œuvre du RSI pour mettre davantage l'accent sur la fonction des systèmes de santé publique.

139. L'utilisation d'estimations régionales du fardeau des maladies d'origine alimentaire comme outil de plaidoyer a conduit à une plus grande prise de conscience des autorités nationales et à la priorisation de ces maladies par les États Membres. Cela a contribué à l'élaboration des estimations nationales obligatoires.

140. Renforcer la participation multisectorielle des parties prenantes, tant au sein du secteur de la santé qu'en dehors, est essentiel pour la réussite de la mise en œuvre du plan d'action pour la sécurité des hôpitaux.

Favoriser le fonctionnement efficace et efficient de l'Organisation

141. Outre les réalisations techniques décrites ci-dessus, l'OPS a réalisé des progrès constants dans le renforcement et l'amélioration de ses fonctions techniques et services institutionnels pour l'exécution de ses programmes de coopération technique. À cet égard, l'Organisation a continué de renforcer sa focalisation sur les pays, avec un nouveau cadre pour la coopération entre les pays pour le développement de la santé et une stratégie pour les huit pays clés. Des mesures concrètes ont été prises en vue de renforcer la coopération technique infrarégionale. La mise en place de partenariats pour le leadership en matière de santé s'est également poursuivie avec les équipes de pays des Nations Unies. La gestion axée sur les résultats a continué d'être la pierre angulaire des processus de planification, de budgétisation, de gestion des programmes, de suivi et d'évaluation dans l'ensemble de l'Organisation, avec une participation accrue des États Membres à travers des approches globales du bas vers le haut et des approches de priorisation.

Principales réalisations

142. L'OPS a continué à renforcer et élargir son engagement auprès des États Membres, des agences de l'Organisation des Nations Unies, des systèmes interaméricains, des mécanismes d'intégration infrarégionale et des partenaires pour la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS, en suivant des approches incluant l'ensemble du gouvernement. En outre, la collaboration avec les pays a été renforcée en s'attachant à promouvoir davantage la politique axée sur les pays, et la stratégie des pays clés de l'OPS a été actualisée pour appuyer la coopération technique ciblée.

143. Le processus d'évaluation conjointe du Plan stratégique et du Programme et budget de l'OPS a été mis en œuvre pour la première fois, avec la participation de tous

les pays et territoires. Pour faciliter ce processus, un nouveau système de suivi et d'évaluation conjoint, le SPMS, a été développé et mis à la disposition de tous les États Membres. Cette initiative est unique parmi toutes les régions de l'OMS et améliorera la transparence et la responsabilisation dans la formulation et l'exécution du programme et budget.

144. Le Programme et budget 2014-2015 a été financé à 97 % et un budget intégré avec une augmentation de 8,8 % a été approuvé par les États Membres pour 2016-2017.

145. L'OPS a élaboré une méthodologie robuste et scientifique de priorisation programmatiques qui fait partie intégrante de la planification stratégique et de l'élaboration du programme et budget. Cette approche novatrice est le fruit d'une collaboration intense et productive avec des experts clés de la santé publique des autorités sanitaires nationales dans la Région.

146. En 2015, l'OPS a adopté, configuré et installé le nouveau système d'information pour la gestion du BSP (PMIS), qui utilise un logiciel de planification des ressources d'entreprise, en respectant le budget et dans les délais.

147. Des progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre de la politique de gestion des risques institutionnels avec l'identification des risques institutionnels et des plans d'atténuation qui seront mis en œuvre en 2016-2017.

148. Afin de réaliser des économies de coûts et des gains d'efficacité, des accords de niveau de service avec des indicateurs de performance clés ont été mis en œuvre en vue d'améliorer les services administratifs et de soutien. Les résultats préliminaires sont encourageants, avec une réduction des coûts d'exploitation de 2 % à 3 %.

149. Le BSP a également continué à employer des technologies et des plates-formes de communication innovantes pour faciliter sa coopération technique d'une manière efficace et efficiente. Des efforts consolidés en termes de sensibilisation des médias et d'accroissement des consultations de pages Web ont contribué à accroître le positionnement de l'Organisation au sein de la communauté internationale.

Défis

150. L'applicabilité et l'utilisation du mécanisme de coordination des pays avec des partenaires multiples varient selon le contexte national et la présence des agences de développement et d'aide dans les pays et territoires.

151. Lors de la période de négociation du cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques (FENSA), la manière dont l'Organisation pouvait collaborer avec les acteurs non étatiques n'a pas été claire, notamment pour ce qui est de la mobilisation des ressources. L'adoption de FENSA lors de l'Assemblée mondiale de la Santé et son adaptation aux spécificités de l'OPS devraient fournir les directives nécessaires à ce sujet.

152. Davantage de progrès sont attendus dans le domaine de l'évaluation, où une approche intégrée devrait regrouper les enseignements tirés des rapports d'évaluation et obtenus par d'autres moyens.

153. Des difficultés ont subsisté pour attirer des fonds suffisamment souples qui pourraient être alloués stratégiquement aux domaines programmatiques ayant les plus grands besoins ou la plus haute priorité, ainsi que pour obtenir le financement intégral pour la partie AMRO du budget programme de l'OMS.

154. Un défi majeur avait trait à la nécessité de consacrer beaucoup de temps de personnel à la mise au point et aux tests du PMIS alors même que le personnel travaillait également pour s'acquitter de ses responsabilités programmatiques et administratives.

155. Le caractère inégal des capacités dans les domaines de la communication stratégique et de la gestion des connaissances limite la possibilité de promouvoir et de positionner efficacement le travail de l'Organisation.

Enseignements tirés

156. Développer des alliances stratégiques au-delà des acteurs traditionnels de la santé a contribué à renforcer la visibilité de l'OPS et son rôle comme de « centre de coordination ».

157. Le processus d'élaboration de stratégies de coopération avec les pays offre une opportunité de renforcer le leadership et le plaidoyer de l'OPS en matière de santé au niveau national et fournit le principal cadre de référence pour guider le programme de coopération technique avec et pour les pays.

158. Le soutien et l'engagement continus de la Direction au plus haut niveau ont largement contribué à faire avancer les mécanismes de responsabilisation au sein de l'Organisation.

159. Les processus de planification et de priorisation du bas vers le haut utilisés pour l'élaboration du Plan stratégique et du Programme et budget de l'OPS ont largement contribué à l'élaboration de plans et de budgets plus réalistes, qui mettent l'accent sur les priorités définies conjointement avec les États Membres. La participation sans précédent des États Membres et du personnel de l'ensemble du BSP aux processus de planification et de budgétisation de l'Organisation devrait se traduire par une appropriation et un engagement accrus sur le plan de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du Plan stratégique 2014-2019 approuvé et des trois Programmes et budgets correspondants.

160. Le nouveau processus de suivi et d'évaluation conjoints et le système mis en œuvre pour le Plan stratégique et le Programme et budget de l'OPS, auxquels participent les États Membres et le BSP, ont renforcé la responsabilisation et la transparence au sein de l'Organisation et ont permis d'ancrer davantage la gestion axée sur les résultats dans l'ensemble de l'OPS.

161. Le recueil d'indicateurs a conduit à l'élaboration de critères techniques solides pour mesurer les indicateurs et a facilité le dialogue et la résolution des divergences dans l'évaluation conjointe avec les États Membres. Il a également mis en exergue la nécessité de reproduire ces bonnes pratiques dans tous les plans d'action élaborés par l'Organisation afin de garantir une évaluation systématique et objective des résultats.

162. L'évaluation de fin d'exercice biennal a conduit à réexaminer des niveaux de référence et des cibles de production non validés précédemment. Les résultats de l'évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015 serviront comme intrant pour la validation et la révision éventuelle des niveaux de référence et des cibles pour les résultats immédiats dans le Programme et budget 2016-2017. En outre, les cibles liées à la santé dans les objectifs de développement durable seront prises en compte dans la validation des résultats immédiats 2016-2017 pour s'assurer que les résultats immédiats contribuent au respect de ces engagements.

163. L'évolution de l'environnement et des impératifs de santé et de développement exigent que l'Organisation continue à intégrer l'innovation, la technologie et la bonne combinaison de compétences pour demeurer au premier plan de la réponse aux défis actuels et nouveaux de la santé publique dans la Région.

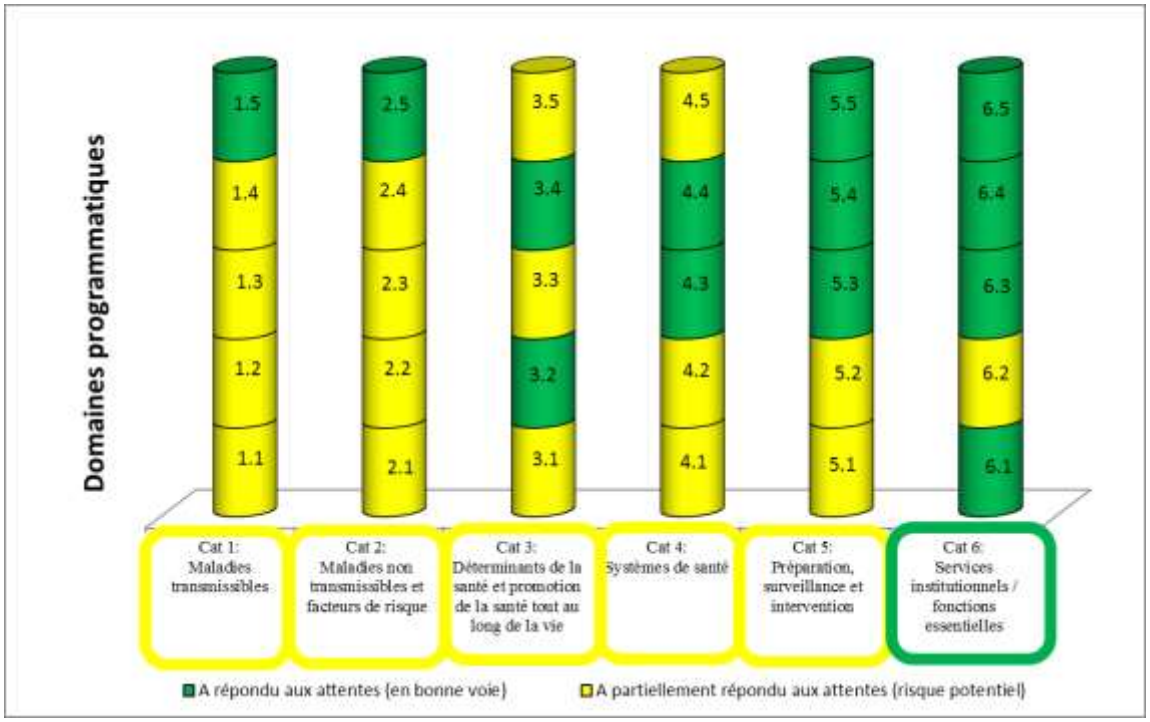
V. VUE D'ENSEMBLE DE L'EXÉCUTION PROGRAMMATIQUE

164. Cette section présente un résumé des résultats de l'évaluation, y compris la mise en œuvre du Programme et budget 2014-2015 et un rapport sur l'état d'avancement pour atteindre les résultats du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Elle décrit l'état d'avancement des catégories et domaines programmatiques, y compris les progrès dans la réalisation des 83 indicateurs de résultats intermédiaires et des 115 indicateurs de résultats immédiats grâce aux efforts communs des États Membres et du BSP. Un résumé de l'évaluation des produits et services offerts par le BSP pour l'exercice biennal 2014-2015 est également présenté. Un rapport d'avancement détaillé par catégorie et domaine programmatique, y compris l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats, est présenté à l'annexe A.

Vue d'ensemble de l'évaluation des catégories

165. Comme on le voit à la figure 3, cinq des six catégories ont répondu partiellement aux attentes, tandis qu'une (la catégorie 6) a pleinement répondu aux attentes au cours de l'exercice biennal. En ce qui concerne les domaines programmatiques, 13 des 30 domaines programmatiques ont répondu aux attentes : ces domaines programmatiques sont en bonne voie pour atteindre les résultats du Plan stratégique d'ici à 2019. Les 17 domaines programmatiques restants ont répondu partiellement aux attentes, même si d'importants progrès ont été réalisés pour chacun d'eux. Des mesures décisives devront être prises afin de garantir que les retards, les obstacles ou les difficultés qui entravent les progrès sont traités au cours de la prochaine période biennale afin que ces domaines programmatiques soient de nouveau sur les rails, tandis que les efforts doivent être maintenus dans les domaines programmatiques qui ont répondu aux attentes. Il est à noter qu'aucune catégorie ou domaine programmatique n'a été évalué comme étant en difficulté au cours de cette première évaluation.

Figure 3. Vue d'ensemble des catégories et des domaines programmatiques, 2014-2019



Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

166. Comme illustré par les figures 4 et 5, au cours du premier exercice biennal du Plan stratégique 2014-2019, la Région a accompli des progrès substantiels vers la réalisation des cibles d'indicateur de résultats intermédiaires, qui mesurent les progrès réalisés dans l'amélioration de la santé ou la réduction des facteurs de risque. Par exemple, 5 (6 %) des 83 indicateurs de résultats intermédiaires ont déjà atteint ou dépassé leur cible fixée pour 2019. Ils comprennent l'indicateur 1.3.1 (paludisme), 1.5.4 (polio), 3.1.1 (méthodes de planification familiale), 3.1.5 (pneumonie) et 5.5.1 (intervention face à une situation d'urgence). En outre, 70 (84 %) des 83 indicateurs sont en progrès et, parmi eux, 8 ont atteint plus de 80 % de leurs cibles, ce qui indique que la Région est en bonne voie pour atteindre les cibles de résultats intermédiaires d'ici à 2019.

167. Malgré les progrès réguliers globaux accomplis sur le plan de la réalisation des cibles fixées pour la période de six ans du Plan, des défis subsistent pour atteindre les indicateurs fixés pour 2019. Ceci est particulièrement vrai pour les indicateurs de résultats intermédiaires de la catégorie 2 (maladies non transmissibles et facteurs de risque) et de la catégorie 4 (systèmes de santé), où les progrès dépendront de nouveaux engagements qui exigent des efforts et des ressources supplémentaires au sein du secteur de la santé et en dehors. Les indicateurs de résultats intermédiaires qui ne progressent pas comme prévu nécessiteront une surveillance étroite et des mesures accélérées pour relever les défis sous-jacents qui entravent les progrès. En particulier, quatre des sept

indicateurs de résultats intermédiaires évalués comme sans aucun progrès au cours de cet exercice biennal devront faire l'objet de mesures correctives immédiates : les indicateurs 2.1.1a, 2.1.1b et 2.1.1c, tous liés à la consommation d'alcool et à ses conséquences, et l'indicateur 4.1.2, qui a défini une cible pour les dépenses publiques de la santé d'au moins 6 % du PIB. Ces indicateurs, surtout celui concernant la santé universelle (4.1.2), nécessitent un engagement politique et un plaidoyer forts de la part des États Membres et du BSP, ainsi qu'une collaboration intersectorielle.

Figure 4. Vue d'ensemble de l'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires, 2014-2019

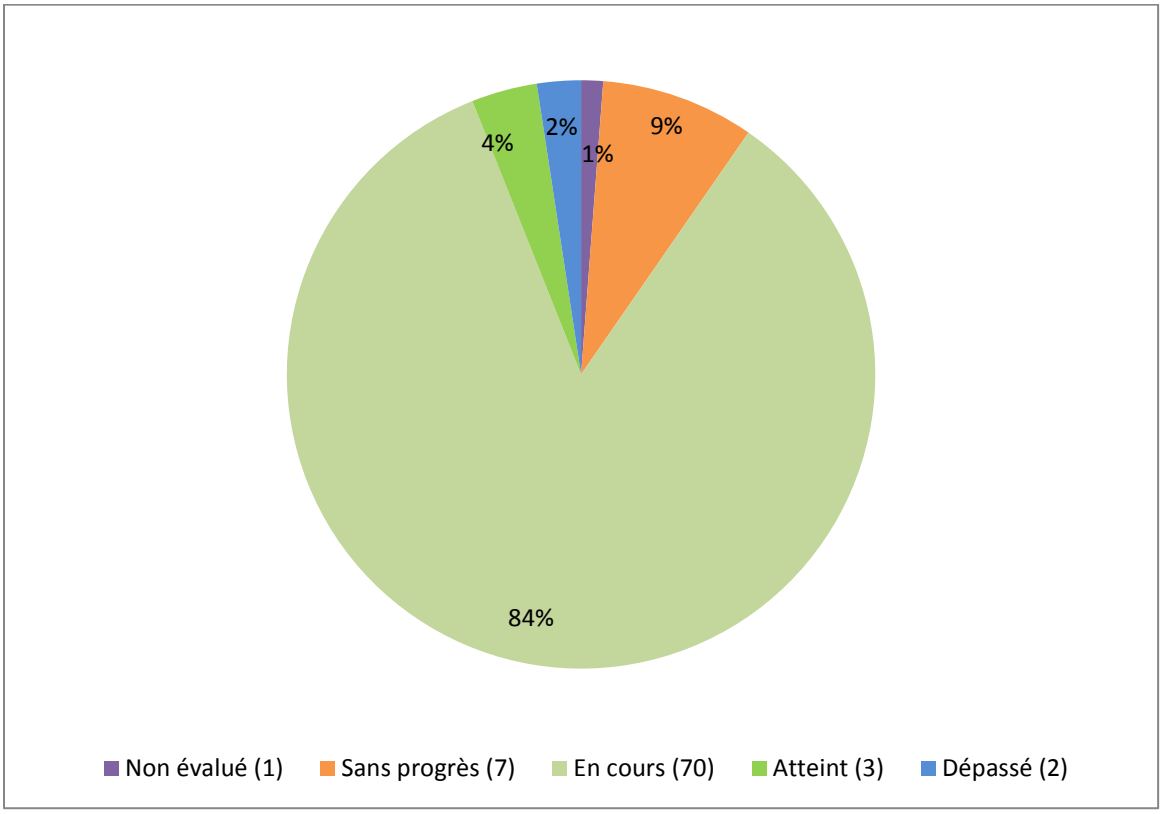
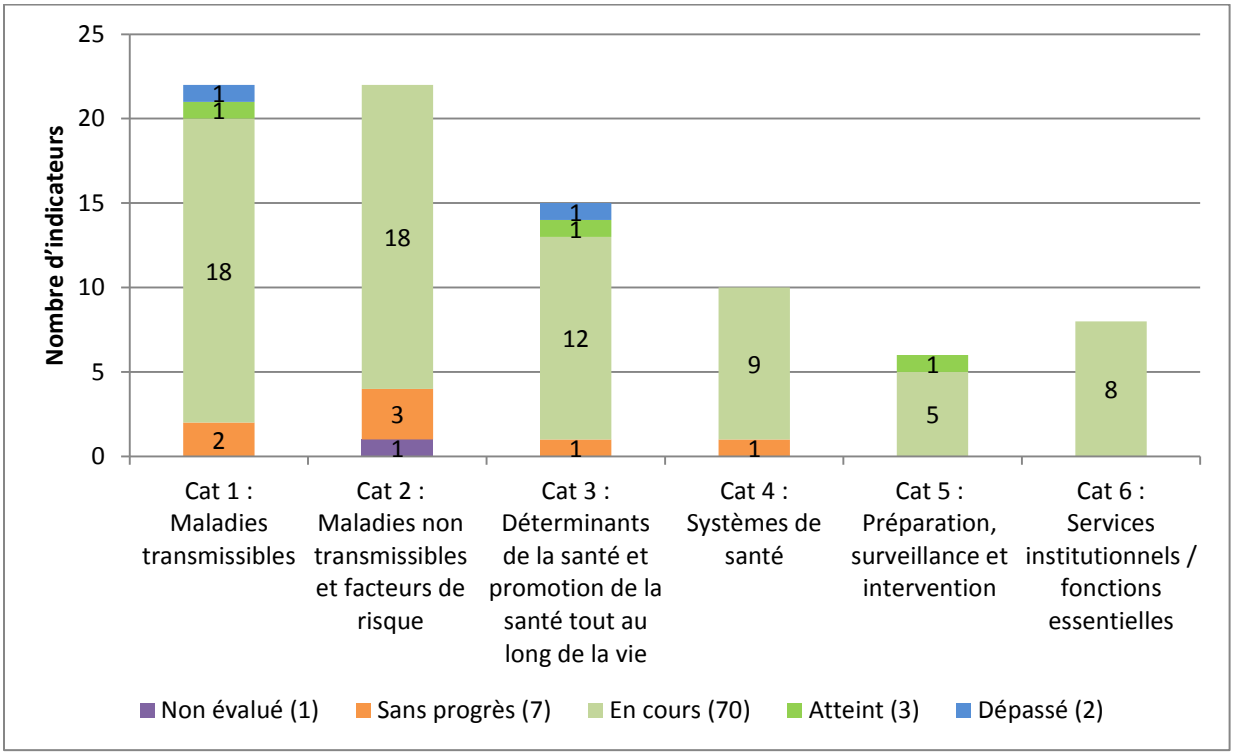


Figure 5. Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires par catégorie, 2014-2019



Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

168. Les indicateurs de résultats immédiats mesurent les changements dans les politiques, les stratégies, les plans, les programmes et les normes pour améliorer les systèmes et les services. Comme illustré par les figure 6 et 7, à la fin de 2015, 58 des 116 indicateurs de résultats immédiats étaient atteints ou dépassés, alors que 56 autres étaient partiellement atteints.[6] Sur les 58 indicateurs qui ont été atteints, 37 ont dépassé leur cible pour 2015. En outre, des progrès considérables ont été réalisés sur les 56 indicateurs qui ont été partiellement atteints, les activités se poursuivant jusqu'en 2016-2017. Les détails sur chaque indicateur de résultats immédiats sont présentés dans les rapports de catégories à l'annexe A, y compris la liste des pays et territoires qui ont atteint et partiellement atteint chaque indicateur.

169. Les principales questions qui ont eu une incidence sur la non-réalisation des indicateurs de résultat intermédiaires et immédiats comprennent : *a)* le manque d'informations fiables permettant de bien mesurer et suivre les progrès accomplis par les pays et territoires, *b)* le soutien politique insuffisant, les capacités institutionnelles

[6] Outre les 114 indicateurs de résultats immédiats évalués, un indicateur, RIM 6.1.5, a été annulé sur la base de la révision des indicateurs du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 avec le Groupe de travail des pays, et un autre (6.2.3) n'a pas évalué car les données étaient insuffisantes pour cet exercice biennal.

limitées et la faiblesse des actions intersectorielles, ainsi que des priorités concurrentes au sein des programmes nationaux et régionaux et *c)* des cibles ambitieuses pour certains indicateurs ; par exemple, 49 indicateurs de résultats immédiats avaient des cibles deux fois supérieures à leur valeur de référence.

Figure 6. Vue d'ensemble de l'évaluation des indicateurs de production, 2014-2019

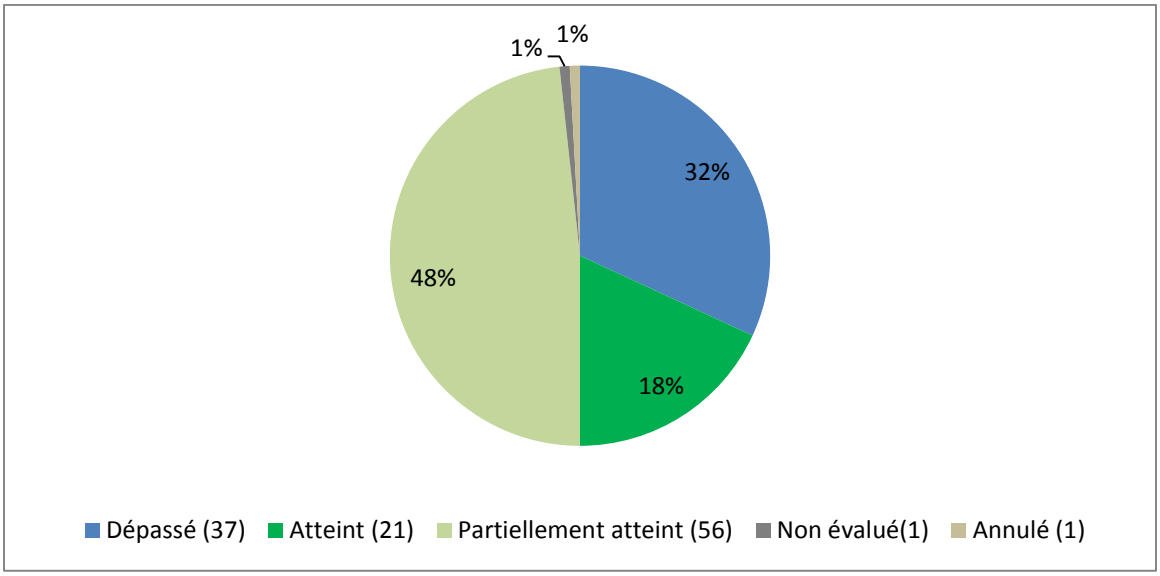
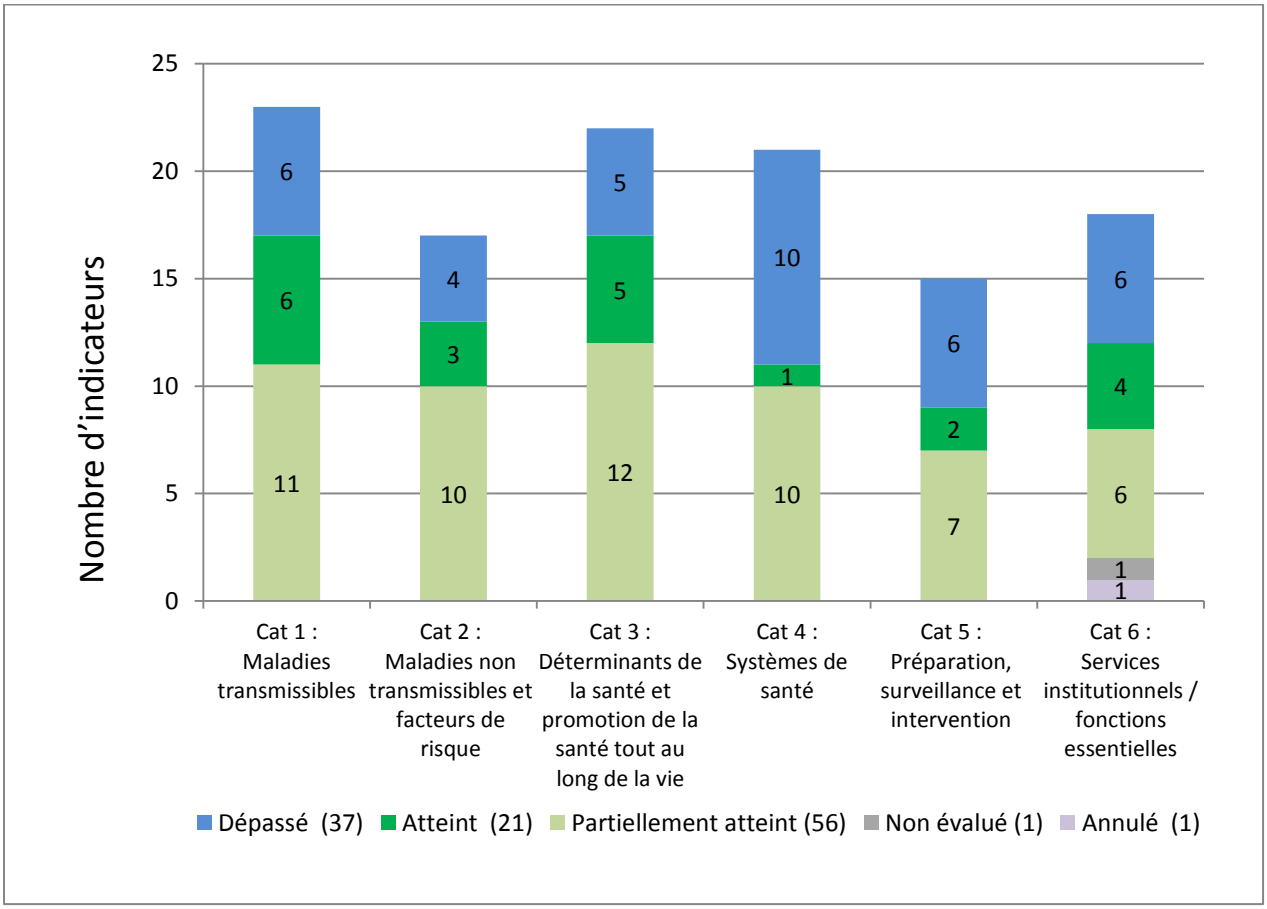


Figure 7. Évaluation des indicateurs de résultats immédiats par Catégories, 2014-2019



Vue d'ensemble de la réalisation des produits et services, 2014-2015

170. Comme indiqué à la section III, en plus de l'évaluation conjointe des indicateurs de résultats intermédiaires et immédiats avec les États Membres, le BSP a mené à bien son suivi et son évaluation internes de la performance des Plans de travail biennaux 2014-2015 dans les 83 entités aux niveaux fonctionnels national, infrarégional et régional. Un résumé de l'évaluation des produits et services est présenté ci-dessous. Ces produits et services représentent la contribution du BSP pour atteindre les résultats immédiats du programme et budget conformément aux fonctions essentielles de l'Organisation :

a) Jouer un rôle de chef de file sur les questions essentielles à la santé et s'engager dans des partenariats où une action conjointe est nécessaire.

b) Définir le programme de recherche et encourager la génération, la diffusion et l'application de connaissances utiles.

c) Définir des normes et standards, et promouvoir et suivre leur mise en œuvre.

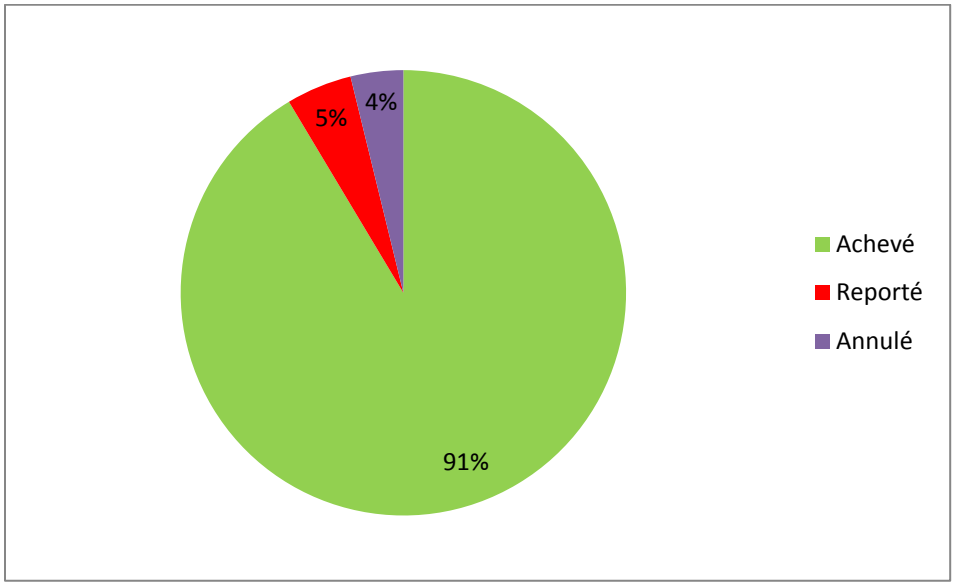
d) Formuler des orientations éthiques et fondées sur des données factuelles.

e) Instaurer une coopération technique, faire office de catalyseur de changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles.

f) Opérer un suivi de la situation de santé et évaluer les tendances de la santé.

171. Comme on le voit à la figure 8, 91 % des produits et services définis pour l'exercice biennal 2014-2015 ont été réalisés comme attendu, alors que 5 % ont été reportés et 4 % ont été annulés. Le suivi continu de la mise en œuvre du plan de travail a permis au BSP d'identifier les questions clés et les mesures correctives qui ont conduit à la forte proportion d'achèvement des produits et services prévus. Les principales raisons de report ou d'annulation ont été l'émergence de priorités concurrentes et de demandes de coopération technique élargie dans d'autres domaines.

Figure 8. Vue d'ensemble des produits et services, 2014-2015



172. En ce qui concerne la réalisation des produits et services par niveau fonctionnel, une réalisation régulièrement élevée a été obtenue aux trois niveaux, comme le montre le tableau 1. Une présence accrue aux niveaux national et infrarégional devrait permettre de renforcer la mise en œuvre des plans de travail en 2016-2017.

Tableau 1. Évaluation des produits et services par niveau fonctionnel, 2014-2015

Niveau fonctionnel	Produits et services achevés
Régional	876/930 (94 %)
Infrarégional	137/154 (89 %)
National	2627/2925 (90 %)
Total	3640/4006 (91 %)

VI. EXÉCUTION BUDGÉTAIRE

173. Cette section fournit une analyse des fonds disponibles pour mettre en œuvre le Programme et budget 2014-2015 de l'OPS, y compris l'allocation des ressources et le niveau de mise en œuvre par niveau fonctionnel, catégorie programmatique et source de financement. Cette section passe également en revue les efforts de mobilisation de ressources du BSP au cours de l'exercice biennal, y compris les écarts de financement et les tendances.

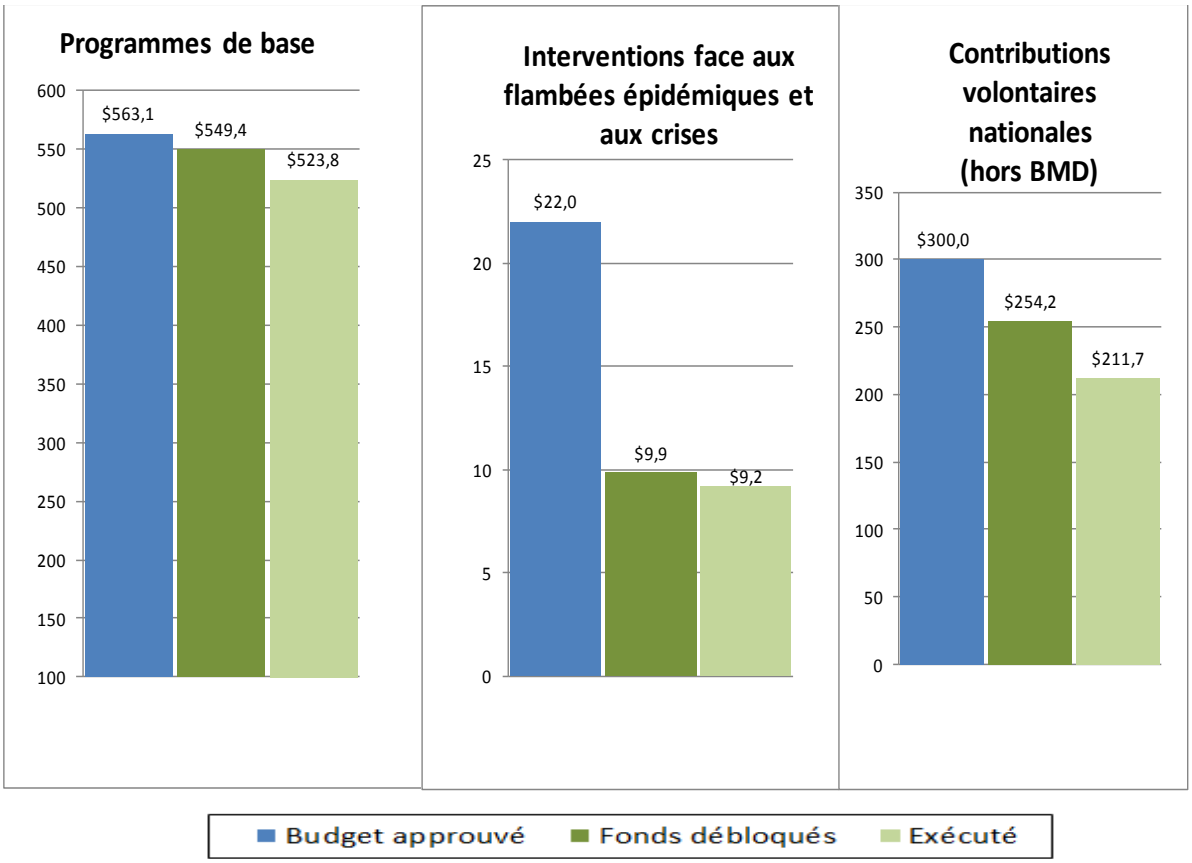
Vue d'ensemble du budget : 2014-2015

174. Le programme et budget approuvé pour l'exercice biennal 2014-2015 était de US$ 563,1 millions pour les programmes de base, dont $279,1 millions (49,5 %) du budget ordinaire (RB) et $284 millions des contributions volontaires.[7] Le programme et budget approuvé comprenait également $22 millions pour l'intervention face aux flambées de maladie et aux crises (OCR) et $300 millions pour les contributions volontaires nationales (CVN). Le montant total des besoins en ressources approuvé pour le Programme et budget 2014-2015, provenant de tous les segments du budget, se montait à $885,1 millions.

175. Les fonds disponibles pour l'exercice biennal se montaient à $825,8 millions, soit 93,3 % de l'ensemble des segments. Cela exclut un montant supplémentaire de $1,15 milliard en financement provenant de contributions volontaires nationales pour le programme du Brésil *Mais Médicos* (BMD) qui n'avait pas été budgétisé dans le Programme et budget 2014-2015. Comme on le voit à la figure 9, le programme et budget alloué pour les programmes de base représentait $549,4 millions, les contributions volontaires nationales représentaient $254,2 millions (non compris le BMD) et l'OCR représentait $9,9 millions.

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

Figure 9. Financement total du programme et budget par segment, 2014-2015 (millions US$)



176. L'exécution budgétaire globale des fonds disponibles dans tous les segments était de 95,3 % ($1,8 milliard sur les $1,9 milliard, y compris le BMD. L'exécution ventilée par segment était la suivante :

a) Programmes de base : 95,3 % ($523,8 millions sur $549,4 millions)

b) OCR : 93,8% ($9,2 millions sur $9,9 millions)

c) CVN : 83,3 % ($211,7 millions sur $254,2 millions), non compris le projet *Mais Médicos*

d) Le taux d'exécution du projet *Mais Médicos* était de 99 % (soit $1,15 milliard sur $1,16 milliard).

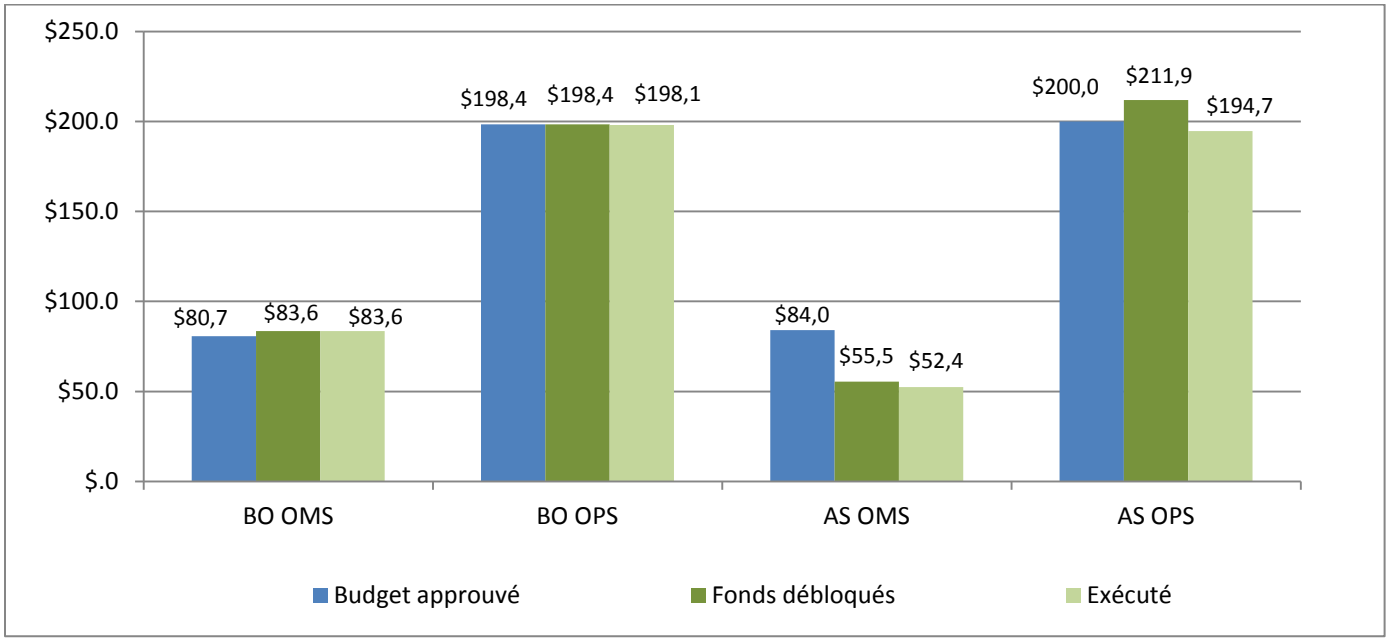
177. Par rapport à l'exercice biennal précédent, plus de fonds étaient disponibles pour les programmes de base en 2014-2015 en termes absolus ($549,4 millions contre $525 millions) et en termes relatifs (97,6 % contre 86,0 %).

178. L'analyse de chaque segment de budget est présentée dans les sections suivantes.

A) Segment des programmes de base

179. Le budget approuvé pour le segment des programmes de base était de $563,1 millions, soit une baisse de près de $50 millions par rapport au niveau de $613 millions de 2012-2013. Cette réduction résulte d'une tendance à la baisse des contributions directes des donateurs à l'OPS et des contributions volontaires pour la Région des Amériques (AMRO) de l'OMS. Cela s'explique par les effets persistants de la crise financière et la réduction des budgets publics pour la santé et l'aide au développement, ainsi que par le nombre croissant de pays à revenu intermédiaire dans la Région qui sont moins souvent ciblés en termes d'assistance. La part AMRO du compte budgétaire global de l'OPS est de 30 %, comme indiqué à la figure 10, qui présente également le financement et l'exécution par rapport au budget par source.

Figure 10. Vue d'ensemble du budget par source, 2014-2015 (millions US$)



180. L'exécution budgétaire totale des programmes de base était de 95,3 % du programme et budget approuvé ($523,8 millions contre $549,4 millions). Les fonds du budget ordinaire à la fois de l'OPS et de l'OMS ont été pleinement exécutés, tandis que l'exécution pour les fonds provenant d'autres sources (y compris les contributions volontaires et les reports de 2012-2013) se montait à 92 %. La plupart des fonds non utilisés provenant de contributions volontaires sont reportés à l'exercice biennal 2016-2017.

181. Les fonds du budget ordinaire sont alloués aux niveaux fonctionnels conformément à la politique budgétaire de l'OPS (Document CSP28/7 [2012]), qui comprend une évaluation intérimaire qui a été présentée au 158e Comité exécutif

(document CE158/12 [2016]). La politique budgétaire de l'OPS stipule la répartition suivante :

a) Pays (40 % minimum) : les fonds accordés directement aux PWR pour la coopération technique au niveau national.

b) Inter-pays (18 %) : les fonds pour soutenir la coopération technique décentralisée et les programmes multi-pays.

c) Infrarégional (7 %) : les fonds alloués aux entités infrarégionales des Caraïbes, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud pour la coopération technique en matière de santé avec des pays au sein de chaque sous-région. Les programmes de coopération technique au niveau infrarégional appuient les pays individuellement ou en groupes pour la réalisation des objectifs de développement de la santé dans le cadre des mandats et des engagements de l'Organisation.

d) Régional (35 %) : les fonds destinés à diriger, coordonner et soutenir la coopération technique dans la Région, y compris les fonctions techniques et institutionnelles.

182. Les allocations aux pays, inter-pays et infrarégionales se montent à 65 % du budget ordinaire total et représentent un soutien direct pour la coopération technique fournie aux pays.

183. Le tableau 2 montre la ventilation de l'allocation et de l'exécution du budget ordinaire aux différents niveaux fonctionnels par rapport à la politique budgétaire. Le niveau national a reçu un peu plus que le niveau stipulé dans la politique budgétaire, alors que le niveau régional a reçu un peu moins.

Tableau 2. Vue d'ensemble du budget ordinaire par niveau fonctionnel, 2014-2015 (millions US$)

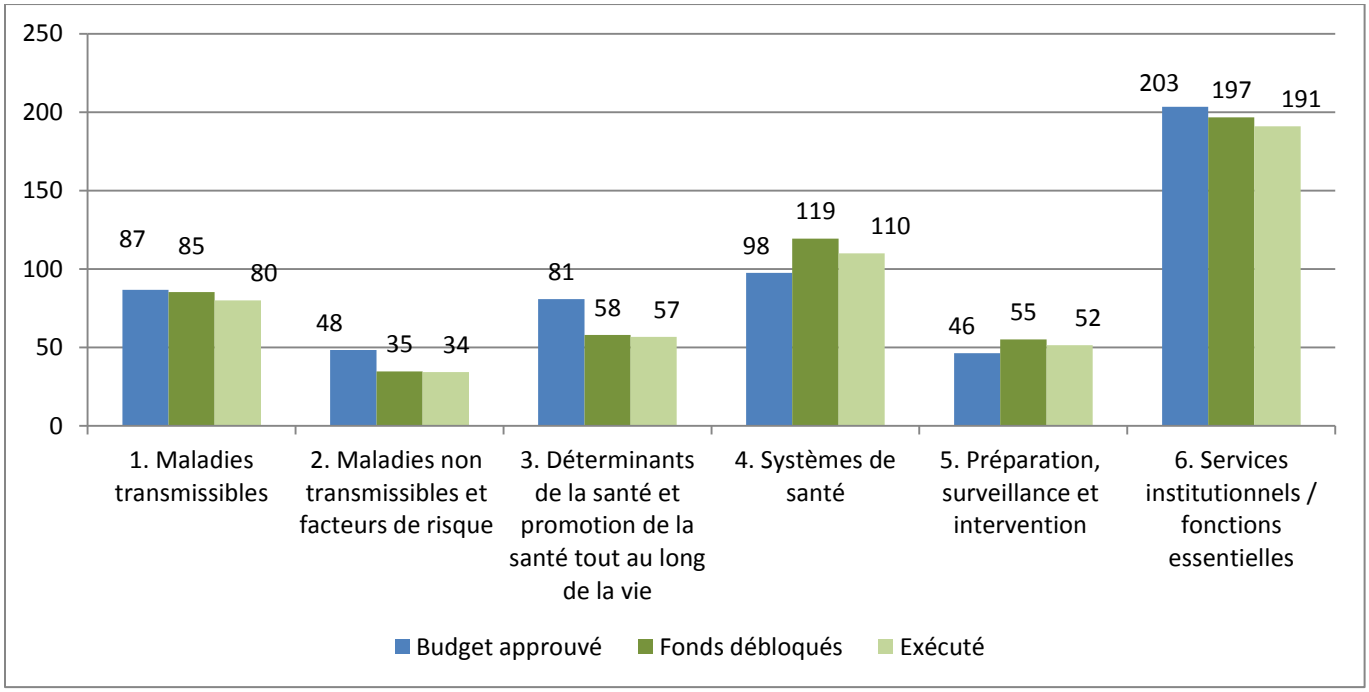
Niveau fonctionnel	Allocation dans la politique budgétaire	Politique budgétaire (%)	Allocation effective	Allocation effective (%)	Augmentation (diminution) nette
National	109,6	40	113,0	41	3,4
Inter-pays	49,3	18	50,0	18	0,7
Infrarégional	19,2	7	20,0	7	0,8
Régional	95,9	35	94,0	34	(1,9)
Total partiel	**274,1**	100	277,0	100	2,9
Assurance santé des retraités	5,0		5,0		0
Total général	**279,1**		**282,0**		**2,9**

184. Comme indiqué plus haut, le Programme et budget de l'OPS a été financé à 97,6 %, avec $549,4 millions. La répartition des fonds disponibles et l'exécution par

catégorie sont illustrées à la figure 11 ci-dessous. Toutes les catégories ont été financées à des niveaux de 70 % ou plus par rapport au budget approuvé, et les catégories 4 et 5 se sont vu allouer plus de fonds que leurs niveaux de budget approuvés ($119,4 et $55,2 millions au lieu des budgets approuvés de $97,5 et $46,4 millions, respectivement). Cela est dû en grande partie à la réception des fonds affectés spécifiquement aux programmes dans ces catégories et à des fonds supplémentaires pour la préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes en réponse à la flambée d'Ebola.

185. La catégorie 1 a été presque entièrement financée. Cependant, les catégories 2 et 3 ont été fortement sous-financées, recevant seulement 72 % de leurs budgets approuvés ($34,8/$48,3 millions et $58,0/$80,8 millions, respectivement). Selon la définition des priorités programmatique dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, ces deux catégories comprennent les domaines programmatiques prioritaires de niveau 1 – par exemple, le domaine programmatique 3.1 (Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes) et 2.1 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque). Dans ces domaines, la réalisation des résultats escomptés a été entravée par des contraintes de ressources, comme analysé ailleurs dans le rapport. La catégorie 6, qui inclut le coût de la présence de base et le leadership de l'OPS dans les pays, a été financée à 97 % ($196,7/$203,4 millions).

Figure 11. Vue d'ensemble du budget par catégorie, 2014-2015 (millions US$)



186. L'utilisation des fonds alloués a dépassé 90 % dans les six catégories, et a été la plus élevée dans la catégorie 2 (99 %), la catégorie 3 (98 %) et la catégorie 6 (97 %). Toutefois, l'exécution par rapport au Programme et budget approuvé était la plus élevée

pour la catégorie 4 (113 %) et la catégorie 5 (111 %). Les rapports sur les catégories à l'annexe A présentent des informations budgétaires détaillées.

187. Vingt-trois domaines programmatiques (19 domaines technique et 4 domaines de soutien) sur 29 (le total ne comprend pas le domaine programmatique 5.5) avaient 75 % ou plus de leur Programme et budget approuvé financé, ce qui répond à l'indicateur pour la production 6.3.2 concernant l'alignement des ressources avec les priorités de l'Organisation. Cependant, il y avait une grande variabilité du financement par rapport au budget par domaine programmatique, comme indiqué dans le tableau 3. Bien que certains des domaines programmatiques sous-financés soient des priorités émergentes (comme les maladies non transmissibles), ce ne sont pas encore des cibles établies d'investissement par les donateurs, une lacune qui sera abordée dans la stratégie de mobilisation des ressources de l'OPS. Dans d'autres cas, les domaines programmatiques ont été sur-budgétisés – par exemple, le domaine programmatique 6.3, qui a été corrigé dans le Programme et budget de l'OPS 2016-2017.

Tableau 3. Vue d'ensemble du budget par catégorie et domaine programmatique, 2014-2015 (millions US$)

Catégorie	PB approuvé	Alloué	Exécution budgétaire	Alloué en % du PB approuvé	Exécuté en % des fonds alloués	Exécuté en % du PB approuvé
1. Maladies transmissibles	**86,8**	**85,3**	**80,0**	**98**	**94**	**92**
1.1 VIH/sida et IST	15,7	12,7	11,9	80	94	75
1.2 Tuberculose	3,9	6,7	6,5	174	97	169
1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle	7,5	11,4	11,0	151	97	146
1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	11,5	14,5	12,9	126	89	112
1.5 Maladies à prévention vaccinale	48,2	40,1	37,7	83	94	78
2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque	**48,3**	**34,8**	**34,3**	**72**	**99**	**71**
2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque	20,9	17,9	17,7	86	99	84
2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	3,3	3,0	3,0	93	100	93
2.3 Violence et traumatismes	7,6	4,2	4,1	55	99	54
2.4 Incapacités et réadaptation	2,2	2,0	2,0	94	97	91

Catégorie	PB approuvé	Alloué	Exécution budgétaire	Alloué en % du PB approuvé	Exécuté en % des fonds alloués	Exécuté en % du PB approuvé
2.5 Nutrition	14,3	7,7	7,5	54	98	53
3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie	**80,8**	**58,0**	**56,8**	**72**	**98**	**70**
3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique	42,7	27,0	26,2	63	97	61
3.2 Vieillissement et santé	1,7	1,6	1,6	96	100	96
3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique	8,6	5,8	5,8	68	99	67
3.4 Déterminants sociaux de la santé	11,6	11,8	11,7	102	99	101
3.5 Santé et environnement	16,2	11, 7	11,6	72	99	71
4. Systèmes de santé	**97,5**	**119,4**	**110,0**	**123**	**92**	**113**
4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé	11,9	12,8	12,4	107	97	104
4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	13,6	17,4	17,2	128	99	127
4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	22,9	25,7	22,8	112	89	100
4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes	32,9	30,5	28,6	93	94	87
4.5 Ressources humaines pour la santé	16,2	16,9	13,4	104	79	83
PALTEX	--	16,1	15,5	--	96	--
5. Préparation, surveillance et intervention	**46,4**	**55,2**	**51,5**	**119**	**93**	**111**
5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)	9,9	10,5	9,8	107	93	99
5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies	8,0	9,7	9,1	121	94	113
5.3 Gestion des risques et crises d'urgence	19,0	21,0	19,7	111	94	104
5.4 Salubrité des aliments	9,5	14,0	12,9	147	93	136

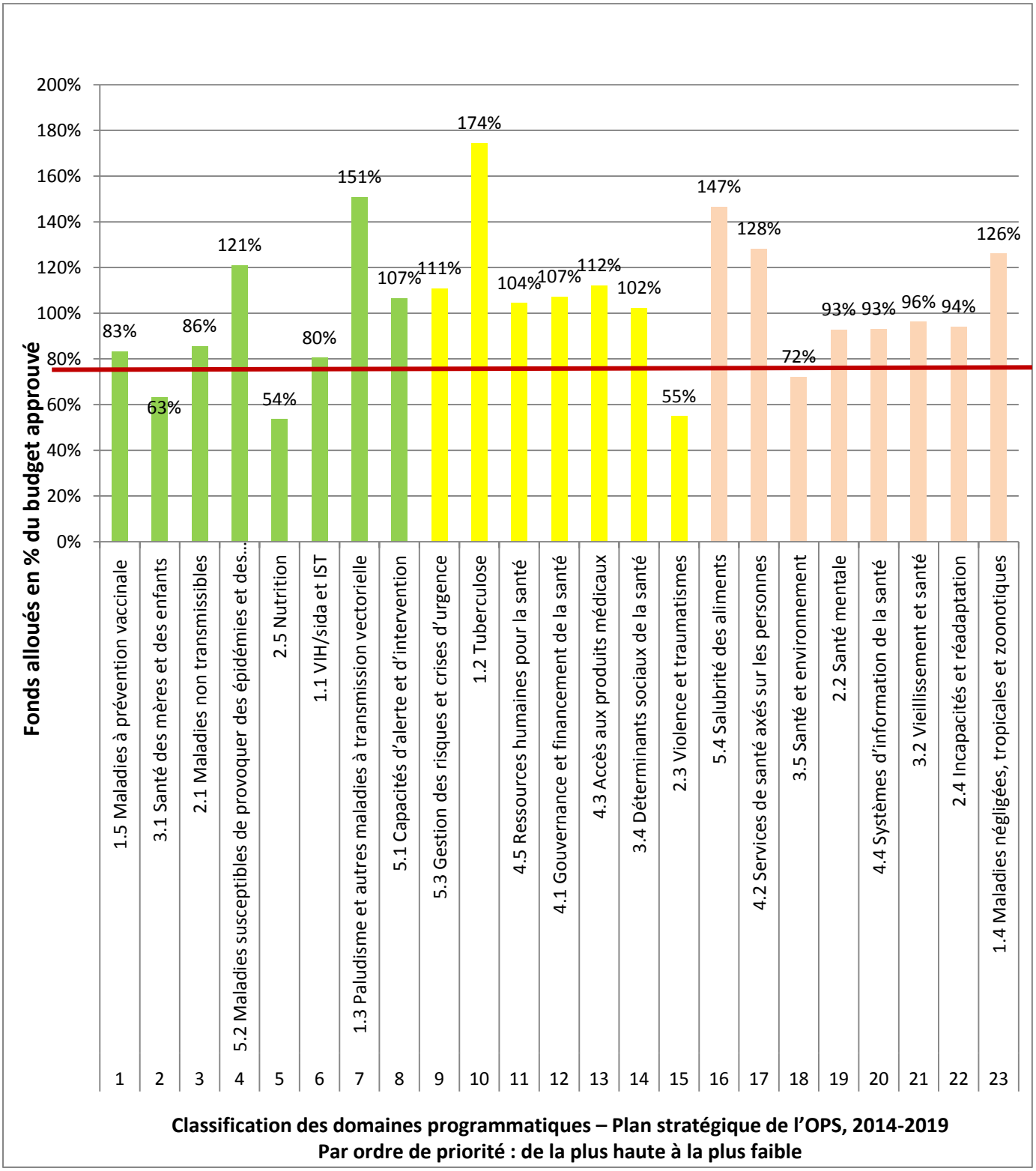
Catégorie	PB approuvé	Alloué	Exécution budgétaire	Alloué en % du PB approuvé	Exécuté en % des fonds alloués	Exécuté en % du PB approuvé
Total partiel Catégories 1-5	**359,7**	**352,7**	**332,8**	**98**	**94**	**93**
6. Services institutionnels/fonctions essentielles	**203,4**	**196,7**	**191,0**	**97**	**97**	**94**
6.1 Leadership et gouvernance	58,5	61,8	60,4	106	98	103
6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques	4,9	4,7	4,6	96	99	96
6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports	49,5	25,9	25,4	52	98	51
6.4 Gestion et administration	77,4	92,9	89,2	120	96	115
6.5 Communications stratégiques	13,1	11,4	11,4	87	100	88
Total général	**563,10**	**549,40**	**523,78**	**97,6**	**95,3**	**93**

Analyse de la répartition des ressources par rapport aux priorités des domaines programmatiques

188. Le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 classait les domaines programmatiques par priorité programmatique (à l'exclusion des domaines programmatiques liés aux thématiques transversales et aux fonctions essentielles) afin de guider la mobilisation des ressources et leur allocation au cours de la mise en œuvre.

189. La figure 12 montre 23 domaines programmatiques classés en trois niveaux de priorité, comme approuvé dans le Plan stratégique : *a)* niveau 1 ou élevé (à gauche, en vert), *b)* niveau 2 ou moyen (au centre, en jaune) et *c)* niveau 3 ou faible (à droite, en rose). Elle montre également le niveau de financement de chaque domaine programmatique en pourcentage du budget approuvé dans le Programme et budget 2014-2015. La barre rouge à 75 % représente le niveau cible minimum de financement pour chaque domaine programmatique.

Figure 12. Classement des priorités programmatiques par rapport à l'allocation des ressources, 2014-2015



190. Conformément à la méthode de classification des priorités programmatiques, on s'attendrait à ce que tous les domaines programmatiques de niveau 1 (surlignés en vert) reçoivent au moins 75 % de leurs budgets approuvés. Toutefois, c'est le cas pour seulement six sur les huit, et seuls trois sur les huit ont reçu la totalité du financement ou plus. Cela peut être dû à une surbudgétisation ou à l'incapacité des programmes prioritaires (en particulier les maladies non transmissibles) d'attirer les financements des donateurs. Les autres causes de sous-financement ou de financement ne correspondant pas au niveau de priorité sont *a)* le montant limité des fonds flexibles et non affectés qui peuvent être utilisés pour combler les écarts de financement et *b)* le fait que 75 % des fonds du budget ordinaire sont liés à des postes à durée déterminée, qui ne sont pas facilement transférés ou redirigés vers des catégories ou domaines programmatiques différents, compte tenu du caractère technique propre au programme de ces postes. Un autre point à prendre en compte est le fait que les domaines programmatiques ne sont pas mutuellement exclusifs : par exemple, les domaines programmatiques transversaux, comme les systèmes de santé, contribuent aux activités dans le cadre d'autres domaines programmatiques techniques.

191. Certes, le niveau de financement est important pour permettre au BSP de mieux répondre aux demandes de coopération technique dans tous les domaines programmatiques, mais le niveau de mise en œuvre programmatique ne repose pas uniquement sur la disponibilité de ressources financières au sein du BSP. Les priorités des États Membres et des partenaires, qui sont reflétées dans leur investissement des ressources et dans leur collaboration politique, stratégique et technique, font une grande différence pour ce qui est de la réalisation des résultats au titre de chacun des domaines programmatiques et des catégories.

192. L'adoption par l'OPS d'un budget intégré à partir de 2016-2017, qui ne stipulera plus à l'avance dans le cadre de la résolution, comment et où allouer le budget ordinaire, facilitera l'allocation stratégique des fonds les plus souples aux priorités ayant des déficits de financement.

Mobilisation de ressources et analyse des écarts de financement

193. Le Programme et budget 2014-2015 était financé à 97,6 % ($549,4 millions) à la clôture de l'exercice biennal. Comme on le voit au tableau 4, il y avait un déficit de financement de $171,4 millions au début de l'exercice biennal, mais celui-ci était en grande partie comblé à la fin de l'exercice biennal, principalement par le biais de la mobilisation de plus de $120 millions en nouvelles contributions volontaires OPS/OMS.

Tableau 4. Situation du déficit de financement de l'exercice biennal, 2014-2015 (millions US$)

Type de financement	PB 2014-2015	
	Début de l'exercice biennal	Fin de l'exercice biennal
Programme et budget approuvé	563,1	563,1
Budget ordinaire	279,1	282,0
Autres sources — (y compris les contributions volontaires et les reports)	112,6	267,7
Écart de financement	171,4	13,7

194. Le tableau 5 présente les 10 plus grands donateurs à l'OPS en 2014-2015 et les catégories qu'ils soutiennent. Ensemble, les 10 premiers donateurs ont fourni la moitié du total des contributions volontaires de l'OPS pour 2014-2015 et 11 % du budget approuvé pour les programmes de base. Sur ces 10 donateurs, six (CDC, USAID, CE, Affaires mondiales Canada, PNUD et Espagne) ont apporté chacun une contribution de plus de $5 millions du Programme et budget de l'OPS pour les programmes de base au cours de l'exercice biennal.

Tableau 5. Les 10 plus grands donateurs à l'OPS en 2014-2015, par catégorie

Donateur	Fonds alloués (millions US$)	Catégorie financée					
		1 : Maladies transmissibles	2 : Maladies non transmissibles	3 : Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie	4 : Systèmes de santé	5 : Préparation, surveillance et intervention	6 : Services institutionnels/fonctions essentielles
Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis	13,8	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)	12,3	✓		✓	✓	✓	
Commission européenne (CE)	6,9	✓	✓	✓		✓	

Donateur	Fonds alloués (millions US$)	Catégorie financée					
		1 : Maladies transmissibles	2 : Maladies non transmissibles	3 : Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie	4 : Systèmes de santé	5 : Préparation, surveillance et intervention	6 : Services institutionnels/fonctions essentielles
Affaires mondiales Canada	6,3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)	6,1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Gouvernement de l'Espagne	5,7		✓	✓	✓	✓	✓
Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI)	3,7	✓			✓		
Gouvernement du Royaume-Uni (Département pour le développement international, DFID)	2,3					✓	
Gouvernement de la Norvège (Agence norvégienne de coopération pour le développement, Norad)	1,7	✓		✓	✓		
Fondation Bill and Melinda Gates	1,5	✓			✓		

195. Sur les 10 plus grands donateurs, deux ont fourni des financements pour les six catégories du Programme et budget. Par catégorie, huit des 10 donateurs ont financé les catégories 1 et 4. Les donateurs restants ont en moyenne financé entre deux et cinq catégories chacun. Bien que l'OPS se félicite de la contribution des partenaires, les ressources financières qu'elle accepte doivent être alignées avec les priorités du Programme et budget approuvées par les États Membres.

196. Des détails supplémentaires sur les défis en matière de mobilisation des ressources par catégorie et domaine programmatique sont fournis dans les rapports sur les catégories à l'annexe A.

B) Segment de l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises

197. Au cours de l'exercice biennal, un total de $9,9 millions a été mis à disposition pour ce segment, contre une estimation de $22 millions présentée dans le Programme et budget 2014-2015. Bien que le segment du Programme et budget pour l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises ait été approuvé pour un montant de $22 millions, le montant réellement nécessaire dépend de l'ampleur et de la gravité des situations d'urgence et des flambées épidémiques qui se produisent, il ne peut donc pas être projeté avec beaucoup de précision. Alors que l'allocation était de 45 % des besoins en ressources approuvés, elle correspondait à l'ensemble des besoins pour la Région des Amériques en 2014-2015, et 93 % des fonds OCR ont été mis en œuvre.

C) Segment des contributions volontaires nationales

198. Au cours de la période 2014-2015, un total de $254,2 millions en contributions volontaires nationales (CVN) a été mis à disposition pour mettre en œuvre des programmes nationaux de coopération technique. Cela dépasse le montant des contributions fixées des États Membres aux programmes régionaux de l'OPS ($192 millions). Les principaux contributeurs aux CVN au cours de cette période sont indiqués au tableau 6.

Tableau 6. Financement des contributions volontaires nationales par pays, 2014-2015

Donateur	Fonds alloués (millions US$)	% des CVN
Gouvernement du Brésil	217,50	85,57
Gouvernement de la Colombie Fonds pour la santé du district financier	19,04 0,33	7,62
Gouvernement de l'Argentine	5,52	2,17
Gouvernement du Mexique	2,35	0,93
Gouvernement du Panama	0,71	0,28
Gouvernement du Pérou	0,68	0,27
Gouvernement du Costa Rica	0,66	0,26
Gouvernement de l'Équateur	0,56	0,22
Gouvernement du Honduras	0,52	0,20
Gouvernement des Bahamas	0,41	0,16
Gouvernement du Guatemala	0,18	0,07
Gouvernement de l'Uruguay	0,18	0,07
Gouvernement du Belize	0,17	0,07
Gouvernement du Venezuela	0,12	0,05
Gouvernement d'El Salvador	0,03	0,01

Donateur	Fonds alloués (millions US$)	% des CVN
Autres contributeurs	5,21	2,05
Total général	254,16	100
Mais Médicos (Brésil)	1 163,00	
Total CVN 2014-2015	1 417,16	

199. Le montant des CVN a augmenté de 150 % par rapport à l'exercice biennal précédent (passant de $329,6 millions en 2010-2011 à $565,5 millions en 2012-2013 et à $1 417,2 millions en 2014-2015). Le gouvernement du Brésil a continué d'être le principal contributeur à cette modalité de financement pour la coopération technique dans le pays, fournissant 85,5 % des contributions volontaires nationales (non compris *Mais Médicos*). Les gouvernements de la Colombie et de l'Argentine ont été les plus grands contributeurs suivants de CVN.

200. Le projet *Mais Médicos* à lui seul représentait 357 % du niveau des contributions volontaires nationales (toutes autres sources confondues) reçu durant l'exercice biennal 2014-2015. En outre, les autres contributions volontaires nationales du Brésil ont représenté 85,5 % du total des CVN reçues (non compris *Mais Médicos*) au cours de l'exercice biennal 2014-2015.

VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

201. L'évaluation du Programme et budget 2014-2015 montre que l'Organisation a fait des progrès constants sur le plan de la réalisation des cibles du Plan stratégique pour 2019, avec 90 % des indicateurs de résultats intermédiaires en bonne voie et plus de 97 % du Programme et budget financés et mis en œuvre. Les progrès à ce jour sont le fruit de la collaboration étroite entre les pays et les territoires avec le soutien du BSP et des partenaires au niveau national, infrarégional, et régional.

202. Comme expliqué dans l'évaluation des catégories et des domaines programmatiques, des progrès significatifs ont été accomplis en matière d'amélioration de la santé et du bien-être dans toute la Région. Les réalisations majeures au niveau des impacts comprennent la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale à Cuba, la déclaration de l'élimination de la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques, la vérification de l'élimination de l'onchocercose en Équateur et au Mexique, la réduction des cas de paludisme et de dengue et de décès liés à ces pathologies, la baisse du tabagisme, la réalisation de la cible de l'OMD 4, avec une réduction globale du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 69 % entre 1990 et 2015, la réduction de la mortalité maternelle et de la fécondité des adolescentes, l'amélioration des résultats de la santé grâce à l'expansion de la couverture et de l'accès aux services de santé et le renforcement de la préparation et de la capacité aux niveaux national et régional pour répondre aux problèmes actuels et nouveaux.

203. Toutefois, de grands défis et lacunes subsistent dans certains domaines programmatiques, comme les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, la santé maternelle, le financement pour la santé, le maintien et le renforcement des capacités de base pour les interventions face aux urgences et aux crises et l'augmentation de la résilience des systèmes de santé. L'Organisation, les États Membres et le BSP, en collaboration avec des partenaires dans toute la Région et au-delà, vont devoir trouver des stratégies pour relever les grands défis qui entravent les progrès. Ils devront aussi continuer leur plaidoyer et investir les ressources nécessaires pour que les questions de santé publique continuent de figurer en bonne place dans les programmes politiques et de développement. Les ODD offrent une excellente occasion de mettre en exergue les activités de l'Organisation.

204. Les enseignements tirés de l'évaluation de chaque catégorie dans ce rapport fournissent une excellente occasion de réfléchir aux réussites et aux échecs, afin de reproduire les interventions réussies et d'éviter de répéter les erreurs passées.

205. L'Organisation doit continuer à améliorer et à promouvoir des modèles couronnés de succès pour une approche intégrée de la coopération technique afin d'optimiser les ressources et de maximiser les impacts pour traiter des priorités de santé publique et des besoins des pays. Promouvoir les expériences réussies grâce à la collaboration inter-programmatique, intersectorielle et inter-pays et explorer de nouvelles modalités de coopération technique seront essentiels pour élargir la portée et l'efficacité de la

coopération technique de l'OPS. À cet effet, le BSP a établi des mécanismes et des ressources pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de projets interprogrammatiques et transversaux. L'Organisation doit également s'assurer que ses programmes sont adaptés aux situations des États Membres et à leurs besoins, tout en s'assurant qu'elle apporte une valeur ajoutée conformément aux fonctions essentielles de l'Organisation et aux principes d'équité et de panaméricanisme.

206. Bien que le Programme et budget 2014-2015 ait été financé à plus de 97 %, certains domaines programmatiques prioritaires n'ont pas atteint le niveau minimal de financement ciblé (75 % du budget approuvé). Le BSP devrait tirer parti d'une approche programmatique et budgétaire intégrée en matière de mobilisation des ressources pour allouer stratégiquement les ressources flexibles aux programmes et priorités sous-financés, comme ceux de la catégorie 2 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque) et de la catégorie 3 (Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie). L'Organisation doit continuer à élargir et à approfondir ses sources externes de soutien pour le Programme et budget et le Plan stratégique de l'OPS, en particulier pour les programmes qui ont attiré moins de donateurs.

207. Avec l'introduction de la méthodologie d'évaluation conjointe, l'Organisation a fait des progrès considérables vers une plus grande consolidation de la gestion axée sur les résultats en étroite collaboration avec les États Membres. Ces progrès ont été rendus possible grâce à l'engagement et à l'implication de tous les pays et territoires de la Région, de la Direction et du personnel du BSP à tous les niveaux. Le développement de processus et d'outils pour faciliter la mise en œuvre de la méthodologie, y compris le SPMS, ont joué un rôle tout aussi important.

208. En dépit de la collaboration étroite avec les États Membres pour l'élaboration du recueil d'indicateurs, et suite à une réflexion concernant les défis que les États Membres ont indiqués concernant l'interprétation des indicateurs durant l'évaluation, il est apparu qu'une amélioration continue est nécessaire pour renforcer la qualité et la précision des indicateurs. Riche des enseignements tirés de l'évaluation, le BSP continuera d'affiner les définitions et les paramètres des indicateurs du Programme et budget 2016-2017 et consultera le SPAG lorsque ce sera nécessaire. Des changements ont déjà été proposés à l'annexe D du présent document. Les objectifs de développement durable récemment adoptés seront également considérés comme référence pour l'élaboration des futurs programmes et budgets.

209. Néanmoins, il est évident que la méthodologie de l'évaluation conjointe est robuste pour démontrer effectivement les progrès sur le plan de la réalisation des indicateurs de résultats immédiats et intermédiaires. Un grand défi consiste à assurer l'application cohérente de la méthodologie lors des évaluations futures.

210. Un facteur qui a contribué à la non-réalisation de certains résultats intermédiaires et immédiats tenait aux objectifs irréalistes pour la période de planification, définis sans tenir dûment compte des défis spécifiques dans certains pays ni de la nécessité d'une action multisectorielle. À l'horizon 2016-2017 et au-delà, l'Organisation doit utiliser une

approche équilibrée en matière de définition des objectifs pour s'assurer que les cibles soient raisonnablement atteignables tout en étant suffisamment élevées pour motiver des mesures en faveur des changements nécessaires au niveau des résultats intermédiaires et des impacts au cours de la période de planification. L'OPS travaillera également avec les États Membres pour élaborer des actions intersectorielles permettant de résoudre les problèmes nécessitant la collaboration d'acteurs et de secteurs multiples.

211. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés sur le plan de la qualité des informations et des rapports, il existe des domaines clés (comme la santé maternelle, les maladies chroniques et leurs facteurs de risque, la santé mentale, la violence et les traumatismes, les incapacités et la réadaptation, et l'accès aux services de santé) dans lesquels on dispose de peu de données fiables et actualisées pour mesurer les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des indicateurs d'impact. Les limitations en matière de données constituaient un défi pour la définition des niveaux de référence pour les indicateurs et ont donc nui au processus de suivi et d'évaluation.

212. En s'appuyant sur l'expérience positive du processus de suivi et d'évaluation interne de la performance qui a renforcé la mise en œuvre du plan de travail, un suivi continu des progrès sur le plan des résultats immédiats et intermédiaires doit être envisagé afin d'identifier les défis et de mettre en œuvre des ajustements en temps opportun au cours de la mise en œuvre. À cet égard, l'utilisation de jalons pourrait être considérée comme une approche efficace et pratique pour opérer un suivi des progrès intérimaires au cours de l'exercice biennal.

213. L'OPS a su faire office de pionnier de l'évaluation conjointe avec les États Membres et a obtenu des résultats valides, malgré les difficultés en matière de logistique, de calendrier et de données. Compte tenu de cette expérience, comme de la responsabilité conjointe et de l'engagement des États Membres et du BSP pour la réalisation des résultats, le suivi et l'évaluation conjoints des indicateurs seront incorporés dans les évaluations de performance futures. À l'avenir, les enseignements programmatiques tirés des évaluations conjointes seront utilisés pour la conception et la mise en œuvre des activités de coopération technique.

214. Dans l'esprit d'une Organisation apprenante et de la promotion des pratiques exemplaires, le processus conjoint d'évaluation et ses résultats seront documentés et diffusés au niveau national, infrarégional, régional et mondial afin d'améliorer encore la responsabilisation, la gestion axée sur les résultats et la collaboration avec les États Membres.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

215. Le Conseil directeur est prié de prendre note et de formuler des observations sur le rapport de l'évaluation de fin d'exercice biennal du Programme et budget 2014-2015 et premier rapport intérimaire sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

Annexes

Annexe A : rapports sur les catégories

Évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015
Rapport sur la catégorie 1

CATÉGORIE 1 : MALADIES TRANSMISSIBLES	NOTE GLOBALE DE L'ÉVALUATION DE LA CATÉGORIE[1] A répondu partiellement aux attentes

VUE D'ENSEMBLE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE DE LA CATÉGORIE

Tableau 1. Synthèse programmatique et budgétaire de la catégorie 1

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
1.1 VIH/sida et IST	15,73	12,65	80,4	75,3	93,7	2/4 atteints, 2/4 partiellement atteints	3/3 en cours
1.2 Tuberculose	3,86	6,74	174,4	169,1	96,9	1/3 atteints, 2/3 partiellement atteints	2/3 en cours, 1/3 aucun progrès
1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas)	7,54	11,37	150,7	146,1	96,9	3/5 atteints, 2/5 partiellement atteints	1/4 atteint, 3/4 en cours
1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	11,48	14,46	126,0	112,2	89,1	2/5 atteints, 3/5 partiellement atteints	8/8 en cours

[1] Les notes d'évaluation pour la catégorie globale et pour les domaines programmatiques/résultats intermédiaires sont déterminées par les facilitateurs des catégories et des domaines programmatiques de l'OPS, respectivement, en tenant compte de l'exécution programmatique et budgétaire, de l'analyse des ressources (humaines et financières) et des risques opérationnels et programmatiques. Les notes sont définies comme suit :

- **A répondu aux attentes** (vert) : a atteint 90 à 100 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont en bonne voie, comme prévu ; aucun obstacle ou risque affectant la réalisation des résultats n'est anticipé.
- **A répondu partiellement aux attentes** (jaune) : a atteint 75 à 89,9 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès peuvent être menacés et des mesures sont nécessaires pour surmonter les retards, les obstacles et les risques.
- **Progrès insuffisants** (rouge) : a atteint < 75 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher la réalisation des résultats. Des mesures correctives immédiates sont nécessaires.

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
1.5 Maladies à prévention vaccinale (y compris le maintien de l'éradication de la polio)	48,19	40,09	83,2	78,3	94,1	4/6 atteints, 2/6 partiellement atteints	1/4 atteint, 2/4 en cours, 1/4 aucun progrès
TOTAL	**86,81**	**85,32**	**98,3**	**92,2**	**93,8**	**12/23 atteints, 11/23 partiellemen t atteints**	**2/22 atteints, 18/22 en cours, 2/22 aucun progrès**

Tableau 2. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 1 par niveau fonctionnel

Niveau fonctionnel	Fonds alloués (millions de US$)	Fonds alloués par niveau (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
National	28,50	33,40	27,30	95,8
Inter-pays	20,10	23,56	18,07	89,9
Infrarégional	4,17	4,88	3,96	95,0
Régional	32,55	38,15	30,68	94,2
Total	**85,32**	**100,00**	**80,01**	**93,8**

ANALYSE PROGRAMMATIQUE DE LA CATÉGORIE

Synthèse de l'évaluation globale de la catégorie

Au cours de l'exercice 2014-2015, le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a œuvré en vue d'atteindre l'objectif global de réduction du fardeau des maladies transmissibles dans la Région, en collaboration avec les États Membres et des partenaires stratégiques. Comme décrit ci-après, des réalisations importantes ont été obtenues et d'importants progrès ont été accomplis pour ce qui est accroître l'accès aux interventions essentielles pour la prévention et le traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), d'améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose (TB), d'augmenter la capacité des pays en matière de surveillance, de prévention, de contrôle et d'élimination du paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle, ainsi que des maladies négligées, tropicales et zoonotiques, en mettant en œuvre des plans et des stratégies complets, et d'augmenter la couverture vaccinale pour les populations et les communautés difficiles à atteindre tout en préservant les réalisations obtenues à ce jour sur le plan du contrôle, de l'éradication et de l'élimination des maladies à prévention vaccinale (MPV).

Sur la base d'une analyse des composantes programmatiques et budgétaires de la catégorie 1 et de ses domaines programmatiques respectifs, et compte tenu de l'atténuation des risques opérationnels et programmatiques identifiés, la catégorie 1 est évaluée comme ayant partiellement répondu aux attentes au cours de l'exercice 2014-2015.

Dans l'ensemble, le réseau des domaines programmatiques techniques a évalué 2/22 indicateurs de résultats intermédiaires comme atteints (9 %), 18/22 indicateurs de résultats intermédiaires en cours (82 %) et 2/22 indicateurs de résultats intermédiaires sans aucun progrès (9 %) ; il a évalué 12/23 indicateurs de résultats immédiats comme atteints (52 %) et 11/23 indicateurs de résultats immédiats comme partiellement atteints (48 %). Au niveau des domaines programmatiques, 1/5 a été atteint et 4/5 ont été évalués comme ayant partiellement répondu aux attentes. L'évaluation a noté des progrès considérables vers la réalisation des indicateurs mais a aussi souligné d'importants défis qui devront être traités au cours de la prochaine période biennale.

Sur la base des informations financières institutionnelles ci-dessus, la catégorie 1 a mobilisé plus de $85 millions en 2014-2015, grâce aux efforts communs à tous les niveaux fonctionnels de l'Organisation. Dans l'ensemble, un total de 94 % des fonds alloués a été exécuté à la fin de 2015 et 92 % du financement a été mis en œuvre par rapport au budget approuvé. Ventilés par niveau fonctionnel, les pourcentages pour la catégorie 1 des financements alloués au niveau national, inter-pays, infrarégional et régional se montaient respectivement à 33 %, 24 %, 5 % et 38 %. La mise en œuvre des financements alloués a été très élevée au niveau national (96 %), inter-pays (90 %), infrarégional (95 %), et régional (94 %) à la fin de 2015.

Des déficits de financement importants existent pour les domaines programmatiques 1.1 et 1.5. En outre, bien que le financement accordé aux domaines programmatiques 1.2, 1.3 et 1.4 ait dépassé le budget approuvé, cela ne doit pas masquer le fait que plusieurs programmes (tels que la dengue, Chagas, la rage/zoonoses) nécessitent des ressources supplémentaires pour atteindre les résultats escomptés. En outre, d'importants enseignements concernant les estimations initiales des coûts planifiés, l'alignement avec les priorités des domaines programmatiques et la capacité de mobilisation des ressources peuvent être tirés au moyen d'une analyse plus approfondie comparant l'exécution au Programme et budget 2014-2015 (PB 14-15) et aux financements accordés.

Synthèse programmatique par domaine programmatique

1.1 VIH/sida et IST

Présentation générale

Les Amériques ont continué d'être la Région avec la couverture la plus élevée de traitement antirétroviral (ART) dans le monde entier (46 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH d'après les estimations). En 2013 l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié des lignes directrices actualisées avec un seuil CD4 plus élevé pour le démarrage de l'ART, suivies de la recommandation de 2015 visant à « traiter toutes les personnes » quel que soit le CD4. L'Argentine, le Brésil, le Canada, les États-Unis et le Mexique ont déjà introduit l'approche consistant à traiter toutes les personnes, et davantage de pays devraient mettre à jour leurs lignes directrices nationales au cours du prochain exercice biennal. Selon les estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), à la fin de 2014, les pays avec la couverture d'ART la plus élevée pour les adultes (âgés de 15 ans et plus) séropositifs étaient Cuba (70 %), le Chili (64 %), Belize (55 %), le Costa Rica (54 %) et le Panama (53 %). Atteindre une couverture par l'ART de 80 % dans 22 pays d'ici à 2019 constituera un défi. Toutefois, l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) à des prix inférieurs s'est élargi grâce aux passations de marchés conjointes par le biais du Fonds stratégique de l'OPS et des mécanismes d'achat du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), comme élément clé de la coopération technique de l'OPS avec les pays. En outre, selon la mise à jour de 2015 sur l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH et de la syphilis congénitale dans les Amériques, en utilisant les données communiquées par les pays dans le cadre du Rapport d'avancement sur la lutte contre le sida (GARPR) de l'ONUSIDA/OMS, 11 pays et territoires ont déclaré plus de 95 % de couverture par des traitements prophylactiques du VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH, et 14 pays et territoires ont déclaré une couverture d'au moins 95 % du traitement de la

syphilis chez la femme enceinte. Cela démontre les progrès sur le plan des cibles de 24 et 22 pays dans les indicateurs des résultats intermédiaires 1.1.2 (traitement prophylactique du VIH pour la PTME) et 1.1.3 (traitement de la syphilis chez la femme enceinte), respectivement.

En ce qui concerne les indicateurs de résultats immédiats de 2014-2015, les pays ont accompli d'importants progrès sur le plan de l'adoption de stratégies nationales et de lignes directrices adaptées aux recommandations mondiales et régionales. Cela comprend l'adoption de quatre initiatives phares du Plan stratégique régional pour le VIH/SIDA/IST, 2006-2015 au sein de leurs stratégies nationales, ainsi que l'alignement des lignes directrices nationales avec les directives de 2013 de l'OMS sur l'utilisation de l'ART pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. En outre, un consensus régional sur les cibles mondiales de traitement et de prévention du VIH 90-90-90 a été atteint par le biais de deux forums régionaux, ce qui s'est traduit par une actualisation des cibles nationales.

Réalisations

- Une réalisation clé au cours de l'exercice biennal a été la validation de l'ETME du VIH et de la syphilis congénitale à Cuba. Suite à une mission de validation en mars 2015 et à un processus appuyé par l'OPS/OMS, le ministère cubain de la Santé et d'autres partenaires régionaux ont confirmé la certification le 24 juin 2015. Un rapport intérimaire sur l'ETME du VIH et de la syphilis congénitale dans les Amériques, publié en décembre 2015, a révélé que 16 pays et territoires des Amériques notifiaient des données compatibles avec la réalisation des doubles cibles d'élimination (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, la Barbade, les Bermudes, le Canada, le Chili, Cuba, la Dominique, les États-Unis d'Amérique, les Îles Cayman, les Iles Turques-et-Caïques, les Îles Vierges britanniques, Montserrat, Porto Rico, Saba, Saint-Kitts-et-Nevis). Les validations aux Bahamas, à la Barbade, dans les pays de l'Organisation des États des Caraïbes orientales (OECO) et les territoires du Royaume-Uni dans les Caraïbes ont été incluses dans le plan d'ETME pour 2016.
- D'autres réalisations comprennent l'approbation des nouvelles cibles régionales 90-90-90 pour le traitement et la prévention du VIH et pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination, obtenue au cours de cet exercice biennal dans le cadre de deux conférences au niveau régional dans les villes de Mexico (Mexique, mai 2014) et de Rio de Janeiro (Brésil, août 2015). Soixante-quinze pour cent des pays ont intégré, ou sont en train d'intégrer, les cibles 90-90-90 de traitement et de prévention du VIH dans leurs plans stratégiques nationaux.
- Le premier Plan d'action régional pour la prévention et le contrôle de l'hépatite virale a été approuvé par les Organes directeurs au cours du 54e Conseil Directeur de l'OPS, reflétant l'appui des États Membres aux efforts visant à intensifier la réponse de santé publique face à l'hépatite virale dans la Région. Des recommandations pour la surveillance et la réponse des pays à l'hépatite virale B et C ont été élaborées, et six pays ont entrepris avec succès des exercices d'exploitation des données (Argentine, Brésil, Chili, Colombie, El Salvador, Panama).

Défis

- Des écarts persistent dans la prévention du VIH et les services de soins pour des groupes de population clés, y compris les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les travailleurs du sexe et les femmes transgenres. Cela nécessite une approche globale de la santé ainsi que des actions ciblées pour répondre aux besoins spécifiques de ces populations.
- Des défis continuent à se poser pour ce qui est de la disponibilité d'informations complètes et en temps opportun de la part des pays pour pouvoir évaluer de façon adéquate les progrès accomplis dans la mise à jour des stratégies IST (résultat immédiat 1.1.3) et les résultats intermédiaires dans les pays, ainsi que la situation régionale. Ceci est aggravé par les difficultés rencontrées pour maintenir l'engagement politique et

obtenir des ressources nationales pour traiter des IST. Un autre défi auxquels sont confrontés de nombreux pays tient au manque d'informations stratégiques de qualité ventilées, en raison de la faiblesse des systèmes d'information de la santé axés sur le VIH et les IST et liés aux données sur la santé maternelle et infantile.

- Les mécanismes systématiques pour la déclaration de routine de l'hépatite par les pays restent limités. Des efforts pour soutenir les données et les rapports nationaux ont commencé, mais ils font face à plusieurs faiblesses interconnectées dans les pays, notamment l'absence d'une réponse coordonnée et organisée face à l'hépatite virale, des données insuffisantes et des difficultés à organiser les données dans un système d'information structuré.
- Garantir l'accès à la prévention, au diagnostic et au traitement de l'hépatite virale représente un défi important pour la Région. Il est nécessaire de maintenir et d'élargir les programmes de vaccination contre l'hépatite B afin d'augmenter la couverture pour tous les enfants et pour les membres des populations clés et des groupes vulnérables, dans le droit fil du Plan d'action pour la prévention et le contrôle de l'hépatite virale (2015).

Enseignements tirés

- Le processus de validation de l'ETME à Cuba, y compris la mission d'évaluation et les réunions du Comité régional de validation, a fourni une expérience précieuse qui peut être utilisée pour mettre à jour les documents et éclairer le processus pour les prochains pays qui ont déjà demandé à l'OPS de valider l'élimination.
- L'élaboration et l'approbation du Plan d'action pour la prévention et le contrôle de l'hépatite virale a contribué à focaliser l'attention nécessaire sur cette épidémie silencieuse dans la Région.

1.2 Tuberculose

Présentation générale

L'OPS a régulièrement apporté une coopération technique aux États Membres en vue de promouvoir l'adoption de la technologie de diagnostic rapide et d'actualiser et mettre en œuvre les plans des pays afin de refléter les lignes directrices de l'OMS pour le diagnostic précoce et le traitement de la tuberculose multirésistante (TB-MR) et de la coïnfection tuberculose-VIH. À la fin de 2015, le nombre cumulé de cas de tuberculose confirmés sur le plan bactériologique qui ont été traités avec succès s'élevait à 1,85 million, soit une augmentation de 403 000 cas depuis 2012 ; cela représente un progrès important vers la réalisation de l'objectif de 2019 de 2,5 millions. Un total de 3568 patients atteints de tuberculose multirésistante a reçu un traitement dans la Région en 2014. Cependant, malgré les progrès réalisés dans les pays, le taux de détection des cas pour la Région a diminué, passant de 79 % à 77 %. Cela pourrait résulter des estimations actualisées de l'OMS du fardeau de TB dans la Région.

Réalisations

- Une réalisation clé est l'approbation du Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose par les Organes directeurs au cours du 54e Conseil directeur de l'OPS, dans le droit fil de la stratégie mondiale de l'OMS visant à mettre un terme à la TB après 2015.
- La mise en œuvre réussie et l'élargissement de l'initiative pour la lutte contre la tuberculose dans les grandes villes a permis une concentration accrue sur les populations en situation de vulnérabilité en 2014-2015. Il est prévu d'étendre encore cette initiative au cours du prochain exercice biennal afin d'inclure d'autres programmes, tels que le VIH, le diabète et la santé mentale, entre autres.

Défis

- Le niveau d'engagement politique et de coordination avec les ministères de la Santé a souvent eu un impact sur la mise en œuvre des activités prévues au cours de l'exercice biennal. Par exemple, en 2015, trois missions de suivi et d'évaluation de la TB-MR du Comité régional du feu vert (rGLC) ont été annulées.
- La mise en œuvre de technologies de diagnostic rapide pour la tuberculose, comme GeneXpert, a été plus lente que prévu en raison de difficultés tant techniques que financières, y compris l'introduction d'une nouvelle technologie, l'adaptation des lignes directrices pertinentes et des contraintes financières. Une note de concept régionale pour le renforcement du réseau de laboratoires TB a récemment été présentée au Fonds mondial en vue de combler ces lacunes. La mise en œuvre de ce plan devrait commencer en 2017, après sa révision et finalisation en 2016.

Enseignements tirés

- Étant donné que l'initiative sur la tuberculose dans les grandes villes a été élaborée avec un cadre épidémiologique solide, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé, et qu'elle a eu de bons résultats, les enseignements tirés de ce processus seront utilisés pour soutenir l'élargissement de l'initiative au VIH, au diabète et à la santé mentale, entre autres.
- Le travail sur la tuberculose dans les grandes villes a montré que les activités intersectorielles et inter-programmatiques conduisent à de meilleures synergies et à des succès communs. Toutefois, des efforts continus sont nécessaires pour maintenir ces réalisations (en particulier sur le plan des activités intersectorielles), dans la mesure où de nombreuses villes font face à des changements politiques.

1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas)

Présentation générale

Les programmes régionaux de gestion intégrée du paludisme, de la dengue et des vecteurs continuent à favoriser des alliances avec des partenaires stratégiques pour fournir une coopération technique de qualité aux pays en vue de renforcer les programmes nationaux et d'assurer une capacité installée pour la prévention, la surveillance, le contrôle et/ou l'élimination du paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle. Les pays continuent de renforcer leurs efforts pour éliminer le paludisme en mettant à niveau leurs systèmes d'information systématiques sur le paludisme, en se concentrant sur les populations en situation de vulnérabilité, en renforçant la prise en charge des cas de paludisme, en facilitant l'accès au traitement antipaludéen de première intention et en renforçant les capacités par le biais de formations qui peuvent être reproduites dans d'autres pays. Pour ce qui est de la dengue, les pays ont mis en place la nouvelle classification de l'OPS/OMS pour en améliorer le diagnostic et le traitement, ce qui permet une meilleure prise en charge des cas de dengue au niveau des soins de santé primaires. Ces efforts ont été mis en œuvre dans le cadre de la stratégie de gestion intégrée pour la prévention et le contrôle de la dengue (IMS-Dengue), et s'inscrivent dans le droit fil de la stratégie mondiale de l'OMS pour la prévention et le contrôle de la dengue 2012-2020. En ce qui concerne la maladie de Chagas, il y a eu une augmentation progressive de la couverture et de la qualité des soins pour les patients infectés par *T. cruzi*. Au nombre des progrès supplémentaires réalisés dans les pays d'endémie, on compte un dépistage systématique des donneurs de sang pour la maladie de Chagas, la notification des cas, la documentation de la maladie de Chagas congénitale, la détection et la gestion des flambées épidémiques et l'achat et l'utilisation de médicaments.

Réalisations

- La Région a continué d'enregistrer une réduction des cas de paludisme confirmés, avec 389 390 cas à la fin de 2014, soit une réduction de 67 % par rapport à 2000. Il y a eu 87 morts, soit une réduction de 79 % au

cours de cette même période. Cela réaffirme les progrès de la Région dans la lutte contre le paludisme. En outre, 100 % des cas de paludisme confirmés dans le secteur public reçoivent le traitement antipaludéen de première intention.

- La baisse continue des cas de paludisme et des décès dus au paludisme dans 19 des 21 pays d'endémie confirme les progrès de la Région dans la lutte contre le paludisme.
- Les systèmes de surveillance épidémiologique de la dengue ont été renforcés, et on a pu observer une réduction du taux de mortalité de la dengue qui est passé de 0,07 % à 0,05 % entre 2010 et 2014.
- Sur les 21 pays d'endémie de la maladie de Chagas, 17 ont maintenu l'interruption de la transmission vectorielle dans les foyers par le vecteur principal, comme en témoigne un indice d'infestation des foyers inférieur ou égal à 1 % dans le pays ou dans ses zones d'endémie.
- Deux groupes consultatifs techniques (GCT) ont été mis en place pour les programmes de contrôle/élimination des vecteurs au cours de l'exercice biennal. Le groupe consultatif technique pour le paludisme a tenu sa première réunion en octobre 2015 et sera le principal groupe consultatif à l'OPS sur les questions liées au paludisme dans la Région. Le groupe consultatif technique pour l'entomologie a été créé pour renforcer la coordination des activités de lutte vectorielle intégrée et durable, afin de renforcer les capacités nationales pour améliorer l'efficacité des programmes de lutte vectorielle et assurer l'utilisation rationnelle des insecticides.

Défis

- Malgré les progrès indiqués pour ce qui est de la diminution des cas de paludisme dans les pays d'endémie, une nouvelle réduction du fardeau du paludisme et la réalisation ultérieure des cibles d'élimination du paludisme pourraient être accélérées si les défis suivants étaient abordés : *a)* la coordination limitée entre tous les partenaires et les parties prenantes dans l'intensification des efforts pour favoriser l'accès universel et en temps opportun à des interventions de qualité et fondées sur données factuelles, *b)* le caractère obsolète des politiques et des cadres stratégiques contre le paludisme qui ne reflètent pas les efforts accélérés en vue de l'élimination du paludisme, *c)* la faiblesse de la surveillance à tous les niveaux du système de santé, ce qui complique la détection rapide des menaces de paludisme et le déclenchement des réponses appropriées, ainsi que l'identification de la résistance aux médicaments antipaludiques et aux insecticides, *d)* l'engagement limité des parties prenantes, qui se traduit par des ressources insuffisantes pour les efforts contre le paludisme et e) la nécessité d'aborder les spécificités contextuelles et de se préparer pour « l'étape finale » et au-delà.
- Il est impératif de prévenir toute nouvelle propagation de la circulation d'arbovirus, et plus récemment du virus du chikungunya et du virus Zika, et de réduire la présence du moustique *Aedes aegypti* dans tous les pays alors qu'il continue à s'adapter aux zones urbaines. Cela nécessitera une approche intégrée qui présente des défis importants sur le plan financier, technique et de la gestion.

Enseignements tirés

- Les meilleures pratiques et les exemples d'initiatives efficaces pour faire face au paludisme dans la Région comprennent le Réseau de l'Amazone pour la Surveillance de la pharmaco-résistance aux antipaludéens/ Initiative de l'Amazone contre le paludisme (RAVREDA/IMA) et les Champion des Amériques contre le paludisme. La durabilité de ces initiatives et la réalisation des cibles définies soulignent le fort sentiment de communauté et d'appropriation par les pays, des activités de renforcement des capacités efficaces, ainsi que l'engagement des chefs de file locaux qui sont en mesure de plaider efficacement en faveur de la poursuite du soutien technique et programmatique.

- L'IMS-Dengue a fourni une plateforme pour de nombreux pays permettant d'intégrer des éléments de prévention et de contrôle des virus Zika et du chikungunya et autres arboviroses.

1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonoses

Présentation générale

La Région continue à faire des progrès importants sur le plan de l'élimination des maladies infectieuses négligées (MIN). Au cours de 2014-2015, l'OMS a vérifié l'élimination de l'onchocercose en Équateur et au Mexique. Le Guatemala a demandé la vérification par l'OPS et l'OMS, qui s'effectuera en 2016. Le Brésil et le Venezuela ont également beaucoup progressé dans l'élaboration d'un plan d'action opérationnel 2015-2016 pour l'élimination de l'onchocercose dans la région frontalière de Yanomami. Le programme régional contre les MIN a suivi une approche inter-programmatique pour surmonter des défis logistiques et introduire des innovations dans les activités techniques. Le premier exemple en est l'utilisation d'un entrepôt au Panama pour stocker et distribuer des médicaments contre les MIN en réponse aux demandes urgentes des États Membres, ce qui a promu le panaméricanisme et a fourni un soutien en temps opportun aux pays confrontés à des pénuries de médicaments. En outre, les activités inter-programmatiques ont abouti à l'élaboration et à la mise en œuvre d'outils partagés entre les programmes régionaux (par exemple, une boîte à outils pour le suivi du déparasitage et de la couverture vaccinale, et l'intégration du déparasitage dans la Semaine de la Vaccination dans les Amériques) et ont encouragé l'utilisation de plateformes communes en vue d'élargir la couverture des services de santé pour ceux qui en ont le plus besoin.

En ce qui concerne la rage, toutes les recommandations de la 14e réunion des directeurs des programmes nationaux pour la lutte contre la rage en Amérique latine (REDIPRA 14) ont été mises en œuvre au cours de l'exercice biennal. Il s'agissait *a)* de l'exécution du premier exercice de compétence régionale pour les laboratoires nationaux de la rage, avec la participation de 23 laboratoires, *b)* de l'élaboration d'un nouveau modèle pour guider la surveillance pour le contrôle et l'élimination de la rage canine et *c)* d'une coopération technique adaptée avec les six pays prioritaires (Bolivie, Brésil, Guatemala, Haïti, Nicaragua, Pérou) pour renforcer les campagnes de vaccination des chiens, accroître l'accès à une prophylaxie post-exposition (PPE) et élaborer des plans d'action nationaux contre la rage. REDIPRA 15 a eu lieu en septembre 2015 et a formulé de nouvelles résolutions pour guider la coopération technique de l'OPS et du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) pour le contrôle et l'élimination de la rage transmise par les chiens au cours du prochain exercice biennal, une étape importante vers la réalisation de l'objectif régional.

Réalisations

- Un total de 12 pays avait des plans, des programmes ou des stratégies en place pour lutter contre les MIN. Six de ces pays ont lancé avec succès des plans d'action intégrés contre les MIN et ont déjà effectué certaines activités. En outre, les pays d'endémie de MIN spécifiques, comme la filariose lymphatique, le trachome et la schistosomiase, ont atteint ou progressent vers les objectifs des cibles de couverture pour le traitement des populations à risque.
- Selon les dernières données disponibles (2014), 16 des 23 pays où la lèpre est endémique ont atteint l'objectif d'éliminer cette maladie comme problème de santé publique.
- Les pays continuent à renforcer l'accès au diagnostic et au traitement de la leishmaniose, et à renforcer les mesures de surveillance et de contrôle intégrées.
- Au cours de l'exercice biennal, la Région a continué à maintenir un faible nombre de décès dus à la rage canine, avec un total de 20 cas confirmés, contre 22 et 30 cas confirmés respectivement en 2012-2013 et 2010-2011.

Défis

- La Région et ses pays d'endémie de MIN continuent à faire face à plusieurs obstacles pour l'élimination. Ceux-ci incluent *a)* le manque d'accès rapide et abordable aux médicaments essentiels, vaccins et matériel, *b)* l'insuffisance des ressources humaines et financières pour la surveillance, le dépistage, le suivi et les interventions entomologiques pour lutter contre diverses MIN, *c)* la faiblesse des systèmes de suivi et d'évaluation, *d)* le manque de volonté politique aux plus hauts niveaux des gouvernements, retardant la réalisation des objectifs nationaux et infranationaux d'élimination, *e)* des lacunes dans l'éducation à la santé, la participation sociale, les bonnes pratiques d'hygiène et l'accès à des installations sanitaires adéquates et à de l'eau potable, *f)* des services insuffisants pour le traitement et la prévention des MIN aux niveaux des soins de santé primaires et secondaires, *g)* l'incapacité à tirer parti des opportunités inter-programmatiques et intersectorielles pour le contrôle et l'élimination des maladies, et des dons de médicaments contre les MIN de l'OMS et *h)* le manque de stratégies et d'interventions éprouvées pour s'attaquer aux problèmes de santé publique qui subsistent après l'élimination parmi les personnes vivant dans les communautés pauvres autochtones, d'afro-descendants, rurales et périurbaines de la Région.
- Les outils techniques pour l'élimination de la rage humaine induite par le chien sont facilement disponibles pour les pays en fonction de leurs besoins. Toutefois, l'objectif régional d'élimination n'a pas été atteint en 2015. C'était principalement dû à un engagement insuffisant des autorités nationales et au manque de ressources pour soutenir des efforts durables de lutte contre la rage, y compris la fourniture de PPE, la vaccination et la surveillance des chiens, la surveillance de la rage humaine et des activités d'éducation et de communication.
- Les résultats d'une enquête pour déterminer les priorités des pays sur le plan des zoonoses dans la Région, conjugués à la croissance de la demande de soutien de la part des pays pour faire face à ces risques, confirment le besoin accru de coopération technique pour lutter contre les maladies zoonotiques (par exemple, la brucellose, le virus du Nil occidental et l'encéphalite équine) et de ressources supplémentaires pour répondre aux besoins des pays.

Enseignements tirés

- Une coordination efficace entre le programme régional de l'OPS contre les MIN, le siège de l'OMS (Département de la lutte contre les maladies tropicales négligées) et les principaux partenaires et parties prenantes, travaillant ensemble pour encourager et aider les gouvernements à traiter des MIN dans leurs plans de santé nationaux et infranationaux, a permis à la Région d'aller de l'avant avec des mesures pour contrôler et éliminer ces maladies. En outre, l'utilisation d'une approche inter-programmatique a contribué à renforcer la capacité des pays grâce à la fourniture d'activités de coopération technique plus efficaces, intégrées, telles que le déparasitage avec les campagnes de vaccination et l'utilisation de l'entrepôt au Panama pour surmonter les ruptures de stocks dans les pays.

1.5 Maladies à prévention vaccinale

Présentation générale

En 2014-2015, la Région des Amériques a réaffirmé son statut de chef de file mondial dans l'élimination des MPV et le renforcement des programmes nationaux de vaccination. Dans le cadre des efforts soutenus pour assurer une couverture vaccinale élevée permettant de couvrir les populations dans les communautés difficiles à atteindre, la 13e Semaine de la Vaccination annuelle dans les Amériques a été organisée dans toute la Région, atteignant plus 60 millions de personnes avec des vaccins efficaces et de qualité. Les pays ont également soumis et mis en œuvre avec succès des plans d'action qui prévoient des interventions spécifiques pour améliorer la couverture vaccinale

chez les populations non vaccinées et sous vaccinées. Le système intégré de surveillance des maladies à prévention vaccinale a été élargi. La flambée de rougeole dans le nord-est du Brésil, qui a constitué le plus grand obstacle à la réalisation de la vérification de l'élimination de la rougeole dans la Région, a été déclarée interrompue par le Comité international d'experts pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques. En outre, les pays ont commencé à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans le cadre du programme de vaccination systématique contre la polio, et ils se préparent à passer du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) dans le cadre du Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et son étape ultime. Enfin, l'adoption du Plan d'action régional 2016-2020 pour la vaccination par le 54e Conseil directeur de l'OPS définira une feuille de route afin de maintenir les résultats obtenus à ce jour, tout en prenant les mesures nécessaires pour renforcer les différentes composantes des programmes nationaux de vaccination. Cependant, malgré ces progrès remarquables, la Région a enregistré une baisse des taux de couverture vaccinale. L'OPS encourage les pays à intensifier leurs efforts au cours du prochain exercice biennal afin d'assurer un accès universel et équitable à la vaccination, ainsi que l'utilisation de données vaccinales de qualité.

Réalisations

- La déclaration de l'élimination de la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques en avril 2015 représente un jalon historique régional et mondial en santé publique.
- La Région a continué à maintenir les acquis de couverture vaccinale avec une moyenne régionale supérieure à 90 %.
- Dans le cadre de l'effort en cours pour aider les pays à améliorer la couverture vaccinale des populations non vaccinées et sous vaccinées, l'élaboration d'outils pour l'identification des municipalités à faible couverture et pour les interventions ultérieures a été menée à bien avec succès. L'impact possible sur la couverture sera évalué avec la publication des données de 2015.
- Un total de 41 pays a acheté des vaccins et produits biologiques à travers le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins, pour un total de plus de $1 milliard au cours de l'exercice biennal.

Défis

- L'insuffisance des investissements dans les programmes nationaux de vaccination continue de représenter un défi pour la viabilité du programme, avec des répercussions négatives potentielles sur les objectifs de couverture vaccinale et l'efficacité des opérations.
- Le concept de couverture sanitaire universelle doit être clairement communiqué aux pays afin d'assurer la visibilité, de renforcer les programmes prioritaires et d'atteindre les objectifs régionaux.

Enseignements tirés

- L'approche inter-programmatique pour le suivi de l'élargissement de la couverture s'est avérée être une des méthodes les plus efficaces et efficientes pour accroître l'accès aux services de vaccination pour les populations vulnérables et/ou isolées, comme en témoigne la collaboration réussie entre le programme de vaccination et le programme de lutte contre les MIN (par exemple, le déparasitage).

Risques

Les risques les plus pertinents identifiés pour la catégorie 1 dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 sont énumérés ci-dessous, avec des informations sur leur situation et toutes mesures d'atténuation prises pour y remédier. Les nouveaux risques identifiés au cours de l'exercice biennal sont également mis en exergue.

- Une réorientation des priorités de la santé à l'échelle mondiale, régionale ou nationale se traduit par une réduction du soutien financier aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles et de vaccination.
    - On a constaté un manque de sécurité budgétaire dans plusieurs programmes de lutte contre les maladies transmissibles au cours de l'exercice biennal, comme pour l'ETME, l'hépatite virale et les MIN, qui a fait obstacle à l'achèvement de certaines activités programmées. La mobilisation de ressources couronnée de succès grâce à la création de nouveaux partenariats et à la négociation d'élargissements d'accords existants a conduit à la diversification des sources de financement pour appuyer les programmes clés, et a également accru l'efficacité de l'utilisation des ressources existantes.
    - L'Organisation, aux côtés des pays et des partenaires, a encouragé avec succès l'intérêt pour le paludisme grâce à des activités de plaidoyer et de communication stratégiques, ce qui s'est traduit par une augmentation du financement contre le paludisme et un engagement ferme des pays pour l'élimination du paludisme. Cet engagement est soutenu par les efforts accrus de l'OPS pour consolider, actualiser et mettre en œuvre les plans nationaux contre le paludisme des pays. Ces plans traitent des grands défis liés au contexte des pays, y compris les groupes vulnérables, à la préparation et l'intervention face aux flambée épidémiques, à la chaîne d'approvisionnement, etc.
- La mobilité transfrontalière contribue à la complexité de la prévention, du contrôle et de l'élimination des maladies.
    - En ce qui concerne la rage et d'autres zoonoses, la mobilité des personnes, des animaux et des marchandises au traves des frontières contribue à la complexité des efforts de prévention, de contrôle et d'élimination dans certains pays (par exemple, entre le Brésil et la Bolivie). La promotion de la coopération Sud-Sud entre pays voisins s'est révélée efficace pour améliorer la coordination des actions par-delà les frontières et au sein des populations vulnérables.
- Les situations d'urgence, les catastrophes et les pandémies utilisent des ressources qui auraient été allouées aux programmes pour les principales maladies transmissibles et rendent difficile, voire impossible la collecte et la compilation d'informations stratégiques.
    - Le principal défi qui fait obstacle à la collecte d'informations stratégiques de qualité a été la faiblesse des systèmes d'information de la santé dans les pays qui font des investissements limités pour les améliorer. Cette question a été une priorité au cours de l'exercice biennal, et une coopération technique sur mesure a été fournie aux pays pour renforcer les capacités nationales. En outre, il reste nécessaire de procéder à des modélisations et à des prévisions pour identifier les tendances de la santé et élaborer des interventions pour y répondre de façon adéquate. Des ressources humaines seront allouées au cours du prochain exercice biennal pour s'assurer que ce domaine d'expertise sera en place aux niveaux régional et national.
- La stigmatisation et la discrimination augmentent envers les personnes vivant avec le VIH.
    - La stigmatisation et la discrimination envers les populations clés touchées par l'épidémie de VIH est un défi permanent. Un accent accru sur la prévention conjuguée du VIH, et l'approbation de cibles en matière de stigmatisation et de discrimination dans la Région, ont créé des opportunités pour traiter de ces questions.
- Les MIN continuent de se voir accorder une priorité très faible dans les programmes gouvernementaux de certains pays et partenaires.
    - Comme mentionné dans les enseignements tirés ci-dessus, la coordination efficace entre l'OPS, l'OMS et les partenaires stratégiques clés a permis de soutenir les gouvernements abordant les MIN dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans de santé nationaux et infranationaux. Cela a favorisé l'appropriation par les pays et a permis à la Région d'aller de l'avant avec des mesures pour

contrôler et éliminer les MIN. Alors qu'un nouveau plan d'action sur les MIN est présenté aux Organes directeurs de l'OPS en 2016 et déployé dans la Région, les meilleures pratiques pour faire figurer la question des MIN dans les programmes gouvernementaux devraient être partagées et appliquées, particulièrement à la lumière des objectifs d'élimination régionale.

- Il y a une pénurie de médicaments et de substances biologiques utilisées pour traiter les MIN et les zoonoses dans la Région, résultant du caractère insuffisant des matières premières disponibles.
    - Dans certains pays, les pénuries de produits biologiques utilisés pour traiter la rage (tels que les vaccins pour les chiens/hommes, les traitements PPE) se sont parfois produites en raison de technologies de production de vaccins inadéquates. Les mesures d'atténuation comprennent l'achat de vaccins antirabiques modernes à travers le Fonds renouvelable de l'OPS, ainsi que des activités de plaidoyer et de coopération technique pour promouvoir la production de vaccins antirabiques modernes (par exemple, culture de cellules).
- L'investissement dans des activités de vaccination est faible ou insuffisant, ce qui remet en cause l'objectif d'une couverture universelle.
    - Bien que cela constitue encore un défi, il existe un engagement de la part des pays à fournir des vaccins de qualité aux personnes en ayant le plus besoin, comme en témoigne la participation de 41 pays au Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins. Les achats de vaccins et de produits biologiques représentent un investissement de plus de $1 milliard.

Nouveaux risques apparus au cours de l'exercice biennal :

- La survenue imprévisible d'urgences sanitaires ou de catastrophes a le potentiel de faire dérailler les efforts en cours sur le plan de la planification et de la mise en œuvre.
    - Ce risque s'est présenté dans le cadre des flambées de nouvelles maladies infectieuses, surtout les maladies à virus Ebola et Zika. Une réponse inter-programmatique de l'Organisation a fait face à une demande croissante des pays en termes de soutien dans leurs efforts de préparation et d'intervention et a contribué à éviter que le fardeau de la réponse incombe à un seul département. Il est important que les enseignements tirés de la réponse de l'Organisation face à ces épidémies soient documentés afin d'améliorer les mesures visant à atténuer ces situations à l'avenir.
- L'élimination de la rage humaine induite par le chien ne sera pas obtenue d'ici à 2015.
    - Comme mentionné précédemment, l'objectif d'élimination n'a pas été atteint en 2015, en raison de divers facteurs, dont l'engagement insuffisant de certaines autorités nationales pour soutenir les efforts de lutte contre la rage. Cependant, la coopération technique avec des pays clés (comme la Bolivie et Haïti) a été renforcée afin d'améliorer les capacités nationales. Les principales stratégies pour parvenir à l'élimination d'ici à 2019 sont la mise en œuvre du Plan d'action pour l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens, approuvé par la REDIPRA 14 et réaffirmé par la REDIPRA 15, ainsi que les efforts pour renforcer le plaidoyer de haut niveau dans les pays prioritaires afin d'accroître leur engagement à parvenir à l'élimination.

Analyse de l'exécution budgétaire

Sur la base des données financières présentées dans le tableau 1 ci-dessus, la catégorie 1 a mobilisé plus de $85 millions en 2014-2015 grâce aux efforts conjoints de l'ensemble des niveaux fonctionnels de l'Organisation. Dans l'ensemble, un total de 94 % du financement accordé a été exécuté avant la fin de 2015, et 92 % du financement a été exécuté par rapport au budget approuvé du PB 14-15, remplissant ainsi l'objectif d'exécution budgétaire pour l'exercice biennal.

Une analyse budgétaire plus poussée par domaine programmatique montre que le montant de financement accordé à trois domaines programmatiques, à savoir les domaines programmatiques 1.2 (tuberculose), 1.3 (paludisme et autres maladies à transmission vectorielle) et 1.4 (maladies négligées, tropicales et zoonotiques), ont largement dépassé le budget approuvé, avec des niveaux élevés d'exécution par rapport au financement accordé et au PB 14-15 approuvé. Alors que seulement $3,9 millions étaient approuvés dans le PB 14-15 pour le domaine programmatique 1.2, un total de $6,7 millions a été obtenu, et 97 % de ce montant a été exécuté au cours de l'exercice biennal. Sur la base de ce scénario, de l'analyse budgétaire rétrospective pour ce domaine programmatique et de la collaboration continue avec les principaux partenaires donateurs, il est évident que les niveaux de financement attribués en 2014-2015 correspondent au véritable budget pour la tuberculose. En ce qui concerne le domaine programmatique 1.3, le budget pour la Stratégie et le Plan d'action pour le paludisme 2011-2015, qui ont guidé les efforts contre le paludisme de l'OPS dans la Région, a inclus une composante importante pour soutenir un fort plaidoyer pour la lutte contre le paludisme et les activités de mobilisation des ressources ; ceux-ci ont été menés à bien avec succès, comme en témoigne l'augmentation significative des fonds externes contre le paludisme canalisés par l'OPS. En ce qui concerne le domaine programmatique 1.4, la mobilisation des ressources et le niveau élevé d'exécution des financements ont été facilités par des analyses fréquentes des déficits de financement et de l'exécution financière, conjuguées à un haut niveau d'engagement de la part des donateurs et des partenaires, y compris le siège de l'OMS, pour le contrôle et l'élimination des MIN dans la Région.

Le tableau 1 met également en évidence d'importants déficits de financement pour les domaines programmatiques 1.1 et 1.5. Cela tient notamment à la surévaluation potentielle des niveaux de financements initiaux dans le PB 14-15, qui comprenaient des ressources humaines auxquelles il n'a pas été donné suite, compte tenu du financement limité. En outre, des difficultés ont été rencontrées pour mobiliser des ressources pour certains programmes techniques au sein de ces domaines programmatiques, tels que les IST, les informations stratégiques sur le VIH/IST, l'Initiative ProVac et le suivi de la couverture vaccinale.

Tableau 3. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 1 par domaine programmatique et niveau fonctionnel

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$)	Fonds accordés par domaine (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
1. Maladies transmissibles	**85,32**	**100,00**	**80,01**	**93,8**
1.1 VIH/sida et IST	**12,65**	**14,83**	**11,85**	**93,7**
National	4,01	4,70	4,00	99,7
Inter-pays	2,60	3,05	2,39	91,7
Infrarégional	0,69	0,81	0,63	91,8
Régional	5,34	6,26	4,83	90,4
1.2 Tuberculose	**6,74**	**7,90**	**6,53**	**96,9**
National	1,82	2,14	1,77	97,0
Inter-pays	1,38	1,62	1,34	97,0
Infrarégional	0,30	0,41	0,34	96,9
Régional	3,18	3,73	3,08	96,9
1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas)	**11,37**	**13,33**	**11,02**	**96,9**
National	5,30	6,22	5,20	98,0
Inter-pays	1,67	1,95	1,60	96,0
Infrarégional	0,44	0,52	0,43	96,1
Régional	3,96	4,64	3,80	96,0

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$)	Fonds accordés par domaine (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	**14,46**	**16,95**	**12,89**	**89,1**
National	3,32	3,90	3,27	98,2
Inter-pays	7,41	8,68	6,09	82,2
Infrarégional	0,40	0,47	0,38	95,1
Régional	3,33	3,91	3,15	94,6
1.5 Maladies à prévention vaccinale (y compris le maintien de l'éradication de la polio)	**40,09**	**46,99**	**37,71**	**94,1**
National	14,03	16,45	13,07	93,1
Inter-pays	7,05	8,26	6,66	94,5
Infrarégional	2,28	2,67	2,18	95,5
Régional	16,73	19,61	15,81	94,5

Dans les niveaux fonctionnels de l'Organisation (tableau 2), les pourcentages des financements accordés à la catégorie 1 au niveau national, inter-pays, infrarégional et régional étaient respectivement de 33 %, 24 %, 5 % et 38 %. L'exécution des financements accordés au niveau national (96 %), inter-pays (90 %), infrarégional (95 %) et régional (94 %) était très élevée à la fin de 2015. Comme indiqué au tableau 3, des tendances similaires se dessinent en termes d'allocation et d'exécution dans les niveaux fonctionnels et au niveau des domaines programmatiques. Une analyse complémentaire a été menée pour mieux comprendre ces tendances dans les allocations. En général, les principaux contributeurs aux allocations plus élevées à l'échelle inter-pays et régionale comprennent un nombre important de personnel régional, du Centre de l'OPS (PANAFTOSA), décentralisé et national actuellement inclus dans le plafond budgétaire régional/inter-pays, ainsi qu'un niveau substantiel de ressources allouées au niveau régional qui bénéficient directement aux pays par le biais de la prestation d'activités de renforcement des capacités, d'exercices de suivi et d'évaluation et de missions de coopération technique, notamment. Il est important de tenir compte des subtilités des mécanismes de financement permettant de mobiliser des ressources, qui exigent que les financements soient canalisés principalement au niveau régional, par exemple, le financement par l'intermédiaire d'USAID.

Mobilisation des ressources

La catégorie 1 a réussi à mobiliser $85 millions pour progresser vers l'objectif de réduction du fardeau des maladies transmissibles dans la Région. Des financements ont été mobilisés avec succès à travers des alliances fortes avec la Fondation Bill & Melinda Gates (vaccination, paludisme), les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (VIH, vaccination), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (VIH, tuberculose, paludisme), le gouvernement du Brésil (hépatite, leptospirose, MIN, rage, zoonose), l'Agence mexicaine de coopération pour le développement international [AMEXCID] (paludisme), la Fondation de l'OPS (dengue), le Budget unifié de l'ONUSIDA, le Cadre de résultats et de responsabilisation, UBRAF (VIH, TB-MR, tuberculose), l'UNICEF (ETME), l'USAID (vaccination, tuberculose, paludisme, MIN) et l'OMS (Chagas, leishmaniose, lèpre, paludisme, MIN, polio, tuberculose).

Bien que les financements accordés au domaine programmatique 1.2 (TB), 1.3 (Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle) et 1.4 (MIN) aient dépassé le budget approuvé, cela ne doit pas masquer le fait que plusieurs programmes (tels que la dengue, Chagas, les MIN, la rage/zoonoses) nécessitent des ressources supplémentaires pour atteindre des résultats satisfaisants. Pour les domaines déjà sous-financés, tels que le domaine programmatique 1.1, des coupes drastiques des financements qui appuyaient traditionnellement les

activités essentielles ont déjà été communiquées à l'OPS (par exemple, une réduction de 50 % du financement ONUSIDA/UBRAF pour le VIH/IST). Cela se traduit par un déficit de financement important pour ce domaine programmatique.

Dans une certaine mesure, la hiérarchisation des priorités effectuée par les pays a pu jouer un rôle dans les efforts de mobilisation des ressources dans les différents domaines programmatiques. Le faible montant budgétisé pour le domaine programmatique 1.2 durant l'exercice biennal s'explique potentiellement par sa priorisation de niveau moyen (niveau 2). Toutefois, compte tenu de la capacité du programme à mobiliser des ressources et du nombre de pays demandant une coopération technique, un plus grand budget prévisionnel a été demandé pour 2016-2017, compatible avec les chiffres historiques pour la mobilisation et l'exécution. En ce qui concerne le domaine programmatique 1.3, le budget pour la Stratégie et le Plan d'action pour le paludisme 2011-2015 a été conceptualisé et proposé de façon à rendre les programmes évolutifs (c'est-à-dire que les cibles pourraient être atteintes plus rapidement et plus efficacement avec des ressources supplémentaires). Outre le niveau élevé de priorité (niveau 1) attribué par les pays, un facteur important qui contribue aux efforts de mobilisation de ressources réussis contre le paludisme a été l'Initiative des Champions des Amériques contre le paludisme, qui a documenté les meilleures pratiques dans les pays et a démontré que les cibles peuvent être atteintes lorsque les investissements techniques et financiers à la fois des contributeurs internes (pays) et externes ne suffisent pas à combler les écarts de financement. Bien que le domaine programmatique 1.4 (MIN) ait été classé comme non prioritaires (niveau 3) par les pays, une forte alliance mondiale œuvre pour atteindre les objectifs d'élimination fixés. Une coordination efficace entre l'OPS/OMS et les principaux partenaires et parties prenantes, visant à encourager et à soutenir les gouvernements dans leurs efforts pour combattre les MIN, a permis à la Région d'aller de l'avant avec des mesures pour contrôler et éliminer ces maladies débilitantes.

Recommandations

- Envisager l'élaboration d'un programme robuste d'élimination axé sur la santé publique, notamment l'élimination de l'hépatite virale B et C en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030, comme indiqué dans la Stratégie mondiale du secteur de la santé sur l'hépatite virale, 2016-2021, de l'OMS et dans le Plan d'action de l'OPS pour la prévention et le contrôle de l'hépatite virale (2015). Une collaboration inter-départements soutenue et des investissements importants seront nécessaires pour atteindre cet objectif. Un programme d'élimination de l'OPS devra traiter de certaines maladies infectieuses (VIH, tuberculose, hépatite C virale, maladies tropicales négligées) et s'appuyer sur la plateforme ETME éprouvée pour ajouter d'autres infections à transmission verticale, comme le virus de l'hépatite B et la maladie de Chagas dans les zones endémiques (Phase 2 de l'ETME ou ETME+).
- Remédier à la pénurie de pénicilline G benzathine (PGB) au moyen d'un plaidoyer auprès des fabricants de vaccins et d'autres parties dans les forums mondiaux et les réunions de haut niveau pour qu'ils intensifient la production. Grâce à la collaboration inter-programmatique fonctionnelle, et en partenariat avec l'OMS, une évaluation régionale de l'état de pénurie de PGB, y compris les ruptures de stock et la demande projetée pour 2016, a été finalisée. Le Fonds stratégique de l'OPS (FS) soutient actuellement un pays avec un approvisionnement d'urgence de PGB et, sur la base des conclusions de l'enquête, est activement en contact avec les quatre autres pays qui ont signalé des ruptures de stock afin de déterminer s'ils souhaiteraient utiliser le mécanisme du FS pour leurs achats futurs. En outre, le FS procède à une cartographie des capacités régionales de production de PBG et s'efforce de déterminer quels sont les fabricants dans la Région qui pourraient intensifier leur production afin de fournir les pays en PGB pour atténuer les pénuries futures.
- Élargir encore l'initiative pour la lutte contre la tuberculose dans les grandes villes, qui a été mise en œuvre avec succès et étendue au cours de cet exercice biennal. Cette initiative peut être élargie pour inclure des programmes supplémentaires tels que le VIH, le diabète et la santé mentale, entre autres.

- Renforcer les ressources humaines dans les Caraïbes et au niveau régional (siège de l'OPS) pour traiter de la baisse soudaine des ressources de l'UBRAF, qui a généré un écart de financement important dans la planification des activités contre le VIH/sida.
- Appuyer l'approbation et la mise en œuvre du Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020, qui est actuellement en cours d'élaboration et qui a été présenté à la 158e session du Comité exécutif en juin 2016. Le projet de texte actuel est le fruit d'un processus amorcé dans le cadre des consultations régionales OPS/AMRO sur la stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 et l'Action et l'investissement pour vaincre le paludisme 2016-2030 (AIM) en avril 2014. Ceci a été suivi par des consultations avec les partenaires et les parties prenantes au cours de multiples visites dans les pays et réunions techniques, et par la consultation régionale d'octobre 2015 sur l'élaboration du Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020.
- Plaider auprès des ministères de la Santé et de l'Agriculture pour qu'ils s'engagent à consacrer les ressources nécessaires pour l'élimination de la rage humaine induite par le chien dans les pays à haut risque (Bolivie, Haïti, Nicaragua et Pérou) qui continuent de présenter des défis.
- Soutenir la rationalisation et le renforcement de la coordination entre la couverture sanitaire universelle et les programmes prioritaires en communiquant un message commun et cohérent aux États Membres pour le renforcement opérationnel des services de santé (y compris les services communautaires).
- Continuer à soutenir le dialogue et les négociations de haut niveau avec les fabricants afin de maintenir ou d'obtenir les meilleurs prix pour les vaccins (surtout pour les nouveaux vaccins), avec la participation des principales parties prenantes.

Évaluation par domaine programmatique

Domaine programmatique 1.1 : HIV/sida et IST **RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE : Accès accru aux principales interventions pour la prévention et le traitement du VIH et des IST** Évaluation des indicateurs de RIT : 3/3 en cours Évaluation des indicateurs de RIM : 2/4 atteints, 2/4 partiellement atteints	**Notation :** **A partiellement répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° ind. du RIT	Indicateur du RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation *(Noté comme atteint, en cours, aucun progrès)*[2, 3]
1.1.1	Nombre de pays et territoires ayant une couverture de 80 % pour les thérapies antirétrovirales (ART) dans les populations y ayant droit	6	22	en cours (7 atteints + 14 en cours)

Sept pays et territoires ont atteint l'indicateur : BMU, BRB, CUB, CUW, SAB, STA, SXM.

En outre, 14 pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ABW, ARG, BHS, BON, CHL, CRI, DOM, ECU, GUY, JAM, PAN, PER, PRY, TTO.

En 2013, l'OMS a modifié les lignes directrices pour le démarrage du traitement antirétroviral en recommandant l'ART pour tous les adultes séropositifs et ayant une numération CD4 égale ou inférieure à 500 cellules/mm3. En 2015, l'OMS a recommandé une approche de traitement de toutes les personnes indépendamment du CD4. Ces nouvelles lignes directrices ont augmenté le dénominateur des patients pouvant recevoir le traitement et ont donc diminué la couverture nationale de l'ART dans de nombreux pays. Néanmoins, l'Amérique latine et les Caraïbes continuent d'être la région du monde avec la couverture la plus élevée d'ART (46 % de toutes les personnes vivant avec le VIH selon les estimations). Actuellement, aucun État Membre ou pays associé dans la Région n'a atteint l'objectif de 80 % de couverture (deux territoires y sont parvenus : Saba et les Bermudes). Cependant, la plupart des pays ont mis à jour leurs lignes directrices basées sur les lignes directrices de 2013 de l'OMS, et certains adoptent une approche de traitement pour tous (Argentine, Brésil, Mexique). Atteindre 80 % de couverture ART dans 22 pays d'ici à 2019 sera un défi, mais l'accès aux médicaments antirétroviraux à des prix plus bas s'est étendu grâce au processus de passation de marchés conjoint des mécanismes du Fonds stratégique de l'OPS et du Fonds mondial. Une coopération technique avec les pays a été entreprise pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation de services et éventuellement atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique.

[2] La réalisation globale est évaluée comme suit :
- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée pour 2019 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) dans le Plan stratégique de l'OPS a déjà été atteinte.
- **En cours :** il y a eu une augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et le travail est en cours/en bonne voie pour atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique pour 2019.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et les progrès pour atteindre la cible de l'indicateur d'ici à 2019 pourraient être menacés.

[3] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/Réseau des catégories et domaines programmatiques (CPAN) sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

N° ind. du RIT	Indicateur du RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
1.1.2	Nombre de pays et territoires ayant une couverture d'au moins 95 % pour le traitement prophylactique du VIH pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH	0	24	en cours (15 atteints + 9 en cours)
Quinze pays et territoires ont atteint l'indicateur : ABW, AIA, BMU, BON, BRB, CHL, CUB, CUW, DMA, GRD, KNA, SAB, SLV, STA, VCT. Neuf autres pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : BLZ, CAN, COL, GUY, HND, MEX, PER, USA, VEN. Le nombre et le pourcentage de femmes enceintes séropositives qui reçoivent des antirétroviraux a augmenté chaque année. En 2014, 81 % [69 %-95 %] des femmes enceintes séropositives dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire dans la Région ont reçu un traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Cela représente une augmentation de 43 % en cinq ans, avec une couverture qui est passée de 56 % (48 %-66 %) en 2010 à 81 % en 2014. La couverture en 2014 était de 78 % [64 %-94 %] en Amérique latine et de 89 % [78 %-95 %] dans les Caraïbes. Selon le rapport de 2015 sur l'ETME sur la base des données communiquées par les pays, à la fin de 2014, 11 pays ont indiqué avoir une couverture ART supérieure à 95 %, soit une progression vers la cible de 24 en 2019.				
1.1.3	Nombre de pays et territoires ayant une couverture d'au moins 95 % pour le traitement de la syphilis chez la femme enceinte	0	22	en cours (11 atteints + 9 en cours)
Onze pays et territoires ont atteint l'indicateur : AIA, BMU, BON, BRB, CUB, CUW, DMA, GRD, KNA, HND, SAB. Neuf autres pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : BLZ, CHL, COL, GUY, MEX, PER, SLV, VCT, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Selon le rapport de 2015 sur l'ETME, plus de la moitié des pays de la Région (56 % soit 29/52) ont présenté des données sur le traitement des femmes enceintes atteintes de syphilis en 2014, six de plus qu'en 2010. Les chiffres vont de 50 % à 100 %, avec une valeur régionale estimée de 85 % de couverture du traitement de la syphilis chez la femme enceinte.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[4,5]
1.1.1	Mise en œuvre et suivi du plan régional VIH/IST par le biais de la coopération technique aux niveaux régional et national	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre les stratégies nationales VIH/IST conformément à la Stratégie mondiale du secteur de la santé de l'OMS sur le VIH/sida 2011-2015 et au plan régional VIH/IST pour le secteur de la santé 2006-2015	8	27	partiellement atteint (21 atteints + 6 partiellement atteints)
Vingt et un pays et territoires ont atteint l'indicateur : AIA, ABW, BMU, BOL, COL, CUW, DMA, DOM, HND, HTI, JAM, KNA, MEX, PRY, PER, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, VGB. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Six autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : BHS, BON, ECU, GTM, GUY, VEN. Les pays ont collaboré avec l'OPS afin d'adapter et de traduire les stratégies mondiales et régionales en stratégies nationales qui tiennent compte des spécificités de chaque pays. Les pays ont diffusé les stratégies nationales actualisées aux établissements de santé concernés et ont dispensé une formation aux secteurs public et privé. Les progrès des pays sont documentés par des rapports régionaux et par l'examen à mi-parcours du Plan d'action actuel VIH/IST. Ceux-ci montrent que les pays ont adopté les quatre initiatives phares du plan VIH/IST actuel au sein de leurs stratégies nationales, ce qui suggère un alignement étroit avec le Plan régional. En outre, par le biais de deux forums régionaux, 26 pays ont approuvé les cibles mondiales de traitement 90-90-90 (Mexique, 2014) et 23 pays ont approuvé les cibles actualisées de prévention du VIH (Brésil, 2015). Cela s'est traduit par des mises à jour de leurs plans stratégiques nationaux, pour les harmoniser avec la réponse post-2015 et avec les objectifs de développement durable des Nations Unies.				

[4] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée dans le Programme et budget 2014-2015 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) a été atteinte. Les cibles d'indicateurs ont été dépassées comme indiqué.
- **En cours :** des progrès ont été réalisés par rapport à la valeur de référence définie dans le Programme et budget (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), mais la cible fixée pour 2015 n'a pas été atteinte.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence définie dans le Programme et budget (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux).

[5] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[4,5]
1.1.2	Adaptation et mise en œuvre des normes et standards les plus récents pour la prévention et traitement de l'infection VIH pédiatrique et adulte, l'intégration du VIH et d'autres programmes de santé et la réduction des inégalités	Nombre de pays et territoires qui ont adopté/adapté les lignes directrices de 2013 de l'OMS sur l'utilisation des thérapies antirétrovirales (ART) pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH	10	31	dépassé (33 atteints + 5 partiellement atteints)
Trente-trois pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, ATG, BLZ, BMU, BOL, BON, BRA, BRB, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, PAN, PER, PRY, SLV, STA, URY, VCT, VEN. On attendait encore la confirmation de neuf pays au moment où ce rapport a été rédigé. Cinq pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BHS, SAB, SXM, TCA, TTO. Trois autres pays cibles sont en train d'adapter leurs lignes directrices nationales sur la base des recommandations de l'OMS de 2013 (critères de démarrage de l'ART de CD4 ≤500) : les Bahamas, la République dominicaine et Trinité-et-Tobago.					
1.1.3	Facilitation de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi de stratégies nationales pour la prévention et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles	Nombre de pays et territoires qui ont mis à jour leur stratégie IST sur la base de recommandations mondiales ou régionales	26	34	partiellement atteint (16 atteints + 12 partiellement atteints)
Seize pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BMU, BRA, CAN, COL, CUB, CUW, DMA, HND, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, URY, VEN. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Douze autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BHS, BLZ, BOL, CHL, DOM, GTM, GUY, HTI, SAB, SLV, STA, TTO. L'élaboration de stratégies IST dans la Région a été guidée par la Stratégie mondiale pour la prévention et le contrôle des IST. Une assistance technique sur les IST a été fournie grâce à des opportunités liées au VIH, dans la mesure où il existe peu d'investissements spécifiques pour les IST dans la Région, à l'exception du Programme de surveillance gonococcique et antimicrobienne (GASP).					

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[4,5]
1.1.4	Actualisation et mise en œuvre de plans d'action nationaux pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale	Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre un plan d'action national pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale	35	39	atteint (39 atteints + 2 partiellement atteints)

Trente-neuf pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, AIA, ARG, ATG, BHS, BLZ, BMU, BON, BRA, BRB, BOL, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, MSR, NIC, PAN, PRY, SLV, SUR, TTO, URY, VCT, VEN, VGB. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé.

En outre, deux pays ont partiellement atteint cet indicateur : PER, TCA.

En 2014, un total de 34 pays et territoires avaient des plans nationaux pour éliminer la TME du VIH, parfois conjugués avec des plans pour l'élimination de la syphilis congénitale.

Domaine programmatique 1.2 : Tuberculose **RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE : Augmentation du nombre de malades atteints de tuberculose qui sont diagnostiqués et traités avec succès** Évaluation des indicateur de RIT : 2/3 en cours, 1/3 aucun progrès Évaluation des indicateurs de RIM : 1/3 atteint, 2/3 partiellement atteints	**Notation :** **A partiellement répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
1.2.1	Nombre cumulé de malades souffrant de TB confirmée bactériologiquement traités avec succès dans le cadre de programmes qui ont adopté la stratégie recommandée par l'OMS depuis 1995	1,45 million patients	2,50 millions patients	en cours (1,85/2,50 million)

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose traités avec succès en 2013 était de 201 000. Lorsque ce chiffre est combiné avec celui de 202 000 en 2012, 403 000 nouveaux cas ont été traités avec succès depuis le calcul du niveau de référence en 2012. Cela montre les progrès dans la Région dans la réalisation de l'indicateur de résultat intermédiaire. Les données sont disponibles deux ans après l'état de traitement, ce qui constitue une limitation pour mesurer l'indicateur de succès du traitement en 2015.

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
1.2.2	Nombre annuel de patients souffrant de tuberculose avec TB-MR confirmée ou présumée, suivant la définition de l'OMS (2013), y compris les cas résistants à la rifampicine, placés sous traitement TB-MR dans les Amériques	2960 patients	5490 patients	en cours (3568 patients)
Un total de 3568 patients TB-MR a été mis sous traitement dans la Région en 2014. L'analyse des données de 2015 est en cours de finalisation.				
1.2.3	Pourcentage de nouveaux patients atteints de tuberculose diagnostiqués par rapport au nombre total de cas de tuberculose	79%	90%	aucun progrès (77%)
En 2014, le taux de détection des cas pour la Région était de 77 %. Malgré les progrès notés dans les pays, cela représente une légère baisse. Une explication possible est liée à la façon dont l'OMS actualise les estimations du fardeau de TB dans la Région. Durant le premier semestre de 2016, le programme régional de lutte contre la tuberculose a prévu une réunion pour examiner ces estimations.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.2.1	Pays en mesure de mettre en œuvre des approches diagnostiques et des outils nouveaux pour renforcer le diagnostic de la tuberculose	Nombre de pays et territoires appliquant le diagnostic rapide recommandé par l'OMS pour la tuberculose	11	27	atteint (25 atteints + 3 partiellement atteints)
Vingt-cinq pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, BON, CAN, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRY, PRI, SLV, SUR, URY, USA, VEN. On attendait encore la confirmation de cinq pays au moment où ce rapport a été rédigé. En outre, trois pays ont partiellement atteint l'indicateur : BLZ, JAM, PAN. Selon le Rapport mondial de 2015 de l'OMS sur la tuberculose, et les rapports de missions et renseignements communiqués par les pays, 25 pays mettent en œuvre des technologies de diagnostic rapides pour la tuberculose. La Région a fait des progrès significatifs en termes d'achat et de mise en œuvre de GeneXpert, ainsi que d'autres méthodes de diagnostic rapides, bien que le déploiement à grande échelle ait été plus lent que prévu dans plusieurs pays.					
1.2.2	Orientations et lignes directrices techniques actualisées pour renforcer les capacités des pays en matière de diagnostic et de traitement rapides des patients atteints de tuberculose	Nombre de pays et territoires qui appliquent les lignes directrices de l'OMS pour le diagnostic et le traitement rapides des TB-MR	16	28	partiellement atteint (25 atteints + 8 partiellement atteints)
Vingt-cinq pays et territoires ont atteint cet indicateur : BHS, BMU, BON, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRI, PRY, SLV, URY, VEN. On attendait encore la confirmation de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé.					

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
Huit autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : ARG, BOL, GTM, GUY, JAM, PAN, SUR, TTO. Selon le Rapport mondial de 2015 de l'OMS sur la tuberculose, et les rapports de missions et renseignements communiqués par les États Membres, un total de 23 pays et territoires ont mis à jour leurs lignes directrices sur la TB-MR conformément aux dernières recommandations de l'OMS. Six pays des Caraïbes (Bahamas, Barbade, Bermudes, Dominique, Grenade, Jamaïque) ont mis à jour leurs lignes directrices pour le diagnostic et le traitement rapide de la TB-MR, conformément aux directives de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA), qui reflètent les lignes directrices de l'OMS. Un soutien technique été fourni par l'OPS/OMS aux niveaux régional, infrarégional et national, ainsi qu'au moyen des missions de suivi et d'évaluation du Comité régional du feu vert (rGLC).					
1.2.3	Orientations et lignes directrices techniques actualisées pour renforcer les capacités des pays en matière de diagnostic et de traitement rapides des patients atteints de TB-VIH	Nombre de pays et territoires qui appliquent les lignes directrices de l'OMS pour le diagnostic et le traitement rapides de la TB-VIH	20	33	partiellement atteint (24 atteints + 5 partiellement atteints)
Vingt-quatre pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BHS, BMU, BOL, BON, BRA, BRB, CHL, COL, CUW, DMA, DOM, GRD, GUY, HND, JAM, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Cinq autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : ECU, GTM, LCA, PAN, VCT. Les pays actualisent et mettent en œuvre leurs lignes directrices sur la co-infection tuberculose-VIH conformément aux dernières recommandations de l'OMS. Au niveau régional, les lignes directrices cliniques sur la co-infection tuberculose-VIH sont mises à jour et appuieront davantage ce processus au cours de l'exercice biennal 2016-2017. Une collaboration étroite entre les programmes tuberculose et VIH à tous les niveaux est encore nécessaire.					

Domaine programmatique 1.3 : Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et Chagas) **RÉSULTAT : Capacité accrue des pays à élaborer et appliquer des plans, des programmes ou des stratégies pour la surveillance, la prévention, le contrôle et l'élimination du paludisme et autres maladies à transmission vectorielle** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/4 atteint, 3/4 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 3/5 atteints, 2/5 partiellement atteints	**Notation :** **A partiellement répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
1.3.1	Pourcentage de cas de paludisme confirmés dans le secteur public, recevant un traitement antipaludéen de première intention conformément à la politique nationale (sur la base des recommandations de l'OPS/OMS)	85 %	95 %	dépassé (100%)
Sur la base des informations gérées dans la base de données régionale sur le paludisme, 100 % des cas de paludisme confirmés dans le secteur public reçoivent un traitement antipaludéen de première intention. Les informations actuelles reposent sur les chiffres communiqués directement par les pays à l'OPS, en partant de l'hypothèse que les problèmes de ruptures de stock et de gestion de la chaîne d'approvisionnement sont traités en conséquence. La coordination est en cours avec le Programme mondial de l'OMS contre le paludisme pour identifier une méthode alternative qui pourrait être utilisée pour opérer un suivi de cet indicateur, compte tenu des défis possibles dans le système.				
1.3.2	Nombre de pays et territoires disposant d'une capacité installée pour éliminer le paludisme	10	21	en cours (16 atteints + 4 en cours)
Seize pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, COL, CRI, CUW, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PRY, SLV, SUR. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Quatre autres pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : DOM, ECU, HTI, NIC. Les pays ont réalisé certains progrès importants dans le renforcement des programmes nationaux contre le paludisme, y compris la mise en œuvre d'interventions clés de diagnostic, de traitement et de surveillance, dans les secteurs privé et public. Des progrès ont également été réalisés pour ce qui est de mobiliser l'engagement politique et des parties prenantes nécessaire, conformément aux lignes directrices de l'OMS (2012).				
1.3.3	Nombre de pays et territoires disposant d'une capacité installée pour la prise en charge de tous les cas de dengue	14	30	en cours (18 atteints + 12 en cours)
Dix-huit pays et territoires ont atteint cet indicateur : BHS, BMU, BON, BRA, COL, CRI, CUW, DMA, GUY, HND, JAM, MEX, PAN, SAB, SLV, SXM, TTO, VEN. En outre, 12 pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ABW, ARG, BOL, DOM, ECU, GTM, KNA, NIC, PER, PRI, PRY, STA. La deuxième édition des lignes directrices cliniques sur la dengue a été un outil clé pour la formation des agents de santé dans les pays sur la bonne prise en charge des cas de dengue dans toute la Région. Suite à la diffusion de la				

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
classification de 2009 de l'OMS sur la dengue et à la mise en place de plusieurs formations cliniques, menées en collaboration avec le Groupe de travail international sur la dengue (GT-Dengue), une diminution de 28 % (de 0,07 % à 0,05 %) de la mortalité due à la dengue a été observée dans les Amériques. Toutefois, l'un des défis mis en lumière par les pays, qui sera particulièrement pertinent au cours du prochain exercice biennal, tient à la façon de modifier les services afin d'inclure la prise en charge des cas de maladie à virus chikungunya et Zika.				
1.3.4	Nombre de pays et territoires où l'ensemble du territoire ou de l'unité territoriale endémique a un indice d'infestation national (par les principales espèces vectrices de triatomes ou par le vecteur de substitution, le cas échéant) inférieur ou égal à 1 %	17	21	en cours (13 atteints + 7 en cours)
Treize pays et territoires ont atteint cet indicateur : BRA, CHL, COL, CRI, GTM, GUF, GUY, MEX, NIC, PAN, PER, SLV, URY. On attendait encore la confirmation de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. Sept autres pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ARG, BLZ, BOL, ECU, HND, PRY, SUR. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays et territoires qui ont atteint cet indicateur ont fait des efforts pour interrompre la transmission vectorielle dans les foyers (indice d'infestation domestique inférieur ou égal à 1 %) dans l'ensemble de leurs territoires d'endémie et maintenir cet acquis. Les pays en cours ont interrompu la transmission vectorielle dans les foyers dans certains de leurs territoires. Afin de progresser sur cet indicateur, des politiques de facilitation et des ressources supplémentaires sont nécessaires.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.3.1	Pays en mesure de mettre en œuvre des plans stratégiques contre le paludisme, en mettant l'accent sur des tests de diagnostic et des traitements améliorés, l'efficacité thérapeutique, et le suivi et la surveillance	Nombre de pays et territoires d'endémie du paludisme dans lesquels une évaluation des tendances du paludisme est entreprise à l'aide des systèmes de surveillance systématique	22	25	atteint (25 atteints)
Vingt-cinq pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BLZ, BOL, BRA, COL, CRI, CUW, DOM, ECU, GLP, GTM, GUF, GUY, HND, HTI, MEX, MTQ, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, VEN. On attendait encore la confirmation de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé. Un total de 25 pays endémiques et non endémiques pour le paludisme ont atteint l'indicateur et continuent à renforcer leurs systèmes d'information systématiques sur le paludisme dans le cadre de leur engagement/aspiration officiels d'éliminer le paludisme. En outre, les rapports officiels sur le paludisme sont partagés avec l'OPS annuellement, y compris les rapports sur les cas de paludisme importés.				

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.3.2	Recommandations de politique générale et lignes directrices stratégiques et techniques actualisées sur le contrôle des vecteurs, les tests diagnostiques, le traitement antipaludéen, la gestion intégrée des maladies fébriles, la surveillance, la détection des épidémies et l'intervention face aux épidémies	Nombre de pays et territoires d'endémie palustre qui appliquent des stratégies contre le paludisme afin de progresser vers l'élimination sur la base des critères de l'OMS	9	18	atteint (18 atteints)
Dix-huit et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BLZ, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, VEN. On attendait encore la confirmation de cinq pays au moment où ce rapport a été rédigé. Ces pays et territoires continuent à intensifier et à renforcer leurs efforts pour atteindre l'élimination du paludisme en mettant l'accent sur les populations vulnérables, en renforçant la prise en charge des cas de paludisme et en dispensant des formations susceptibles d'être reproduites dans d'autres pays.					
1.3.3	Mise en œuvre de la nouvelle classification sur la dengue de l'OPS/OMS pour améliorer le diagnostic et le traitement dans le cadre de l'IMS-Dengue et de la Stratégie mondiale de l'OMS pour 2012-2020	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre les stratégies recommandées par l'OPS/OMS pour améliorer la surveillance épidémiologique de la dengue et la prise en charge des patients complète	12	29	dépassé (32 atteints + 2 partiellement atteints)
Trente-deux pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, AIA, ARG, ATG, BOL, BON, BRA, BRB, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SXM, VCT, VEN, VGB. On attendait encore la confirmation de six pays au moment où ce rapport a été rédigé. Deux autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : GRD, MSR. La mise en œuvre de la nouvelle classification OPS/OMS de la dengue pour améliorer le diagnostic et le traitement, dans le cadre de l'IMS-Dengue et de la Stratégie mondiale de l'OMS pour 2012-2020, est en cours dans toute la Région, au moyen d'un module de formation infrarégional. Les pays renforcent leurs systèmes de surveillance épidémiologique avec l'appui du GT-Dengue et des Centres collaborateurs pour la dengue. Cela a contribué à réduire le taux de mortalité de 0,07 % à 0,05 % entre 2010 et 2014.					

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.3.4	Mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action pour la prévention, le contrôle et la prise en charge de la maladie de Chagas	Nombre de pays et territoires qui ont mis en place des programmes de lutte intégrée contre la maladie de Chagas dans les unités territoriales d'endémie où la transmission se fait dans les foyers	17	21	partiellement atteint (17 atteints + 1 partiellement atteint)
Dix-sept pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BOL, BRA, CHL, COL, CRI, GTM, GUF, GUY, HND, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, URY. En outre, un pays a partiellement atteint cet indicateur : SUR. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays de la Région ont mis en place des programmes nationaux de lutte intégrée contre la maladie de Chagas qui sont intégrés avec la promotion, la prévention, le contrôle et les soins de santé primaires, y compris les initiatives infrarégionales. En outre, quatre initiatives infrarégionales sont pleinement opérationnelles.					
1.3.5	Pays d'endémie en mesure de renforcer leur couverture et la qualité de la prise en charge des patients infectés par le *Trypanosoma cruzi*	Nombre de pays et territoires d'endémie mettant en œuvre des plans d'action nationaux afin d'élargir la couverture et la qualité des soins pour les patients infectés par le *Trypanosoma cruzi*	18	21	partiellement atteint (10 atteints + 9 partiellement atteints)
Dix pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, CHL, CRI, GTM, GUF, HND, MEX, NIC, PAN, URY. Neuf autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : BLZ, BOL, BRA, COL, ECU, PER, PRY, SLV, SUR. On attendait encore la confirmation de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. Il y a eu une augmentation progressive de la couverture et de la qualité des soins pour les patients infectés par le *T. cruzi.* Les progrès accomplis dans les pays d'endémie incluent la notification des cas, la documentation de la maladie de Chagas congénitale, la détection et la gestion des flambées épidémiques, et l'achat et l'utilisation de médicaments.					

Domaine programmatique 1.4 : Maladies négligées, tropicales et zoonotiques **RÉSULTAT : Capacité accrue des pays à élaborer et appliquer des plans, des programmes ou des stratégies pour la surveillance, la prévention, le contrôle et/ou l'élimination des maladies négligées, tropicales et zoonotiques** Évaluation des indicateurs des RIT : 8/8 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/5 atteints, 3/5 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
1.4.1	Nombre de pays avec une augmentation annuelle de la proportion de cas de leishmaniose diagnostiqués et traités selon le traitement recommandé dans les lignes directrices de l'OPS/OMS	0	12	en cours (2 atteints + 10 en cours)
Deux pays ont atteint l'indicateur : BRA, MEX. Dix autres pays sont en cours pour atteindre l'indicateur : ARG, BOL, COL, GTM, HND, NIC, PAN, PER, PRY, SLV. Le Brésil et le Mexique ont atteint cet indicateur et continueront de s'employer à renforcer l'accès au diagnostic et au traitement de la leishmaniose. Les pays évalués comme en cours mettent en œuvre des activités visant à améliorer le diagnostic et le traitement de la maladie conformément aux lignes directrices de l'OPS/OMS et communiquent les données disponibles au système régional d'informations sur la leishmaniose (SisLeish). Certains défis auxquels font face les pays incluent une surveillance active limitée dans les services de santé et la pénurie de médicaments pour traiter les différentes manifestations cliniques de la maladie.				
1.4.2	Nombre de pays et territoires d'endémie ayant un taux de morbidité élevé de lèpre qui ont réduit de 35 % le taux de nouveaux cas présentant des invalidités de niveau 2 pour 100 000 habitants par rapport à leurs propres données de référence 2012	0/10	10/10	en cours (1 atteint + 9 en cours)
Un pays a atteint l'indicateur : ARG. Neuf pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : BOL, BRA, COL, CUB, DOM, ECU, MEX, PRY, VEN. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. L'Argentine, le Brésil, le Mexique et le Paraguay ont bien progressé vers la réalisation de la cible. La Colombie, Cuba, la République dominicaine et le Venezuela doivent renforcer la surveillance et intensifier leurs efforts pour la détection précoce des cas. La Bolivie et l'Équateur doivent renforcer leurs programmes, notamment la détection et la prise en charge des cas. Tous les pays doivent améliorer la qualité et la couverture de l'évaluation des handicaps au moment du diagnostic et de leurs programmes de prévention des handicaps. Une coopération technique sera fournie au cours du prochain exercice biennal pour renforcer les systèmes de surveillance et d'information de la lèpre dans les pays.				

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
1.4.3	Nombre de pays d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de traitement (65 % ou plus) de la population à risque pour la filariose lymphatique	1/4	4/4	en cours (2 atteints + 2 en cours)
Deux pays ont atteint l'indicateur : BRA, HTI. Deux autres pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : DOM, GUY. Le Brésil est en bonne voie pour parvenir à l'élimination de la filariose lymphatique dans son unique foyer de transmission actif, dans l'état de Pernambuco, dans les cinq prochaines années. Le programme d'élimination en Haïti a beaucoup progressé dans des circonstances souvent difficiles et complexes. Des efforts supplémentaires sont nécessaires dans la République dominicaine et au Guyana pour maintenir la couverture du traitement de la maladie dans les zones endémiques, y compris la mise en œuvre de cycles d'administration massive de médicaments.				
1.4.4	Nombre de pays d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de traitement (85 % ou plus pour chaque cycle du traitement) de la population à risque pour l'onchocercose	1/2	2/2	en cours (1 atteint + 1 en cours)
Un pays a atteint l'indicateur : BRA. Un autre pays est en cours pour atteindre l'indicateur : VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Le Brésil et le Venezuela ont atteint la cible de couverture de traitement dans les communautés d'endémie connues. Cependant, le Venezuela devrait renforcer les actions pour atteindre les communautés isolées, récemment découvertes, définir leur statut d'endémicité de l'onchocercose et planifier les interventions nécessaires.				
1.4.5	Nombre de pays d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de traitement (80 % ou plus) de la population à risque pour le trachome qui pourrait conduire à la cécité	0/3	3/3	en cours (1 atteint + 2 en cours)
Un pays a atteint l'indicateur : COL. Deux autres pays sont en cours pour atteindre l'indicateur : BRA, GTM. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Le Brésil, la Colombie et le Guatemala ont atteint la cible de couverture de traitement dans leurs foyers connus. Toutefois, il est recommandé que le Brésil réévalue la situation épidémiologique dans plusieurs municipalités afin de redéfinir le nombre de personnes ayant besoin de traitement. Le Guatemala devra évaluer l'impact du cycle de traitement achevé en 2014 pour déterminer si un traitement supplémentaire est nécessaire. Il est recommandé que la Colombie établisse un plan opérationnel pour traiter les personnes dans trois nouveaux foyers découverts récemment.				

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
1.4.6	Nombre de pays d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de traitement (75 % ou plus) de la population à risque pour la schistosomiase	0/2	2/2	en cours (2 en cours)
Deux pays en cours pour cet indicateur : BRA, VEN. En outre, on attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Le Brésil a atteint la couverture thérapeutique, mais les critères pour traiter les personnes diffèrent des recommandations de l'OMS ; une évaluation de l'impact de ces critères devra être réalisée pour s'assurer que l'objectif d'élimination sera atteint. Le Venezuela n'a pas atteint l'objectif de couverture et doit donc poursuivre ses efforts pour obtenir la couverture minimale nécessaire, comme recommandé par l'OMS pour lutter contre cette maladie et atteindre l'objectif d'élimination.				
1.4.7	Nombre de pays d'endémie ayant atteint la cible recommandée de couverture de traitement (75 % ou plus) de la population à risque pour les helminthes transmis par la terre	5/24	16/24	en cours (5 atteints + 8 en cours)
Cinq pays ont atteint l'indicateur : DOM, HND, MEX, NIC, TTO. Huit autres pays sont en cours pour atteindre l'indicateur : BOL, BRA, COL, ECU, GUY, HTI, PRY, SLV. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Selon les données sur le déparasitage provenant de 11 pays, 19,2 millions d'enfants d'âge scolaire à risque d'infection ont été traités en 2014, soit l'équivalent d'une couverture régionale de 56,7 % (46,7 % en 2013). En outre, plus de 5 millions d'enfants d'âge préscolaire à risque d'infection ont été traités, soit une couverture régionale de 38,7 %. Les pays vont poursuivre leurs efforts pour augmenter la cible de couverture du traitement des populations à risque pour les géohelminthiases.				
1.4.8	Nombre de pays et territoires disposant de processus ayant une capacité établie et des processus efficaces pour éliminer la rage humaine transmise par les chiens	28	35	en cours (16 atteints + 12 en cours)
Seize pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BLZ, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, HND, JAM, MEX, PAN, PRY, SLV, TTO, USA, URY. En outre, 12 pays et territoires sont en cours pour atteindre l'indicateur : BHS, BOL, BRA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, NIC, PER, VEN. Les pays/territoires ont beaucoup progressé dans la mise en place des capacités pour l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens, y compris la mise en œuvre de campagnes nationales de vaccination, le renforcement de la surveillance dans les domaines prioritaires, et l'élaboration de stratégies sur l'analyse des risques. Le Plan d'action adopté au cours de la REDIPRA 14 et mis à jour au cours de la REDIPRA 15 définit des orientations essentielles pour ce processus. Toutefois, les pays continuent à faire face à certains défis dans la mise à jour des politiques visant à faciliter ce travail et à opérationnaliser les protocoles liés à la surveillance.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.4.1	Mise en œuvre et suivi de la feuille de route de l'OMS pour les maladies infectieuses négligées (MIN) par l'entremise du Plan régional sur les MIN	Nombre de pays et territoires d'endémie mettant en œuvre un plan, un programme ou une stratégie à l'échelle nationale ou infranationale, pour réduire le fardeau des MIN prioritaires en fonction de leur statut épidémiologique	6	11	dépassé (13 atteints + 1 partiellement atteint)
Treize pays ont atteint l'indicateur : ARG, BRA, COL, GTM, GUY, HND, HTI, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, SUR. On attendait encore la confirmation de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. Un pays a partiellement atteint l'indicateur : VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé. Un total de 12 pays a des plans, des programmes ou des stratégies sur les MIN en place. En outre, six de ces pays ont lancé des plans d'action intégrés sur les MIN (Brésil, Colombie, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua) et ont déjà effectué certaines activités dans le cadre de leurs efforts nationaux pour lutter contre les MIN. Le Brésil et le Venezuela ont fait des progrès significatifs dans la formulation d'un plan d'action opérationnel 2015-2016 pour l'élimination de l'onchocercose dans la région de Yanomami.					
1.4.2	Pays d'endémie en mesure d'établir une surveillance intégrée de la leishmaniose dans la population humaine	Nombre de pays et territoires d'endémie qui ont une surveillance intégrée de la leishmaniose humaine	4	10	partiellement atteint (9 atteints + 3 partiellement atteints)
Neuf pays ont atteint l'indicateur : ARG, BRA, COL, MEX, NIC, PAN, PRY, SLV, VEN. Deux autres pays partiellement atteint l'indicateur : BOL, GUY, PER. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les huit pays qui ont atteint cet indicateur en 2015 l'ont fait en fournissant des informations actualisées concernant la surveillance de la leishmaniose humaine au moyen du système d'information SisLeish. Bien que des progrès significatifs aient été accomplis, ces pays devront continuer à renforcer les actions de surveillance et de contrôle intégrées.					

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.4.3	Mise en œuvre du Plan d'action de l'OPS/OMS pour l'élimination de la lèpre	Nombre de pays et territoires d'endémie appliquant les stratégies recommandées par l'OPS/OMS pour l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique au premier niveau administratif infranational	18	23	atteint (22 atteints + 2 partiellement atteints)
Vingt-deux pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, BOL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, SLV, SUR, TTO, URY, VEN. On attendait encore la confirmation de cinq pays au moment où ce rapport a été rédigé. Deux autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : ARG, PRY. Un total de 23 pays et territoires déclarent qu'ils appliquent et mettent en œuvre les stratégies recommandées par l'OPS/OMS pour l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique au premier niveau administratif infranational (départements, états, provinces, etc.). Selon les dernières données disponibles (2014), 16 pays ont atteint l'objectif d'élimination de la lèpre comme problème de santé publique (prévalence inférieure à 1 pour 10 000 habitants) au premier niveau administratif infranational.					
1.4.4	Pays en mesure de mettre en œuvre des plans d'action pour la prévention, la surveillance, le contrôle et l'élimination de la rage	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des plans d'action pour renforcer la prévention, la prophylaxie, la surveillance, le contrôle et l'élimination de la rage	30	37	partiellement atteint (25 atteints + 6 partiellement atteints)
Vingt-cinq pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, GRD, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PRY, SLV, URY, USA, VEN. En outre, six autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : DOM, ECU, GTM, PAN, PER, TTO. Il y a eu des réalisations importantes dans la mise en œuvre des recommandations sur la rage incluses dans le plan d'action convenu pendant la REDIPRA 14. Des pays clés (Bolivie, Haïti, Nicaragua et Pérou) ont été priorisés lors de la mise en œuvre des mesures en vue d'élaborer des plans nationaux contre la rage, de renforcer la vaccination des chiens, de former au traitement prophylactique post-exposition, d'assurer l'approvisionnement en vaccins et réactifs, d'élaborer des supports pour les campagnes de vaccination, de créer et diffuser des documents pédagogiques, etc. Le premier exercice de compétence régionale pour les laboratoires nationaux de la rage a été exécuté, et des outils innovants pour l'élimination de la rage canine (modèle épidémiologique, application smartphone, cours virtuel, alertes épidémiologiques) ont été développés. La REDIPRA 15 s'est tenue et a donné lieu à de nouvelles recommandations qui guideront le plan de travail de l'OPS/PANAFTOSA sur le contrôle et l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens pour le prochain exercice biennal. Le système de surveillance régional contre la rage, SIRVERA, a été mis à niveau ; la version finale sera à la disposition des pays au début de 2016. En outre, par le biais du Groupe de travail sur la santé publique vétérinaire CaribVET, une enquête régionale et infrarégionale sur la rage a été menée dans les Caraïbes.					

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.4.5	Pays en mesure de mettre en œuvre des plans d'action visant à renforcer les programmes de prévention, de surveillance et de contrôle des maladies zoonotiques	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des plans d'action pour renforcer les programmes de prévention, de surveillance et de contrôle des zoonoses conformément aux normes internationales	2	19	partiellement atteint (10 atteints + 5 partiellement atteints)

Dix pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, BMU, BRA, CAN, GUY, MEX, PAN, SLV, USA, VEN.

Cinq autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BON, COL, PRY, PER, TTO.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Un total de 10 pays et territoires a mené à bien un plan d'action priorisé pour les maladies zoonotiques et mis au point un système complet de surveillance des zoonoses prioritaires. Quatre autres pays sont en train d'élaborer des plans d'action pour faciliter la mise en œuvre d'actions intersectorielles contre les zoonoses et renforcer la détection des maladies zoonotiques et les réponses face à ces maladies. En outre, une coopération technique a été fournie à des pays (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Nicaragua, Paraguay, Pérou, Uruguay) pour mettre en œuvre des interventions de prévention et de lutte contre les maladies et renforcer la surveillance des zoonoses. Un relevé des zoonoses a été réalisé afin d'identifier les priorités des pays et de guider le soutien aux pays. La promotion de l'initiative Une seule santé au plus haut niveau de l'agriculture et de la santé dans les pays des Caraïbes s'est poursuivie lors des réunions du Comité directeur de CaribVET et du Groupe de travail sur la santé publique vétérinaire de CaribVET, ainsi que la mise en œuvre du deuxième et du troisième module de la série de Leadership Une seule santé. Un soutien a continué d'être apporté au réseau sur l'hydatidose par l'entremise de sa réunion annuelle en 2015 et de la publication par PANAFTOSA du premier rapport épidémiologique sur la situation de l'échinococcose kystique en Amérique du Sud.

Domaine programmatique 1.5 : Maladies à prévention vaccinale (dont le maintien de l'éradication de la polio) **RÉSULTAT : Augmentation de la couverture vaccinale pour les populations et communautés difficiles à atteindre et maintien du contrôle, de l'éradication et de l'élimination des maladies évitables par la vaccination** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/4 atteint, 2/4 en cours, 1/4 aucun progrès Évaluation des indicateurs des RIM : 4/6 atteints, 2/6 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
1.5.1	Couverture moyenne régionale avec trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)	92 %	94 %	aucun progrès (90 %)
Au cours de l'exercice biennal, la Région a maintenu des taux de couverture moyens régionaux supérieurs à 90 % grâce à l'engagement politique et technique des États Membres envers les programmes de vaccination qui offrent des vaccins sûrs, efficaces et abordables. La couverture vaccinale a été maintenue et a progressé dans la plupart des États Membres de la Région. Dans le même temps, cependant, la Région a connu une réduction de la couverture. Certains États Membres n'ont pas enregistré les progrès attendus ou ont signalé une diminution de la couverture pour diverses raisons, y compris des difficultés opérationnelles et financières, ce qui a donc eu une incidence considérable sur la couverture moyenne de la Région. Il convient de noter la situation d'un pays qui a signalé une diminution de sa couverture vaccinale de plus de 15 % entre 2014 et 2015 par rapport à 2013 en raison d'un changement dans ses systèmes de registres de vaccination. Bien que ces changements aient été considérés comme une bonne pratique par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) dans l'évaluation du Plan d'action mondial pour la vaccination, ils ont eu une incidence notable sur la moyenne de la couverture vaccinale régionale. L'OPS encourage les pays à intensifier leurs efforts en vue d'assurer un accès universel et équitable à la vaccination, ainsi que l'utilisation de données de qualité sur la vaccination.				
1.5.2	Nombre de pays et territoires avec reprise de la transmission endémique du virus de la rougeole et de la rubéole	0	0	en cours
L'élimination de la transmission endémique de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) dans la Région a été déclarée en avril 2015. Des progrès sont également réalisés en vue de l'élimination de la rougeole, le dernier cas ayant été détecté au Brésil en juillet 2015 (après le rétablissement temporaire de la transmission endémique de la rougeole en 2014). Le rapport régional de vérification de l'élimination de la rougeole a été élaboré et sera présenté au Comité international d'experts pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans les Amériques (CIE) et au Conseil directeur de l'OPS en octobre 2016.				
1.5.3	Nombre de pays et territoires qui ont introduit un ou plusieurs nouveaux vaccins	34	51	en cours (37 atteints + 13 en cours)
Trente-sept pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, ATG, BHS, BMU, BON, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, CYM, DMA, ECU, GLP, GUF, GUY, HND, HTI, MEX, MTQ, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, URY, USA, VCT, VEN, VGB. Treize autres pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : AIA, BLZ, BOL, BRA, DOM, GTM, JAM, KNA, LCA, MSR, PRI, SXM, TCA. On attendait encore la confirmation de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé.				

N° ind. du RIT	Indicateur RIT	Référence 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un autre pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays ont collaboré avec l'OPS afin d'introduire de nouveaux vaccins dans les calendriers de vaccination nationaux sur la base des données les plus récentes disponibles, y compris les données générées par 18 hôpitaux sentinelles dans huit pays, et d'une analyse coûts-avantages. Les nouveaux vaccins introduits comprennent le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), le vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV), le vaccin contre le rotavirus et vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI). En outre, le Fonds renouvelable a conduit des négociations couronnées de succès avec les fabricants pour s'assurer que les vaccins VPH seraient vendus aux pays à des prix réduits.				
1.5.4	Nombre de pays et territoires signalant des cas de paralysie due au poliovirus sauvage ou circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) au cours des 12 mois précédents	0	0	atteint
Tous les pays maintiennent une surveillance des cas de paralysie flasque aiguë et l'OPS assure un suivi des indicateurs de surveillance de qualité pour formuler des recommandations à l'intention des pays. En outre, l'OPS a fourni un soutien continu pour préparer de façon adéquate les pays pour l'introduction du VPI et le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) ; cela a inclus des réunions en présentiel et virtuelles, l'élaboration de documents techniques et des supports de communication et de formation. Au début de 2015, 32 pays avaient un calendrier uniquement VPO ; à la fin de 2015, 22 d'entre eux avaient introduit le VPI. Dans l'ensemble, un total de 36 pays participeront à la transition, et 31 d'entre eux ont déjà présenté avec succès leurs plans à l'OPS.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.5.1	Mise en œuvre du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le cadre de la décennie de la Collaboration pour les vaccins visant à atteindre les populations non vaccinées et sous-vaccinées	Nombre de pays et territoires ayant une couverture vaccinale < 95 % qui mettent en œuvre des stratégies au sein de leurs plans nationaux de vaccination pour atteindre les populations non vaccinées et sous-vaccinées	15	23	partiellement atteint (19 atteints + 9 partiellement atteints)
Dix-neuf pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BHS, BRB, CHL, CUW, DMA, DOM, GUY, JAM, KNA, LCA, PER, SAB, STA, SUR, SXM, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. Neuf autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BMU, BOL, COL, CRI, GTM, PAN, PRY, SLV, TCA. En outre, un certain nombre de pays/territoires (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Belize, Bonaire, Cuba, Curaçao, Guyane française, Grenade, Guatemala, Haïti, Honduras, Îles Caïmans, Îles Vierges britanniques, Martinique, Montserrat, Nicaragua, Saint-Eustache, Saint-Vincent-et-les-Grenadines) ont présenté des plans d'action qui incluent des interventions spécifiques afin d'améliorer la couverture vaccinale des populations non vaccinées et				

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
sous-vaccinées. Le développement d'outils pour l'identification des municipalités à faible couverture et les interventions ultérieures ont été menés à bien avec succès pour aider les pays à améliorer leur couverture vaccinale parmi les populations non vaccinées et sous-vaccinées. Le projet de document sur les enseignements tirés des initiatives visant les municipalités à faible couverture dans certains pays a été achevé. Ce document guidera la coopération technique apportée aux pays au cours du prochain exercice biennal pour reproduire les expériences réussies et partager les meilleures pratiques. Des activités visant à accroître le suivi intégré de la couverture, en utilisant une approche inter-programmatique, se poursuivent. Un atelier régional conjoint a eu lieu pour discuter du suivi intégré et des méthodologies et des outils présentés dans les modules.					
1.5.2	Mise en œuvre du Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre le Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques	7	42	atteint (42 atteints)
Quarante-deux pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, ATG, BHS, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SUR, SXM, TTO, URY, USA, VCT, VEN, VGB. On attendait encore la confirmation de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays qui ont atteint cet indicateur mettent en œuvre des interventions alignées sur le Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques, 2012-2014. Un jalon important de santé publique a été atteint au cours de l'exercice biennal avec la déclaration de l'élimination de la transmission endémique de la rubéole et du SRC dans la Région en avril 2015. La flambée de rougeole dans le nord-est du Brésil a été déclarée interrompue par le Comité international d'experts, et la Région continue d'avancer vers la vérification de l'élimination de la rougeole.					
1.5.3	Pays en mesure de générer des données probantes concernant l'introduction de nouveaux vaccins	Nombre de pays et territoires générant des données probantes à l'appui des décisions concernant l'introduction de nouveaux vaccins	12	19	dépassé (21 atteints + 1 partiellement atteint)
Vingt et un pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BMU, BOL, BRA, CHL, COL, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, NIC, PER, PRY, SAB, SLV, STA, VEN. On attendait encore la confirmation de huit pays au moment où ce rapport a été rédigé. En outre, un autre pays a partiellement atteint l'indicateur : KNA. Des études d'impact sur le vaccin conjugué antipneumococcique ont été achevées au Chili, en Colombie et au Pérou et des protocoles d'étude sur l'efficacité du PCV10 et PCV13 ont été lancés au Brésil et en République dominicaine, respectivement. En outre, des progrès substantiels ont été accomplis au sujet de la surveillance sentinelle et des données de qualité pour l'introduction de nouveaux vaccins : 18 hôpitaux sentinelles dans huit pays (Bolivie, El Salvador, Équateur, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou, Venezuela) progressent vers l'inclusion dans le Réseau mondial de surveillance des nouveaux vaccins.					

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.5.4	Maintien des systèmes de surveillance régionale pour le suivi de la paralysie flasque aiguë (PFA)	Nombre de pays et territoires avec un système de surveillance mis à niveau pour le Système intégré de surveillance des maladies à prévention vaccinale (ISIS) ou créant des passerelles avec la base de données centralisée pour la vaccination et la base de données de l'OMS	15	21	dépassé (26 atteints + 2 partiellement atteints)
Vingt-six pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BHS, BON, BRA, CHL, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, URY, VEN. On attendait encore la confirmation de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. Deux autres territoires ont partiellement atteint l'indicateur : CUW, STA. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. L'utilisation du Système d'information intégré de surveillance des maladies à prévention vaccinale (ISIS) ou d'un système créant des passerelles avec la base de données centralisée pour la vaccination et la base de données de l'OMS s'est élargie au cours de l'exercice biennal, avec des réalisations importantes en en Équateur, au Guyana, au Panama et en République dominicaine,. Actuellement, la Bolivie utilise toujours le Système de surveillance de l'élimination de la poliomyélite, avec des plans pour une mise à niveau du système en 2016.					
1.5.5	Pays en mesure de mettre en œuvre de nouveaux algorithmes pour isoler et opérer une différenciation intratypique du poliovirus avec des indicateurs de performance améliorés	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre les nouveaux algorithmes de diagnostic au niveau national ou infranational	6	35	dépassé (35 atteints + 3 partiellement atteints)
Trente-cinq pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, ATG, BHS, BLZ, BOL, BON, BRA, BRB, CAN, COL, CRI, CUB, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, STA, SUR, TTO, URY, VCT, VEN. On attendait encore la confirmation de 24 pays au moment où ce rapport a été rédigé. Trois autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : CHL, GUY, SAB. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Le réseau régional de laboratoires sur la poliomyélite est composé de 11 laboratoires qui exécutent de nouveaux algorithmes et fournissent des services à tous les pays/territoires au niveau national ou infrarégional. La surveillance de la poliomyélite a été maintenue par le biais de ce mécanisme depuis le dernier cas de poliovirus sauvage en 1991. La surveillance est techniquement très exigeante, d'où le partage/mise en commun des services entre les pays.					

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence 2012	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
1.5.6	Processus mis en place pour la gestion des risques liés au poliovirus à long terme, y compris le confinement de tous les poliovirus résiduels et la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre la Phase II du Plan d'action pour le confinement de la polio	0	46	partiellement atteint (35 atteints + 11 partiellement atteints)

Trente-cinq pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BLZ, BMU, BOL, BRA, BRB, CAN, CUB, CUW, CYM, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUF, HND, HTI, JAM, KNA, LCA, MSR, NIC, PAN, PRY, SAB, STA, SUR, SXM, TTO, URY, USA, VEN, VGB. On attendait encore la confirmation de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé.

En outre, 11 pays ont partiellement atteint l'indicateur : AIA, ATG, BHS, CHL, COL, CRI, GUY, MEX, PER, SLV, VCT.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé.

En 2014, l'OMS a publié un Plan d'action mondial (également connu sous le nom de GAPIII ou Plan de confinement) pour minimiser les risques liés au poliovirus associés aux établissements après l'éradication des poliovirus sauvages de type spécifique et la cessation séquentielle de l'utilisation systématique du VPO. Une réunion d'un petit groupe de travail pour définir la mise en œuvre de ce plan mondial dans la Région a eu lieu en 2015, et le format de l'étude a été finalisé en juin 2015. Suite à ces étapes initiales, une communication cohérente avec les pays a été maintenue pour démarrer le processus de mise en œuvre et avancer vers la réalisation des objectifs du GAPIII. Tous les pays/territoires mettent en œuvre le GAPIII régional grâce à des activités de renforcement des capacités, sur la base des recommandations du BSP.

Évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015
Rapport sur la catégorie 2

CATÉGORIE 2 : MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET FACTEURS DE RISQUE	NOTE GLOBALE DE L'ÉVALUATION DE LA CATÉGORIE[6] A répondu partiellement aux attentes

VUE D'ENSEMBLE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE DE LA CATÉGORIE

Tableau 1. Synthèse programmatique et budgétaire de la catégorie 2

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque	20,96	17,93	85,5	84,4	98,7	2/7 atteints, 5/7 partiellement atteints	10/14 en cours, 3/14 aucun progrès, 1/14 non évalué
2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	3,26	3,02	92,7	92,9	100,2	1/3 atteints, 2/3 partiellement atteints	1/1 en cours
2.3 Violence et traumatismes	7,59	4,16	54,9	54,3	98,9	1/3 atteints, 2/3 partiellement atteints	2/2 en cours
2.4 Handicaps et réadaptation	2,16	2,04	94,1	91,1	96,8	1/2 atteints, 1/2 partiellement atteints	2/2 en cours
2.5 Nutrition	14,32	7,67	53,6	52,7	98,3	2/2 atteints	3/3 en cours

[6] Les notes d'évaluation pour la catégorie globale et pour les domaines programmatiques/résultats sont déterminées par les facilitateurs des catégories et des domaines programmatiques de l'OPS, respectivement, en tenant compte de l'exécution programmatique et budgétaire, de l'analyse des ressources (humaines et financières) et des risques opérationnels et programmatiques. Les notes sont définies comme suit :

- **A répondu aux attentes** (vert) : a atteint 90 à 100 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont en bonne voie, comme prévu ; aucun obstacle ou risque affectant la réalisation des résultats n'est anticipé.
- **A répondu partiellement aux attentes** (jaune) : a atteint 75 à 89,9 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès peuvent être menacés, et des mesures sont nécessaires pour surmonter les retards, les obstacles et les risques.
- **Progrès insuffisants** (rouge) : a atteint < 75 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher la réalisation des résultats. Des mesures correctives immédiates sont nécessaires.

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
TOTAL	**48,29**	**34,82**	**72,1**	**71,1**	**98,7**	**7/17 atteints, 10/17 partiellement atteints**	**18/22 en cours, 3/22 aucun progrès, 1/22 non évalué**

Tableau 2. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 2 par niveau fonctionnel

Niveau fonctionnel	Fonds alloués (millions de US$)	Fonds alloués par niveau (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
Pays	13,10	37,62	12,94	98,8
Inter-pays	5,95	17,08	5,86	98,6
Infrarégional	1,66	4,76	1,64	98,6
Régional	14,12	40,55	13,91	98,6
Total	**34,82**	**100,00**	**34,35**	**98,7**

ANALYSE PROGRAMMATIQUE DE LA CATÉGORIE

Synthèse de l'évaluation globale de la catégorie

La catégorie 2 a pour but de réduire le fardeau des maladies non transmissibles (MNT) par la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et le suivi des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. Cette catégorie comprend cinq domaines programmatiques conçus pour relever ce défi : MNT et facteurs de risque (2.1), santé mentale (2.2), violence et traumatismes (2.3), handicaps (2.4) et nutrition (2.5).

Chaque année, trois décès sur quatre dans la Région des Amériques sont attribuables à des maladies non transmissibles, et 34 % de ces décès surviennent prématurément chez des personnes de 30 à 69 ans. Cela fait des MNT et de leurs facteurs de risque associés la principale cause de maladie, d'invalidité et de décès prématurés dans les Amériques, ce qui représente à la fois un défi de santé publique complexe et une menace pour développement social et économique.

En conséquence, on assiste à une reconnaissance croissante au niveau mondial de l'importance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, ainsi que de la santé mentale, l'usage de substances psychoactives, la violence, la sécurité humaine et la sécurité routière, les handicaps et la réadaptation, et la nutrition, non seulement en tant que problèmes majeurs pour la santé, mais aussi en tant que facteurs hautement pertinents pour le développement humain. Par conséquent, les MNT ont été priorisées dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, dans le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans les Amériques 2013-2019, dans le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, et dans les objectifs de développement durable des Nations Unies (ODD) sous la thématique de la bonne santé et du bien-être.

Au cours de l'exercice 2014-2015, l'OPS a promu la coordination multisectorielle, a élaboré des lignes directrices et a appuyé les pays dans l'élaboration de plans et de politiques sur les MNT et dans la mise en œuvre d'interventions

fondées sur des données factuelles (« meilleurs investissements »). Des réunions régionales et infrarégionales ont été organisées pour favoriser une prise de conscience politique de l'importance des maladies non transmissibles et promouvoir des investissements afin d'intensifier l'action multisectorielle. En outre, le Conseil directeur a approuvé des plans d'action régionaux pour traiter de la santé mentale, de la violence faite aux femmes, de la sécurité routière, des handicaps et de la réadaptation et prévenir l'obésité chez les enfants et les adolescents. En conséquence, 16 pays ont élaboré des plans d'action nationaux et 14 pays ont fixé des cibles nationales pour les maladies non transmissibles.

Cependant, des défis importants persistent. Lutter contre les maladies non transmissibles et réguler les facteurs de risque exigeront non seulement de reconnaître leur importance, mais également d'intensifier la collaboration intersectorielle et la capacité de mettre en œuvre et de faire appliquer avec succès des politiques bien conçues et une législation efficace. Le succès sur ce front est limité par les puissants intérêts du tabac, de l'alcool et des industries alimentaires, ainsi que par un manque de ressources financières et humaines pour traiter de ces questions.

De même, l'OPS a enregistré une augmentation de la demande de coopération technique sur les maladies non transmissibles, leurs facteurs de risque et la santé mentale. Afin de répondre à cette demande accrue, l'exercice biennal écoulé nous a appris qu'outre le renforcement des capacités au niveau régional, il faut mettre l'accent sur le renforcement des ressources humaines et financières de l'Organisation au niveau national et infrarégional.

Comme indiqué dans le tableau 1, la catégorie 2 est considérée comme ayant partiellement répondu aux attentes, avec 18 des 22 indicateurs de résultat intermédiaires en cours, 3 sans aucun progrès (nécessitant une accélération des actions au cours du nouvel exercice biennal) et 1 n'ayant pas pu être évalué en raison de difficultés de mesure. Parmi les 17 indicateurs de résultats immédiats, 7 ont été atteints et 10 ont été partiellement atteints. En ce qui concerne le budget approuvé, cette catégorie a reçu $35 millions sur $48 millions (72 %), dont 99 % ont été exécutés. Des détails sur l'exécution programmatique et budgétaire sont présentés ci-après.

Synthèse programmatique par domaine programmatique

2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque

Ce domaine programmatique traite des politiques, programmes et services sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque et vise à améliorer la capacité de surveillance des pays dans le but de suivre les progrès par rapport aux engagements mondiaux et régionaux dans ce domaine.

Réalisations

- Les indicateurs de résultats actuels suggèrent une diminution du tabagisme chez les adultes, de 19,0 % en 2010 à 16,4 % en 2015, ce qui indique la probabilité que la cible de résultat soit atteinte en 2019. Parmi toutes les stratégies pour lutter contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles, la lutte contre le tabagisme est reconnue comme ayant potentiellement le plus d'impact sur la réduction du fardeau de la mauvaise santé et des décès prématurés.
- Seize pays de la Région ont mis au point des plans d'action nationaux sur les MNT et 14 pays ont défini des indicateurs et des cibles nationaux sur les maladies non transmissibles, tenant ainsi les engagements pris lors de la Réunion de haut niveau de 2014 des Nations Unies sur les maladies non transmissibles.
- Au cours cet exercice biennal l'accent a été mis sur la formulation de politiques, de plans nationaux, de politiques de réduction des facteurs de risque et de stratégies de gestion et de surveillance pour les MNT. Afin de suivre les progrès dans ces domaines, l'Organisation a coordonné une enquête sur les capacités nationales en matière de MNT, que les États Membres ont achevée en 2015.

- Au moins 12 pays ont mené des enquêtes sur la prévalence des facteurs de risque, et des estimations ont été fournies à l'Organisation et diffusées via le portail de données MNT.
- Des orientations et des lignes directrices ont été élaborées sur la réduction de la consommation de sel et l'hypertension, le diabète, le cancer du col de l'utérus, du sein et les cancers de l'enfant, l'insuffisance rénale chronique et le modèle de prise en charge des maladies chroniques pour la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles. Tout cela a contribué au renforcement des systèmes et des services de santé pour les maladies non transmissibles.
- Dans la sous-région des Caraïbes, un Forum des principales parties prenantes sur les maladies non transmissibles s'est tenu pour donner un nouvel élan à l'engagement politique sur cette question. À la suite de ce Forum, une série d'entrevues avec des intervenants clés a été organisée en vue de définir des stratégies pour y parvenir. Les travaux ultérieurs se sont poursuivis pour renforcer l'engagement politique sur les maladies non transmissibles dans cette sous-région.
- Au niveau régional, un Groupe de travail interaméricain sur les maladies non transmissibles a été créé pour mobiliser et tirer parti des ressources et des expertises techniques pour une réponse multisectorielle. Ce Groupe de travail, dirigé par l'OPS, comprend les principaux organismes du système interaméricain, à savoir l'Organisation des États Américains, l'Institut interaméricain de coopération pour l'agriculture (IICA), la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) et la Banque interaméricaine de développement, ainsi que la Banque mondiale.

Défis

- L'attention et les ressources consacrées aux politiques de réduction des facteurs de risque, au renforcement des systèmes de santé pour les MNT, et à un suivi et une surveillance continus sont insuffisants, notamment compte tenu des priorités de santé publique concurrentes et des ingérences du secteur privé, notamment des industries du tabac, de l'alimentation et des boissons.
- L'obésité continue d'être un problème grave, 29 % des adultes ayant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m^2 dans les Amériques, contre 11 % dans le monde entier. Le tabagisme continue d'être élevé, avec 19 % des adultes qui fument dans la Région et 22 % des adultes qui déclarent boire épisodiquement de grandes quantités d'alcool.
- Le diabète est lié à l'obésité, et peu de pays réalisent des enquêtes fréquentes permettant d'estimer la prévalence du diabète au fil du temps. Cependant, les estimations indiquent que le nombre de personnes atteintes du diabète dans la Région passera de 62 millions actuellement à 109 millions d'ici à 2030.
- On dispose actuellement de peu de données actualisées sur le contrôle de l'hypertension, une intervention clé pour réduire le fardeau des maladies cardiovasculaires et des complications connexes et la mortalité prématurée.
- La consommation de sel est un autre facteur lié à la tension artérielle élevée, et il est urgent d'augmenter les capacités des pays pour mesurer la consommation de sel au niveau de la population plutôt que de continuer à s'appuyer sur des informations émanant des études de la recherche.
- Il reste beaucoup à faire pour atteindre les cibles pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement de la maladie rénale chronique/insuffisance rénale terminale (CKD/IRT).
- De nombreux pays s'appuient sur les enquêtes sur cinq ans sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, et des lacunes en matière de surveillance empêchent de mesurer la prévalence des facteurs de risque et des maladies non transmissibles, ainsi que les indicateurs de la santé nutritionnelle et mentale, qui ne sont pas inclus dans les protocoles d'enquête actuels.

Enseignements tirés

- Les expériences de ces deux dernières années soulignent le fait que le renforcement des capacités, de meilleures infrastructures, et davantage de financements sont nécessaires pour atteindre les cibles et objectifs pour les maladies non transmissibles d'ici à 2019.
- Il est urgent de créer des réseaux intersectoriels pour lutter contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, dans la mesure où bon nombre des facteurs sous-jacents de cette épidémie existent en dehors du secteur de la santé.
- Certes, la prévention des facteurs de risque reste un axe essentiel de l'effort de lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, mais il est également clair qu'il faut mettre davantage l'accent sur la prise en charge des maladies chroniques, étant donné que les pays qui ont déclaré la plus grande baisse de la mortalité prématurée (réduction des maladies cardiovasculaires, principalement) y sont parvenus en améliorant la fourniture des soins de courte durée.
- Il sera important de développer des systèmes de surveillance efficaces pour assurer un suivi de l'augmentation et de la diminution de la prévalence des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque afin de répondre avec des programmes de prévention et de contrôle efficaces, ainsi qu'avec des politiques publiques adéquates.
- Un leadership et un engagement politique forts sont essentiels pour progresser sur le front de la réduction des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. Des cadres législatifs existent dans certains cas, notamment la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), mais il faut une volonté politique pour mettre pleinement en œuvre le suivi et veiller à leur bonne application.

2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives

Ce domaine programmatique vise à renforcer les capacités nationales pour la santé mentale et l'usage de substances psychoactives en mettant l'accent sur l'amélioration des traitements et des soins grâce à une approche axée sur la communauté et les droits de l'homme.

Réalisations

- Un total de 31 pays et territoires ont des plans ou des politiques nationales de santé mentale. La moitié d'entre eux sont en cours d'actualisation conformément à la Stratégie et Plan d'action régionaux sur la santé mentale.
- Vingt et un pays et territoires ont entamé, ou consolidé dans certains cas, des efforts pour intégrer la santé mentale au niveau des soins primaires en formant leurs professionnels avec le Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale (mhGAP), un outil élaboré par l'OMS à cet effet.
- L'engagement à traiter de la santé mentale a été réaffirmé par les représentants de 29 pays et territoires lors d'une conférence régionale sur la santé mentale.

Défis

- Le domaine programmatique 2.2 fait face à des contraintes socio-politiques et financières importantes qui sont plus prononcées que celles rencontrées par d'autres programmes. Par exemple, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, de handicaps et d'usage de substances psychoactives dans notre Région font encore face à un niveau considérable de stigmatisation ; en conséquence, les pays n'ont pas investi des ressources financières au niveau requis pour répondre à ces préoccupations de santé publique.
- Bien que presque tous les pays et territoires de la Région travaillent sur certaines des priorités de la santé mentale identifiées dans le Plan stratégique de l'OPS, un soutien financier réel n'accompagne pas toujours cet intérêt.

- Les services de santé mentale restent insuffisamment intégrés aux soins de santé primaires, ce qui se traduit par un accès limité au traitement approprié pour les personnes souffrant de troubles mentaux dans la Région.
- Des systèmes d'information peu développés voire inexistants dans le domaine de la santé mentale conduisent à un manque de données probantes nationales sur la prévalence, le fardeau de la maladie et la mortalité.
- La réduction de l'usage nocif de l'alcool reste un défi majeur, sans aucun signe de progrès vers la réalisation de ce résultat au cours de l'exercice biennal. Les tendances actuelles projettent une augmentation de la consommation d'alcool par habitant, un usage accru chez les femmes et des taux plus élevés de consommation excessive ponctuelle d'alcool. En l'absence de mise en œuvre réussie des politiques, les cibles de résultat ne seront pas atteintes. Par conséquent, il convient d'accorder immédiatement une plus grande priorité à la lutte contre l'alcool en tant que problème de santé majeur. Bien que plusieurs pays aient élaboré des politiques ou des plans nationaux sur l'alcool, la plupart d'entre eux n'ont finalement pas été approuvés par les autorités nationales, ce qui démontre que la volonté d'éliminer ce risque continue de se heurter à des obstacles qui entravent leur mise en œuvre réussie.

Enseignements tirés

- La stratégie d'intégration des services pour la santé mentale et pour lutter contre l'usage des substances psychoactives au niveau des soins primaires s'est avérée être clé pour réaliser les priorités identifiées dans le Plan stratégique 2014-2019 de l'Organisation. L'adoption de la Stratégie et du Plan d'Action sur la santé mentale a joué un rôle essentiel dans l'avancement de certains éléments du programme, tels que l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et une approche plus claire pour le développement des services communautaires comme alternative aux soins dans les hôpitaux psychiatriques traditionnels. Grâce à cet effort d'intégration, une collaboration plus étroite avec d'autres programmes techniques est progressivement mise en place et renforcée. L'intégration de la santé mentale et de l'usage des substances psychoactives dans le contexte de la santé, notamment au niveau des soins primaires, augmente la probabilité que les personnes souffrant de ces pathologies auront accès aux services de santé dont ils ont besoin.
- Dans le cas de l'alcool, suivre une approche pour ce facteur de risque qui soit systématique et intégrée, en conjonction avec les autres facteurs de risque de MNT tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité, a contribué à mettre en évidence les progrès limités accomplis sur le plan de la réglementation de l'alcool par rapport à d'autres risques, ainsi que la nécessité de renforcer les capacités institutionnelles des autorités sanitaires pour apporter les changements nécessaires.

2.3 Violence et traumatismes

Ce domaine programmatique se concentre sur la mise en œuvre de politiques et de programmes qui traitent de la prévention de la violence et des traumatismes, en particulier dans les domaines de la sécurité routière et de la violence à l'encontre des femmes, des enfants et des jeunes.

Réalisations

- Un certain nombre de pays répondent actuellement aux critères de l'OMS pour les meilleures pratiques en matière de législation relative à l'alcool au volant (6 pays), aux limitations de vitesse (5), à l'utilisation de casques (7), au port de la ceinture de sécurité (19) et à l'utilisation de sièges-auto pour les enfants (13).
- La Déclaration de Brasilia sur la sécurité routière, approuvée en novembre 2015, définit des lignes directrices concrètes pour aider les gouvernements à atteindre les objectifs de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020, et intègre les ODD liés à la sécurité routière (cibles 3.6 et 11.2).
- L'élaboration du Plan directeur pour le renforcement de la sécurité routière dans les villes mésoaméricaines s'est concentrée sur les mesures de sécurité routière dans les zones urbaines d'Amérique centrale et en

République dominicaine. Celles-ci comprennent le renforcement du leadership en matière de sécurité routière, la promotion de la législation et de son application, l'amélioration de la mobilité durable, le développement de systèmes d'information (y compris la qualité des données), ainsi que l'amélioration de la prise en charge après les accidents. Quatorze plans de villes ont été également élaborés, en suivant les objectifs du Plan directeur.

- Dans le domaine de la violence faite aux femmes, au cours de cet exercice une étape importante a été franchie avec l'approbation par le 54e Conseil directeur de l'OPS de la Stratégie et Plan d'Action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (CD54/9 Rev. 2). En approuvant ce document, la Région des Amériques est devenue la première région de l'OMS dont les plus hautes autorités ont approuvé un cadre d'action sur la violence faite aux femmes. Ce document a également été une contribution importante pour l'élaboration du Plan d'action mondial sur la violence, qui doit être examiné par l'Assemblée mondiale de la Santé de 2016. Il ne fait aucun doute que cela facilitera la réalisation de l'indicateur de résultat d'ici à la date butoir de 2019.
- Dans le domaine de la violence à l'encontre les enfants, l'Organisation a établi des collaborations importantes (par exemple avec l'UNICEF, l'Université Johns Hopkins, la London School of Hygiene and Tropical Medicine) pour faire progresser les données factuelles sur la prévalence de la violence contre les enfants dans les Amériques et la réponse de système de santé face à cette violence. L'Organisation soutient également les efforts visant à élaborer des politiques et des lignes directrices cliniques sur cette question, ainsi qu'une série de mesures de prévention, dans le cadre d'une initiative visant à aligner les diverses agences (OMS, UNICEF, l'Agence pour le développement international des États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention) autour des mêmes recommandations pour la prévention de la violence contre les enfants.
- Le premier Rapport d'avancement mondial de l'OMS sur la prévention de la violence a été publié en décembre 2014 avec la participation de 21 pays des Amériques. Pour renforcer cet effort, des données supplémentaires ont été recueillies, en utilisant le même protocole, auprès de neuf autres pays des Caraïbes anglophones en 2015. En outre, une subvention a été obtenue auprès du Fonds d'affectation des Nations Unies pour la sécurité humaine afin d'intégrer l'approche de la sécurité humaine dans les plans nationaux de prévention de la violence chez les jeunes dans les pays d'Amérique centrale et en République dominicaine.

Défis

- La disponibilité des données reste une préoccupation majeure ; certains pays déclarent être dans l'incapacité de fournir des données sur les indicateurs de sécurité routière convenus. D'autres défis comprennent le caractère limité des activités intersectorielles, des priorités nationales concurrentes, un investissement insuffisant dans les politiques de sécurité routière et des capacités d'exécution faibles. Plus précisément, bien qu'un certain nombre de pays répondent aux critères de l'OMS pour les meilleures pratiques sur la législation concernant l'ivresse au volant, les limites de vitesse, et l'utilisation de casques, de ceintures de sécurité et de sièges-auto pour les enfants, l'application de la législation dans ces cinq domaines demeure faible dans toute la Région.
- Les ODD appellent à une réduction de 50 % de la mortalité liée aux accidents de la route d'ici à 2020, à la différence du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, qui a pour objectif que la mortalité n'augmente pas d'ici à 2019 (la mortalité est actuellement de 150 000 décès par an). La réalisation de l'objectif plus élevé des ODD nécessite un changement important par rapport à la pratique actuelle et doit être considérée comme revêtant la plus haute priorité pour l'Organisation et la Région. Cela nécessitera non seulement l'engagement de ressources additionnelles, mais aussi un engagement politique significatif pour abaisser le nombre de blessés et de morts aux niveaux convenus dans les ODD.
- Bien que les États et les territoires reconnaissent de plus en plus la violence contre les femmes et les enfants comme une menace à la fois pour la santé et le développement, des financements inadéquats et une capacité limitée se traduisent par des réponses qui ne correspondent pas à l'ampleur du problème.
- Dans le cadre de la Santé dans toutes les politiques et de l'approche de sécurité humaine, un des principaux

défis sur le plan de la prévention de la violence consiste à renforcer la collaboration entre le secteur de la santé et le secteur des forces de l'ordre/justice pour aider à mettre en œuvre le Programme de développement durable pour 2030. Cette collaboration devrait notamment améliorer les systèmes de surveillance, évaluer les interventions de prévention de la violence et renforcer le lien entre les services de soins de santé primaires et les unités de police communautaires.

Enseignements tirés

- La Déclaration de Brasilia sur la sécurité routière, la résolution de l'OPS et de l'OMS sur le renforcement des systèmes de santé pour lutter contre la violence, et la participation des États Membres au rapport d'avancement mondial de l'OMS sur la prévention de la violence témoignent du fait que la volonté politique de s'attaquer à la violence et aux traumatismes existe dans la Région, mais que davantage de ressources humaines, techniques et financières et la mise en place de solides partenariats intersectoriels sont nécessaires pour atteindre les ODD.
- La législation est une stratégie clé pour améliorer le comportement des usagers de la route et diminuer le nombre de victimes de la circulation routière. La plupart des pays de la Région peuvent améliorer leur législation sur le risque et les facteurs de protection afin qu'elle soit conforme aux meilleures pratiques internationales.

2.4 Handicaps et réadaptation

Ce domaine programmatique apporte une coopération technique pour élargir l'accès aux principaux services pour les personnes handicapées et comprend également des services de santé visuelle, auditive et bucco-dentaire dans le cadre d'un renforcement plus large des systèmes de santé.

Réalisations

- Des progrès ont été réalisés sur le plan de l'amélioration de l'accès aux services d'adaptation et de réadaptation et aux services sociaux pour les personnes handicapées, tandis que l'accès à la chirurgie de la cataracte a également augmenté. Il est clair que l'approbation du Plan d'action régional sur les handicaps et la réadaptation a contribué à faire avancer la question des handicaps et de la réadaptation.

Défis

- Bien que la plupart des pays de la Région aient signé la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, ils n'ont pas encore mis à jour leur législation et leurs politiques existantes pour se conformer à la Convention et aux recommandations de l'OPS/OMS.
- Il est nécessaire de procéder à un examen, dans chaque pays, des politiques, des systèmes et des services généraux et spécifiques sur le handicap, pour identifier les lacunes et les obstacles, suivi d'efforts pour y remédier. Toutefois, les handicaps ne sont pas toujours classés comme une priorité, ce qui rend la réalisation de cet objectif difficile.
- En plus des services généraux, les personnes handicapées peuvent avoir besoin de mesures spécifiques, comme des services de réadaptation et de soutien, y compris des technologies d'assistance. Cependant, l'investissement dans des programmes et des services spécifiques pour les personnes handicapées n'est pas disponible la plupart du temps.
- Il est essentiel d'améliorer la compréhension du handicap par la population en général, confronter les perceptions négatives et représenter le handicap de façon juste. Cependant, les décideurs de la Région n'ont pas priorisé l'éducation du public sur cette question.

- De nombreux pays ont peu de personnel travaillant dans les domaines de la réadaptation. L'élaboration de normes de formation pour différents types et niveaux de personnel de réadaptation peut aider à combler ces déficits en ressources.
- Il n'existe pas de systèmes de collecte de données nationales sur les handicaps, et souvent, les données ventilées par type de handicap ne sont pas disponibles.

Enseignements tirés

- Pour parvenir à la couverture sanitaire universelle et à l'accès universel à la santé, il est nécessaire de renforcer les services publics qui comprennent les services aux personnes handicapées, ainsi que d'affiner les outils d'évaluation pour mesurer l'amélioration de l'accès aux services.
- La génération et la publication de données probantes concernant les meilleures pratiques ont constitué un outil solide de plaidoyer et de planification.

2.5 Nutrition

Ce domaine programmatique vise à renforcer la base de données probantes pour des interventions de nutrition efficaces afin d'élaborer et d'évaluer des politiques, des règlements et des programmes, de promouvoir des approches multisectorielles impliquant les secteurs clés tels que l'éducation, l'agriculture et l'environnement.

Réalisations

- Au cours de cet exercice biennal, l'accent a été mis sur l'élaboration de politiques nutritionnelles liées à la prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, aux carences en micronutriments et au retard de croissance, ainsi qu'à la promotion de l'allaitement maternel. L'adoption du Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents par les États Membres en 2014 a joué un rôle déterminant en appuyant les pays dans l'élaboration de lois et de politiques en matière de commercialisation des aliments pour les enfants, d'amélioration de la nutrition à l'école (déjeuner et collations fournies par les écoles, et aliments vendus à l'intérieur des écoles), et d'étiquetage sur le devant des emballages afin de mieux informer les consommateurs sur les aliments riches en sel , en graisses et en sucres. Pour soutenir ces efforts, l'OPS a élaboré un modèle de profil nutritionnel qui peut étayer ces réformes.
- La législation conforme au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été renforcée en Bolivie, au Brésil, à El Salvador et au Honduras, tandis que le Mexique a interdit le don de lait maternisé dans les hôpitaux et les services de santé.
- Des taxes sur les boissons sucrées ont été instaurées à la Barbade, à la Dominique et au Mexique, et la législation sur l'étiquetage sur le devant des emballages, conforme aux recommandations de l'OMS, a été introduite en Bolivie, au Chili et en Équateur.
- Des restrictions sur la commercialisation d'aliments et de boissons aux enfants ont également été mises en place au Brésil, en Bolivie, au Chili et au Mexique. Des politiques visant à améliorer l'environnement alimentaire scolaire ont été adoptées dans de nombreux pays.
- Au niveau régional, des mesures ont été prises pour donner un nouvel élan à l'Initiative des « hôpitaux amis des bébés » (IHAB), définir des cibles dans les pays et suivre les progrès. En particulier, l'Uruguay et les États-Unis ont eu beaucoup de succès dans la mise en œuvre de l'IHAB et opèrent un suivi systématique des progrès accomplis. Le Mexique a également bien progressé sur ce front.
- Des réunions régionales et infrarégionales ont eu lieu sur la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents, et l'élaboration de plans nationaux de mise en œuvre a été soutenue au Honduras et à Porto Rico, entre autres.

Défis

- Pour prévenir le surpoids, l'accent doit être mis sur le changement de l'environnement alimentaire, et cela inclut la mise en œuvre de politiques budgétaires et réglementaires qui influent directement sur les industries alimentaires et des boissons. De ce fait, ces industries ont pris des mesures énergiques pour stopper et/ou affaiblir la législation. Il en va de même pour les efforts visant à améliorer la législation et le suivi de la consommation de lait maternisé conformément au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- La nutrition à l'école est un domaine d'action stratégique et un domaine dans lequel l'OPS n'est pas encore active.
- Bien que de nombreux pays aient des lois, des politiques et des normes pour améliorer la nutrition, bon nombre d'entre elles ne sont pas mises en œuvre ou sont mal mises en œuvre.
- Les systèmes de surveillance sont insuffisants pour mesurer les indicateurs clés de la nutrition et la couverture des interventions de nutrition efficaces.

Enseignements tirés

- Bien qu'il existe une volonté politique dans la Région de prévenir l'obésité et de promouvoir l'allaitement maternel, les puissants intérêts œuvrent contre l'application de la législation, et la règlementation doit inciter les consommateurs à faire des choix sains, particulièrement lorsqu'il s'agit de produits alimentaires transformés et de boissons. Il est nécessaire d'améliorer les capacités institutionnelles des pays à élaborer des lois, des cadres de suivi et d'évaluation solides, et des mécanismes bien établis pour imposer des sanctions quand cela est justifié.

Risques

Les risques les plus pertinents identifiés pour la catégorie 2 dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 sont énumérés ci-dessous, assortis d'informations sur leur statut et toutes mesures d'atténuation prises pour y remédier.

- Des priorités mondiales et nationales concurrentes réduisent l'attention accordée aux maladies non transmissibles et à leurs facteurs de risque, y compris les interventions pour la santé mentale et les handicaps au niveau des soins de santé primaires.
- La faiblesse de la capacité institutionnelle pour la réglementation au niveau national permet aux industries du tabac, de l'alcool, des aliments transformés et des boissons sucrées d'intervenir et d'entraver les progrès dans les pays.
- L'application des lois traitant des facteurs de risque des maladies non transmissibles (y compris sur la sécurité routière et la violence) est limitée au niveau des pays.
    - Même si les décideurs au niveau national et régional reconnaissent la nécessité de traiter des MNT et de leurs facteurs de risque, le manque d'engagement politique vigoureux s'est traduit par des progrès insuffisants dans des domaines clés, tels que l'application intégrale de la CCLAT, les restrictions sur l'usage nocif de l'alcool et la réduction de la production et de la consommation de produits alimentaires mauvais pour la santé. Cette situation a également été compliquée par des priorités concurrentes, y compris les préoccupations concernant la préparation face à la maladie à virus Ebola et à l'épidémie de chikungunya, entre autres. Cela souligne l'importance de l'engagement politique, des activités intersectorielles et d'une reconnaissance véritable de l'importance des MNT et de leurs facteurs de risque pour les systèmes de santé, les sociétés et le développement, avec un investissement approprié, qui sont autant de conditions préalables pour le progrès.

- Outre l'élaboration de programmes nationaux efficaces pour traiter des MNT et de leurs facteurs de risque, la promotion d'activités intersectorielles doit être une priorité, étant donné que pour traiter des thématiques de la catégorie 2 il est nécessaire d'adopter des approches qui vont bien au-delà du secteur de la santé. Beaucoup de travail reste à faire sur ces différents fronts pour contrer les effets de la faible priorité accordée au niveau politique aux MNT et à leurs facteurs de risque, du manque de capacité réglementaire et de l'application limitée de la législation existante.

- L'agrégation des données et le caractère limité des informations sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque masquent des aspects importants liés à l'équité face à ces maladies et pathologies, ce qui affaiblit les interventions fondées sur des données probantes.
- La complexité des systèmes de suivi et de présentation de rapports, y compris la variété des méthodes utilisées, réduit la capacité des pays et territoires à communiquer leurs progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque.
- Une faible priorité est accordée aux efforts de prévention de la violence, parce que les conséquences de la violence sont souvent invisibles dans les statistiques de santé actuelles et qu'il est tout aussi difficile d'évaluer les progrès dans ce domaine.
  - Bien que des mesures aient été prises pour remédier à cette situation, il reste beaucoup à faire pour améliorer la qualité des données, les systèmes de surveillance et la normalisation des mécanismes de communication des données. En outre, des obstacles financiers et techniques persistants limitent la capacité des États Membres à évaluer les résultats de la mise en œuvre des politiques publiques et à faire rapport sur les progrès réalisés pour atteindre les cibles.
- L'investissement dans la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles est insuffisant à l'échelle nationale et internationale, ce qui remet en cause la mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les maladies non transmissibles et le plan d'action régional 2013-2019 proposé sur les MNT.
  - Un autre élément qui aggrave les défis décrits plus haut tient au fait que, contrairement aux maladies infectieuses, les thématiques de la catégorie 2 n'ont pas suscité l'intérêt des donateurs externes, qui ne sont pas intervenus pour répondre aux besoins financiers croissants liés aux MNT, à leurs facteurs de risque et à la santé mentale. En réalité, ces questions de santé évoluent lentement au fil du temps et ne présentent pas les progrès quantifiables qui stimulent l'intérêt des donateurs et les investissements pour d'autres questions de santé publique, telles que les maladies transmissibles, et la santé de la mère et de l'enfant.

Analyse de l'exécution budgétaire

Le niveau global de financements par rapport au Programme et budget 2014-2015 (PB 14-15) pour la catégorie 2 était de 72 % ($35 millions), ce qui est inférieur à la cible minimum de financement de 75 % pour les catégories. Il y a clairement un décalage avec le niveau de priorité des thématiques de la catégorie 2, qui sont reconnues comme étant parmi les plus grandes priorités de santé publique pour la Région. Cela s'explique principalement par les difficultés rencontrées pour mobiliser des ressources pour ces questions, comme indiqué plus haut. Néanmoins, les activités réalisées dans la catégorie 2 ont su attirer l'attention sur ces questions pertinentes et sur les programmes avancés liés aux MNT et à leurs facteurs de risque, à la santé mentale et à l'usage de substances psychoactives, à la violence et aux handicaps, et à la nutrition, tout en fonctionnant dans les limites d'un programme fortement sous-financé.

Le domaine programmatique 2.1 (Maladies non transmissibles et facteurs de risque) a reçu 85,5 % des fonds demandés et aura besoin de fonds supplémentaires pour un travailler optimal sur les cibles en 2016-2017. Il est important de souligner qu'au cours de l'exercice 2014-2015, le domaine programmatique 2.1 a été classé comme la priorité numéro un parmi tous les domaines programmatiques de l'Organisation par les pays et territoires, ce qui souligne encore l'incongruité de l'écart de financement pour le domaine programmatique 2.1.

Les domaines programmatiques 2.4 (handicaps et réadaptation) et 2.2 (santé mentale) ont reçu 94,1 % et 92,7 % des programmes et budgets approuvés, respectivement ; il convient de noter que ces domaines programmatiques ont fait l'objet de la budgétisation la plus prudente. Compte tenu du taux élevé d'exécution de ces deux domaines programmatiques, on peut supposer que la capacité à mettre en œuvre le programme de travail ne correspondait pas au programme et budget prévu. Le domaine programmatique 2.2 était classé clairement à un niveau intermédiaire en termes de priorisation. Les deux domaines programmatiques 2.3 (violence et traumatismes) et 2.5 (nutrition) se sont vu allouer considérablement moins de fonds que ce qui avait été demandé, recevant seulement 54,9 % et 53,6 %, respectivement, des montants prévus au budget. Là encore, l'exécution budgétaire élevée pour ces deux domaines programmatiques, 98,9 % et 98,3 % respectivement, donne à penser que des fonds supplémentaires auraient pu être utilisés pour progresser sur les objectifs techniques des deux domaines programmatiques. Ceci vaut en particulier pour le domaine programmatique 2.5, qui a fonctionné avec un déficit par rapport au budget prévu de $6,65 millions et qui, comme le domaine programmatique 2.2, est également classé à un niveau intermédiaire en termes de priorisation.

Tableau 3. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 2 par domaine programmatique et niveau fonctionnel

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$)	Fonds accordés par domaine (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque	**34,82**	**100,00**	**34,35**	**98,7**
2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque	**17,93**	**51,49**	**17,69**	**98,7**
Pays	7,60	21,83	7,58	99,7
Inter-pays	2,83	8,14	2,78	97,9
Infrarégional	0,76	2,19	0,75	98,0
Régional	6,73	19,33	6,59	97,9
2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	**3,02**	**8,68**	**3,03**	**100,2**
Pays	0,82	2,36	0,82	99,9
Inter-pays	0,59	1,71	0,60	100,3
Infrarégional	0,20	0,56	0,20	100,2
Régional	1,41	4,05	1,41	100,3
2.3 Violence et traumatismes	**4,16**	**11,96**	**4,12**	**98,9**
Pays	2,49	7,15	2,49	100,0
Inter-pays	0,45	1,30	0,44	97,3
Infrarégional	0,14	0,41	0,14	97,7
Régional	1,08	3,10	1,05	97,3
2.4 Handicaps et réadaptation	**2,04**	**5,85**	**1,97**	**96,8**
Pays	0,41	1,17	0,36	89,5
Inter-pays	0,45	1,29	0,44	98,7
Infrarégional	0,12	0,34	0,12	98,7
Régional	1,06	3,05	1,05	98,7
2.5 Nutrition	**7,67**	**22,03**	**7,54**	**98,3**
Pays	1,78	5,11	1,69	95,0
Inter-pays	1,62	4,64	1,60	99,3
Infrarégional	0,44	1,26	0,44	99,4
Régional	3,83	11,01	3,81	99,3

Comme indiqué dans les tableaux 2 et 3, l'attribution des fonds par niveau fonctionnel a été conforme à l'intention générale de la politique budgétaire de l'OPS. Il est important de noter que les $13,1 millions alloués aux pays étaient probablement insuffisants pour traiter de ce qui constitue clairement une épidémie régionale qui prend de l'ampleur. Pour répondre à cette question, l'Organisation a fait de son mieux pour mobiliser des fonds pour les pays tout au long de l'exercice biennal, et les $5,95 millions de l'allocation inter-pays ont complété les ressources pour la coopération technique directe aux pays dans la Région ; les limitations en termes de ressources humaines nécessaires pour traiter des thématiques de la catégorie 2 ont constitué un obstacle supplémentaire au moment de relever les défis. Les recommandations à cet égard sont présentées ci-après.

Le niveau élevé de mise en œuvre à chaque niveau fonctionnel suggère aussi que, si des fonds supplémentaires avaient été mobilisés, la mise en œuvre programmatique aurait pu être plus élevée. Alors que des niveaux modérés de ressources ont été mobilisés au niveau régional en 2014-2015, cela n'a pas été le cas au niveau infrarégional. En résumé, 2014-2015 a été une période au cours de laquelle les thématiques de la catégorie 2 ont attiré plus d'attention, mais sans augmentation correspondante des niveaux de financement pour développer les activités de coopération technique.

Mobilisation des ressources

Au cours de l'exercice 2014-2015, le niveau régional a cultivé avec succès des relations avec les donateurs actuels et les nouveaux donateurs, tels que les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Fondation des CDC, le gouvernement du Brésil, l'American Heart Association, la Fédération de Russie, le Centre de recherche pour le développement international du Canada, Bloomberg Philanthropies, le gouvernement du Royaume-Uni, le gouvernement de la Norvège, la World Diabetes Foundation, l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID) et la Fédération et l'Association internationale des fabricants de produits pharmaceutiques (IFPMA), entre autres. Des efforts sont actuellement déployés en vue d'obtenir des fonds du Fonds de l'OPEP pour le développement international, et l'on recherche de nouvelles possibilités pour répondre aux besoins financiers non couverts de la catégorie 2.

Sachant que le fer de lance de cette catégorie était un Département qui a été restructuré au début de l'exercice biennal, la catégorie 2 a réussi à mobiliser des ressources, bien qu'elle n'ait finalement pas été en mesure de combler l'écart de financement budgétaire considérable. Il est important de noter que des flux considérables des fonds du budget ordinaire ont été reçus tout au long de l'exercice biennal.

Recommandations

- Passer en revue les ressources allouées à la catégorie 2 pour s'assurer qu'un financement adéquat et des ressources humaines adéquates sont disponibles à tous les niveaux fonctionnels afin que le programme de travail puisse être pleinement mis en œuvre.
- Accroître la prise de conscience politique des délais pour la réalisation des cibles pour 2019 du Plan stratégique de l'OPS afin de souligner l'urgence du programme de travail.
- Coordonner avec les mécanismes d'intégration infrarégionale, y compris l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR), le Marché commun du Sud (MERCOSUR) et le Système d'intégration centraméricaine (SICA), à un niveau politique élevé afin de sensibiliser les responsables politiques, comme cela a été fait dans le cadre de la réunion des parties prenantes des Caraïbes sur les MNT.
- Veiller à ce que toutes les Représentation de l'OPS/OMS soient conscientes du caractère prioritaire des MNT, de leurs facteurs de risque et de la santé mentale et soient à même de faire avancer les activités des pays dans la lutte contre les maladies non transmissibles.
- Développer une réponse institutionnelle pour la surveillance des maladies non transmissibles, de leurs facteurs de risque et de la santé mentale de sorte que les pays soient habilités à utiliser les ressources limitées pour faire rapport sur leurs progrès de manière durable.

Évaluation par domaine programmatique

Domaine programmatique 2.1 : Maladies non transmissibles et facteurs de risque **RÉSULTAT : Accès accru aux interventions visant à prévenir et prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque** Évaluation des indicateurs des RIT : 10/14 en cours, 3/14 aucun progrès, 1/14 Non évalué Évaluation des indicateurs des RIM : 2/7 atteints, 5/7 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation *(noter comme atteint, en cours, aucun progrès)*[7,8]
2.1.1a	Consommation d'alcool totale (enregistrée et non enregistrée) par habitant parmi les personnes de 15 ans et plus au cours d'une année civile, en litres d'alcool pur comme il convient dans le contexte national	8.4 litres/personne/an (2010)	5 % de réduction	aucun progrès (ND[9])
L'APC en 2014, comme estimé par l'OMS et sur la base des données de 2008-2010, était de 8,4 litres/personne/an. Aucune autre estimation n'a été effectuée par l'OMS pour évaluer les progrès ou pour projeter les chiffres pour 2019. Cet objectif est peu susceptible d'être atteint, compte tenu du fait que les tendances estimées indiquent une augmentation probable de l'APC si aucun changement de politique n'est mis en œuvre.				
2.1.1b	Prévalence des troubles dus à la consommation d'alcool chez les adolescents et les adultes, comme approprié dans le contexte national	6,0 % pour les codes CIM 10 (2,6 % pour l'usage nocif et 3,4 % pour la dépendance à l'alcool) en 2010	5 % de réduction	aucun progrès (ND)
Cet indicateur a été évalué à l'origine avec les données de 2010, et les données de référence fournies sont les estimations de l'OMS publiées en 2014. Aucune autre estimation n'a été effectuée par l'OMS pour évaluer les progrès ou projeter les chiffres pour 2019. Cette cible est peu susceptible d'être atteinte, compte tenu des tendances estimées montrant une augmentation de la consommation et de la forte consommation chez les femmes, et la portée limitée des services de santé.				

[7] La réalisation globale est évaluée comme suit :
- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée pour 2019 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) dans le Plan stratégique de l'OPS a déjà été Atteint.
- **En cours :** il y a eu une augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et le travail est en cours/en bonne voie pour atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique pour 2019.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et les progrès pour atteindre la cible de l'indicateur d'ici à 2019 pourraient être menacés.

[8] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

[9] Indicateurs régionaux sans information actualisée ; ils s'appuient normalement sur des enquêtes at autres sources d'information qui ne sont pas actualisées sur une base biennale.

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
2.1.1c	Prévalence standardisée selon l'âge de consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool	13,7 %	5 % de réduction	aucun progrès (ND)
Cet indicateur a été évalué à l'origine avec les données de 2010, et les données de référence fournies sont les estimations de l'OMS publiées en 2014. Aucune autre estimation n'a été effectuée par l'OMS pour évaluer les progrès ou projeter les chiffres pour 2019. Compte tenu des tendances estimées montrant une augmentation de la forte consommation épisodique chez les adolescents et les adultes, cette cible est peu susceptible d'être atteinte si aucune modification des politiques n'est mise en œuvre.				
2.1.2a	Prévalence du tabagisme actuel chez les adolescents de 13 à 15 ans	À déterminer	À déterminer	non évalué (ND)
L'OPS collabore avec l'OMS pour produire des estimations pour ce groupe d'âge afin d'assurer la cohérence avec les indicateurs de l'OMS. L'OMS n'a pas défini de cible séparée pour la prévalence du tabagisme chez les adolescents.				
2.1.2b	Prévalence standardisée selon l'âge du tabagisme actuel (18 + ans)	21 %	17 %	en cours (pour les 15+ ans, de 19,0 % en 2010 à 16,4 % en 2015)
Bien que l'OPS ne dispose pas de données internes pour produire des estimations pour cette tranche d'âge (18+ ans), l'indicateur pour les adolescents âgés de 15 ans et plus montre que la prévalence a diminué, passant de 19,0 % en 2010 à 16,4 % en 2015. Cela donne à penser que l'objectif pourrait être atteint en 2019.				
2.1.3a	Prévalence d'une activité physique insuffisante chez les adolescents de 13-17 ans	Le dernier pays a communiqué la prévalence d'une activité physique insuffisante entre 2009 et 2012	Réduction de 5 % par rapport à la valeur de la prévalence de référence du pays pour à 2016-2019	en cours (ND)
Les données sur l'activité physique sont recueillies dans le cadre de l'enquête mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire. Cependant, les pays commencent à peine à mettre en œuvre des politiques et des programmes dans les écoles afin d'encourager l'activité physique, et il est trop tôt pour en évaluer l'impact à ce stade. Ces politiques sont susceptibles de s'accélérer à la suite du Plan d'action de l'OPS pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents.				

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
2.1.3b	Prévalence standardisée selon l'âge d'une activité physique insuffisante chez les adultes	Le dernier pays a communiqué la prévalence d'une activité physique insuffisante entre 2009 et 2012	Réduction de 5 % par rapport à la valeur de la prévalence de référence du pays pour à 2016-2019	en cours (ND)
La plupart des pays créent des pistes cyclables et organisent des activités récréatives pour encourager l'activité physique. Cependant, les instruments pour enregistrer l'utilisation de ces interventions sur l'activité physique, pour fournir une base afin d'estimer leur impact, doivent être améliorés.				
2.1.4	Pourcentage de l'hypertension contrôlée au niveau de la population (< 140/90 mmHg) chez les personnes de 18 ans et plus	15 %	35 %	en cours (ND)
Cet objectif devrait être atteint d'ici à 2019. Les informations sont recueillies tous les quatre ou cinq ans au niveau des pays, et les informations disponibles sont encore insuffisantes pour permettre une analyse de portée et de validité régionales. Cependant, sur la base des rapports tirés de vastes études épidémiologiques et des informations fournies par certains pays, l'écart pour atteindre la cible de 35 % de contrôle est encore très important. En fait, seuls trois pays ont des rapports nationaux qui reflètent 35 % de contrôle de l'hypertension : le Canada, Cuba et les États-Unis. Puisqu'il est très rentable de contrôler l'hypertension pour réduire la mortalité cardiovasculaire, la priorité a consisté à appuyer les pays pour mettre en œuvre des méthodes novatrices pour atteindre cet objectif. Actuellement, la Barbade, le Chili, la Colombie et Cuba progressent sur le plan de la mise en œuvre de ce type d'initiative.				
2.1.5	Prévalence standardisée selon l'âge de glucose élevé dans le sang/diabète chez les personnes de 18 ans et plus	18,8 %	18,8 %	en cours (ND)
Un seul pays a répété une enquête sur les facteurs de risque qui inclut le diabète (Argentine) ; elle a indiqué qu'il n'y avait aucune augmentation de la prévalence. De nombreux pays ont mené une enquête unique et peut-être certains la répèteront-ils avant 2019, afin que des données comparables sur la prévalence soient disponibles.				
2.1.6a	Prévalence de surpoids et d'obésité chez les adolescents âgés de 13 à 17 ans	À déterminer	À déterminer	en cours (ND)
Les données sur le surpoids et l'obésité autodéclarés sont recueillies dans le cadre de l'enquête mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire. Cependant, les pays commencent à peine à mettre en œuvre des politiques et des programmes dans les écoles afin d'améliorer l'environnement nutritionnel scolaire, et il est trop tôt pour évaluer les progrès accomplis. Comme pour l'obésité chez les enfants, l'objectif devrait être de stopper l'augmentation de la prévalence. Ces politiques sont susceptibles de s'accélérer à la suite du Plan d'action de l'OPS pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents.				

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
2.1.6b	Prévalence de surpoids et d'obésité chez les adultes (hommes et femmes de 18 ans et plus)	À déterminer	À déterminer	en cours (ND)
Bien que de nombreux pays mettent en œuvre des politiques et des programmes pour lutter contre l'obésité chez les adultes, les enquêtes représentatives au niveau national sont réalisées environ tous les cinq ans dans certains pays, et ils recueillent uniquement des données sur les femmes en âge de procréer. Depuis 2013, peu de pays ont réalisé de nouvelles enquêtes, et il est donc impossible d'évaluer les progrès régionaux réels. Réduire la prévalence de l'obésité chez les adultes est très difficile : il y a peu d'exemples de programmes couronnés de succès, et aucun jusqu'à présent au niveau national.				
2.1.7	Consommation moyenne de sel (chlorure de sodium) de la population par jour standardisée selon l'âge, en grammes, chez les personnes âgées de 18 ans et plus	11,5 grammes	7 grammes	en cours (ND)
D'ici à 2019, la consommation moyenne régionale pourra être calculée, étant donné que plus de pays évaluent leur consommation de sel. Il convient de noter que les données sur la consommation de sel proviennent d'études de recherche et non d'études populationnelles, donc la taille de l'échantillon et les méthodologies diffèrent. Seuls l'Argentine, la Barbade et le Brésil ont utilisé des études fondées sur un sous-échantillon de leurs populations afin d'évaluer les apports sodés dans l'ensemble de la population.				
2.1.8	Nombre de pays et territoires dont les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus atteignent une couverture de 70 % tel que mesuré par la proportion de femmes âgées de 30 à 49 ans, qui ont été dépistées pour le cancer du col au moins une fois ou plus, et pour les groupes d'âge plus jeunes et plus âgés en fonction des programmes ou politiques nationaux d'ici 2019	5	15	en cours (4 atteints + 10 en cours)
Quatre pays ont atteint l'indicateur : ARG, CAN, COL, USA. Dix pays ont progressé par rapport à cet indicateur : BOL, BRA, CHL, CRI, GTM, HND, JAM, MEX, PRY, TTO. Les pays de référence BRA, CHL, et JAM doivent renforcer leur programme national sur le cancer du col utérin pour atteindre 70 % de couverture du dépistage et maintenir l'indicateur. Les pays cibles, BOL, CRI, GTM, HND, MEX, PRY et TTO, doivent renforcer leurs programmes nationaux pour atteindre cet indicateur.				
2.1.9	Nombre de pays et territoires avec un taux de prévalence de néphropathies en phase terminale traitée d'au moins 700 patients par million d'habitants (pmp)	8	17	en cours (6 atteints + 9 en cours)
Six pays ont atteint l'indicateur : ARG, BRA, CAN, CHL, PRI, USA. Ces pays ont déjà dépassé l'objectif de 700 pmp. Les neuf pays suivants font état de progrès partiels : COL, CRI, CUB, DOM, ECU, PAN, PER, SLV, VEN. L'Équateur et la Colombie sont sur le point d'atteindre l'objectif. En général, des progrès ont été accomplis, mais il faudra déployer des efforts considérables pour atteindre la cible.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° RIM	Intitulé du résultat immédiat (RIM)	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[10,11]
2.1.1	Pays en mesure d'élaborer des politiques et des plans nationaux multisectoriels pour prévenir et lutter contre les MNT et leurs facteurs de risque, conformément au plan d'action régional sur les MNT	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des plans d'action nationaux multisectoriels pour la prévention et le contrôle des MNT et de leurs facteurs de risque	14	20	partiellement atteint (16 atteints + 12 partiellement atteints)
Seize pays et territoires ont maintenu ou atteint l'indicateur : ARG, BMU, BRA, CAN, COL, CRI, DMA, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, PRY, TCA, USA, VGB. Douze autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, BRB, CHL, CUB, CUW, ECU, GTM, PER, SAB, SLV, SUR, TTO. La plupart n'ont pas atteint l'indicateur en raison de problèmes sur le plan de la mise en œuvre du plan d'action national sur les MNT une fois qu'il avait été élaboré. Les actions multisectorielles visant à remédier aux causes profondes des MNT en suivant l'approche de la Santé dans toutes les politiques continue de constituer un défi dans tous les pays.					
2.1.2	Pays en mesure de renforcer les interventions, les règlements et les lignes directrices fondés sur des données probantes, pour la prévention et le contrôle des MNT et de leurs facteurs de risque	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre au moins une des interventions les plus rentables (comme défini par l'OMS) pour lutter contre chacune des quatre grandes MNT et chacun des quatre facteurs de risque (total de huit interventions)	35	35	partiellement atteint (15 atteints + 12 partiellement atteints)
Quinze pays et territoires ont atteint cet indicateur : BMU, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DMA, DOM, JAM, MEX, SXM, USA, VEN, VGB. Un total de 12 pays et territoires ont seulement partiellement mis en œuvre au moins une des interventions rentables pour les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque : ARG, BHS, BON, BRB, ECU, GTM, GUY, KNA, MSR, PER, SAB, TTO.					

[10] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** La cible d'indicateur fixée dans le Programme et budget (PB) (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) a été atteinte. Les cibles d'indicateurs ont été dépassées comme indiqué.
- **partiellement Atteint :** Des progrès ont été réalisés par rapport à la valeur de référence définie dans le Programme et budget (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), mais la cible fixée pour 2015 n'a pas été atteinte.
- **Aucun progrès** : Il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence définie dans le Programme et budget (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux).

[11] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

N° RIM	Intitulé du résultat immédiat (RIM)	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[10,11]
On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les progrès sont particulièrement lents pour ce qui est des politiques de réduction des facteurs de risque, et les pays sont instamment priés d'appliquer les règlements et les politiques visant à réduire l'usage du tabac et d'alcool, ainsi qu'à promouvoir les aliments sains et l'activité physique.					
2.1.3	Pays en mesure de renforcer leurs systèmes de surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque	Nombre de pays et territoires présentant régulièrement des rapports sur les MNT et leurs facteurs de risque, y compris les marqueurs de risque pour les maladies rénales chroniques	9	11	atteint (11 atteints + 6 partiellement atteints)
Onze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BMU, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, JAM, MEX, URY, USA. En outre, six pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BHS, BON, PAN, SLV, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. La Barbade et l'Uruguay ont organisé une enquête nationale sur les facteurs de risque qui leur permettra d'assurer un suivi des cibles et des indicateurs mondiaux et régionaux sur les MNT. Ils ont également progressé dans le renforcement d'autres sources d'information importantes sur les MNT.					
2.1.4	Pays en mesure d'augmenter le pourcentage des personnes souffrant d'hypertension qui prennent des médicaments pour faire baisser leur pression artérielle	Nombre de pays et territoires dans lesquels au moins 50 % des personnes souffrant d'hypertension prennent des médicaments pour abaisser leur pression artérielle	5	10	partiellement atteint (5 atteints + 2 partiellement atteints)
Cinq pays ont atteint l'indicateur : BRA, CAN, CHL, CUB, USA. Deux autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BON. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de 10 pays au moment où ce rapport a été rédigé. Dans l'ensemble, il s'agit généralement d'un rapport relativement stable, basé sur des enquêtes démographiques effectuées tous les quatre ou cinq ans. Cependant, comme le rapporte la littérature basée sur de grandes études épidémiologiques, l'objectif de 50 % de traitement est assez rare dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Il est donc très important d'insister sur la nécessité de respecter ce qui est défini dans l'indicateur et de déclarer la source des données et l'exactitude des informations fournies afin d'évaluer avec précision les progrès.					

N° RIM	Intitulé du résultat immédiat (RIM)	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[10,11]
2.1.5	Pays en mesure d'accroître le pourcentage de personnes souffrant de diabète qui prennent des médicaments abaissant le taux de glucose dans le sang	Nombre de pays et territoires dans lesquels au moins 50 % des personnes atteintes de diabète prennent des médicaments abaissant le taux de glucose dans le sang	6	10	dépassé (11 atteints + 4 partiellement atteints)

Onze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BMU, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, SAB, STA, USA, VEN.

En outre, quatre pays et territoires ont partiellement atteint l'indicateur : BON, COL, CUW, MEX.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Il est important de travailler avec les pays pour s'assurer qu'ils créent des indicateurs et des méthodes d'évaluation qui permettent de mesurer avec précision les progrès accomplis.

2.1.6	Mise en œuvre de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)	Nombre de pays appliquant des politiques, des stratégies ou des législations conformes à la CCLAT	5	8	partiellement atteint (4 atteints + 7 partiellement atteints)

Quatre pays ont atteint l'indicateur : BRA, CHL, PAN, URY.

Sept autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : BRB, COL, HND, JAM, MEX, PER, VEN.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de 10 pays au moment où ce rapport a été rédigé.

La Jamaïque et le Pérou sont encore en train de présenter des projets de loi sur la lutte contre le tabagisme à leur parlement, ce qui leur permettrait d'atteindre la cible pour le prochain exercice biennal. Afin d'améliorer la définition et la mesure de ce résultat immédiat et de son indicateur, le BSP/CPAN propose les modifications ci-après pour 2016-2017 (RIM 2.1.2e). Les changements proposés figureraient dans le système de suivi du Plan stratégique de l'OPS (SPMS) pour que les pays les évaluent à la fin de 2017.

> *Résultat immédiat : Pays en mesure de mettre en œuvre des interventions très rentables (« meilleurs investissements ») afin de réduire les quatre facteurs de risque modifiables pour les maladies non transmissibles (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool).*
> *Nom de l'indicateur : Nombre de pays mettant en œuvre des politiques, des stratégies ou des législations conformes à la Convention-cadre sur la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS.*
> *Définition de l'indicateur : Nombre de pays qui ont mis en œuvre au moins trois des quatre mesures essentielles de la lutte contre le tabagisme incluses comme « meilleurs investissements » pour la prévention et la lutte contre les MNT au plus haut niveau de réalisation au niveau national.*
> *Niveau de référence et cible : 4 et 7, respectivement.*

N° RIM	Intitulé du résultat immédiat (RIM)	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[10,11]
2.1.7	Pays en mesure d'améliorer la surveillance des maladies rénales chroniques	Nombre de pays et territoires avec un registre pour les dialyses de haute qualité et les greffes pour les cas de maladies rénales chroniques	12	21	partiellement atteint (10 atteints + 13 partiellement atteints)

Dix pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BON, CAN, CHL, COL, CUB, PRI, URY, USA, VEN.

En outre, 13 pays ont partiellement atteint l'indicateur : BOL, BRA, CRI, DOM, ECU, GTM, HND, JAM, KNA, NIC, PAN, PER, SLV.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de six pays au moment où ce rapport a été rédigé.

La coopération technique a mis l'accent sur les pays d'Amérique centrale et de la zone andine, et des progrès sont attendus étant donné que ces pays ont pu renforcer leurs registres nationaux. Il est important de mettre l'accent sur la qualité et l'exactitude des informations et le respect de l'indicateur technique afin que les mesures soient fiables. Néanmoins, les Amériques, et en particulier l'Amérique latine, sont la seule Région à avoir un registre régional de qualité acceptable.

Afin d'améliorer la définition et la mesure de ce résultat immédiat et de son indicateur, le BSP/CPAN propose les modifications ci-après pour 2016-2017 (RIM 2.1.5). Les changements proposés figureraient dans le système de suivi du Plan stratégique de l'OPS (SPMS) pour les pays à évaluer à la fin de 2017.

> *Nom de l'indicateur : Nombre de pays et territoires avec un registre pour la dialyse de haute qualité et les greffes pour les cas de maladie rénale chronique.*

Domaine programmatique 2.2 : Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives **RÉSULTAT : Couverture de service accrue pour la santé mentale et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 1/3 atteint, 2/3 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
2.2.1	Nombre de pays et territoires qui ont augmenté le taux des consultations dans les installations de santé mentale de traitement ambulatoires au-dessus de la moyenne régionale de 975 pour 100 000 habitants	19	30	en cours (9 atteints + 17 en cours)
Neuf pays ont atteint l'indicateur : ARG, BLZ, BRA, CRI, CUB, DMA, PER, TTO, USA. En outre, 17 pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ATG, BHS, CHL, DOM, ECU, GRD, GUY, JAM, KNA, LCA, MEX, NIC, PAN, PRY, SUR, VCT, VGB. L'engagement démontré par les pays sur les deux résultats immédiats liés à la santé mentale (sous le domaine programmatique 2.1 et 2.2) indique des progrès clairs vers la réalisation de ce résultat.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
2.2.1	Pays en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des plans nationaux conformes à la stratégie régionale sur la santé mentale et au Plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020	Nombre de pays et territoires qui ont une politique ou un plan national pour la santé mentale conforme à la stratégie régionale sur la santé mentale et au Plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020	20	30	partiellement atteint (21 atteints + 13 partiellement atteints)
Vingt et un pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, ATG, BON, BRA, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, ECU, JAM, MEX, MSR, NIC, PAN, PRY, SLV, SUR, SXM, VEN. Treize autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, BMU, BRB, DMA, GTM, GUY, HND, KNA, LCA, PER, STA, TTO, VCT. Le BSP/CPAN estime que partiellement atteint signifie qu'un plan/politique a été élaboré mais pas approuvé. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé.					

RIM #	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
Il y a un élément important à considérer : cet indicateur est une cible mouvante. L'indicateur a été créé il y a plusieurs exercices, et la note technique dans la définition de l'indicateur de résultats immédiats mentionne la nécessité de disposer de politiques/plans approuvés ou mis à jour après 2001, avec les pays de référence identifiés en conséquence. L'indicateur a ensuite été actualisé pour l'aligner sur un jalon plus récent, le Plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020, ce qui implique que tous les pays auraient dû mettre à jour leur politique/plan après 2013. Pour cet exercice, nous avons laissé les pays de référence identifiés à la fin du dernier exercice, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'ils ont actualisé leurs politiques et leurs plans depuis 2013.					
2.2.2	Pays en mesure d'intégrer une composante santé mentale dans les soins de santé primaires à l'aide du Guide d'intervention du Plan d'action mondial sur la santé mentale	Nombre de pays et territoires qui ont mis en place un programme visant à intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires à l'aide du Guide d'intervention du Plan d'action mondial sur la santé mentale	8	21	dépassé (23 atteints)
Vingt-trois pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BHS, BLZ, BRA, BRB, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, PAN, PER, PRY, SAB, SLV, TTO. On attendait encore la confirmation de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. Tous les pays qui ont déclaré avoir commencé ou « établi » le processus d'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires ont été considérés comme ayant atteint la cible conformément au recueil d'indicateurs.					
2.2.3	Pays en mesure d'élargir et de renforcer les stratégies, les systèmes et les interventions pour les troubles liés à l'alcool et à l'usage de substances psychoactives	Nombre de pays et territoires ayant une politique ou un plan national sur l'alcool pour la prévention et le traitement des troubles causés par la consommation d'alcool conformément au Plan d'action régional/Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool	10	17	partiellement atteint (7 atteints + 12 partiellement atteints)
Sept pays ont atteint l'indicateur : BRA, CHL, COL, CUB, MEX, PRY, USA. Douze autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : ARG, BLZ, CRI, DOM, ECU, GRD, HND, PER, SLV, SUR, TTO, URY. On attendait encore la confirmation de sept pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays élaborent actuellement des politiques/plans, ou ils les ont élaborés mais ne les ont pas approuvés. Compte tenu des difficultés de mise en œuvre des politiques de santé publique sur l'alcool dans notre Région, y compris l'acceptation sociale de la consommation d'alcool, le manque de prise de conscience de son impact négatif, et le faible engagement politique à réduire l'usage nocif de l'alcool, il est peu probable que la Région atteigne la cible du résultat correspondant d'ici à 2019. Il convient de noter que cet indicateur mesure seulement les progrès liés aux interventions du programme sur l'alcool.					

Domaine programmatique 2.3 : Violence et traumatismes **RÉSULTAT : Réduction des facteurs de risque associés à la violence et aux traumatismes en mettant l'accent sur la sécurité routière, les traumatismes des enfants, et la violence à l'encontre des enfants, des femmes et des jeunes** Évaluation des indicateurs des RIT : 2/2 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 1/3 atteint, 2/3 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
2.3.1	Nombre de pays et territoires ayant au moins 70 % d'utilisation des ceintures de sécurité par tous les passagers	4	7	en cours (2 atteints + 2 en cours)
Deux pays ont atteint l'indicateur : CAN,USA. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. En outre, deux pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ARG, KNA. L'autoévaluation de deux autres pays nécessite encore des éclaircissements, mais si les incohérences sont résolues d'ici à la fin de 2019, l'indicateur peut être atteint. Les pays devraient améliorer la collecte de données sur le port de la ceinture de sécurité et faire appliquer fermement leurs lois sur le port de la ceinture de sécurité pour atteindre cet indicateur d'ici à 2019. Le secteur de la santé devrait travailler sur une base intersectorielle, en particulier avec les secteurs du transport et de la police, pour atteindre l'indicateur.				
2.3.2	Nombre de pays et territoires qui utilisent une perspective de santé publique dans le cadre d'une approche intégrée de la prévention de la violence	3	7	en cours (5 atteints + 6 en cours)
Sur la base des réponses des pays, trois pays ont atteint l'indicateur : CAN, MEX, USA. En outre, sur la base des critères figurant dans le recueil d'indicateurs, cinq pays l'ont atteint (BRA, CAN, JAM, MEX, USA) et six pays et territoires ont fait des progrès vers l'objectif (ABW, BON, SAB, STA, TTO, VEN). Les pays ont pris des mesures pour appliquer une perspective de santé publique dans une approche intégrée de la prévention de la violence. Par exemple, El Salvador a développé *El Salvador Seguro*, qui reflète une perspective de santé publique. L'Équateur met en œuvre un nouveau plan de prévention de la violence, qui suit une approche intégrée de santé publique, dans le cadre de son *Plan Nacional para el Buen Vivir*. Trinité-et-Tobago œuvre pour atteindre cet objectif, et les pays de référence tels que les États-Unis et le Canada l'utilisent depuis de nombreuses années. En outre, les lignes directrices de 2013 pour la prestation de services de santé aux victimes de violence sexuelle et conjugale et le Rapport d'avancement mondial 2014 de l'OMS sur la prévention de la violence ont été des déclencheurs pour faire avancer cette question dans les pays. On estime que l'adoption du plan d'action régional de l'OPS sur le renforcement du système de santé pour lutter contre la violence faite aux femmes et l'adoption du plan mondial de l'OMS pour renforcer le rôle du système de santé dans la lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier contre les femmes, les filles et les enfants, contribuera à atteindre l'indicateur de résultat d'ici à la date butoir.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
2.3.1	Pays en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des plans et des programmes multisectoriels pour prévenir les traumatismes, en mettant l'accent sur la réalisation des cibles fixées dans le cadre de la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des lois exhaustives sur la réduction des facteurs de risque pour les traumatismes dus aux accidents de la circulation (vitesse et alcool au volant) et accroissant les facteurs de protection (casques, ceintures de sécurité et sièges-auto pour les enfants)	2	9	partiellement atteint (3 atteints + 5 partiellement atteints)
Trois pays ont atteint l'indicateur : CAN, CUB, URY. Cinq autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : ARG, CHL, JAM, KNA, SLV. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de neuf pays au moment où ce rapport a été rédigé. L'analyse législative montre que les pays qui ont atteint cet indicateur ont une législation complète sur tous les risques (vitesse et alcool au volant) et les facteurs de protection (utilisation de casques, ceintures de sécurité et sièges-auto pour les enfants). L'analyse de l'OPS montre que la plupart de ces pays ont une législation complète pour quatre des cinq facteurs de sécurité routière (Argentine, Brésil, Équateur, Chili et Colombie). Les États Membres renforcent la législation sur la sécurité routière, et les pays cibles progressent vers la réalisation de cet indicateur. Toutefois, le niveau d'application de la loi est faible dans l'ensemble de la Région. Les pays doivent renforcer l'application de la législation mais aussi améliorer la réglementation en tenant compte des recommandations de l'OPS/OMS.					
2.3.2	Pays et partenaires en mesure d'évaluer et d'améliorer les politiques et programmes nationaux sur la prévention intégrée de la violence, y compris la violence contre les femmes, les enfants et les jeunes	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques, des plans ou des programmes nationaux sur la prévention de la violence qui incluent des interventions de santé publique fondées sur des données probantes	4	7	partiellement atteint (6 atteints + 6 partiellement atteints
Six pays ont atteint l'indicateur : BRA, CAN, JAM, MEX, SLV, USA. Six autres pays et territoires ont partiellement atteint l'indicateur : ABW, BON, SAB, STA, TTO, VEN. Les pays ont continué à inclure des interventions de santé publique fondées sur des données probantes pour lutter contre la violence contre les femmes, les enfants et les jeunes dans leurs programmes de prévention de la violence. El Salvador a élaboré le plan national de prévention de la violence El Salvador Seguro, qui comprend des interventions de santé publique fondées sur des données probantes comme *Familias Fuertes* (renforcer les					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
familles) pour améliorer les compétences parentales. La Jamaïque a un Observatoire national de la criminalité, une collaboration intersectorielle pour étayer les interventions de santé publique, comme les programmes de formation, et un programme pour la sécurité à l'école. Le plan de Trinité-et-Tobago est en cours de finalisation et sa mise en œuvre commencera en 2016. L'OPS s'efforce de renforcer le volet prévention de la violence chez les jeunes dans les politiques, les plans et les programmes des pays en 2016-17 en promouvant l'intégration de l'approche de la sécurité humaine.					
2.3.3	Pays en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole national pour la fourniture de services de santé aux victimes de violence conjugale ou sexuelle conformément aux directives de 2013 de l'OMS	Nombre de pays et territoires ayant un protocole national en place pour la fourniture de services de santé aux victimes de violence conjugale ou sexuelle conformément aux directives de 2013 de l'OMS	0	4	partiellement atteint (4 atteints + 12 partiellement atteints)
Quatre pays ont atteint l'indicateur : BOL, GRD, MEX, SLV. Douze pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, ARG, BMU, BON, COL, CRI, GUY, KNA, PER, STA, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Au cours de cette évaluation, il est apparu clairement que certains pays établissaient un lien avec le mauvais indicateur (2.3.2). Pour remédier à cette confusion et améliorer la définition et la mesure de ce résultat immédiat et de son indicateur, le BSP/CPAN propose les modifications ci-après pour 2016-2017 (RIM 2.3.3). Les changements proposés figureraient dans le système de suivi du Plan stratégique de l'OPS (SPMS) que les pays évalueront à la fin de 2017. *Résultat immédiat : Élaboration et mise en œuvre facilitées de politiques et de programmes visant à lutter contre la violence contre les femmes et les enfants (Ceci est aligné sur le produit de l'OMS).* *Nom de l'indicateur : Nombre de pays et territoires qui créent ou ajustent les procédures opérationnelles/protocoles/lignes directrices des normes nationales sur la réponse du système santé à la violence conjugale et sexuelle, conformément aux lignes directrices de l'OMS.*					

Domaine programmatique 2.4 : Handicaps et réadaptation **RÉSULTAT : Accès accru aux services sociaux et de santé pour les personnes handicapées, y compris la prévention** Évaluation des indicateurs des RIT : 2/2 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 1/2 atteint, 1/2 partiellement atteint	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
2.4.1	Nombre de pays qui ont atteint au moins 12 % d'accès aux services sociaux et aux services d'adaptation et de réadaptation pour les personnes handicapées	0	16	en cours (1 atteint + 6 en cours)
Un pays a atteint l'indicateur : MEX. Sur la base de l'analyse BSP/CPAN, six autres pays sont en cours pour atteindre l'indicateur : ARG, BRA, CHL, CUB, ECU, VEN. Au cours de 2014-2015, ces pays ont défini une méthodologie pour évaluer l'accès aux services de réadaptation pour les personnes handicapées. Des progrès devraient être réalisés en Bolivie, en Colombie, au Costa Rica et au Guyana, mais beaucoup d'efforts devront être consentis par ces pays pour atteindre l'indicateur d'ici à 2019. Les autres pays qui ont le potentiel d'atteindre cet indicateur d'ici à 2019 sont : la République dominicaine, El Salvador, le Guatemala, Panama et Trinité-et-Tobago.				
2.4.2	Nombre de pays et territoires atteignant un taux d'opérations de la cataracte de 2 000/million d'habitants/an	19	25	en cours (16 atteints + 6 en cours)
Seize pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, BRA, BRB, CHI, CRI, CUB, CUW, DMA, GUY, LCA, PRI, SUR, URY, USA, VEN. Six autres pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : COL, DOM, NIC, PAN, PER, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. La plupart des pays déclarent leur taux de chirurgie de la cataracte sur une base annuelle, et la tendance nationale dans la plupart des pays montre une augmentation annuelle. Les pays autres que les pays de référence ont pour objectif d'atteindre la cible de 2 000/1 000 000 habitants/an d'ici à 2019, car la plupart d'entre eux étaient loin de la cible et qu'il faudra plusieurs années d'augmentations continues pour l'atteindre. La méthode utilisée pour évaluer l'indicateur jusqu'en 2013 consistait à passer par les sociétés nationales d'ophtalmologie. Étant donné que désormais ce sont les autorités sanitaires nationales et non plus les sociétés nationales d'ophtalmologie qui déclarent les données sur cet indicateur, cet indicateur pourrait nécessiter des modifications. La plupart des États Membres comptent seulement le secteur public. Étant donné que la responsabilité première du secteur public est envers les plus pauvres qui ont tendance à avoir une prévalence plus forte de la cécité de la cataracte, le BSP/CPAN propose de mesurer le taux de chirurgie de la cataracte du secteur public dans les années à venir. Cela étant, en 2016 un dialogue avec les États Membres peut conduire à une coopération accrue avec les secteurs privé et sans but lucratif pour obtenir les bons chiffres.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
2.4.1	Mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur le handicap et de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des programmes complets sur la santé et la réadaptation conformément au Rapport mondial sur le handicap et à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement	5	9	dépassé (10 atteints + 7 partiellement atteints)
Dix pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BMU, BRA, CHL, COL, CUB, ECU, GUY, HND, VEN. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. En outre, sept pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, BON, CUW, PER, SAB, SLV, TCA. D'importants progrès ont été réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de prise en charge complets pour les personnes handicapées dans les différents secteurs sociaux et de la santé. Il est important de souligner le taux de réussite des États Membres avec un système fédéral de gouvernement, y compris l'Argentine, le Brésil, le Canada, le Mexique et les États-Unis. Les pays avec un système de gouvernement décentralisé ont également connu des succès, comme dans le cas de la Colombie (atteint) et du Pérou (partiellement atteint). Le Guyana a mis en place un nouveau plan stratégique conformément aux recommandations de cet indicateur. Les autres pays qui ont fait des progrès sur le plan de cet indicateur sont la Bolivie, la République dominicaine, le Guatemala et Trinité-et-Tobago.					
2.4.2	Pays en mesure de mettre en œuvre des politiques plus efficaces et de fournir des services intégrés afin de réduire l'invalidité causée par une déficience visuelle et auditive	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques et des services de santé visuelles et auditives conformément aux recommandations de l'OPS/OMS	26	29	partiellement atteint (14 atteints + 13 partiellement atteints)
Quatorze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, COL, CUB, DMA, GUY, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SAB, USA, VEN. En outre, 13 pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, BOL, BON, BRB, CHL, ECU, GTM, JAM, KNA, SLV, STA, SUR, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé. Il est important de noter que la mesure de la perte de la vision et de la perte auditive au sein d'un même indicateur conduira inévitablement à un progrès partiel. Le niveau de référence et la cible ont été calculés initialement sur la base de « politiques et services SOIT de la vision SOIT de l'audition ». Certains pays interprètent cela comme signifiant « politiques et services de la vision ET de l'audition. » Les programmes auditifs commencent tout juste, de					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
ce fait nombreux sont ceux qui qualifient l'indicateur de partiellement atteint. En 2016, un dialogue avec les États Membres pourrait entraîner un changement dans l'interprétation qui pourrait conduire à ce que l'indicateur soit atteint à l'avenir. Cela ne doit pas faire oublier le fait que les pays ont fait des progrès, même s'ils progressent à des rythmes différents pour les politiques de santé visuelle et auditive.					

Domaine programmatique 2.5 : Nutrition **RÉSULTAT : Facteurs de risque nutritionnel réduits** Évaluation des indicateurs des RIT : 3/3 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/2 atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
2.5.1	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance	13,5 %	7,5 %	en cours (ND)
Bien que de nombreux pays mettent en œuvre des politiques et des programmes pour traiter des retards de croissance, peu de pays ont effectué de nouvelles enquêtes au cours de l'exercice biennal pour assurer un suivi des tendances en termes de retard de croissance. C'est pourquoi les progrès ne peuvent pas être évalués à ce stade. Cependant, les quelques pays qui disposent de données actualisées, comme la Bolivie, El Salvador et le Pérou, font apparaître des baisses importantes.				
2.5.2	Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) souffrant d'anémie	22,5 %	18 %	en cours (ND)
Bien que de nombreux pays mettent en œuvre des politiques et des programmes visant à prévenir l'anémie chez les femmes en âge de procréer, l'analyse des progrès sur cet indicateur pâtit du même problème lié au caractère limité des données actuelles décrit dans la section 2.5.1.				
2.5.3	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en surpoids	7 %	7 %	en cours (ND)
À la suite de l'approbation par le 53e Conseil directeur du Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents, la plupart des pays élaborent et mettent en œuvre des politiques et des programmes pour stopper l'augmentation de la prévalence de l'obésité d'ici à la fin de la période couverte par le Plan stratégique 2014-2019. Mesurer l'impact ne sera possible que pour les pays qui investissent dans des systèmes de suivi de l'alimentation ou qui mettent en œuvre des enquêtes nationales sur la nutrition.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
2.5.1	Pays en mesure d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre leurs plans d'action fondés sur le Plan mondial de mise en œuvre sur la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des plans d'action nationaux fondés sur le Plan mondial de mise en œuvre sur la nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants	6	12	dépassé (14 atteints + 2 partiellement atteints)
Quatorze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BMU, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, GTM, GUY, JAM, MEX, PER, SLV. Deux autres territoires ont partiellement atteint l'indicateur : SAB, SXM. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de cinq pays au moment où ce rapport a été rédigé. Il est important de noter que l'Uruguay se distingue dans la Région du fait qu'il a certifié ou recertifié 84 % de ses établissements s'occupant d'accouchements comme « amis des bébés ». La Bolivie, le Brésil, El Salvador et le Honduras ont adopté une nouvelle loi ou renforcé la législation existante concernant la commercialisation des substituts du lait maternel. Le Mexique a pris des mesures pour interdire le don de lait maternisé aux établissements de santé, et le Chili a étendu la protection de la maternité à six mois, afin de faciliter l'allaitement maternel exclusif.					
2.5.2	Normes et standards actualisés sur la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant, les objectifs nutritionnels de la population et l'allaitement ; les options de politique pour des actions de nutrition efficaces contre le retard de croissance, l'émaciation et l'anémie	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des actions de nutrition efficaces contre le retard de croissance, l'émaciation et l'anémie, et le surpoids en fonction du contexte national	5	11	atteint (11 atteints + 7 partiellement atteints)
Onze pays ont atteint l'indicateur : BOL, BRA, CHL, COL, GTM, GUY, HND, JAM, MEX, NIC, SLV. Sept autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : ARG, CRI, CUW, ECU, KNA, PER, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé. La plupart des pays renforcent leurs plans visant à améliorer les normes et standards sur la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant. La plupart des pays ont des normes en vigueur pour la supplémentation en micronutriments des femmes enceintes et des enfants, la prévention du retard de croissance et la promotion de l'allaitement maternel. Néanmoins, souvent ces normes ne sont pas bien mises en œuvre. À l'exception de l'Équateur et du Pérou, tous les pays d'Amérique latine ont des lignes directrices diététiques basées sur l'alimentation. Les pays élaborent de plus en plus des normes pour prévenir le surpoids, notamment en					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
améliorant l'environnement alimentaire scolaire. Le Chili, le Costa Rica, le Mexique et les États-Unis ont été particulièrement actifs dans ce domaine. Des projets de texte de politiques sur la nutrition à l'école ont été rédigés dans de nombreux pays des Caraïbes.					

Évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015
Rapport sur la catégorie 3

CATÉGORIE 3 : DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET PROMOTION DE LA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE	NOTE GLOBALE DE L'ÉVALUATION DE LA CATÉGORIE [12] A répondu partiellement aux attentes

VUE D'ENSEMBLE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE DE LA CATÉGORIE

Tableau 1. Synthèse programmatique et budgétaire de la catégorie 3

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique	42,74	27,03	63,2	61,2	96,8	2/5 atteints, 3/5 partiellement atteints	2/7 atteints, 5/7 en cours
3.2 Vieillissement et santé	1,68	1,62	96,2	95,9	99,7	2/3 atteints, 1/3 partiellement atteint	1/1 en cours
3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique	8,61	5,84	67,8	67,3	99,3	2/5 atteints, 3/5 partiellement atteints	1/1 en cours
3.4 Déterminants sociaux de la santé	11,56	11,82	102,3	101,2	98,9	3/4 atteints, 1/4 partiellement atteint	1/1 en cours
3.5 Santé et environnement	16,20	11,67	72,1	71,3	99,0	1/5 atteint, 4/5 partiellement atteints	4/5 en cours, 1/5 aucun progrès

[12] Les notes d'évaluation pour la catégorie globale et pour les domaines programmatiques/résultats sont déterminées par les facilitateurs des catégories et des domaines programmatiques de l'OPS, respectivement, en tenant compte de l'exécution programmatique et budgétaire, de l'analyse des ressources (humaines et financières) et des risques opérationnels et programmatiques. Les notes sont définies comme suit :

- **A répondu aux attentes** (vert) : a atteint 90 à 100 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont en bonne voie, comme prévu ; aucun obstacle ou risque affectant la réalisation des résultats n'est anticipé.
- **A répondu partiellement aux attentes** (jaune) : a atteint 75 à 89,9 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès peuvent être menacés, et des mesures sont nécessaires pour surmonter les retards, les obstacles et les risques.
- **Progrès insuffisants** (Rouge) : a atteint < 75 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher la réalisation des résultats. Des mesures correctives immédiates sont nécessaires.

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
TOTAL	**80,78**	**57,98**	**71,8**	**70,3**	**98,0**	**11/22 atteints, 11/22 partiellement atteints**	**2 atteints, 12 en cours, 1 aucun progrès**

Tableau 2. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 3 par niveau fonctionnel

Niveau fonctionnel	Fonds alloués (millions de US$)	Fonds alloués par niveau (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
Pays	26,00	44,85	25,72	98,9
Inter-pays	14,93	25,75	14,43	96,7
Infrarégional	2,53	4,36	2,49	98,5
Régional	14,52	25,04	14,18	97,7
Total	**57,98**	**100,00**	**56,82**	**98,0**

ANALYSE PROGRAMMATIQUE DE LA CATÉGORIE

Synthèse de l'évaluation globale de la catégorie

Au cours de l'exercice 2014-2015, les activités au titre de la catégorie 3 ont traité de questions clés liées à la santé tout au long de la vie, y compris la santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes, en tenant compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et des thématiques transversales : genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique. L'année 2015 a marqué un tournant important dans la transition entre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et les objectifs de développement durable (ODD).

L'évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires et de résultats immédiats de catégorie 3 fait apparaître des progrès considérables dans les efforts visant à améliorer les conditions de la santé tout au long de la vie et à réduire les inégalités dans la Région. Les 22 résultats immédiats ont été soit entièrement atteints (11) soit partiellement atteints (11), et les résultats intermédiaires ont été évalués comme en cours (12) ou (2) atteints. Un résultat intermédiaire a été évalué comme « aucun progrès ». Le haut niveau de réalisation des résultats immédiats est de bon augure pour la réalisation des résultats intermédiaires à la fin du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Cependant, en raison d'un déficit de financement considérable, de problèmes continus sur le plan des ressources humaines et d'autres défis stratégiques, techniques et de gestion identifiés dans ce rapport, la catégorie 3 est évaluée globalement comme ayant répondu partiellement aux attentes.

Les pays mettant en œuvre des plans sur la mortalité maternelle et périnatale (18) et les lignes directrices sur la planification familiale (24) ont bien progressé vers les cibles fixées pour 2015. La Région a mis en place le projet

interdépartemental zéro décès maternels à la suite d'hémorragies. Il y a eu une augmentation de la coopération technique relative à la prévention de la grossesse chez les adolescentes. L'Organisation des États Américains (OEA), avec l'appui technique de l'OPS, a approuvé la Convention interaméricaine sur la protection des droits de l'homme des personnes âgées, et l'OPS a lancé un appel à l'action pour la mise en œuvre de la Convention. Des règles et normes sur les droits de l'homme ont été incorporées dans les déclarations infrarégionales et les politiques, lois ou décrets ministériels nationaux dans plusieurs pays. La majorité des pays ont soumis des évaluations sur leurs efforts d'intégration de la question du genre. Le Plan d'action régional sur la santé dans toutes les politiques (l'approche HiAP) a été approuvé par le 53e Conseil directeur de l'OPS, et une feuille de route a été élaborée pour la mise en œuvre du plan. Au cours de cette même session, une table ronde sur le programme de développement post-2015 a été organisée, et les pays ont formulé des recommandations et sont convenus d'activités futures. Par la suite, un réseau régional sur les ODD a été lancé.

Les défis majeurs identifiés dans la catégorie 3 concernent la coordination et les activités inter-programmatiques à tous les niveaux de l'Organisation. L'intégration des thématiques transversales dans les plans de travail doit également être encore améliorée.

D'un point de vue budgétaire, la catégorie 3 a reçu $58 millions sur les $81 millions approuvés pour l'exercice 2014-2015 (72 %). L'exécution budgétaire a atteint un niveau sans précédent de 98 % malgré les difficultés rencontrées.

Synthèse programmatique par domaine programmatique

3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique

Ce domaine programmatique répond aux mandats sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes au moyen de la génération d'informations stratégiques et de l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, stratégies et plans, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et les soins obstétriques.

Réalisations

- Les informations fournies par les pays ayant plus de 7000 accouchements par an montrent une réduction du taux de mortalité maternelle d'environ 21 % en 2013-2014. À la fin de 2016, on disposera d'informations actualisées dans le cadre du rapport final sur le Plan d'action régional pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave.
- Entre 1990 et 2015, la Région a enregistré une réduction de 69 % du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, réalisant ainsi la cible fixée dans l'OMD 4. En outre, 18 pays ont des stratégies pour le développement de la petite enfance.
- Le taux de fécondité des adolescentes poursuit sa tendance à la baisse, de 65,6 pour 1000 en 2013 à 64,4 pour 1000 en 2014 pour les femmes de 15 à 19 ans. La réduction est lente et inégale entre les pays comme à l'intérieur des pays. Cette progression est le fruit d'efforts collectifs par les pays, l'OPS et les partenaires régionaux. Six pays ont également actualisé ou élaboré des politiques et stratégies nationales sur la santé des adolescents.
- Dix-huit pays mettent en œuvre des plans intégrés pour la réduction de la mortalité maternelle et périnatale, conformément aux plans d'action régionaux sur la santé maternelle et néonatale.
- Des preuves et des données sur l'ampleur et les conséquences de la violence contre les enfants dans la Région ont été développées par l'OPS et divers partenaires. Il s'agit d'un jalon important pour combler le déficit d'information dans ce domaine clé.

- La poursuite de la mise en œuvre de la Stratégie régionale et du Plan d'action pour la santé intégrée de l'enfant et de l'adolescent et de la Stratégie régionale et du Plan d'action sur la santé des jeunes a été facilitée par le développement de supports techniques, d'outils de formation et d'activités conjointes avec des partenaires clés.
- Les données probantes sur la santé génésique, maternelle, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents ont été améliorées par le biais de recherche opérationnelle et de supports actualisés fondés sur des données factuelles.
- Un partenariat stratégique OPS/Norvège, Prévention du VIH chez les jeunes, à l'aide d'un cadre de droits de l'homme en Amérique centrale et dans les Caraïbes, a grandement contribué à l'élaboration de politiques et de plans qui protègent et promeuvent la santé des adolescents et des jeunes dans ces sous-régions.
- Les Premières Dames de huit pays de la Région, réunies au Honduras, ont signé une déclaration sur la prévention des grossesses chez les adolescentes.
- Des progrès ont été réalisés sur l'accroissement de la disponibilité d'informations sanitaires stratégiques sur les adolescents. Une analyse multipays s'est penchée sur les enquêtes sur la santé des adolescents menées dans six territoires d'outre-mer des Caraïbes avec l'appui de l'OPS, dans le but de réduire l'écart en matière d'information sur la santé des adolescents. Un appui a été fourni pour aider Haïti à mettre en œuvre l'enquête mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire.

Défis

- Des défis considérables limitent toujours les efforts visant à réduire les causes évitables de décès et de morbidité grave chez les nouveau-nés et les mères, en particulier en ce qui concerne l'accès à des services de haute qualité.
- Il est toujours nécessaire de coordonner efficacement les activités entre les Départements et les Représentations de l'OPS/OMS (PWR) pour la mise en œuvre réussie du projet inter-départements Zéro décès maternels à la suite d'hémorragies.
- La mise en œuvre du Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et la morbidité maternelle grave nécessite un suivi continu.
- Une évaluation finale de la Stratégie régionale et du Plan d'action pour la santé néonatale dans le cycle continu des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux jeunes enfants est nécessaire.
- Pour assurer la continuité du processus démarré avec la stratégie et le plan d'action susmentionnés, les stratégies et les objectifs régionaux doivent être actualisés sur la base du Plan d'action Chaque nouveau-né approuvé lors de la 67e Assemblée mondiale de la Santé (2014).
- Des difficultés se posent pour la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Enseignements tirés

- La définition des priorités de la coopération technique a permis des activités plus productives et l'obtention de résultats durables et permanents dans les pays.
- La mise en place d'une meilleure coordination interne, au sein des Départements et entre eux, a renforcé l'intégration et a eu un impact positif sur le travail avec les pays, en créant un environnement de travail d'équipe au niveau national et régional.
- Les activités inter-départements sur le projet de Zéro décès maternels à la suite d'hémorragies a permis à l'Organisation de traiter du problème des hémorragies maternelles dans le cadre d'une vision intégrée et d'une réponse globale. Le projet comprenait des aspects programmatiques et liés aux services de santé, ce qui a permis une réponse rationnelle à l'urgence des hémorragies obstétricales et une utilisation plus efficace des ressources. Les ministères de la Santé ont suivi la même approche, ce qui a eu un impact positif

sur les activités dans les différents domaines d'intervention.

3.2 Vieillissement et santé

Ce domaine programmatique met l'accent sur la mise en œuvre du Plan d'action régional sur la santé des personnes âgées, qui vise à promouvoir l'intégration de la santé des personnes âgées dans les systèmes de santé.

Réalisations

- L'Assemblée générale de l'OEA a approuvé la Convention interaméricaine sur la protection des droits de l'homme des personnes âgées, avec l'appui de l'OPS, et l'OPS a lancé un appel à l'action pour la mise en œuvre de la Convention.
- L'initiative villes et collectivités amies des aînés, avec une approche multisectorielle, a été étendue à plus de 65 villes de la Région.
- Des programmes d'auto-prise en charge fondés sur des données probantes pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques multiples ont été mis en œuvre dans deux pays d'Amérique latine et 10 pays des Caraïbes orientales.
- Le rapport mondial sur le vieillissement et la santé a été lancé à Washington, durant le 54e Conseil directeur de l'OPS en 2015.
- La Stratégie et le Plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées a été approuvé par le 54e Conseil directeur.

Défis

- Les capacités institutionnelles sont limitées au sein de l'OPS pour répondre à l'impact du vieillissement de la population sur les systèmes de santé de la Région.

Enseignements tirés

- Une approche multisectorielle élargie, qui inclut les autres parties prenantes au sein et en dehors du secteur de la santé, est nécessaire pour réaliser une meilleure analyse des politiques sur le vieillissement dans la Région.
- Les pays ont commencé à inclure les questions du vieillissement comme une priorité dans leurs programmes en raison des rapides transitions démographiques auxquelles ils sont confrontés.

3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique

Ce domaine programmatique porte sur l'incorporation des quatre thématiques transversales énoncées dans le Plan stratégique de l'OPS (genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique) dans tous les programmes de l'OPS en tant qu'approches stratégiques pour améliorer la santé par le biais de plans, politiques et lois inter-programmatiques.

Réalisations

- Dix-neuf pays ont renforcé leurs capacités institutionnelles pour quantifier et analyser les inégalités sociales dans la santé, y compris la production de profils d'équité dans la santé (surtout pour la santé maternelle et des enfants) traitant au moins des trois dimensions du développement durable (sociale, économique, environnementale).

- Dix pays ont introduit des normes relatives aux droits de l'homme dans des déclarations infrarégionales et dans les politiques, lois et/ou décrets ministériels nationaux. Deux pays ont procédé à la réforme de leurs Codes civils sur la base de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et ont approuvé ou actualisé des protocoles de la santé sur la santé mentale par décret ministériel en conformité avec les conventions des droits de l'homme universelle et régionales. Huit pays ont procédé à une réforme des législations nationales sur la base des normes sur les droits de l'homme dans des domaines comme le VIH, la santé des adolescents, les handicaps ou la lutte contre le tabagisme.
- Trente-deux pays ont mené à bien des autoévaluations sur l'égalité des genres, dont les résultats ont été analysés et présentés dans le Rapport sur l'évaluation du Plan d'action sur l'égalité des genres 2009-2014. De nouvelles lignes d'action stratégiques ont été approuvées par le 54e Conseil directeur en septembre 2015.
- L'expertise technique et le soutien sur l'origine ethnique et la santé ont été considérablement renforcés. L'OPS a joué un rôle interagence clé en tant que Coprésident du Groupe de travail inter-institutions sur les populations autochtones du Groupe des Nations Unies pour le développement pour l'Amérique latine et les Caraïbes (GDNU ALC). Un axe prioritaire au sein de ce groupe et dans les activités de coopération technique et de renforcement des capacités plus largement de l'OPS a consisté à appuyer les pays pour qu'ils améliorent la disponibilité et la qualité de leurs données sur l'origine ethnique et la santé.
- Le Secrétariat pour les thématiques transversales (CCT) a été officiellement établi au sein du Bureau sanitaire panaméricain (BSP). Les activités inter-programmatiques dans le cadre de cette initiative contribuent à la mise en œuvre d'un cadre conceptuel intégré afin d'améliorer l'assistance technique de l'OPS sur les quatre thématiques transversales (genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique). Dans le cadre de ses activités, le Secrétariat CCT a commencé à travailler avec l'University College de Londres sur un bilan régional des quatre thématiques transversales par rapport aux déterminants sociaux de la santé.

Défis

- Il y a eu une collaboration limitée avec les parties prenantes non traditionnelles qui prennent des décisions importantes ayant une incidence sur le droit à la santé et les droits de l'homme connexes (parlements, ministères des Affaires étrangères et autres ministères, et commissions nationales des droits de l'homme, entre autres).
- Les parties prenantes ont différents niveaux de connaissances et de compréhension des concepts des thématiques transversales, de leur intégration et de leurs résultats. Une collaboration plus large et plus active avec d'autres départements techniques et avec les Représentations (PWR) peut faciliter une intégration et une mise en œuvre plus pertinentes.

Enseignements tirés

- Les activités techniques et les discussions portant sur les liens entre le virus Zika, les droits des femmes et les inégalités entre les sexes, ainsi que les vulnérabilités particulières des personnes vivant dans la pauvreté, montrent qu'une collaboration plus étroite s'impose pour veiller à ce que les activités de l'OPS durant toutes ces urgences de santé publique tiennent adéquatement compte des thématiques transversales, des inégalités structurelles et des normes internationales et régionales des droits de l'homme applicables à la santé des femmes.
- Des flux d'informations plus efficaces, opportuns et inclusifs et d'autres moyens de coordination sont nécessaires pour assurer l'alignement des outils, méthodes, approches et cadres conceptuels de l'OPS sur le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique dans tous les domaines de l'OPS et avec l'OMS.
- Bien que la collaboration inter-programmatique soit excellente entre les départements concernés au sein du Secrétariat CCT pour soutenir l'intégration des thématiques transversales, des ressources supplémentaires

sont nécessaires pour assurer une coordination continue de ce domaine de travail stratégique important dans toute l'Organisation.

3.4 Déterminants sociaux de la santé

Ce domaine programmatique se concentre sur la mise en œuvre de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé et implique le renforcement des partenariats entre les secteurs afin de remédier aux inégalités frappantes dans la Région.

Réalisations

- L'Équipe spéciale et le Groupe de travail sur la santé dans toutes les politiques et les objectifs de développement durable, composés d'experts régionaux, ont été mis en place en avril 2015. Leur rôle consiste à identifier et traiter des synergies entre le cadre des ODD et le Plan d'action régional sur la santé dans toutes les politiques, dans le but de faire avancer la cause du développement durable et de l'équité dans la santé dans les Amériques. Deux documents de base ont été élaborés et finalisés par l'Équipe spéciale et le Groupe de travail, à savoir une Note de référence sur les ODD et l'approche HiAP et un Plan de travail pour guider la mise en œuvre du programme de développement après 2015.
- En réponse aux demandes de conseils des États Membres sur la façon d'atteindre les ODD, l'OPS a publié un document de réflexion, « Préparer la Région des Amériques à atteindre les objectifs de développement durable sur la santé » et a amorcé un processus de coopération technique avec les pays, en comparant les cibles des ODD avec les programmes et les politiques de santé actuels des pays.
- Dans le droit fil du Plan d'action régional sur la Santé dans toutes les politiques, l'OPS a organisé trois formations infrarégionales sur l'HiAP, a lancé un réseau régional HiAP, a produit des plans de travail infrarégionaux sur l'approche HiAP et a documenté les bonnes pratiques sur l'HiAP pour démontrer comment le concept peut être appliqué de manière concrète. En outre, une feuille de route guidant la mise en œuvre de l'HiAP, un livre blanc sur l'HiAP et un document sur l'HiAP et les indicateurs ont été publiés au cours de la dernière partie de l'exercice biennal.
- À la suite du troisième Forum régional sur la santé urbaine qui s'est tenu à Medellín, en Colombie, en décembre 2015, l'Appel à l'action de Medellín pour des villes en bonne santé, dans lequel l'HiAP était une question centrale, a été publié. Il servira à étayer la coopération technique future sur la santé urbaine et les municipalités en bonne santé.
- Une consultation régionale sur les ODD a eu lieu à Medellín en novembre 2015 pour renforcer les capacités des bureaux PWR, des ministères de la Santé et d'autres institutions publiques concernées par la mise en œuvre du Programme de développement durable pour 2030 dans la Région des Amériques. Une liste de recommandations a été identifiée, et un réseau régional pour les ODD a été créé à la suite de cette réunion.
- Un examen régional sur les inégalités dans la santé et les quatre thématiques transversales, qui sera réalisé dans 13 pays sur une période de deux ans, a été approuvé et financé.

Défis

- Il existe une capacité limitée pour répondre aux demandes croissantes de soutien des pays pour traduire les déterminants sociaux de la santé en actions concrètes.

Enseignements tirés

- Il est nécessaire de tirer parti des réseaux sur les déterminants sociaux de la santé et de les renforcer afin

d'assurer une coopération technique rapide et réussie.

- Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'action régional sur la santé dans toutes les politiques, il est urgent de documenter et de partager les meilleures façons d'appliquer les concepts des déterminants sociaux de la santé, l'HiAP et les ODD.
- La mise en œuvre des ODD et des indicateurs associés présente une opportunité de tirer parti des synergies avec le programme HiAP.

3.5 Santé et environnement

Ce domaine programmatique comprend la réponse aux engagements régionaux et internationaux portant sur la santé environnementale et professionnelle. L'objectif est d'accroître les capacités institutionnelles afin de réduire les risques et l'impact pour la santé et de générer des politiques fondées sur des données probantes.

Réalisations

- La qualité de l'air dans les foyers a été intégrée dans le programme de santé des pays cibles, et il y a une prise de conscience accrue des risques liés à la pollution de l'air ambiant et aux produits chimiques. La participation a augmenté dans les mécanismes intersectoriels tels que l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (SAICM) et dans les activités liées à la Convention sur le mercure de Minamata.
- D'importants progrès ont été réalisés sur le plan de la réalisation des objectifs de la Stratégie et du Plan d'Action sur le changement climatique, même si certaines lacunes subsistent.
- Un point saillant de ce domaine programmatique a été la rencontre avec 35 Centres collaborateurs de l'OPS/OMS, l'OMS, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), d'autres organismes intergouvernementaux et des organisations non gouvernementales sur le thème des « Sociétés climato-intelligente et durables : répondre aux vulnérabilités de santé publique et promouvoir l'adaptation durable maintenant. » La réunion, qui s'est tenue à Montréal en septembre 2015, a passé en revue la recherche actuelle et la stratégie de l'OPS sur le développement durable et l'équité dans la santé. Les recommandations de la réunion vont guider la mise en œuvre par les Centres collaborateurs du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Ceci est particulièrement important en raison des engagements pris dans le cadre de l'Accord de Paris, lors de la Conférence sur les changements climatiques des Nations Unies de 2015 (COP21), et comme un moyen de soutenir la mise en œuvre des ODD relatifs à la santé et à l'environnement.
- L'approbation du Plan d'action sur la santé des travailleurs avec le plein appui des États Membres, l'accord avec la Conférence interaméricaine des ministres du travail en vue de collaborer pour mettre en œuvre ce plan et les progrès dans la mise à jour des règlements sur la santé et la sécurité au travail dans de nombreux pays témoignent d'un grand engagement envers ce domaine programmatique.
- Par le biais de la mise en œuvre de programmes de surveillance de la qualité de l'eau et de plans pour la salubrité de l'eau (WSP), les capacités des pays ont été renforcées. Par exemple, le suivi de la qualité de l'eau est devenu systématique en République dominicaine. Un rapport final évaluant les progrès réalisés sur le plan de l'objectif du Millénaire pour le développement sur l'eau et l'assainissement a été publié par le Programme conjoint de suivi pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement de l'OMS/UNICEF.
- Des progrès significatifs ont également été réalisés sur le plan de la mesure des inégalités et du renforcement des capacités pour les plans de salubrité de l'eau, notamment liés à des situations d'urgence. Un cours en ligne gratuit sur les plans pour la salubrité de l'eau, en espagnol, a été développé par l'équipe technique régionale sur l'eau et l'assainissement (ETRAS), destiné au personnel dans le secteur de l'eau ayant des responsabilités en matière de gestion, d'ingénierie ou sur le plan opérationnel. En réponse à différentes flambées épidémiques, les capacités régionales et nationales pour la préparation de plans pour la salubrité

de l'eau selon une approche axée sur la préparation et l'intervention face aux urgences ont été renforcées dans les pays prioritaires. Cette initiative comprenait également la mise en place d'un réseau d'échange d'expériences et de connaissances. Ces initiatives ont permis aux pays de la Région d'améliorer l'accès à l'eau potable, ce qui a permis de promouvoir les droits de l'homme et de réduire les inégalités.

Défis

- De grands défis demeurent en ce qui concerne la réalisation des OMD en matière d'assainissement, pour combler le fossé urbain/rural pour l'eau et l'assainissement et réduire l'utilisation de combustibles solides comme principale source d'énergie utilisée par les ménages dans la Région. Les cibles des OMD liées à la santé environnementale ont été intégrées dans le programme des ODD et demeurent une priorité dans la Région.
- Les capacités et les ressources doivent être renforcées pour répondre aux besoins et demandes importants des pays en matière de coopération technique pour les aider à intégrer et à renforcer la santé environnementale et professionnelle dans leurs programmes nationaux.
- Des efforts multisectoriels et de coordination plus forts sont nécessaires pour traiter les questions de santé environnementale et professionnelle qui touchent la Région.

Enseignements tirés

- Il est nécessaire de renforcer la capacité de travail intersectoriel avec des partenaires non traditionnels du secteur de la santé.
- La Région doit améliorer et consolider la gouvernance de l'eau, avec un changement de paradigme vers l'intégration durable de la gestion des ressources hydriques du bassin versant au consommateur, ainsi que des efforts visant à réduire les inégalités. Il convient d'inclure les plans pour la salubrité de l'eau dans le cadre des stratégies nationales de l'eau.

Risques

Les risques les plus pertinents identifiés pour la catégorie 3 dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 sont énumérées ci-dessous, de même que les informations pertinentes concernant leur situation et les mesures d'atténuation prises pour y remédier. Les nouveaux risques identifiés au cours de l'exercice biennal sont également mis en évidence.

- Les priorités concurrentes, les catastrophes et épidémies, les troubles politiques ou les troubles civils limitent les ressources pour les domaines programmatiques dans cette catégorie, compromettant la réalisation des résultats.
    - Des déficits de financement dans les domaines programmatiques prioritaires ont été identifiés, particulièrement en ce qui concerne le domaine programmatique 3.1. Il est prévu que, au cours de l'exercice 2016-2017, les pays prioritaires auront un point focal et que ce domaine programmatique sera entièrement financé pour appuyer la réalisation des résultats intermédiaires et immédiats.
- Les systèmes d'information produisent des données désagrégées limitées et peu nombreuses sur les déterminants sociaux de la santé.
    - Le Secrétariat CCT et le Groupe de travail CCT ont élaboré une proposition sur deux ans visant à recueillir et à consolider les données et les éléments de preuve provenant de différents secteurs dans le cadre d'une étude régionale sur les inégalités dans la santé.
    - Cette étude sera lancée en mai 2016 et facilitera la collecte des données probantes existantes sur les déterminants sociaux de la santé.

- Le personnel de santé n'est pas préparé pour l'élaboration de nouveaux programmes pour un vieillissement actif.
    - La Gestion de la santé pour les personnes âgées, un cours en ligne offert sur le campus virtuel de la santé publique, a été suivi par 300 étudiants et a été enseigné en trois langues (espagnol, anglais, portugais).
    - Le Consortium des universités sur la santé publique et le vieillissement a été développé et 17 pays d'Amérique latine et 10 pays des Caraïbes y participent.
- Bien que les priorités en matière de santé aux niveaux mondial, régional et national se concentrent sur les thématiques transversales, celles-ci se retrouvent facilement dans l'ombre ou laissées de côté quand elles sont contestées par des groupes d'intérêt nationaux et internationaux. Les connaissances et le consensus sont limités parmi les partenaires sur les définitions, les cadres et les stratégies pour les thématiques transversales.
    - Le Secrétariat CCT et le Groupe de travail CCT ont tous deux été établis au sein du BSP en décembre 2014, et ils ont orienté leurs efforts sur l'intégration de thématiques transversales dans l'ensemble des activités de l'OPS. Le Groupe de travail CCT est chargé de fournir un soutien au Secrétariat pour faire avancer le programme collectif des thématiques transversales en renforçant les connaissances et le consensus entre les partenaires sur les définitions, les cadres et les stratégies pour les thématiques transversales.
    - Le Groupe de travail CCT s'efforce activement d'encourager les Départements et les unités de l'OPS à travailler sur une base inter-programmatique. Les progrès sont les plus manifestes au sein des Départements membres du Groupe de travail, qui ont développé de plus en plus un modèle solide, soudé et transparent de collaboration. L'intégration généralisée des thématiques transversales et leur ancrage dans les activités quotidiennes ordinaires de tous les programmes et bureaux dans les pays constituera un effort à long terme et nécessitera un plaidoyer mieux ciblé pour encourager l'adhésion et le soutien de haut niveau et sur le plan technique.
- Compte tenu des politiques et des lois dépassées et de l'application limitée des politiques et des lois existantes, il est difficile de traiter efficacement de la santé environnementale et des travailleurs.
    - En 2014 et 2015 l'OPS a facilité des consultations infrarégionales pour discuter des lignes d'action stratégiques pour la formulation et la révision des législations et règlementations nationales relatives à la santé conformément aux traités et normes universels et régionaux sur les droits de l'homme, à la demande des États Membres de l'OPS.
    - Un groupe de travail sur le droit lié à la santé a été établi par le Comité exécutif de l'OPS, et en 2015, le Conseil directeur a approuvé la stratégie de l'OPS sur le droit lié à la santé. Ceci inclut des actions et objectifs spécifiques liés à la législation sur l'environnement, la santé des travailleurs et d'autres domaines comme défini dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

Nouveaux risques apparus au cours de l'exercice biennal :

- L'approche multisectorielle n'est ni mise en exergue ni poursuivie dans les programmes et projets. Le développement d'actions inter-départements doit être renforcé afin qu'elle fasse partie intégrante de la culture organisationnelle.
- Il existe des chevauchements possibles dans les activités entreprises dans les pays par différentes agences de l'ONU et concernant la santé et les droits de l'homme.

Analyse de l'exécution budgétaire

Tableau 3. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 3 par domaine programmatique et niveau fonctionnel

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$	Fonds accordés par domaine (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie	**57,98**	**100,00**	**56,82**	**98,0**
3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique	**27,03**	**46,62**	**26,17**	**96,8**
Pays	13,95	24,05	13,75	98,6
Inter-pays	8,79	15,17	8,38	95,4
Infrarégional	0,87	1,51	0,85	97,1
Régional	3,42	5,89	3,19	93,3
3.2 Vieillissement et santé	**1,62**	**2,79**	**1,61**	**99,7**
Pays	0,50	0,87	0,50	100,0
Inter-pays	0,31	0,53	0,31	99,6
Infrarégional	0,08	0,14	0,08	99,6
Régional	0,73	1,26	0,72	99,6
3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique	**5,84**	**10,07**	**5,79**	**99,3**
Pays	1,12	1,94	1,12	99,7
Inter-pays	1,26	2,17	1,25	99,2
Infrarégional	0,47	0,81	0,47	99,4
Régional	2,99	5,15	2,96	99,2
3.4 Déterminants sociaux de la santé	**11,82**	**20,39**	**11,69**	**98,9**
Pays	5,34	9,20	5,28	98,9
Inter-pays	1,78	3,08	1,76	98,8
Infrarégional	0,47	0,81	0,46	98,8
Régional	4,24	7,31	4,19	98,8
3.5 Santé et environnement	**11,67**	**20,13**	**11,55**	**99,0**
Pays	5,09	8,79	5,06	99,4
Inter-pays	2,79	4,81	2,73	98,0
Infrarégional	0,63	1,09	0,63	99,5
Régional	3,15	5,44	3,12	99,1

Pour l'exercice biennal 2014-2015, la catégorie 3 avait un budget approuvé de $81 millions, dont $58 millions (72 %) ont été financés. L'exécution budgétaire a atteint un niveau sans précédent de 98 %. L'écart de financement entre le budget approuvé et les fonds alloués est resté important, s'élevant à $23 millions, soit 28 %.

Comme indiqué dans le tableau 1, le domaine programmatique 3.1 a reçu seulement 63 % de son budget approuvé, un niveau qui n'est pas proportionné à sa position en termes de priorité dans le Plan stratégique de l'OPS (niveau 1 ou priorité élevée). Compte tenu de l'écart de financement et des besoins réels de ce domaine programmatique prioritaire, une attention accrue sera accordée à son financement. Par exemple, plusieurs postes au niveau des pays seront créés au cours de l'exercice biennal de 2016-2017 afin de traiter des questions encore en

suspens pour la réduction de la mortalité maternelle en particulier. Les fonds alloués au domaine programmatique 3.2 ont presque atteint le niveau du budget approuvé, se situant à 96 %. En revanche, le déficit de financement du domaine programmatique 3.3, est resté élevé, à 32 %. Il convient de noter que, en raison de la nature des thématiques transversales, leur mise en œuvre peut être répartie sur plusieurs domaines programmatiques. Le financement pour le domaine programmatique 3.4 a légèrement dépassé le budget approuvé, de 1 %. Le domaine programmatique 3.5 a reçu 72 % du budget approuvé, avec un taux d'exécution de 99 %.

Le niveau national a reçu la plus grande partie des fonds alloués (45 %), suivi du niveau international (26 %), régional (25 %) et du niveau infrarégional (4 %). Il convient de noter que 24 % des ressources pour l'ensemble de la catégorie sont allées à l'échelon national pour le domaine programmatique 3.1, conformément aux priorités et besoins des pays. Cela peut refléter un dernier effort des pays pour atteindre les cibles du domaine programmatique 3.1 qui font partie du programme inachevé de la Région.

Mobilisation des ressources

La catégorie 3 a mobilisé des fonds grâce à des alliances avec la *Colgate Palmolive Company*, la Commission européenne, les gouvernements du Brésil, du Canada, d'Espagne, de la Norvège, du Pérou et de la République de Corée, les agences de l'ONU, y compris le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'UNICEF, le PNUE et le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour la sécurité humaine, et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).

Recommandations

- Encourager et renforcer la catégorie 3 pour promouvoir une approche multisectorielle afin d'atteindre les cibles de l'ODD3 comme suit :
  - Réduire la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants pour atteindre des niveaux spécifiés ;
  - Assurer l'accès universel aux services de santé sexuelle et génésique, y compris la planification familiale ;
  - Parvenir à la couverture sanitaire universelle et à la protection contre les risques financiers.
- Renforcer la promotion de la santé et l'approche tout au long de la vie en travaillant de manière plus intégrée pour la réalisation des autres objectifs stratégiques.
- Assurer un soutien financier pour les domaines prioritaires.
- Améliorer le soutien pour l'intégration des thématiques transversales dans les activités de l'ensemble des catégories et des domaines programmatiques.

Évaluation par domaine programmatique

Domaine programmatique 3.1 : Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique **RÉSULTAT : Accès accru aux interventions visant à améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes** Évaluation des indicateurs des RIT : 2/7 atteints, 5/7 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/5 atteints, 3/5 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation *(noter comme atteint, en cours, aucun progrès)*[13,14]
3.1.1	Pourcentage des besoins non couverts pour ce qui est des méthodes modernes de planification familiale	15 %	11 %	atteint (10,7 %)

L'estimation médiane par les Nations Unies des besoins en contraception non satisfaits dans l'ensemble de l'Amérique latine et des Caraïbes s'élève à 10,7 %, mais les écarts sont importants entre les pays, ainsi qu'au sein des pays, entre les populations les plus riches et les plus pauvres.

Les besoins non satisfaits en contraception se montent à 16,3 % dans la sous-région des Caraïbes, 11,2 % en Amérique centrale, et 9,7 % en Amérique du Sud. Au niveau des pays, Haïti a les besoins non satisfaits les plus importants, à 32,9 %, suivi du Guyana à 26,5 %, tandis que Porto Rico a le niveau le plus faible, à 6 %, ce qui illustre les écarts importants entre les pays/territoires. Par ailleurs, la variation à l'intérieur des pays est également importante. En Bolivie, par exemple, les 20 % les plus riches ont des besoins non satisfaits en contraception de 11,9 %, tandis que pour les 20 % les plus pauvres, ils s'élèvent à 25,3 %, leurs besoins non satisfaits sont donc deux fois plus élevés. On retrouve ces écarts dans tous les pays de la Région.

Source : Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la Population, « Tendances dans l'utilisation de la contraception dans le monde, 2015 ».

[13] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée pour 2019 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) dans le Plan stratégique de l'OPS a déjà été atteinte.
- **En cours :** il y a eu une augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et le travail est en cours/en bonne voie pour atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique pour 2019.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et les progrès pour atteindre la cible de l'indicateur d'ici à 2019 pourraient être menacés.

[14] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
3.1.2	Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié	95 %	97 %	en cours (95,6 %)
Selon les spécifications techniques de l'indicateur, les informations doivent provenir des indicateurs de base de l'OPS. Les indicateurs de base de l'OPS pour 2015 montrent que le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans la Région était de 95,6 %. Même s'ils sont lents, des progrès sont réalisés.				
3.1.3	Pourcentage des mères et des nouveau-nés recevant des soins post-partum dans les sept jours suivant l'accouchement	40 %	60 %	en cours (À déterminer)
Les pays de la Région ne mesurent pas cet indicateur de façon régulière. Jusqu'à présent, le seul moyen de recueillir des données sur cet indicateur était le suivi prévu par le Plan d'action régional pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave. Cet indicateur sera mesuré en 2017 pour le rapport final du plan, ou lorsqu'il est incorporé dans les indicateurs de base de l'OPS.				
3.1.4	Pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein	38 %	44 %	en cours (<40 %)
Selon les bases de données de l'OMS et de l'UNICEF et dernière publication de *The Lancet* sur l'allaitement maternel (2016), sept pays ont réalisé des enquêtes nationales entre 2011 et 2012. La prévalence dans six d'entre eux était inférieure à 40 % (fourchette de 14,4 % à 39,7 %) ; un pays, le Pérou, avait un taux de prévalence de 67,6 %. En 2013, seuls trois pays ont réalisé des enquêtes nationales, faisant état de chiffres de prévalence de 6,7 %, 22,0 % et 72,3 % (le chiffre le plus élevé étant à nouveau celui du Pérou). Étant donné le peu de données disponibles, il est difficile de déterminer si nous nous approchons de la cible.				
3.1.5	Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont on pense qu'ils souffrent de pneumonie qui reçoivent des antibiotiques	29 %	40 %	dépassé (46 %)
Selon l'OMS et l'UNICEF, sept pays ont mené des enquêtes nationales entre 2011 et 2012. Quatre de ces pays avaient une prévalence de 60 % à 70 %, un avait une prévalence de 50 % à 60 %, et deux avaient une prévalence de 40 % à 50 %. Seuls deux pays ont effectué des enquêtes nationales en 2013, un avec une prévalence de 51,5 % et l'autre avec 46,6 %. Le niveau de référence pour 2012 est de 29 %, ce qui semble assez faible d'après les données limitées disponibles. L'objectif de 40 % semble également trop faible, étant donné que les pays avec des enquêtes en 2012 ont déjà atteint des pourcentages plus élevés. La prévalence pour les Amériques publiée par l'OMS est de 46 %.				
3.1.6	Taux de fécondité spécifique chez les femmes de 15-19 ans	65,6 pour 1 000	52 pour 1 000	en cours (64,4 pour 1 000)
Au cours des cinq dernières années, la Région a enregistré une baisse lente de la fécondité des adolescentes. Selon UNdata, le taux de fécondité spécifique estimé était de 65,6 en 2013 et 64,4 en 2014. Il est important de reconnaître que ces réductions n'ont pas été égales entre les pays ou à l'intérieur des pays. Le niveau de référence pour 2013 défini pour l'indicateur de résultat intermédiaire 3.1.6 a été révisé pour ce rapport, passant de 60,0 à 65,6 pour 1000 selon les chiffres rapportés par UNdata pour 2013. Les modifications correspondantes seront intégrées dans la définition technique de l'indicateur et seront utilisées pour les évaluations futures.				

3.1.7	Nombre de pays et territoires qui adhèrent aux recommandations de l'OPS de mener à bien des évaluations médicales périodiques au travail pour la population d'adultes actifs (18 à 65 ans)	3	10	en cours (4 atteints + 4 en cours)
Quatre pays ont atteint l'indicateur : ARG, CHL, CUB, URY. Quatre pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : DOM, ECU, PER, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les résultats sont très prometteurs. Cuba et l'Uruguay devraient atteindre l'indicateur d'ici à 2019. La plupart des pays ont des règlementations en place, et dans bon nombre d'entre eux, la responsabilité de ces évaluations incombe au ministère du Travail ou est partagée par plusieurs organismes (par exemple en Colombie). Par conséquent, la coordination et des actions intersectorielles sont nécessaires pour faire progresser la mise en œuvre.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation [15,16]
3.1.1	Mise en œuvre du Plan d'action régional pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité maternelle grave et de la Stratégie régionale et du Plan d'action pour la santé néonatale dans le cycle continu des soins de la mère, du nouveau-né et du jeune enfant	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre un plan intégré pour la mortalité maternelle et périnatale conformément aux plans d'action régionaux sur la mortalité maternelle et la santé néonatale	4	19	partiellement atteint (12 atteints + 4 partiellement atteints)
Douze pays et territoires ont atteint cet indicateur : COL, CUB, DMA, DOM, GTM, HND, MEX, NIC, PRY, SLV, STA, VEN. Quatre pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BOL, CUW, JAM. On attendait encore la confirmation de six pays au moment où ce rapport a été rédigé.					

[15] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée dans le Programme et budget (PB) (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) a été atteinte. Les cibles d'indicateurs ont été dépassées comme indiqué.
- **partiellement Atteint :** des progrès ont été réalisés par rapport à la valeur de référence définie dans le Programme et budget (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), mais la cible fixée pour 2015 n'a pas été atteinte.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence définie dans le Programme et budget (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux).

[16] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation [15,16]
3.1.2	Mise en œuvre de la stratégie et du Plan d'action régional pour la santé intégrée de l'enfant, en mettant l'accent sur les plus vulnérables	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre une politique/stratégie nationale intégrée sur la santé de l'enfant ou un plan conforme aux cadres et règlementations juridiques	8	12	dépassé (15 atteints + 4 partiellement atteints)
Quinze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, BRA, CHL, COL, CUB, CUW, GLP, GUY, HND, JAM, MEX, PAN, SLV, STA, VEN. Quatre pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BON, SAB, TTO. Trois pays (El Salvador, Honduras, Jamaïque) ont achevé ou actualisé leurs plans/stratégies nationaux, en suivant une approche tout au long de la vie et ont mis un accent particulier sur l'intégration de la nutrition, de la santé et du développement de l'enfant. Deux autres pays/territoires (Bonaire et Trinité-et-Tobago) sont en train d'améliorer leur réponse.					
3.1.3	Mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé sexuelle et génésique, en se concentrant sur les besoins non satisfaits	Nombre de pays et territoires appliquant les lignes directrices de l'OPS/OMS sur la planification familiale	8	22	partiellement atteint (18 atteints + 5 partiellement atteints)
Dix-huit pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, BLZ, BRA, COL, CUB, DOM, GTM, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, SXM, URY, VEN. Cinq pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : CRI, KNA, SAB, STA, TTO. On attendait encore la confirmation de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé.					
3.1.4	Recherches entreprises et données probantes générées et synthétisées pour concevoir des interventions clés en santé génésique, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, et sur d'autres pathologies et questions connexes	Nombre d'études menées pour étayer la conception d'interventions nouvelles ou améliorées pour la santé génésique, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte	4	10	dépassé (3 études systématiques et 10 articles de recherche)
3 études systématiques et 10 articles de recherche, au-dessus du niveau de référence, ont été publiés. <u>Études systématiques :</u> • *Neonatal near miss: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth* 2015 ;15(1):320. • *Costs of prematurity in biomedical literature in order to contrast with regional results: a systematic review*. Soumis pour publication.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation [15,16]
• *Revisión sistemática sobre la disponibilidad de programas y acciones orientadas a dar respuesta a la retinopatía del prematuro.* Soumis pour publication. Articles : • Neonatal near miss: the need for a standard definition and appropriate criteria and the rationale for a prospective surveillance system. Clinics (São Paulo) 2015;70(12):820-826. • Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. Rev Panam Salud Publica 2015;38(1):9-16. • Gestational syphilis and stillbirth in the Americas: a systematic review and meta-analysis. Rev Panam Salud Publica 2015;37(6):422-429. • Maternal and congenital syphilis in selected Latin America and Caribbean countries: a multi-country analysis using data from the Perinatal Information System. Sex Health 2015;12(2):164-169. • Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. Int J Gynaecol Obstet 2015;128(3):241-245. • Progresos y desafíos en salud neonatal en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública (en cours d'examen). • An analysis of three levels of scaled-up coverage for 28 interventions to avert stillbirths and maternal, newborn and child mortality in 27 countries in Latin America and the Caribbean with the Lives Saved Tool (LiST). BMC Public Health (en cours d'examen). • Descripción de la situación de acompañamiento continuo en las mujeres en trabajo de parto y parto en países de América Latina y el Caribe. Prepared with the WHO Collaborating Center at the University of Chile and WHO/MCAH. Présenté lors de la 5e Conférence régionale des Amériques ICM, Suriname, juillet 2015. • Taxonomía de países latinoamericanos respecto a algunas variables obstétricas y neonatales relativas a la modalidad de atención del parto. Préparé avec les Centres collaborateurs de l'OMS à l'Université du Chili. Présenté lors de la 5e Conférence régionale des Amériques ICM, Suriname, juillet 2015 • Maternal near miss and predictive ability of potentially life-threatening conditions at selected maternity hospitals in Latin America. Soumis pour publication.					
3.1.5	Mise en œuvre du Plan d'action régional sur la santé des adolescents et des jeunes	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques ou des plans nationaux relatifs à la santé globale des adolescents	16	30	partiellement atteint (15 atteints + 13 partiellement atteints)
Quinze pays ont atteint l'indicateur : BOL, BRA, CHL, COL, CRI, CUB, GTM, HND, HTI, MEX, NIC, SLV, SUR, URY, VEN. Treize pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, ARG, BON, CUW, DOM, ECU, GUY, KNA, PER, SAB, STA, TTO, VGB. D'importants progrès ont été réalisés dans les pays prioritaires, notamment la Bolivie, le Guatemala, le Suriname et Haïti, dans l'élaboration ou l'actualisation de leurs plans ou politiques nationaux pour la santé des adolescents.					

Domaine programmatique 3.2 : Vieillissement et santé **RÉSULTAT : Accès accru aux interventions en vue de permettre aux personnes âgées de continuer à mener une vie indépendante** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/3 atteints, 1/3 partiellement atteint	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
3.2.1	Nombre de pays et territoires avec au moins un programme d'auto-prise en charge fondé sur des données probantes pour les adultes âgés (60 ans et plus) atteints de maladies chroniques multiples	s/o	15	en cours (1 atteint)

Un pays a atteint l'indicateur : PER.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé.

La Région a commencé à mettre en œuvre le programme *Tomando Control de su Salud* qui est actuellement mis en œuvre dans les Caraïbes orientales, en Argentine et au Chili. Des maîtres-formateurs ont suivi une orientation et le programme s'étend progressivement dans tous les pays. Des activités inter-départements sont mises en place avec le Département des maladies non transmissibles. Le Mexique et le Pérou mettent actuellement en place les conditions de mise en œuvre du programme.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
3.2.1	Mise en œuvre du Plan d'action régional sur la santé des personnes âgées, y compris les stratégies visant à promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé	Nombre de pays et territoires qui ont intégré des stratégies visant à promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé ou l'accès à un cycle continu intégré des soins dans leurs plans nationaux	7	11	atteint (11 atteints + 9 partiellement atteints)

Onze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, TTO, USA, VEN, VGB. On attendait encore la confirmation de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Neuf pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, BON, BRB, CUW, DMA, JAM, KNA, SAB, SLV. Il est important de souligner que tous ont opéré des changements.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Le Mexique dispose d'un plan national pour promouvoir le vieillissement en bonne santé, *El Plan Nacional de Desarrollo* 2007-2012. L'Argentine a assuré un leadership important dans le processus autour de la nouvelle

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
Convention interaméricaine sur la protection des droits de l'homme des personnes âgées et dans le cadre de la consultation mondiale sur la Stratégie mondiale et le Plan d'action sur le vieillissement et la santé.					
3.2.2	Pays en mesure d'évaluer et de répondre aux besoins de santé des personnes âgées pour une meilleure prise en charge	Nombre de pays et territoires assurant un suivi et la quantification des divers besoins de santé des personnes âgées, conformément aux mesures et modèles recommandés par l'OMS	5	10	partiellement atteint (9 atteints + 9 partiellement atteints)
Neuf pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, ARG, CAN, CHL, CUB, JAM, MEX, SAB, USA. Neuf pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BON, BRA, COL, CRI, CUW, KNA, NIC, SLV, VEN. Le Brésil et le Mexique ont progressé dans la recherche longitudinale nationale sur le vieillissement. La Colombie a déjà terminé une enquête nationale sur la santé et le bien-être. Le Nicaragua a inclus les problèmes des personnes âgées comme une priorité pour le ministère de la Santé, et il inclut également des données sur les personnes âgées dans l'évaluation des services de santé. Même si tous les objectifs n'ont pas été atteints, les pays témoignent de leur engagement à continuer à travailler pour améliorer la prise en charge des personnes âgées en fonction de leurs besoins.					
3.2.3	Pays en mesure de mettre en œuvre des politiques et des plans axés sur la santé des femmes, au-delà de l'âge de procréer	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques, des législations ou des plans nationaux relatifs à la santé des femmes, au-delà de l'âge de procréer	0	5	dépassé (8 atteints)
Huit pays ont atteint l'indicateur : ARG, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, PER, USA. On attendait encore la confirmation de sept pays au moment où ce rapport a été rédigé. Ces pays ont mis en place des plans et des programmes spécifiques axés sur la santé des femmes au-delà de l'âge de procréer. En outre, une synthèse sur la situation de la santé des femmes âgées dans la Région est en cours de discussion en vue de stimuler les efforts dans ce domaine.					

Domaine programmatique 3.3 : Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique **RÉSULTAT : Capacité accrue des pays à intégrer le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique dans la santé** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/5 atteints, 3/5 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation *(noter comme atteint, en cours, aucun progrès)*
3.3.1	Nombre de pays et territoires qui ont une réponse institutionnelle qui tient compte des inégalités dans la santé, du genre, de l'équité, des droits de l'homme et de l'origine ethnique	32	39	en cours (21 atteints + 16 en cours)

Vingt-un pays et territoires ont atteint l'indicateur en répondant à au moins deux des conditions stipulées dans la définition technique de l'indicateur : ABW, ARG, BOL, BON, BRA, CAN, CHI, CRI, CUW, DOM, GTM, HND, JAM, MEX, NIC, PAN, PRY, SAB, SLV, SXM, VEN.

Seize autres pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : AIA, BRB, COL, CUB, ECU, GUY, HTI, KNA, LCA, MSR, PER, STA, TTO, URY, USA, VGB.

Les pays font des progrès importants dans chacun des domaines techniques spécifiques (genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique) inclus dans le RIT 3.3.1 ; par exemple, l'évaluation récente du Plan d'action sur l'égalité entre les sexes révèle que près de 80 % des pays et territoires déclarent avoir des plans et des politiques sur le genre en place. Toutefois, des problèmes subsistent, comme indiqué au-dessous de chacun des indicateurs de résultats immédiats pertinent. L'OPS renouvelle son engagement à aider les pays à réaliser des progrès et relever les défis, non seulement en poursuivant les activités techniques dans chaque domaine, mais aussi grâce à la création du Secrétariat CCT et du Groupe de travail CCT. Comme indiqué dans le RIM 3.3.1, le Secrétariat et le Groupe de travail s'efforcent de faire en sorte que tout le soutien technique de l'OPS aux pays comprenne une focalisation sur les thématiques transversales afin d'aider les 39 pays et territoires à atteindre la cible pour 2019.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
3.3.1	Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique intégrés dans les programmes de l'OPS	Proportion des entités du BSP intégrant le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique dans la planification opérationnelle	Données non mesurées actuellement	80 %	dépassé (81 %)

81 % des entités fonctionnelles du BSP (un total de 49 bureaux PWR, départements techniques et bureaux techniques) ont intégré les thématiques transversales dans leurs plans de travail pour 2014-2015. Le Groupe de travail CCT de l'OPS est unique dans le système de l'OMS de par le fait qu'il intègre le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'origine ethnique dans la planification et les rapports opérationnels. À cette fin, le Groupe a entrepris des analyses et donné son avis aux processus de présentation de rapports et a actualisé les lignes directrices pour les processus de planification du Plan de travail biennal (PTB) pour toutes les entités de l'OPS.

Au cours de l'exercice biennal 2014-2015, 2495 produits et des services (62 %) sur un total de 4030 dans l'ensemble des entités étaient liés aux thématiques transversales, le lien le plus étroit étant établi avec l'équité (1947, soit 48 %), suivi des droits de l'homme (1692, soit 42 %) et du genre (1553, soit 39 %). Le niveau le plus bas de lien portait sur l'origine ethnique (1122, soit 28 %). Si l'on n'inclut pas les entités de soutien, 81 % des 74 autres entités du BSP (Bureaux PWR et entités techniques) ont intégré les thématiques transversales dans leurs plans de travail, comme cela est ressorti de l'examen du Plan de travail biennal 2014-2015 et 2016-2017.

Lors des révisions des rapports, le Groupe de travail CCT a identifié les défis à la poursuite de l'intégration et à la mise en œuvre réaliste des thématiques transversales dans toute l'Organisation. Ces défis comprennent les différents niveaux de connaissances et de compréhension des concepts des thématiques transversales (surtout l'origine ethnique), l'intégration qui est souvent ambitieuse (surtout pour ce qui est de l'équité), les maigres résultats tangibles et le manque de moyens systématiques de s'appuyer sur les points d'entrée (d'une thématique transversale à l'autre). En outre, la mise en œuvre réussie des thématiques transversales n'est pas nécessairement reflétée dans les processus de suivi et d'évaluation de la performance. Bien qu'il soit utile de notifier les liens qui existent, l'absence relative d'explications communiquées sur cet indicateur témoigne encore du fait qu'il reste difficile de refléter de façon adéquate tous les progrès.

Le Groupe de travail CCT développe plus avant ses mécanismes, y compris la formation, pour renforcer l'appui aux processus institutionnels afin d'améliorer les liens avec les thématiques transversales au cours de la planification et de la soumission des rapports. Il s'attache aussi à faire en sorte que la mise en œuvre des thématiques transversales dans les différents programmes de travail devienne plus intégrée et axée sur les résultats. Le Secrétariat CCT a élaboré une proposition portant sur un examen régional des quatre thématiques transversales en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé en collaboration avec l'Institute of Health Equity de l'University College de Londres. Cela aidera à établir une base de données probantes solides pour poursuivre les travaux sur les thématiques transversales au niveau des pays et à susciter également un débat sur les options stratégiques visant à combler les écarts en termes d'équité et d'inégalités dans la santé.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
3.3.2	Pays en mesure de mettre en œuvre et de suivre les politiques/plans de la santé qui portent sur l'égalité entre les sexes	Nombre de pays et territoires et territoires mettant en œuvre des politiques ou des plans de la santé qui portent sur l'égalité entre les sexes	16	22	partiellement atteint (11 atteints + 8 partiellement atteints)
Onze pays ont atteint l'indicateur : ARG, CRI, DOM, GTM, HND, MEX, NIC, PAN, SLV, URY, VEN. Huit pays ont partiellement atteint l'indicateur : BOL, COL, ECU, GUY, HTI, PER, PRY, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de cinq pays au moment où ce rapport a été rédigé. La grande majorité des pays de la Région progressent sur le plan de l'égalité entre les sexes en matière de santé. Les pays font état de progrès importants en ce qui concerne les documents d'orientation élaborés et en cours de mise en œuvre, les initiatives inter-programmatiques et d'autres avancées.					
3.3.3	Pays en mesure de mettre en œuvre des politiques/plans et/ou les lois sur la santé pour traiter des droits de l'homme	Nombre de pays et territoires utilisant des normes et des règles des droits de l'homme pour formuler des politiques, des plans ou des législations	26	33	partiellement atteint (15 atteints + 8 partiellement atteints)
Quinze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BON, CHL, CUW, DOM, GTM, HND, JAM, KNA, NIC, PAN, PRY, SLV, SXM, VGB. On attendait encore la confirmation d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Huit pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : AIA, COL, GUY, HTI, LCA, MSR, PER, TTO. On attendait encore la confirmation de sept pays au moment où ce rapport a été rédigé. Au niveau régional et infrarégional, l'OPS a facilité l'élaboration de conventions et de déclarations relatives aux droits de l'homme basées sur les normes des droits de l'homme. On peut citer l'exemple, à l'OEA, de la Convention interaméricaine sur la protection des droits de l'homme des personnes âgées, et dans le Système d'intégration centraméricaine (SICA), un plan de prévention de la grossesse chez les adolescentes. Au niveau des pays, certaines réalisations importantes sur la réforme des lois et des politiques fondées sur les droits de l'homme ont été enregistrées dans les domaines de la santé mentale, du handicap et de la santé génésique, par exemple au Pérou. Une recommandation pour le prochain exercice biennal consiste à coordonner à l'avance avec les bureaux PWR, en présentiel ou de façon virtuelle, des mesures spécifiques pour la formulation de politiques, de plans et/ou de lois traitant des droits de l'homme. Tous les États Membres de l'OPS ont négocié et approuvé au sein du Conseil directeur de 2015 la stratégie sur le droit lié à la santé, qui définit des lignes directrices et des recommandations spécifiques sur la façon de formuler des lois nationales basées sur les instruments relatifs aux droits de l'homme.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
3.3.4	Pays en mesure de mettre en œuvre des politiques/plans sur la santé traitant de l'équité dans la santé	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques/plans ou lois sur la santé traitant de l'équité dans la santé	8	13	dépassé (24 atteints + 1 partiellement atteint)
Vingt-quatre pays et territoires ont atteint cet indicateur (ABW, ARG, BOL, BON, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CUW, DOM, JAM, MEX, PER, PRY, SAB, SLV, STA, SXM, TTO, USA, VEN). Cela signifie qu'ils ont mis en œuvre des politiques/plans et/ou des lois sur la santé qui traitaient de l'équité dans la santé, y compris des mesures sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que la réalisation progressive du caractère universel des soins de santé. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé. En outre, un pays a partiellement atteint l'indicateur : BHS.					
3.3.5	Pays en mesure de mettre en œuvre des politiques/plans et/ou des lois sur la santé pour traiter de l'origine ethnique	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des politiques/plans ou des lois dans le domaine de la santé pour les populations ethniques/minorités raciales	12	18	partiellement atteint (10 atteints + 9 partiellement atteints)
Dix pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, BOL, BON, BRA, CAN, HND, PAN, SAB, SXM, VEN. Neuf pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : COL, CUW, ECU, GTM, GUY, MEX, PER, PRY, SLV. Des progrès ont été accomplis sur ce résultat immédiat pendant l'exercice biennal en cours au niveau régional, infrarégional et des pays, et les pays cibles ont été impliqués. Deux consultations techniques régionales avec les ministères de la Santé ont été menées, avec une large participation des pays de la Région. Ces initiatives ont joué un rôle la clé pour ce qui est de donner à l'origine ethnique une place plus centrale dans les programmes de santé nationaux mais aussi régionaux. Dans le cas du Honduras, un processus a été engagé pour la préparation d'un profil de santé des populations autochtones et d'Afro-descendants. Le Pérou et le Mexique ont progressé sur le plan de la réalisation de ce résultat immédiat, comme en témoigne leur évaluation-pays. Toutefois, des défis subsistent encore, compte tenu de la complexité de ces questions. Pour relever ces défis plus pleinement, et pour progresser dans d'autres pays, le niveau régional souligne qu'il est prêt à offrir un soutien technique aux pays pour cet indicateur et exhorte les pays à coordonner ce soutien.					

Domaine programmatique 3.4 : Déterminants sociaux de la santé **Résultat : Leadership accru du secteur de la santé pour traiter des déterminants sociaux de la santé** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 3/4 atteints, 1/4 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation *(noter comme atteint, en cours, aucun progrès)*
3.4.1	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre au moins deux des cinq piliers de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé	13	27	en cours (2 atteints + 2 en cours)

Deux pays ont atteint l'indicateur : CAN, MEX.

Deux pays ont fait des progrès partiels sur cet indicateur : BHS, PER.

Les pays font des progrès immenses sur le plan de la mise en œuvre de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, en utilisant l'HiAP comme outil opérationnel. Le Pérou, le Suriname et les Bahamas ont démontré des résultats concrets dans le domaine de la gouvernance et de l'action intersectorielle. Tous les pays cibles ont été invités à participer à l'examen sur les inégalités de la santé, coordonné par le Secrétariat CCT et le Groupe de travail CCT, qui sera lancé en mai 2016.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
3.4.1	Mise en œuvre du Cadre d'action dans les pays de la Santé dans toutes les politiques de l'OMS, y compris l'action intersectorielle et la participation sociale pour traiter des déterminants sociaux de la santé	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre le Cadre d'action dans les pays de la Santé dans toutes les politiques	6	12	atteint (12 atteints + 4 partiellement atteints)

Six pays et territoires ont déclaré avoir atteint cet indicateur : ABW, ARG, CHL, CUB, SLV, VEN.

Dix pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BHS, COL, CRI, ECU, MEX, PAN, SAB, TCA, TTO, VGB. Selon l'estimation du BSP, six pays qui sont actuellement considérés comme l'ayant partiellement atteint pourraient en fait être évalués dans la catégorie « atteint ».

Tous les pays cibles se sont engagés activement dans la mise en œuvre du Cadre d'action dans les pays de la Santé dans toutes les politiques de l'OMS. À la suite de discussions stratégiques, l'Institut national de santé publique du

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
Mexique (INSP), la Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, Brésil) et l'École des Sciences sociales d'Amérique latine (FLACSO, Chili) sont apparus comme des institutions clés pour faire avancer ce programme ambitieux dans les Amériques. Depuis leur participation à la première formation de formateurs HiAP de l'OMS qui s'est tenue à Genève en mars 2015, ces institutions ont contribué activement de par leurs connaissances et leurs expériences en renforcement des capacités à la Consultation d'experts sur l'HiAP qui s'est tenue à Washington, D.C., ainsi qu'à l'élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre de l'HiAP conforme au Plan d'action régional de l'OPS sur l'HiAP. Chaque institution a organisé ou organisera un atelier de formation sur l'HiAP, en partenariat avec l'OPS, dans sa sous-région respective. Cela contribue à l'appropriation régionale de cette initiative, au renforcement des capacités et à la mise en place de réseaux de praticiens formés. À la fin de l'exercice biennal, deux formations avaient eu lieu, l'une au Mexique et l'autre au Brésil.					
3.4.2	Pays en mesure de générer des profils d'équité pour traiter des déterminants sociaux de la santé	Nombre de pays et territoires produisant des profils d'équité qui traitent d'au moins deux des déterminants sociaux de la santé	0	9	atteint (9 atteints + 8 partiellement atteints)
Neuf pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, CAN, CUW, HND, NIC, PAN, SLV, VEN. Huit pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BLZ, BOL, BON, COL, CRI, ECU, PER, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays ont renforcé leurs capacités institutionnelles pour quantifier et analyser les inégalités sociales dans la santé, y compris la production de profils d'équité dans la santé (surtout pour la santé de la mère et de l'enfant) traitant au moins des trois dimensions du développement durable (sociale, économique, environnementale).					
3.4.3	Pays en mesure d'élargir les expériences locales à l'aide de stratégies de promotion de la santé pour réduire les inégalités dans la santé et renforcer la participation et l'autonomisation des communautés	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des stratégies de promotion de la santé afin de réduire les inégalités dans la santé et d'accroître la participation des communautés	10	20	partiellement atteint (13 atteints + 7 partiellement atteints)
Treize pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, MEX, PAN, PRY, SAB, SLV, TTO, VEN. Sept pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BLZ, CRI, CUW, ECU, PER, STA, SUR.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
3.4.4	Pays en mesure de traiter de la santé dans le programme de développement pour l'après 2015, en répondant aux déterminants sociaux de la santé	Nombre de pays et territoires intégrant la santé dans le programme de développement pour l'après 2015 dans leurs processus de planification nationale	5	10	atteint (10 atteints + 4 partiellement atteints)

Dix pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, CUW, ECU, GTM, HND, MEX, PAN, SLV, VEN.

Quatre pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : CHL, CRI, PER, SAB.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé.

L'OPS a collaboré étroitement avec les pays pour les préparer à mettre en œuvre le Programme de développement durable pour 2030, ainsi qu'avec plusieurs institutions de la Région pour renforcer la capacité des pays à atteindre les ODD. On peut à cet égard citer la collaboration de l'OPS avec le Centre collaborateur FIOCRUZ (Brésil) et avec le Réseau de solutions de développement durable sur la meilleure façon de renforcer les capacités de mise en œuvre des ODD dans toute la Région. L'analyse et le renforcement des capacités sont pris en compte dans les consultations nationales qui ont été et continuent d'être organisées dans toute la Région, en mettant l'accent sur la façon dont les pays mettront en œuvre les ODD. L'OPS a mis en place un groupe de travail conjoint avec l'OEA pour analyser les mandats et les programmes existants de l'OEA qui offrent des opportunités multisectorielles de promouvoir l'équité dans la santé, y compris la participation des pays champions comme la Colombie et le Mexique. Au cours de la dernière partie de l'exercice biennal, l'OPS a publié deux documents essentiels sur les ODD, qui ont été diffusés et partagés avec les pays.

Domaine programmatique 3.5 : Santé et environnement **RÉSULTAT : Réduction des menaces environnementales et professionnelles sur la santé** Évaluation des indicateurs des RIT : 4/5 en cours, 1/5 aucun progrès Évaluation des indicateurs des RIM : 1/5 atteint, 4/5 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
3.5.1	Nombre de pays et territoires ayant une disparité importante (> 5 %) qui ont réduit l'écart entre l'accès des populations urbaines et des populations rurales à des sources d'eau améliorées	9	24	en cours (9 atteints + 12 en cours)

Neuf pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BHS, BLZ, CAN, CHL, CUB, GLP, URY, USA.

Douze pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : BOL, COL, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, NIC, PAN, PER, PRY.

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
Le Guyana et le Honduras ont achevé des plans institutionnels pour renforcer leurs programmes de suivi de la qualité de l'eau en collaboration avec les ministères de la Santé. La Bolivie et El Salvador ont été soutenus dans l'élaboration des plans pour la salubrité de l'eau (WSP). Le Pérou a approuvé la réglementation pour mettre en œuvre son WSP. Haïti discute actuellement de la méthodologie et de l'application du WSP et examine une proposition pour l'élaboration d'un programme national pour le suivi de la qualité de l'eau.				
3.5.2	Proportion de la population ayant accès à un assainissement amélioré	88 %	92 %	en cours
La Région n'a pas atteint l'OMD en 2015, même si 36 % de la population a pu avoir accès à un assainissement amélioré. Aujourd'hui, 106 millions de personnes dans la Région n'ont toujours pas accès à un assainissement amélioré. Les pays et territoires suivants ont atteint la cible de l'OMD : Anguilla, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Brésil, Chili, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, Grenade, Honduras, Îles vierges britanniques Mexique, Paraguay, Pérou, Porto Rico, Uruguay et Venezuela. Les pays et territoires suivants ont fait des progrès mais n'ont pas atteint la cible : Bolivie, Colombie, Dominique, Guadeloupe, Guyana, Haïti, Îles Caïman, Îles Vierges américaines, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Suriname et Trinité-et-Tobago.				
3.5.3	Nombre de pays et territoires où la proportion de population utilisant des combustibles solides a diminué de 5 %	14	20	aucun progrès (5 atteints + 8 en cours)
Cinq pays ont atteint l'indicateur : BRB, CAN, ECU, USA, VEN. Huit pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ARG, GRD, HND, KNA, NIC, PER, PRY, TTO. Bien que certains pays aient enregistré des tendances à la baisse de l'utilisation de combustibles solides (SFU), y compris le Honduras (− 1 %), le Pérou (− 2 %) et le Paraguay (− 7 %), globalement les progrès ont été insuffisants par rapport aux attentes. Les pays qui ont augmenté leur SFU sont le Guatemala (+ 7 %), le Mexique (+ 1 %) et Haïti (+ 1 %). Tous les pays en cours devraient atteindre la cible d'ici à 2019. Cependant, le Guatemala et Haïti font face à des défis qui vont exiger un engagement important pour intensifier les programmes nationaux afin d'atteindre la cible. Parmi les pays de référence, tous ont enregistré des tendances à la baisse de la SFU. Par ailleurs, la Colombie est sans changement, avec 14 % de SFU ; la République dominicaine a connu une augmentation de + 2 % ; et El Salvador a enregistré une diminution, sa SFU étant passée de 22 % à 19 %, mais le risque demeure important. La collecte et la mesure de données présentent des difficultés.				
3.5.4	Nombre de pays et territoires ayant la capacité de traiter de la santé des travailleurs (santé au travail) en mettant l'accent sur des secteurs économiques vitaux et sur les maladies professionnelles	11	24	en cours (4 atteints + 14 en cours)
Quatre pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, CAN, USA. Quatorze pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ABW, BHS, BON, COL, DMA, GUY, HND, JAM, PER, SAB, SLV, TCA, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. La réglementation sur la santé et la sécurité semblent avancer. Cependant, la coopération technique doit être renforcée pour assurer des résultats optimaux.				

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
3.5.5	Nombre de pays et territoires ayant la capacité de traiter de la santé environnementale	11	24	en cours (10 atteints + 19 en cours)

Dix pays ont atteint l'indicateur : BON, BRA, BRB, CAN, CUW, DMA, ECU, SAB, USA, VEN. On attendait encore la confirmation de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Dix-neuf pays sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ABW, ARG, BHS, COL, GRD, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, STA, SXM, TCA, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Afin d'appuyer le renforcement des capacités, un cours d'auto-apprentissage sur l'épidémiologie environnementale est en préparation.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
3.5.1	Pays en mesure de renforcer leurs capacités pour évaluer les risques pour la santé et élaborer et mettre en œuvre des politiques, des stratégies et des réglementations pour la prévention, l'atténuation et gestion de l'impact sanitaire des risques environnementaux	Nombre de pays et territoires ayant des systèmes de suivi nationaux pour évaluer les risques pour la santé et les inégalités résultant du caractère inadéquat de l'assainissement et de l'eau	7	16	atteint (15 atteints + 8 partiellement atteints)

Quinze pays et territoires ont atteint cet indicateur : BON, BRA, BRB, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, JAM, MEX, TCA, TTO, USA, VGB.

Huit pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : AIA, ARG, BOL, PER, SAB, SLV, STA, VEN.

Le Brésil a renforcé ses capacités nationales de santé en ce qui concerne son plan de salubrité de l'eau et son plan de salubrité de l'assainissement, y compris une composante de suivi de la qualité de l'eau. La Colombie et le Costa Rica ont renforcé leurs capacités à préparer des plans pour la salubrité de l'eau avec une approche d'urgence. La République dominicaine a élaboré des instruments pouvant être utilisés par des équipes d'intervention d'urgence par le biais de la coordination sectorielle dans les domaines de l'eau et de l'assainissement. La Jamaïque a un système de suivi continu des risques au moyen d'évaluations systématiques de la qualité de l'eau. El Salvador a appuyé l'élaboration d'un plan de salubrité de l'eau. Le Pérou a approuvé une réglementation visant à mettre en œuvre son plan de salubrité de l'eau et a renforcé les équipes d'intervention d'urgence pour l'eau et l'assainissement.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
3.5.2	Pays en mesure d'élaborer et d'appliquer des normes, et des lignes directrices pour les risques et les avantages liés à la santé environnementale associés à la qualité de l'air et à la sécurité chimique	Nombre de pays et territoires ayant des normes de qualité de l'air nationales reposant sur les lignes directrices de l'OMS et les services de santé publique sur la sécurité chimique	8	10	partiellement atteint (8 atteints + 7 partiellement atteints)
Huit pays et territoires ont atteint cet indicateur : BRA, CHL, JAM, MEX, PRI, STA, USA, VEN. Sept pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BON, COL, CRI, CUW, PAN, PER. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé.					
3.5.3	Pays en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des législations, des plans et des programmes nationaux sur la santé des travailleurs	Nombre de pays et territoires avec une matrice d'exposition professionnelle aux cancérogènes (CAREX) et des systèmes d'information nationaux sur les accidents du travail et les maladies professionnelles	6	11	partiellement atteint (5 atteints + 5 partiellement atteints)
Cinq pays ont atteint l'indicateur : CAN, COL, GTM, PAN, SLV. Cinq pays ont partiellement atteint l'indicateur : ARG, CHL, CRI, NIC, PER. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. Ce projet exige beaucoup de travail au niveau des pays, avec beaucoup d'interactions interdisciplinaires et intersectorielles. Une formation régionale a eu lieu, et un suivi a été assuré par le Comité directeur régional du CAREX, dirigé par l'OPS. Les prochains pays à atteindre l'indicateur seront probablement le Chili et le Pérou ; l'Argentine et le Mexique se sont également engagés à progresser dans ce domaine. Ce sont des avancées très importantes vers l'édification du système CAREX régional pour les Amériques.					
3.5.4	Mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action sur le changement climatique de l'OPS/OMS	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre la Stratégie et le Plan d'action sur le changement climatique de l'OPS/OMS	2	16	partiellement atteint (4 atteints + 9 partiellement atteints)
Quatre pays ont atteint l'indicateur : BRA, DMA, HND, NIC. Neuf pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BHS, BON, CHL, COL, CRI, CUW, MEX, PER. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays font preuve d'un niveau élevé d'engagement pour lutter contre le changement climatique, comme en témoigne le fait que les représentants à la COP21 aient pris part avec vigueur aux discussions et aient pleinement					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
appuyé l'inclusion de la santé dans le texte de la convention. Le Venezuela a été particulièrement préoccupé par les aspects liés aux inégalités du changement climatique.					
3.5.5	Pays en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques, des plans ou des programmes nationaux pour réduire l'utilisation des combustibles solides pour cuisiner	Nombre de pays mettant en œuvre des programmes à grande échelle pour remplacer les fourneaux inefficaces par des modèles plus propres conformes aux recommandations de l'OMS sur la qualité de l'air intérieur	1	3	partiellement atteint (1 atteint + 2 partiellement atteints)
Un pays a atteint l'indicateur : HND. Deux pays ont partiellement atteint l'indicateur : GTM, PER. Le Guatemala, le Honduras et le Pérou disposent de programmes nationaux. Le Honduras a un ambitieux plan national visant à remplacer les fourneaux traditionnels par des modèles améliorés ; le Pérou a un programme national à grande échelle, en deux volets, pour remplacer les fourneaux traditionnels par des fourneaux améliorés à biomasse et des poêles à gaz de pétrole liquéfié (GPL). Le Guatemala a un programme national visant à remplacer les fourneaux traditionnels par des poêles à biomasse moins polluants, et a un forum appelé « mesa de leña » auquel participe l'OPS. Il existe également quelques initiatives privées prometteuses en vue de promouvoir l'utilisation du GPL. Tous les pays où 10 % ou plus de la population utilise des combustibles solides ont participé à un atelier de formation qui s'est tenu au Honduras en juin 2015, pour les préparer à mettre en œuvre les lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'air intérieur. Douze pays qui ont participé à cet atelier ont réalisé des progrès dans ce domaine.					

Évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015
Rapport sur la catégorie 4

CATÉGORIE 4 : SYSTEMES DE SANTE	NOTE GLOBALE DE L'ÉVALUATION DE LA CATÉGORIE[17] A répondu partiellement aux attentes

VUE D'ENSEMBLE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE DE LA CATÉGORIE

Tableau 1. Synthèse programmatique et budgétaire de la catégorie 4

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé	11,95	12,79	107,0	104,1	97,2	3/4 atteints, 1/4 partiellement atteint	1/2 en cours, 1/2 aucun progrès
4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	13,58	17,39	128,1	126,8	99,0	1/2 atteint, 1/2 partiellement atteint	1/1 en cours
4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	22,90	25,69	112,2	99,7	88,9	4/4 atteints	2/2 en cours
4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes	32,86	30,54	92,9	87,1	93,7	3/7 atteints, 4/7 partiellement atteints	2/2 en cours
4.5 Ressources humaines pour la santé*	16,19	16,90	104,4	82,82	79,34	4/4 partiellement atteints	3/3 en cours

[17] Les notes d'évaluation pour la catégorie globale et pour les domaines programmatiques/résultats sont déterminées par les facilitateurs des catégories et des domaines programmatiques de l'OPS, respectivement, en tenant compte de l'exécution programmatique et budgétaire, de l'analyse des ressources (humaines et financières) et des risques opérationnels et programmatiques. Les notes sont définies comme suit :

- **A répondu aux attentes** (vert) : a atteint 90 à 100 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont en bonne voie, comme prévu ; aucun obstacle ou risque affectant la réalisation des résultats n'est anticipé.
- **A répondu partiellement aux attentes** (jaune) : a atteint 75 à 89,9 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès peuvent être menacés, et des mesures sont nécessaires pour surmonter les retards, les obstacles et les risques.
- **Progrès insuffisants** (rouge) : a atteint < 75 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher la réalisation des résultats. Des mesures correctives immédiates sont nécessaires.

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
TOTAL	**97,48**	**103,31**	**106,0**	**97,0**	**91,5**	**11/21 atteints, 10/21 partiellement atteints**	**9/10 en cours, 1/10 aucun progrès**

* Ce domaine programmatique s'est vu attribuer des ressources additionnelles pour la gestion du programme PALTEX d'un montant de $16,11 millions, dont $15,52 millions (96,3 %) ont été mis en œuvre. PALTEX est le programme spécial de l'OPS qui facilite l'accès à des manuels et du matériel de formation pour les ressources humaines de la santé dans les États Membres.

Tableau 2. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 4 par niveau fonctionnel

Niveau fonctionnel	Fonds alloués (millions de US$)	Fonds alloués par niveau (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
Pays	48,12	46,57	41,37	86,0
Inter-pays	18,51	17,91	22,25	95,8
Infrarégional	7,52	7,27	8,25	97,2
Régional	29,16	28,22	22,64	96,4
Total	**103,31**	**100,00**	**94,51**	**91,48**

ANALYSE PROGRAMMATIQUE DE LA CATÉGORIE

Synthèse de l'évaluation globale de la catégorie

Les activités de la catégorie 4 visent à renforcer les systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires, en mettant l'accent sur les personnes, la qualité, la prestation de services intégrés. Elles se concentrent également sur la gouvernance et le financement de la santé, menant à la réalisation progressive de l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle.

Les États Membres ont fait des progrès significatifs dans cette catégorie. Les pays et territoires ont signalé des progrès conformément à la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, adoptée par le 53e Conseil directeur de l'OPS en 2014 (CD53.R14). Il est large reconnu que les processus en cours de réforme des systèmes de santé revêtent une grande importance. Cela comprend l'élaboration de feuilles de route nationales vers la santé universelle qui étendent l'accès aux services grâce aux soins primaires au sein de réseaux intégrés de prestation de services de santé, l'élaboration de stratégies globales de financement dans les pays, le réalignement des politiques sur les ressources humaines pour la santé qui répondent aux besoins actuels des systèmes et des services de santé et l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et de qualité et aux technologies de la santé en fonction des besoins de santé de la population. Le développement de systèmes d'information de la santé intégrés progresse de façon positive. Les pays prennent des mesures pour améliorer leurs systèmes d'information de la santé et le suivi des indicateurs de base, les méthodologies, la formation et la préparation des documents pour faciliter

l'analyse de la santé et appuyer le processus décisionnel à mesure qu'ils progressent vers la santé universelle. Des partenariats stratégiques, tels que ceux avec la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, la Fondation Bill et Melinda Gates, Santé Canada, le gouvernement de l'Espagne, la Fondation de l'OPS, l'Agence mexicaine de la coopération internationale pour le développement (AMEXCID) et la Fondation Rockefeller, entre autres, continuent à jouer un rôle clé pour la réalisation des résultats dans ces domaines programmatiques.

Quatre des cinq domaines programmatiques ont mobilisé avec succès des ressources pour assurer la mise en œuvre du programme de travail, contribuant ainsi aux réalisations. Des fonds importants ont été mobilisés au niveau des pays, mettant en évidence la priorité élevée que les pays accordent à cette catégorie.

La Région a fait des progrès significatifs dans les cinq domaines programmatiques dans cette catégorie, avec 9 des 10 indicateurs de résultat en cours et 11 des 21 indicateurs de résultats immédiats atteints. Cependant, le premier exercice biennal a démontré que des défis majeurs doivent encore être surmontés pour atteindre les cibles d'impact fixées pour 2019. L'évaluation de fin d'exercice biennal a offert une excellente occasion aux départements techniques au sein du Bureau sanitaire panaméricains (BSP) d'évaluer les avis des pays et territoires afin de mieux formuler les interventions visant à améliorer les systèmes de santé dans la Région et à parvenir à la santé universelle.

Synthèse programmatique par domaine programmatique

4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé

Présentation générale

Ce domaine programmatique est l'une des pierres angulaires de la coopération technique de l'Organisation avec les États Membres. Les activités avec les pays ont continué à renforcer leurs systèmes de santé conformément à la Stratégie pour l'accès universel à la santé adoptée par le 53e Conseil directeur (CD53.R14) en 2014. Des efforts importants ont été consentis pour favoriser une réaction institutionnelle pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie de santé universelle dans la Région. En conséquence, ce domaine programmatique a bien progressé au niveau des résultats immédiats et intermédiaires. Les progrès au niveau des résultats immédiats ont répondu avec succès aux attentes pour l'exercice biennal, étant donné que les pays cibles définis pour 2015 ont avancé sur le plan de la définition des politiques, des stratégies et des plans nationaux de la santé pour la gouvernance et le financement de la santé. Au niveau des résultats intermédiaires, les pays ont enregistré des avancées et l'impact des multiples interventions mises en œuvre par les États Membres, le Secrétariat et d'autres parties prenantes afin d'accroître les dépenses publiques dans la santé devrait être observé dans les années à venir. Néanmoins, combler le déficit de financement de la santé dans la Région afin d'atteindre les objectifs fixés pour ce domaine programmatique dépendra non seulement des conditions sociales et économiques préalables mais, surtout, de l'engagement politique des pays de la Région pour créer un espace budgétaire pour la santé universelle.

Réalisations

- Les États Membres et le Secrétariat ont participé à l'élaboration et à la négociation de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle en 2014, un jalon dans ce processus, avec l'adoption de la stratégie régionale correspondante lors du 53e Conseil directeur de l'OPS (résolution CD53.R14). Dans le droit fil de la stratégie de santé universelle, la coopération technique a été accrue pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action, des réformes législatives et/ou des feuilles de route vers la santé universelle dans des pays comme les Bahamas, le Chili, la Colombie, l'Équateur, El Salvador, le Honduras, la Jamaïque, le Panama, le Paraguay et le Pérou.

- À ce jour, six pays et territoires de la Région ont engagé au moins 6 % de leur produit intérieur brut (PIB) pour les dépenses publiques en matière de santé, à savoir Aruba, le Canada, le Costa Rica, Cuba, l'Uruguay et les États-Unis. Un dialogue de haut niveau avec des représentants des pays et des institutions financières internationales a été organisé à l'occasion de la journée de la couverture sanitaire universelle (le 12 décembre 2015) en vue d'accroître la prise de conscience et de discuter des options stratégiques/interventions en vue d'augmenter la priorité budgétaire accordée à la santé et d'améliorer l'efficacité du financement de la santé. Les institutions qui y ont participé comprenaient la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international (FMI), la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le dialogue et les interventions de plaidoyer se poursuivent en 2016, avec des actions attendues de la part des pays en vue d'accroître l'espace budgétaire pour la santé et le financement pour la santé publique.
- Vingt pays et territoires (les Bahamas, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, Cuba, la République dominicaine, l'Équateur, El Salvador, le Guyana, le Honduras, la Jamaïque, le Mexique, Montserrat, le Pérou, Saba, Trinité-et-Tobago, les États-Unis d'Amérique, l'Uruguay et le Venezuela) ont élaboré des politiques, des stratégies et/ou des plans de santé nationaux complets dont les objectifs comprennent la santé universelle, dépassant ainsi la cible de 16 pays fixée pour 2015. Pour promouvoir ces résultats, une méthodologie pour orienter le dialogue national et l'élaboration de plans d'action vers la santé universelle a été formulée et appliquée en phase pilote dans un certain nombre de ces pays.
- Quinze pays (les Bahamas, le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, Cuba, la République dominicaine, l'Équateur, El Salvador, le Mexique, le Panama, le Pérou, les États-Unis d'Amérique et l'Uruguay) ont élaboré et mis en œuvre des cadres financiers pour la santé universelle. Afin de promouvoir ces résultats, des études ont été menées sur les dépenses publiques et les options financières pour la santé universelle.
- Quinze pays ont reçu une formation sur la méthodologie du système des comptes de la santé (2011) et sur l'utilisation de l'outil de production de comptes de la santé. Ils élaborent également actuellement des plans de travail en vue d'institutionnaliser et de systématiser la production des comptes de la santé. Des études portant sur l'efficacité des dépenses de santé sont en cours dans trois pays.
- Huit pays (le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Mexique, le Panama, le Pérou et les États-Unis d'Amérique) ont indiqué qu'ils sont en mesure de suivre et d'évaluer les systèmes de santé et les indicateurs de services liés à la santé universelle. L'OPS a conduit la mise en œuvre d'un instrument de suivi et d'évaluation pour la santé universelle dans six de ces pays.
- L'OPS a soutenu les efforts des pays (par exemple, El Salvador, le Panama et le Paraguay) pour mettre à jour les législations et règlementations liées à la santé, y compris le code de la santé, ce qui facilitera la réalisation de la santé universelle. D'autres pays et territoires (par exemple, les Bahamas, la République dominicaine, l'Équateur, le Honduras et Sint Maarten) ont entamé le processus d'examen des législations et règlementations nationales sur la santé dans le but précis de parvenir à la santé universelle, et l'OPS prévoit de fournir une coopération technique pour l'exercice biennal 2016-2017. Grâce aux efforts déployés par ces pays et par d'autres, 11 pays à ce jour ont élaboré des cadres réglementaires pour la santé universelle (la Bolivie, le Brésil, la Colombie, l'Équateur, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Pérou, le Suriname et l'Uruguay).
- En 2015, les États Membres de l'OPS ont approuvé la Stratégie sur le droit lié à la santé, qui fournit des recommandations et lignes directrices spécifiques applicables au résultat immédiat 4.1.3 sur la façon d'élaborer et d'appliquer des législations et règlementations nationales pour avancer vers la santé universelle. Au cours du prochain exercice biennal, l'OPS va diffuser et promouvoir cette stratégie dans les pays afin de faciliter la réalisation du résultat immédiat 4.1.3 (santé universelle) et d'objectifs dans d'autres

domaines de la santé importants, tels que l'adaptation au changement climatique, les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque et la santé des femmes.

Défis

- Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour définir des politiques afin de réformer les stratégies des pays en matière de financement de la santé en ce qui concerne *a)* la collecte de fonds, *b)* les systèmes de mise en commun et *c)* la conception des systèmes de paiement et d'allocation des ressources, afin qu'ils contribuent à l'avancement vers la santé universelle. La création d'un espace budgétaire pour la santé universelle en modifiant la structure de la fiscalité et en réduisant la taille de l'économie informelle s'est avérée avoir un impact majeur dans les pays.
- Accroître les dépenses publiques dans la santé dans les pays cibles exigera un engagement politique fort de la part des pays pour créer un espace budgétaire pour la santé universelle. Certains pays seront en mesure de progresser s'ils créent l'espace budgétaire nécessaire comme objectif à court et moyen terme. Dans d'autres, des changements doivent être introduits pour promouvoir une meilleure intégration des dépenses totales de santé, réduire la segmentation et améliorer l'équité et l'efficacité des systèmes de santé. En outre, l'environnement macroéconomique et politique actuel dans la Région pourrait ralentir les efforts des pays pour augmenter l'espace budgétaire pour la santé universelle, ce qui pourrait en dernière analyse avoir un impact négatif sur le nombre de pays cibles définis pour 2019 qui seront en mesure d'accroître les dépenses publiques dans la santé.
- Accroître la capacité des pays à suivre et à évaluer les progrès vers la santé universelle exigera des systèmes d'information plus solides pouvant produire des données de qualité permettant de mesurer les progrès accomplis dans l'accès de la population aux services de santé et la couverture des services de santé, la gouvernance et le leadership, l'équité et l'efficacité du financement de la santé et l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Il sera également nécessaire de renforcer les mécanismes de responsabilisation et de participation sociale.

Enseignements tirés

- En dépit de l'adoption de la résolution sur la santé universelle, il semble qu'un certain nombre de partenaires régionaux continuent de soutenir, dans la préparation des documents pour les dons et les projets, le concept des paiements au point de service. Cette pratique peut sensiblement limiter l'accès aux services, en particulier pour les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité. Les pays doivent continuer à s'attacher à protéger les avancées réalisées vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Un dialogue de haut niveau devrait être organisé entre l'OPS, la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement et l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) afin de parvenir à un consensus sur le financement de la santé dans les Amériques, en particulier sur les recommandations pour la préparation des dons et des projets en ce qui concerne le ticket modérateur et les dépenses à la charge des patients.
- Un élément essentiel du progrès vers la santé universelle est celui du renforcement de la gestion et de la gouvernance du secteur de la santé. Par conséquent, le développement des capacités permettant d'exercer les fonctions essentielles de santé publique de manière durable représente un défi pour la plupart des pays de la Région. Plusieurs des processus de réforme mis en œuvre lors des vingt dernières années ont entraîné la réduction involontaire des capacités des autorités sanitaires nationales de garantir que les aménagements institutionnels ainsi que les ressources humaines et financières soient en place pour la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique, y compris le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005 de même que la préparation et la réponse aux urgences de santé et aux catastrophes. En 2015, l'OPS a entamé

le processus pour la mise à jour du cadre des fonctions essentielles de santé publique et pour fournir une orientation aux pays concernant son exécution. Lors de la période biennale suivante, les efforts de coopération technique se concentreront sur le soutien aux pays en vue d'évaluer leurs capacités de mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique et d'élaborer des programmes d'action pour l'amélioration de ces capacités.

4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes

Présentation générale

Les activités dans ce domaine programmatique visent à accroître l'accès à des services complets, de qualité, et axés sur les personnes. Cela est essentiel pour la mise en œuvre effective de la Stratégie régionale pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et cela aura pour effet de contribuer à améliorer la gestion et l'organisation de la prestation de services. Ces activités mettent l'accent sur le renforcement de la capacité de réponse du premier niveau de soins, structurée au sein des réseaux intégrés de prestation de services de santé (IHSDN), ainsi que sur la qualité globale des soins et la sécurité des patients. En particulier, ce domaine programmatique appuie le développement des capacités des pays pour la mise en œuvre du cadre des réseaux intégrés de prestation de services de santé, ainsi que d'autres instruments.

Réalisations

- Six pays et territoires (Argentine, Cuba, États-Unis d'Amérique, Mexique, Saba et Venezuela) ont indiqué une réduction du pourcentage d'hospitalisations pour des pathologies pouvant être prises en charge dans le cadre des soins ambulatoires en 2015.
- Vingt-trois pays et territoires ont mis en œuvre des stratégies IHSDN (Argentine, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Équateur, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras, Îles Vierges britanniques, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Pérou, Trinité-et-Tobago, Turques-et-Caïques et Uruguay).
- Une consultation régionale avec 16 pays de la Région sur l'expansion progressive des services de santé a été organisée en 2015, débouchant sur l'élaboration d'une publication sur les modèles de soins et les éléments critiques pour la mise en œuvre des IHSDN dans le contexte de la stratégie de santé universelle. Cette réunion a permis un dialogue régional sur les obstacles à la santé et sur la nécessité de disposer de nouveaux modèles de prise en charge et de réseaux de services qui permettraient de mieux répondre aux besoins actuels.
- Douze pays ont mis en œuvre des stratégies et/ou des plans nationaux pour la qualité des soins et la sécurité des patients (Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou et République dominicaine). Une consultation régionale sur la qualité des soins au sein des systèmes de santé a été organisée en 2015 pour actualiser les recommandations sur cette question.

Défis

- Il reste urgent de renforcer la capacité des pays et territoires dans la Région afin d'améliorer la prestation des services de santé. Un engagement accru est nécessaire pour élaborer des politiques et des réformes pour remédier à la fragmentation, à la mauvaise qualité technique, aux références médicales tardives, au manque d'accès aux services de prévention et au recours excessif aux soins axés sur la phase aiguë des pathologies et le traitement en milieu hospitalier. En dépit d'efforts continus, davantage de pays de la Région doivent prioriser l'investissement dans le premier niveau de soins. Cela devrait être lié aux efforts visant à augmenter l'espace budgétaire pour la santé et les dépenses publiques dans la santé.

- Le renforcement du premier niveau de soins dans le cadre des IHSDN passe par une redéfinition du rôle des hôpitaux. Cependant, ce n'est pas une entreprise facile. Les hôpitaux devront se repositionner pour être plus axés sur les personnes et les communautés et travailler en contact plus étroit avec le premier niveau de soins au sein des IHSDN. Le rôle des hôpitaux devrait opérer une transition, pour passer de « l'accent mis sur la maladie et le remplissage des lits d'hôpital » à un nouveau rôle pour les hôpitaux dans le cadre d'un réseau collaboratif des prestataires de services offrant des soins de santé continus de qualité aux personnes tout au long de leur vie. De pair avec ces efforts visant à renforcer le premier niveau de soins, des mesures devraient être adoptées en vue d'accroître l'efficacité et de réduire les coûts des soins hospitaliers, et de faciliter l'évolution du rôle et des capacités des hôpitaux dans le contexte de la santé universelle. En particulier, il est essentiel d'analyser les nouveaux investissements dans les hôpitaux pour faciliter les changements nécessaires et améliorer l'efficacité à la fois des hôpitaux individuels et des réseaux.
- Les informations sont insuffisantes pour déterminer avec précision la réduction du pourcentage d'hospitalisations pour des pathologies pouvant être traitées dans le cadre de soins ambulatoires en 2015. Alors que certains pays ont signalé des progrès, ils n'ont pas fourni de données. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les systèmes d'information dans la Région à cet égard.

Enseignements tirés

- L'expérience récente sur le plan de la préparation des systèmes de santé pour faire face à des flambées de maladies à virus Ebola, chikungunya et Zika a permis à l'OPS d'améliorer la réponse du système de santé à cet égard. Alors qu'il y a quelques temps, les programmes mondiaux sur la santé universelle et la sécurité sanitaire semblaient être en concurrence, il semble aujourd'hui qu'un consensus mondial croissant se dégage sur le fait que la sécurité sanitaire ne sera possible qu'en renforçant les systèmes de santé vers la santé universelle tout en s'efforçant d'accroître leur résilience.

4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire

Présentation générale

Ce domaine programmatique vise à promouvoir l'accès à et l'utilisation rationnelle de médicaments, produits médicaux et technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité, à mesure que les pays progressent vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Les États Membres ont réalisé des progrès tangibles sur le plan de l'élaboration, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation des politiques nationales sur l'accès à, la qualité et l'utilisation des médicaments et autres technologies de la santé. La capacité réglementaire nationale et infrarégionale a également été renforcée. Les autres priorités dans ce domaine programmatique comprennent la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, et le renforcement du Fonds stratégique de l'OPS.

Réalisations

- À la suite des activités menées pour renforcer les systèmes de réglementation des médicaments, 10 pays ont élaboré des plans de développement institutionnel (Bahamas, Barbade, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Mexique, Pérou et République dominicaine). La réglementation sur les vaccins a été renforcée dans 18 pays (Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, El Salvador, États-Unis d'Amérique, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Uruguay et Venezuela). Un outil d'évaluation de la réglementation applicable aux dispositifs médicaux a été mis en place en phase pilote dans cinq pays (Colombie, Cuba, Équateur, Mexique et Panama).

- Le Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2014-2019 a été adopté par le 53e Conseil directeur (résolution CD53.R6). Avec le soutien technique de l'OPS, en octobre 2015 les ministres de la Santé de la région andine (REMSAA) ont adopté une résolution sur la sécurité transfusionnelle pour la sous-région andine qui spécifie la création de la Commission technique infrarégionale sur le sang. Puis, en novembre 2015, REMSAA a approuvé le Plan de la sous-région andine sur l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2016-2020. En outre, à l'appui des programmes nationaux de transfusion, l'élaboration de la politique et de la législation nationales sur la sécurité transfusionnelle a été soutenue en Haïti, et la politique nationale a été approuvée et lancée. La première évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale sur les transfusions au Salvador a été appuyée, ainsi que la révision du cadre législatif sur les transfusions en Bolivie. En République dominicaine, la politique nationale sur les transfusions a été élaborée, et des lignes directrices nationales sur l'utilisation appropriée du sang ont été élaborées. Un soutien a été apporté au Panama pour la révision des cadres juridiques nationaux pour les transfusions. Au Pérou, une évaluation et une révision du programme national sur le don de sang volontaire ont été réalisées et des recommandations ont été formulées. Un plan national d'hémovigilance a été élaboré au Paraguay, et il est actuellement en cours d'exécution.
- Des progrès importants ont été réalisés sur le plan de la gouvernance et de la réglementation des médicaments et des technologies de la santé. On peut notamment citer la mise en place du système de réglementation des Caraïbes. Ce projet a bénéficié du soutien des autorités réglementaires nationales (ARN) de référence régionale (ARNr) afin de définir des procédures pour l'enregistrement centralisé des médicaments. Le mécanisme de reconnaissance des ARNr a été appliqué par la FDA des États-Unis et Santé Canada. Les profils réglementaires des 17 pays de la Région ont été publiés par le biais de la plate-forme régionale de l'OPS sur l'accès aux technologies de la santé et l'innovation (PRAIS), générant ainsi des informations qui peuvent servir à définir des priorités pour le renforcement des systèmes de réglementation.
- En collaboration avec le Conseil pour le développement humain et social (COHSOD), les politiques pour les produits pharmaceutiques dans les Caraïbes ont été renforcées. Un nouveau projet a été lancé, avalisé par le COHSOD, en vue de développer la capacité réglementaire sur les médicaments dans les Caraïbes (le système de réglementation des Caraïbes), avec le soutien de la Fondation Bill et Melinda Gates et des autorités réglementaires nationales de référence régionale, afin d'améliorer la qualité et l'innocuité des médicaments dans les Caraïbes.
- L'OPS a fourni un appui politique et technique au niveau ministériel au MERCOSUR, le Marché commun du Sud, qui dirige les négociations de prix pour les médicaments onéreux en 2015. Le mécanisme qui établit un lien entre les négociations et la capacité d'approvisionnement du Fonds stratégique de l'OPS a entraîné des réductions significatives du prix des médicaments pour le VIH/sida et l'hépatite C, ce qui a favorisé la prise de conscience par les États Membres de l'utilité de participer au Fonds stratégique.
- Les pays ont progressé dans l'élaboration de stratégies d'évaluation, d'intégration et de gestion des médicaments et autres technologies de la santé. Les réalisations comprennent *a)* le renforcement du Réseau régional pour l'évaluation des technologies de la santé pour les Amériques (RedETSA), *b)* la cartographie des processus pour l'évaluation et l'incorporation des technologies au sein des systèmes et des services de santé dans 27 pays, et l'examen du processus décisionnel pour l'inclusion ou la non-inclusion des médicaments et des technologies de la santé dans les plans de services et de prestations, *c)* la réalisation d'études de cas de l'évaluation et de l'incorporation de technologies au Brésil, au Canada et en Colombie et *d)* l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs permettant d'évaluer les systèmes de pharmacovigilance et les centres d'information sur les médicaments.
- Le renforcement des capacités s'est poursuivi tout au long de l'exercice biennal sur les questions clés liées à l'évaluation des technologies de la santé (ETS), l'utilisation rationnelle des technologies de la santé et l'imagerie diagnostique :

- Une ETS et la promotion de leur utilisation rationnelle ont été effectuées dans 10 pays des Caraïbes. En outre, un groupe de travail a été créé pour élaborer une proposition de coopération infrarégionale.
- RedETSA a organisé des webinaires mensuels, et un programme d'échange entre les institutions a été organisé. Le premier programme a été accueilli par le Brésil avec des visites de l'Argentine, de la Colombie, du Costa Rica, d'El Salvador et du Paraguay.
- Des webinaires sur l'imagerie diagnostique (mammographie, échographie, tomodensitométrie, échographie abdominale) et des cours sur la mammographie ont été dispensés au Belize. Une formation sur l'échographie obstétricale a été réalisée au Guyana, à la Jamaïque et à Trinité-et-Tobago et sur la radiologie numérique au Nicaragua.

Défis

- Les pays et territoires de la Région ont rencontré des difficultés liées au coût croissant des médicaments et autres technologies de la santé. Alors que plusieurs États Membres ont adopté des cadres globaux pour élargir progressivement l'accès à des technologies de la santé sûres, efficaces, et de qualité, certains ont eu du mal à adopter les stratégies globales nécessaires dans ce domaine. L'usage rationnel des médicaments et l'adoption d'autres approches fondées sur des données probantes comme l'ETS constituent encore des défis en raison du manque de capacités dans certains pays. Le développement des ressources humaines dans ces domaines et dans les technologies de la santé est essentiel.
- Le renforcement de la capacité réglementaire doit être une priorité dans les États Membres ayant des capacités limitées dans ce domaine. En particulier, l'amélioration de la capacité réglementaire dans la plupart des pays d'Amérique centrale reste un défi, car cela n'a pas été adopté comme une priorité élevée dans les programmes des ministères de la Santé.

Enseignements tirés

- Les approches infrarégionales, après qu'un engagement politique a été assuré, se sont révélées être des options viables pour assurer l'efficacité et le partage des ressources entre les États Membres ayant une capacité limitée.
- Améliorer l'accès aux médicaments coûteux et autres technologies de la santé peut nécessiter d'explorer et d'élaborer de nouvelles stratégies qui mettent l'accent sur la collaboration entre les pays.

4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes

Présentation générale

La production et l'utilisation des connaissances, des données scientifiques et des informations sur la santé sont des intrants essentiels, qui appuient tous les aspects des interventions dans la santé, comme la recherche, la planification, les opérations, la surveillance, le suivi et l'évaluation, ainsi que la priorisation et la prise de décisions. Les systèmes de santé exigent des informations de santé de qualité complétées par une recherche, une gestion des connaissances, une traduction des connaissances et des technologies de l'information et de la communication solides. Des données probantes solides ont permis des optimisations de l'ensemble du secteur de la santé qui ont une incidence sur tous les aspects du domaine programmatique. En fait, les politiques fondées sur des données probantes et les interventions adaptées aux conditions locales contribuent à des changements de comportements (individuels, sociaux et politiques) qui se traduisent par une amélioration des conditions de vie des populations des Amériques et par une réduction des inégalités dans la santé.

La Région a fait des progrès notables sur le plan du renforcement des systèmes d'information systématiques de la santé et de l'adoption de nouvelles technologies et stratégies de recherche et de données probantes. Des disparités subsistent toutefois entre les pays en ce qui concerne la couverture, la fiabilité, la rapidité et la qualité des informations recueillies et produites par les systèmes d'information de la santé. Pendant l'exercice biennal, la coopération technique a tiré parti des réseaux et partenariats intersectoriels pour enrichir le processus stratégique, la prise de décisions et l'élaboration de normes, directives et stratégies techniques. L'appui de l'OPS pour l'élaboration de stratégies nationales de la santé en ligne a eu des avantages directs pour les pays et a encouragé la planification et la coordination dans l'ensemble du secteur des systèmes de santé régionaux décentralisés et l'amélioration des capacités de planification, de budgétisation, et la prestation des services. De même, la coopération technique de l'OPS concernant la politique sur la recherche pour la santé a traité de chacun des objectifs de la politique à différents niveaux (régional, infrarégional, local) et a apporté des améliorations stratégiques structurelles et procédurales pour accroître l'impact de la recherche pour la santé et sa gouvernance.

Réalisations

- Seize pays ont installé des capacités pour procéder à des évaluations périodiques de leur situation de santé, qui ont permis l'élaboration de rapports rendus publics très précieux pour la prise de décisions et l'affectation des ressources. L'OPS a fourni une coopération technique pour renforcer les systèmes d'information de la santé dans les Amériques. L'OPS saisira l'opportunité du processus à venir de la Santé dans les Amériques 2017 pour s'assurer que tous les pays et territoires procèdent à une analyse approfondie.
- Les pays ont continué à mettre en œuvre des mesures visant à améliorer leurs systèmes d'information de la santé afin de mieux suivre leurs progrès sur la situation sanitaire. Les efforts visant à renforcer la coopération technique de l'OPS dans ce domaine comprennent la conceptualisation et l'élaboration de stratégies et d'interventions novatrices, y compris la prochaine boîte à outils Informations et analyse sur la santé, qui comprendra la gestion des données, des méthodologies, des formations et des lignes directrices techniques.
- Une plateforme web pour l'information sur la santé (PLISA, selon son acronyme espagnol) est opérationnelle et peut être utilisée comme une ressource pour obtenir plus d'informations sur la mortalité, les maladies à transmission vectorielle et les indicateurs de santé de base, et pour suivre les progrès des indicateurs d'impact du Plan stratégique 2014-2019, entre autres (disponible en anglais sur http://www.paho.org/data/index.php/en/).
- Une formation en ligne sur la Classification internationale des maladies (CIM-10) est disponible en anglais, en français et en espagnol, gratuitement. Elle a été suivie par plus de 600 professionnels de la santé publique dans toute la Région. Cette nouvelle réalisation vient compléter les initiatives phares de l'OPS en cours, y compris le plan de travail annuel du Réseau Amérique latine et Caraïbes pour le renforcement des systèmes d'information de la santé (RELACSIS), mais aussi les efforts déployés dans le cadre de l'Initiative régionale pour les données essentielles de la santé (données disponibles en anglais sur http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=2151&Itemid=3632&lang=en).
- Douze pays ont réalisé des progrès dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies nationales de santé en ligne : le Brésil, le Canada, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, la République dominicaine, El Salvador, le Guatemala, la Jamaïque, le Panama, le Pérou et les États-Unis d'Amérique.
- Les pays progressent sur les aspects de la politique sur la recherche pour la santé grâce aux efforts infrarégionaux et aux réseaux destinés à faciliter l'harmonisation et la cohérence : on peut citer notamment les pays des Caraïbes, le Conseil des ministres de la santé d'Amérique centrale (COMISCA), RELACSIS et le Réseau ministériel ibéro-américain de l'apprentissage et de la recherche dans la santé (RIMAIS). Les équipes de recherche (plus de 300 experts et étudiants en maîtrise de santé publique) ont été formés par le biais de partenariats stratégiques et de modalités de « formation des formateurs » sur la planification et l'évaluation effectives des projets de recherche biomédicale, l'élaboration de documents pour l'obtention de subventions

et l'examen par les pairs. Des progrès ont été réalisés sur plusieurs aspects importants de la politique sur la recherche pour la santé (par exemple, enregistrement des essais cliniques) et des bourses destinées aux études supérieures en santé aux niveaux de la maîtrise et du doctorat ont été offertes à plus de 180 professionnels de 23 pays en partenariat avec l'Organisation des États américains (OEA) et les États Membres.

- La traduction des connaissances et les mécanismes de données probantes ont fortement progressés à la suite de l'initiative iPIER (Amélioration de l'exécution des programmes grâce à la recherche intégrée) dans neuf pays (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Colombie, El Salvador, Mexique, Panama et Pérou), avec des efforts à grande échelle visant à renforcer la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, et la définition des programmes nationaux et régionaux sur les données probantes et la recherche.
- Un effort important a été consenti pour renforcer les programmes de lignes directrices nationales en établissant des normes, en améliorant les stratégies de mise en œuvre et en soutenant l'élaboration de lignes directrices à l'aide des méthodes GRADE. Une formation a été dispensée dans 10 pays (Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, Dominique, Guatemala, Honduras, Panama et Pérou).
- La bibliothèque virtuelle de la santé est disponible dans plus de 23 pays de la Région en espagnol et en portugais. Les États Membres ont fourni un appui important pour recueillir, indexer, traiter et diffuser la littérature technique et scientifique en santé publique et en médecine dans LILACS, une base de données scientifique régionale gérée par le Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes (BIREME).
- Neuf pays (Argentine, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaïque et Pérou) ont avancé sur le plan de la recherche éthique, en utilisant le logiciel ProEthos pour renforcer l'évaluation de l'éthique et la révision des cadres nationaux pour s'assurer que la recherche sur des sujets humains est éthique. L'incorporation de l'éthique dans la prise de décisions de santé publique a progressé grâce à l'élaboration de supports de formation innovants et au renforcement des capacités à différents niveaux.

Défis

- Une rotation importante du personnel au sein des pays et territoires a entraîné des perturbations importantes dans la collecte et l'analyse des statistiques de l'état civil, ce qui a une incidence sur la rapidité et la qualité. Des politiques visant à résoudre ce problème sont nécessaires pour assurer une collecte continue et de de qualité des données sur les décès et les naissances enregistrés. De même, les pays ont besoin de systèmes d'information de la santé robustes pour améliorer la gestion et la qualité des données et renforcer les capacités d'analyse des informations de santé.
- Le caractère limité de la coordination et des réunions du Comité consultatif de l'OMS sur la recherche en santé a eu une incidence sur les travaux du Comité consultatif de l'OPS sur la recherche en santé (CADH).
- Pour le suivi et l'évaluation et la mise à jour continue des profils de pays, une formation cohérente et soutenue et un responsable assigné sont nécessaires. Les pays doivent désigner un responsable, au sein des bureaux de la santé et de la science et de la technologie, pouvant actualiser les indicateurs et générer des rapports avec des données exploitables pour guider les décisions sur la gouvernance et la bonne gestion de la recherche.

Enseignements tirés

- Les initiatives financées par des donateurs telles que RELACSIS, un réseau Sud-Sud qui a appuyé la coopération technique et la diffusion des meilleures pratiques, ne suffisent pas si les pays ne garantissent pas la durabilité des gains dans leurs systèmes d'information de la santé, y compris les statistiques de l'état civil. Des ressources nationales sont nécessaires pour faire en sorte que ces pratiques soient adaptées et intégrées dans les stratégies et lignes directrices nationales existantes.

- Les pays doivent adopter des stratégies tirées de la Politique sur la recherche pour la santé afin de progresser sur le plan des politiques et des programmes de recherche sur la santé et d'élaborer des normes et des réglementations pertinentes. L'OPS devrait coordonner et harmoniser les efforts régionaux visant à promouvoir la Politique sur la recherche pour la santé, en tenant compte des recommandations du CARDH dans la mesure du possible.
- Définir des priorités pour la recherche future requiert l'utilisation d'outils existants et nouveaux, y compris l'évaluation des inégalités et la diffusion des connaissances actuelles, entre autres.
- La mobilisation de ressources pour la recherche en santé nécessite une action concertée avec d'autres secteurs (tels que la science et la technologie, l'éducation, les industries et d'autres acteurs économiques). Les partenaires industriels et économiques sont particulièrement importants, compte tenu de leurs capacités de mise à l'échelle des développements.

4.5 Ressources humaines pour la santé

Présentation générale

Ce domaine programmatique se concentre sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de plans sur les ressources humaines pour la santé (RHS) afin d'avancer vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Des activités ont été entreprises avec les pays afin d'améliorer l'organisation des ressources humaines au sein des systèmes de santé, ainsi que sur les questions de développement des compétences, les conditions de travail et la stabilité du personnel de la santé. Une autre priorité a consisté à travailler avec des institutions universitaires pour appuyer la réorientation de l'éducation dans les sciences de la santé vers les soins de santé primaires et aligner cet enseignement avec la mission sociale du programme de santé universelle. Les activités menées à bien au cours de cet exercice biennal contribueront à l'élaboration d'une nouvelle stratégie régionale sur les ressources humaines pour la santé qui sera soumise à l'examen des Organes directeurs de l'OPS.

Réalisations

- Au moins 17 pays ont progressé sur le plan de l'élaboration et de la mise en œuvre des plans d'action des ressources humaines pour la santé, alignés sur les politiques et les besoins de leurs systèmes de soins de santé. Dans l'élaboration des feuilles de route nationales vers la santé universelle, ce domaine d'action constitue une priorité pour les États Membres à mesure qu'ils élargissent progressivement l'accès aux services de santé pour répondre aux besoins actuels et futurs de leurs populations. Les pays ont réalisé des progrès pour ce qui est de l'amélioration du nombre et de la répartition des agents de santé, ce qui est directement lié à l'objectif de réalisation de la santé universelle.
- Une analyse du degré de réalisation des objectifs régionaux pour les ressources humaines de la santé 2007-2015 a été effectuée par les États Membres et guidera la définition des priorités futures dans la cadre du programme régional sur les ressources humaines pour la santé. En outre, des progrès ont été enregistrés dans la discussion d'un nouveau programme pour les ressources humaines après 2015, prenant en compte les progrès notifiés, les défis qu'ont rencontré les pays pour atteindre les objectifs régionaux pour la période 2007-2015, les besoins et les défis futurs liés aux avancées vers la santé universelle, au vieillissement de la population de la Région et à l'augmentation des maladies chroniques, notamment. Ce nouveau programme est en cours d'élaboration dans le droit fil de la formulation de la Stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, qui a été présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.
- L'utilisation du campus virtuel pour la santé publique comme plate-forme d'apprentissage continue de croître, dispensant une formation à environ 55 000 professionnels de la santé par le biais de ses pôles régionaux et nationaux. Le campus virtuel reste un instrument important pour le renforcement des capacités

des pays dans les domaines de santé spécifiques aux mandats régionaux et les questions de santé publique prioritaires. Le campus virtuel est désormais viable financièrement, ce qui lui a permis de fournir un soutien technique continu comme plate-forme d'apprentissage régionale, en plus de soutenir la croissance et le développement des pôles dans les pays.

- D'autres initiatives régionales pour le développement des ressources humaines pour la santé continuent d'être regroupées avec le soutien actif et la participation des pays. Soixante-trois professionnels des Amériques ont obtenu des bourses, et 150 autres ont bénéficié de formations spécifiques (Programme spécial pour la recherche et la formation sur les maladies tropicales, Programme de bourses Humphrey, Programme de bourses OEA/OPS) menées en collaboration avec les Départements techniques de l'OPS et des partenaires extérieurs. L'OPS a continué d'appuyer les demandes de bourse d'autres régions de l'OMS et a apporté ses contributions et sa coopération à la politique mondiale sur les bourses et autres questions traitées par l'OMS et les Nations Unies.
- Un total de 74 professionnels de 26 pays ont participé au Programme Edmundo Granda Ugalde de leaders en santé internationale pendant l'exercice biennal. Plus de 500 professionnels de 40 pays ont bénéficié de ce programme depuis sa création il y a 30 ans, et ils continuent à contribuer en tant que leaders et agents de changement aux avancées de la santé des populations dans leur pays et dans le monde.
- Le programme *Mais Médicos* a intégré 18 240 médecins dans des centres de soins de santé de base dans 4 058 municipalités et 34 districts à population majoritairement autochtone au Brésil, avec l'appui de l'OPS. Le programme bénéficie à quelque 63 millions de Brésiliens. Le cadre de suivi et d'évaluation a été approuvé par les autorités nationales au Brésil et à Cuba, ainsi que par l'OPS, et a été mis en œuvre en 2015, et l'analyse des résultats préliminaires est en cours. Ce cadre comprend également la documentation de plusieurs études de cas ainsi que les bonnes pratiques et les enseignements tirés.
- Un consortium de facultés de médecine a été créé pour renforcer la mission sociale des universités de la Région et plus particulièrement former les médecins dans une perspective de santé publique et de soins de santé primaires, en vue d'aider les zones mal desservies à atteindre l'équité dans la santé. Cette initiative est conforme à la stratégie pour la santé universelle. Des progrès ont également été réalisés sur le plan de la formation du personnel de santé en matière de compétences interculturelles.
- Le programme régional de soins infirmiers, en collaboration avec les pays, a défini et publié les priorités de la recherche en soins infirmiers. Une analyse de la situation et des tendances de l'enseignement des soins infirmiers (premier cycle et cycle supérieur), de la pratique et de la réglementation des soins infirmiers dans la Région a été entreprise. Le rôle et la portée des soins infirmiers avancés ont été promus et diffusés en Amérique latine.

Défis

- Un défi tient à la production limitée de données sur les ressources humaines pour la santé dans des domaines tels que la répartition et les compétences des agents de santé. En raison de la décentralisation, les ministères nationaux de la santé ne sont pas toujours responsables de la production des données sur les ressources humaines pour la santé. Ceci, conjugué à la fragmentation des systèmes de santé et à la multiplicité des systèmes d'information (sécurité sociale, forces armées, secteur privé), peut compliquer la communication des données.
- Le manque d'intégration entre les secteurs de la santé et de l'éducation, ainsi que l'autonomie des universités dans certains pays, peut présenter des défis en termes de réorientation de l'éducation des sciences de la santé pour répondre aux besoins nationaux en ressources humaines pour la santé.
- La sécurité des agents de santé sur leur lieu de travail continue d'être un problème, surtout dans les zones de conflits armés, de violence et de gestion d'épidémies.
- La politique, la planification et la réglementation des ressources humaines pour la santé ne sont pas suffisamment harmonisées avec les systèmes de santé et la prestation intégrée des services.

Enseignements tirés

- Il est nécessaire de tenir compte des différentes structures gouvernementales au sein de la Région qui ont un certain niveau de pouvoir décisionnel en matière de ressources humaines pour la santé et ont ainsi une incidence sur les capacités des pays à mettre en œuvre certains programmes et initiatives et à faire rapport dessus. L'intégration entre les secteurs est primordiale pour l'avancée vers la santé universelle.
- Des stratégies différenciées sont nécessaires pour traiter des différentes structures de gouvernance, des différents contextes (socioculturels, politiques, économiques) et des inégalités sous-jacentes dans la couverture des ressources humaines pour la santé dans les pays.

Risques

On trouve ci-après une actualisation des risques identifiés au titre de la catégorie 4 dans le Plan stratégique 2014-2019, y compris des mesures d'atténuation.

- La réduction du financement externe des donateurs et l'espace budgétaire national limité pour accroître les dépenses de santé publique, dans un contexte de ralentissement de la croissance des économies nationales, compromettent le caractère durable des politiques publiques améliorant l'équité.
  - Des articles innovants et une proposition sur l'accroissement de l'espace budgétaire et des efficacités de financement progressent en raison du dialogue de haut niveau sur le financement de la santé et l'espace budgétaire avec l'OEA, le FMI et la Banque mondiale, entre autres.
- La persistance de la segmentation nuit à l'efficacité du système de soins de santé et limite sa capacité à réduire l'exclusion.
  - Même si un certain nombre de pays prennent des mesures importantes pour réduire le niveau de segmentation au sein des systèmes de santé, l'impact de ces mesures ne se fera pas sentir avant quelques années, étant donné la complexité des processus concernés.
- La persistance de la fragmentation dans les services de santé limite l'atteinte de résultats de santé plus équitables répondant mieux aux besoins et aux attentes de la population.
  - Néanmoins, des éléments de preuve d'une publication de l'OPS/Banque mondiale (2015) suggèrent que d'importants progrès ont été réalisés dans la Région pour assurer un meilleur accès aux services de santé et une meilleure couverture de la santé, en utilisant des approches ciblées pour atteindre les segments de la population qui n'ont pas accès au système de santé.
- Les investissements dans la technologie et l'infrastructure sont réalisés sans évaluation appropriée des besoins.
  - Cela est encore le cas, malgré les efforts déployés pour renforcer la gouvernance et les mesures reposant sur la prise de décisions fondées sur des données probantes. Un certain nombre de nouveaux produits de santé stratégiques, d'un coût élevé, ont été introduits dans la Région ; lorsqu'ils sont intégrés au sein des systèmes de santé, ils sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur les coûts des soins de santé. Des stratégies novatrices afin d'assurer l'accès à ces produits et leur caractère abordable seront discutées lors des réunions des Organes directeurs de l'OPS en 2016.
- Les pays touchés par une crise des ressources humaines ne sont toujours pas en mesure de prendre les choses en main et de gérer eux-mêmes leurs interventions.
  - Les pays continuent d'être affectés par la pénurie en ressources humaines. Cependant, ils prennent des mesures pour renforcer la planification et la programmation des ressources humaines pour la santé, assurer une articulation plus efficace du processus de planification avec d'autres secteurs tels que celui du travail et de l'éducation. Alors que les coûts dans les systèmes de soins de santé continuent d'augmenter, surtout en raison des soins secondaires et tertiaires, les pays commencent à réorienter

leurs investissements vers les soins primaires. Disposer d'un personnel de santé doté de la bonne combinaison de compétences pour les soins de santé primaires, y compris les agents de santé communautaires, sera crucial pour poursuivre l'atténuation dans ce domaine.

Analyse de l'exécution budgétaire

- Le budget total approuvé pour 2014-2015 pour la catégorie 4, systèmes de santé, était de $97,48 millions, ce qui représentait 17 % du budget total de l'Organisation ($563 millions).
- La catégorie 4 a été entièrement financée en 2014-2015, avec 106 % ($103,3 millions) des fonds mobilisés et attribués, dont 91,5 % ont été mis en œuvre.
- L'allocation de fonds était de 46,6 % ($48,12 millions) au niveau des pays, 17,9 % ($18,51 millions) au niveau inter-pays, 7,3 % ($7,52 millions) au niveau infrarégional et 28,2 % ($29,16 millions) au niveau régional. L'exécution budgétaire aux mêmes niveaux fonctionnels était de 86,0 %, 95,8 %, 97,2 % et 96,4 % respectivement (voir le tableau 2). Le pourcentage de mise en œuvre reflète un niveau d'exécution attendu aux niveaux infrarégional et régional. La mise en œuvre plus faible par les pays peut être attribuée aux contributions volontaires attribuées au niveau des pays qui arriveront à expiration après 2016.

Tableau 3. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 4 par domaine programmatique et niveau fonctionnel

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$)	Fonds accordés par domaine (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
4. Systèmes de santé	**103,31**	**100,00**	**94,51**	**91,5**
4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé	**12,79**	**12,40**	**12,43**	**97,2**
Pays	6,53	5,47	6,31	96,7
Inter-pays	1,72	1,44	1,68	97,8
Infrarégional	0,47	0,39	0,46	97,5
Régional	4,08	3,41	3,98	97,8
4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	**17,39**	**16,80**	**17,22**	**99,0**
Pays	10,80	9,04	10,71	99,1
Inter-pays	1,54	1,29	1,52	98,5
Infrarégional	1,39	1,17	1,39	99,6
Régional	3,66	3,06	3,60	98,5
4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	**25,69**	**24,90**	**22,84**	**88,9**
Pays	12,79	10,71	11,05	86,4
Inter-pays	3,28	2,75	3,00	91,3
Infrarégional	1,82	1,52	1,67	92,1
Régional	7,80	6,53	7,12	91,3

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$)	Fonds accordés par domaine (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes	**30,54**	**29,60**	**28,61**	**93,7**
Pays	8,21	6,88	6,85	83,5
Inter-pays	10,43	8,73	10,00	95,9
Infrarégional	2,72	2,28	2,70	99,4
Régional	9,18	7,69	9,06	98,7
4.5 Ressources humaines pour la santé	**16,90**	**16,40**	**13,41**	**79,4**
Pays	9,78	57,88	6,45	65,9
Inter-pays	1,83	10,86	1,80	97,8
Infrarégional	0,92	5,46	0,91	98,7
Régional	4,36	25,79	4,26	97,8

- L'exécution budgétaire (dépenses/fonds alloués) était supérieure à 90 % dans tous les domaines programmatiques à l'exception de deux : 4.3 (Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire) et 4.5 (ressources humaines pour la santé), qui présentaient des taux d'exécution de 89 % et 79 %, respectivement. Le solde non engagé correspond principalement à des contributions volontaires, attribuées au niveau des pays qui arriveront à expiration au cours des deux prochains exercices biennaux.
- Les domaines programmatiques 4.1 (Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé) et 4.2 (Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes) ont dépassé le budget approuvé pour 2014-2015. Ces deux domaines programmatiques ont des taux d'exécution supérieurs à 97 % (dépenses/fonds alloués).
- Au cours de 2014-2015, les contributions volontaires mobilisées se sont montés à 42 % du budget total attribué. Des efforts importants ont été consentis pour améliorer la mobilisation des ressources, principalement auprès des donateurs tels que le Brésil, la FDA des États-Unis, l'Espagne, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), la Fondation Bill et Melinda Gates, Santé Canada, la Fondation Rockefeller, la Fondation de l'OPS, AMEXCID, l'OMS et OMS/EURO, entre autres. En outre, les pays ont mobilisé des ressources au niveau national pour répondre aux besoins budgétaires pour l'exercice biennal.

Recommandations

- Soutenir les pays alors qu'ils continuent de progresser vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (CSU), en tant qu'objectif à part entière et comme moyen d'atteindre les ODD et de développer des systèmes de santé résilients. D'importants progrès ont été réalisés au sein de cette catégorie, surtout en ce qui concerne les réformes du système de santé et la progression vers la santé universelle. Il est important que le programme mondial de santé publique continue d'évoluer. Des flambées épidémiques continueront à émerger au niveau mondial et dans la Région. Il sera nécessaire d'appuyer les pays dans la mise en œuvre des stratégies nationales pour atteindre les ODD. La stratégie de santé universelle fournit le cadre de référence pour garantir des systèmes de santé résilients (liés à la mise en œuvre effective des compétences de base pour le Règlement sanitaire international), et pour la réalisation de l'ODD3.
- Déployer des efforts politiques de haut niveau afin de plaider pour l'amélioration du financement public dans la santé. La question du financement de la santé revêt une importance croissante dans les programmes

politiques des pays de la Région, compte tenu des difficultés économiques que certains connaissent et des défis auxquels ils sont tous confrontés pour élargir l'espace budgétaire pour la santé. Au moment de mesurer les résultats dans la catégorie 4, il convient de noter que très peu de pays ont fait des progrès dans l'amélioration de l'espace budgétaire pour la santé (comme déterminé par l'indicateur de résultat). Bien que cette évaluation porte sur le premier des trois exercices du Programme et budget, il est peu probable que les résultats de la catégorie 4 soient atteints dans le cadre du Plan stratégique sans cet effort de haut niveau.

- Organiser un dialogue de haut niveau sur le financement de la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes avec la participation de l'OPS et d'autres organismes partenaires. Dans la préparation des ententes-cadres ou de grands projets avec des partenaires de l'OPS, on a observé que certains partenaires continuent d'insister pour l'inclusion du ticket modérateur, ou de frais au point de prestation des services de santé.
- Apporter un soutien supplémentaire dans la perspective de l'analyse de la santé et des systèmes et services de santé. Dans l'évaluation de cette catégorie, il est évident que les pays ont besoin d'un soutien supplémentaire pour la collecte et l'analyse des informations sur la santé, l'évaluation de l'atteinte des indicateurs et le suivi des progrès vers la réalisation des résultats.
- Se livrer à des discussions et des activités inter-programmatiques plus approfondies pour améliorer la conception, la coordination, le financement, la mise en œuvre et le suivi et l'examen des programmes. Il faut intensifier l'action pour assurer l'affectation de ressources supplémentaires, par exemple, pour la mise en œuvre du projet sur les maladies rénales chroniques en Amérique centrale et dans d'autres régions.

Évaluation par domaine programmatique

Domaine programmatique 4.1 : Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé **RÉSULTAT : Capacités nationales accrues pour parvenir à une couverture sanitaire universelle** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/2 en cours, 1/2 aucun progrès Évaluation des indicateurs des RIM : 3/4 atteints, 1/4 partiellement atteint	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation *(Noter comme atteint, en cours, aucun progrès)*[18,19]
4.1.1	Nombre de pays et territoires qui ont entrepris des actions pour la réalisation progressive de l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle	s/o	12	en cours (3 atteints + 10 en cours)
Trois pays ont atteint l'indicateur : ECU, MEX, PER. En outre, 10 pays et territoires ont fait des progrès vers la réalisation de l'indicateur : BHS, GUY, HND, HTI, JAM, KNA, PER, PRY, SXM, TCA. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. Le niveau de référence pour cet indicateur n'est pas disponible car cet indicateur n'a pas fait l'objet d'un suivi précédemment. Étant donné que l'indicateur mesure les progrès sur des mesures qui sont également évaluées parmi les indicateurs de résultats immédiats dans ce domaine, il est recommandé qu'un autre indicateur de résultat intermédiaire de substitution soit utilisé pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation de la santé universelle selon une approche quantitative.				

[18] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée pour 2019 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) dans le Plan stratégique de l'OPS a déjà été atteinte.
- **En cours :** il y a eu une augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et le travail est en cours/en bonne voie pour atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique pour 2019.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et les progrès pour atteindre la cible de l'indicateur d'ici à 2019 pourraient être menacés.

[19] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
4.1.2	Nombre de pays et territoires engageant au moins 6 % du PIB pour les dépenses publiques pour la santé	6	20	aucun progrès (5 atteints + 3 en cours)

Cinq pays ont atteint l'indicateur : CAN, CRI, CUB, URY, USA.

Trois pays ont fait des progrès partiels sur cet indicateur : BRA, HND, SLV.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de neuf pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Même si plusieurs pays de la Région ont élaboré des stratégies pour augmenter les dépenses de santé publique, il est important de noter que plus de temps est nécessaire pour constater une augmentation de ces dépenses et qu'il est trop tôt dans la période de six ans couverte par le Plan stratégique pour évaluer les progrès. Les pays de référence doivent continuer à œuvrer pour protéger les acquis sur le plan de la progression vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Cet indicateur bénéficierait d'un travail supplémentaire et continu sur l'institutionnalisation de la production des comptes de la santé pour assurer un suivi approprié des ressources et des dépenses.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[20, 21]
4.1.1	Pays à même d'élaborer des politiques, des stratégies et/ou des plans nationaux complets sur la santé, y compris la CSU	Nombre de pays et territoires qui ont une stratégie ou un plan national dans le secteur de la santé avec des objectifs/cibles définis révisés au cours des cinq dernières années	10	16	dépassé (22 atteints + 6 partiellement atteints)

Vingt-deux pays et territoires ont atteint cet indicateur : BHS, BRA, CAN, CHL, COL, CUB, DMA, DOM, ECU, GUY, HND, JAM, MEX, MSR, PER, SAB, SLV, TTO, URY, USA, VEN, VGB.

Six pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BON, KNA, LCA, SXM, TCA.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Cet indicateur a dépassé la cible pour l'exercice biennal.

[20] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée pour 2019 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) dans le Plan stratégique de l'OPS a déjà été atteinte.
- **En cours :** il y a eu une augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et le travail est en cours/en bonne voie pour atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique pour 2019.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et les progrès pour atteindre la cible de l'indicateur d'ici à 2019 pourraient être menacés.

[21] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[20, 21]
4.1.2	Pays en mesure d'élaborer et d'appliquer des cadres financiers pour la santé	Nombre de pays et territoires ayant des stratégies financières pour la CSU	9	18	partiellement atteint (16 atteints + 5 partiellement atteints)
Seize pays et territoires ont atteint cet indicateur : BHS, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DOM, ECU, MEX, PAN, PER, SLV, STA, URY, USA. Cinq pays ont atteint partiellement l'indicateur : BOL, BON, KNA, SXM, TCA. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de neuf pays au moment où ce rapport a été rédigé. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour définir des politiques pour réformer les stratégies de la santé des pays en ce qui concerne *a)* la collecte de fonds, *b)* les systèmes de mise en commun et *c)* la conception des systèmes de paiement et l'allocation des ressources, afin qu'elles contribuent aux avancées vers la santé universelle.					
4.1.3	Pays en mesure d'élaborer et d'appliquer des cadres législatifs et réglementaires pour la CSU	Nombre de pays et territoires qui ont des cadres législatifs ou réglementaires à l'appui de la CSU	6	12	dépassé (21 atteints + 2 partiellement atteints)
Vingt-et-un pays et territoires ont atteint l'indicateur : BOL, BON, BRA, CAN, COL, CUB, CUW, ECU, GTM, HND, MEX, NIC, PAN, PER, SAB, SLV, SUR, STA, SXM, URY, VEN. Deux pays ont partiellement atteint l'indicateur : BHS, DOM. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays ont consenti d'importants efforts pour inclure des cadres législatifs et réglementaires nationaux liés à la santé dans le contexte de l'accès universel à la santé et de la couverture sanitaire universelle. D'autres réformes juridiques ont impliqué la formulation, la révision et/ou la modification de lois spécifiques liées à la santé, d'une manière conforme aux traités et aux normes universels et régionaux relatifs aux droits de l'homme (santé maternelle au Honduras, loi sur le tabac en Jamaïque, au Mexique et en Colombie, loi sur la nutrition au Pérou, loi sur la santé mentale au Guatemala, loi sur le VIH au Venezuela, code pénal en République dominicaine dans le cadre de la santé maternelle et des droits génésiques). En outre, le code civil en Argentine a été réformé afin de réviser la capacité juridique des personnes handicapées.					
4.1.4	Pays en mesure d'assurer un suivi et une évaluation des systèmes de santé et des indicateurs de services associés à la CSU et à l'équité	Nombre de pays et territoires qui ont mené des études afin d'assurer un suivi et une évaluation de leurs systèmes de santé et de leurs indicateurs de services associés à la CSU et à l'équité	0	8	dépassé (11 atteints + 3 partiellement atteints)
Onze pays ont atteint l'indicateur : BRA, CAN, CHL, COL, GTM, MEX, PAN, PER, PRY, SLV, USA.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[20, 21]
En outre, trois pays et territoires ont partiellement atteint l'indicateur : BON, CRI, JAM. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. D'autres améliorations sont nécessaires en ce qui concerne l'utilisation de méthodes robustes et la disponibilité d'enquêtes et de données de qualité dans la Région afin que davantage de pays soient en mesure de procéder à un suivi et à une évaluation de leurs systèmes de santé en termes de santé universelle et d'équité.					

Domaine programmatique 4.2 : Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes **RÉSULTAT : Accès accru à des services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 1/2 atteint, 1/2 partiellement atteint	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
4.2.1	Nombre de pays qui ont réduit d'au moins 10 % les hospitalisations pour des pathologies pouvant être prises en charge dans le cadre des soins ambulatoires	s/o	19	en cours (6 atteints + 6 en cours)
Six pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, CUB, MEX, SAB, USA, VEN. En outre, six pays ont fait des progrès sur le plan de la réalisation de cet indicateur : BRA, CHL, DOM, HND, LCA, SLV. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de 16 pays au moment où ce rapport a été rédigé. La Région doit encore renforcer la capacité au premier niveau de soins. En outre, des efforts sont nécessaires pour				
N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
élaborer des politiques et des réformes pour remédier à la fragmentation, à la mauvaise qualité technique, aux références médicales tardives, au manque d'accès aux services de prévention et au recours excessif aux soins axés sur la phase aiguë des pathologies et au traitement en milieu hospitalier.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
4.2.1	Options stratégiques, outils et orientations techniques fournis aux pays afin d'améliorer la prestation équitable de services intégrés axés sur les personnes et le renforcement des approches de santé publique	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des stratégies de réseaux de prestation de services intégrés	10	15	dépassé (23 atteints + 6 partiellement atteints)
Vingt-trois pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BLZ, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, ECU, GTM, HND, JAM, MEX, NIC, PER, PRY, SLV, TCA, TTO, URY, USA, VGB. Six autres pays ont partiellement atteint cet indicateur : BHS, CUW, DOM, GUY, PAN, SUR. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de 10 pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les progrès sur le plan de cet indicateur seront fonction de la mise en œuvre des stratégies nationales qui sont actuellement à l'étude.					
4.2.2	Pays en mesure d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients conformément aux lignes directrices de l'OPS/OMS	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des stratégies et/ou des plans nationaux pour la qualité des soins et la sécurité des patients	8	12	partiellement atteint (10 atteints + 11 partiellement atteints)
Dix pays ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, BRB, CHL, COL, CUB, DOM, MEX, PAN, PER. En outre, 11 pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BHS, BOL, CRI, GUY, JAM, KNA, PRY, SAB, SLV, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé.					

Domaine programmatique 4.3 : Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire **RÉSULTAT : Amélioration de l'accès à et de l'utilisation rationnelle de médicaments, produits médicaux et technologies de la santé sûrs, efficaces et de qualité** Évaluation des indicateurs des RIT : 2/2 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 4/4 atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
4.3.1	Nombre de pays qui garantissent l'accès aux médicaments figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels sans paiement au point de soins/service/délivrance	4	31	en cours (7 atteints + 8 en cours)
Sept pays ont atteint l'indicateur : BRB, CRI, ECU, MEX, SLV, TTO, VEN. Huit autres pays et territoires ont progressé sur le plan de cet indicateur : BHS, COL, GTM, NIC, PAN, PER, TCA, URY. Le plaidoyer a mis l'accent sur l'amélioration de la législation et des normes des pays pour garantir l'accès aux médicaments essentiels, dans le cadre de la progression vers la santé universelle. Par exemple, El Salvador a considérablement augmenté la disponibilité des médicaments à différents niveaux et la Barbade a fait en sorte que les médicaments soient disponibles gratuitement dans le secteur public au point de délivrance. La Colombie a progressé en établissant le rôle des comités de pharmacothérapie. Cependant, certains défis importants subsistent, comme *a)* l'amélioration de l'accès de la population à la liste nationale des médicaments essentiels sans restriction et gratuitement au point de soins, *b)* la définition d'un cadre juridique pour les comités de pharmacothérapie et pour la prescription, la délivrance et la promotion de l'usage rationnel des médicaments et *c)* la mise en place de mécanismes pour assurer la durabilité.				
4.3.2	Nombre de pays et territoires qui ont atteint ou augmenté leur capacité réglementaire dans le but de parvenir au statut d'autorité de réglementation fonctionnelle des médicaments et autres technologies de la santé	7	33	en cours (7 atteints + 25 partiellement atteints)
Sept pays ont atteint l'indicateur : BRA, CAN, CHL, CUB, SLV, URY, USA. En outre, 25 pays et territoires ont progressé sur le plan de cet indicateur : ARG, ATG, BHS, BOL, BRB, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, NIC, PAN, PER, PRY, SUR, TCA, TTO, VEN, VGB. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé.				

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
Les pays ont pris des mesures pour renforcer la sécurité, la qualité et l'efficacité des médicaments et autres technologies de la santé. Le Chili, par exemple, a créé un système de réglementation, et son Institut de la santé publique (ISP) a été reconnu comme une autorité réglementaire nationale fonctionnelle. D'autres autorités réglementaires nationales ont accompli d'importants progrès également (El Salvador et Équateur). Le Système de réglementation des Caraïbes est une nouvelle approche infrarégionale qui offrira un processus d'enregistrement centralisé pour les pays des Caraïbes.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
4.3.1	Pays en mesure d'élaborer/actualiser, mettre en œuvre, suivre et évaluer les politiques nationales pour un meilleur accès aux médicaments et aux autres technologies de la santé	Nombre de pays et territoires avec des politiques nationales sur l'accès, la qualité et l'utilisation des médicaments et autres technologies de la santé actualisées au cours des cinq dernières années	3	7	dépassé (13 atteints + 13 partiellement atteints)
Treize pays et territoires ont atteint cet indicateur : BON, CRI, CUW, DMA, ECU, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PRY, URY, VEN. Treize autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BHS, BRA, BRB, CHL, COL, DOM, HND, SAB, SLV, SUR, TTO, VGB. La majorité des pays ont mis en œuvre des politiques nationales visant à garantir l'accès aux médicaments essentiels et autres technologies de la santé prioritaires sur la base des besoins de santé publique. En outre, des mécanismes infrarégionaux ont accompli d'importants progrès pour garantir l'accès aux médicaments onéreux. MERCOSUR, par exemple, a mené les négociations conjointes sur les médicaments antirétroviraux et pour l'hépatite C.					
4.3.2	Mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle	Nombre de pays et territoires notifiant des indicateurs d'accès et d'innovation par le biais de la plate-forme régionale de l'OPS sur l'accès aux technologies de la santé et l'innovation pour l'Observatoire (PRAIS)	5	7	dépassé (9 atteints + 5 partiellement atteints)
Neuf pays ont atteint cet indicateur : ARG, BOL, BRA, COL, DOM, PAN, PER, SLV, URY. En outre, cinq pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BON, BRB, GTM, SUR, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de sept pays au moment où ce rapport a été rédigé.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
Ils ont communiqué leurs données à PRAIS par différents mécanismes, tels que les profils pharmaceutiques des pays et des évaluations réglementaires.					
4.3.3	Pays en mesure d'évaluer leur capacité nationale de réglementation des médicaments et autres technologies de la santé	Nombre de pays et territoires ayant procédé à une évaluation de leurs fonctions réglementaires pour au moins deux des éléments suivants : médicaments, dispositifs médicaux, sécurité des radiations, sécurité transfusionnelle et greffes d'organes	7	11	dépassé (14 atteints + 11 partiellement atteints)
Quatorze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BON, BRA, CAN, CRI, CUB, CUW, ECU, MEX, NIC, PER, SAB, STA, VEN. Onze autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BRB, CHL, COL, DOM, GUY, HTI, JAM, PAN, SLV, TTO, VGB. Une évaluation pilote de la capacité de réglementation des dispositifs médicaux a été réalisée dans cinq pays : la Colombie, Cuba, l'Équateur, le Mexique et le Panama. Les résultats ont été présentés lors d'une réunion régionale qui s'est tenue en Colombie en octobre 2015.					
4.3.4	Pays en mesure de mettre en œuvre des processus et des mécanismes pour l'évaluation, l'intégration et la gestion des technologies de la santé, et pour une utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé	Nombre de pays et territoires ayant des mécanismes pour l'évaluation, l'intégration fondée sur des données probantes, la sélection et la gestion des technologies de la santé, et l'utilisation rationnelle des médicaments et autres technologies de la santé	3	8	dépassé (13 atteints + 14 partiellement atteints)
Treize pays et territoires ont atteint cet indicateur : BOL, BRA, CAN, CUB, CUW, MEX, NIC, PER, PRY, SAB, SLV, STA, URY. En outre, 14 pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BHS, BON, BRB, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, HTI, JAM, PAN, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les pays ont réalisé des avancées importantes dans la mise en œuvre d'approches intégrées pour l'évaluation et l'utilisation rationnelle des technologies de la santé. Par exemple, El Salvador a créé un nouveau département au sein du ministère de la Santé qui intègre l'évaluation des technologies de la santé (ETS) et l'utilisation rationnelle des technologies de la santé. Le Pérou a créé une nouvelle entité ETS qui a été intégrée récemment au réseau régional de RedETSA. L'Argentine et l'Équateur ont fait des progrès sur le don et la greffe d'organes et sur la					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
sécurité transfusionnelle, entre autres. L'Argentine a aussi une unité de coordination sur l'évaluation des technologies de la santé (UCEETS).					

Domaine programmatique 4.4 : Systèmes d'information de la santé et données probantes **RÉSULTAT : Tous les pays ont des systèmes d'information de la santé et des systèmes de recherche en matière de santé qui fonctionnent** Évaluation des indicateurs des RIT : 2/2 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 3/7 atteints, 4/7 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
4.4.1	Nombre de pays et territoires qui ont atteint la couverture et les objectifs de qualité du plan d'action régional de l'OPS pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé	14	35	en cours (10 atteints + 22 en cours)

Dix pays et territoires ont atteints cet indicateur : ARG, BRA, CAN, CHL, CRI, CUB, MEX, PRI, URY, USA.

Vingt-deux pays et territoires ont progressé partiellement sur cet indicateur : AIA, ATG, BLZ, BOL, COL, DMA, DOM, ECU, GRD, GUY, HND, JAM, KNA, LCA, NIC, PER, SLV, SUR, TTO, VCT, VEN, VGB.

On attendait encore la confirmation de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé.

L'Organisation a préconisé l'adoption de politiques et d'interventions recommandées dans le Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé. Environ 30 pays ont créé des comités interinstitutions visant à renforcer les informations sur la santé. Vingt et un pays ont atteints les cibles des statistiques de l'état civil et de la santé pour les données sur les naissances, et 16 cibles pour les données sur les décès ; 17 et 12 pays ont dépassé ces cibles, respectivement. Le réseau Sud-Sud RELACSIS a permis l'échange d'expériences et de meilleures pratiques dans toute la Région. Des efforts sont également en cours pour continuer à améliorer la couverture et la qualité des statistiques de l'état civil et de la santé, en se concentrant sur les registres de mortalité (sous-enregistrement et causes de décès mal définies/inconnues).

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
4.4.2	Nombre de pays et territoires avec des mécanismes fonctionnels pour la gouvernance de la recherche en matière de santé	5	26	en cours (9 atteint + 18 en cours)
Neuf pays et territoires ont atteint cet indicateur : BRA, CAN, CHL, CUW, DMA, MEX, PAN, PER, USA. Dix-huit pays et territoires ont progressé partiellement sur cet indicateur : ARG, BHS, BOL, CRI, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, JAM, PRY, SLV, STA, SUR, SXM, TCA, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. L'indicateur comprend quatre éléments clés : définition des priorités de la recherche nationale, normes d'éthique, proportion des essais cliniques enregistrés de façon prospective, et mécanismes de traduction de la recherche.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
4.4.1	Pays en mesure de se conformer à un suivi complet de la situation sanitaire, des tendances et des déterminants sur le plan régional et national	Nombre de pays et territoires opérant un suivi de la situation sanitaire, des tendances et des déterminants tous les deux ans	9	14	dépassé (18 atteints + 7 partiellement atteints)
Dix-huit pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BLZ, BRA, CAN, COL, CRI, CUB, DMA, GLP, GTM, GUF, MTQ, NIC, PAN, PER, PRI, PRY, USA. Sept pays et territoires ont partiellement atteint l'indicateur : BON, ECU, MEX, STA, SUR, TCA, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de six pays au moment où ce rapport a été rédigé. On estime que des améliorations significatives à l'échelle de la Région résulteront du processus de la Santé dans les Amériques 2017. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer les capacités en matière de systèmes d'information de la santé pour la gestion des données et le suivi des tendances de la situation de la santé. Les stratégies à moyen terme pour combler les lacunes comprennent des niveaux accrus de ressources financières et humaines pour ces fonctions essentielles de la santé publique et l'élaboration de politiques et stratégies permettant de renforcer les systèmes d'information de la santé. Des efforts sont en cours pour élaborer une stratégie visant à améliorer l'analyse des données de la santé dans toute la Région à l'aide d'un processus adapté aux besoins des pays.					
4.4.2	Mise en œuvre de la Stratégie régionale et du Plan d'action sur la santé en ligne	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre une stratégie de santé en ligne	5	16	partiellement atteint (7 atteints + 13 partiellement atteints)
Sept pays et territoires ont atteint cet indicateur : BON, BRA, CAN, CHL, COL, JAM, USA.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
Treize autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, BLZ, BRB, CRI, CUW, DOM, GTM, MEX, PER, SLV, TTO, VEN, VGB. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. L'engagement politique et l'adoption de mesures sur la santé en ligne ont augmenté régulièrement. Cela a conduit à une plus forte mobilisation de ressources pour l'adoption et le développement de services numériques qui permettront un meilleur accès, élargiront la couverture et accroîtront l'efficacité financière des systèmes de soins de santé. L'OPS estime que d'ici à la fin de 2017, au moins 12 autres pays et territoires auront des stratégies nationales de santé en ligne (Argentine, Belize, Costa Rica, Dominique, El Salvador, Îles Vierges britanniques, Mexique, Panama, Paraguay, Pérou, Trinité-et-Tobago, Venezuela).					
4.4.3	Mise en œuvre de la stratégie régionale de gestion des connaissances	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre la stratégie régionale de gestion des connaissances	6	12	partiellement atteint (7 atteints + 5 partiellement atteints)
Sept pays ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, COL, DMA, GUY, MEX, PAN. En outre, cinq pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : CRI, DOM, SAB, SLV, STA. L'OPS a fourni un soutien adapté aux pays et territoires pour la réalisation de cet indicateur, considérant que la mise en œuvre de cette stratégie exige une priorisation soutenue de la gestion des connaissances et de ses domaines connexes. D'importants progrès ont ainsi été accomplis au cours de l'exercice biennal. Par exemple, l'Argentine a augmenté sa contribution à la base de données LILACS ; le pays a maintenant une bibliothèque virtuelle nationale sur la santé et cinq bibliothèques virtuelles de santé thématiques (BVS). En outre, trois journaux scientifiques argentins ont été indexés dans le système de MEDLARS/NLM par BIREME. En 2014, l'hôpital italien de Buenos Aires a été désigné comme Centre collaborateur de l'OPS/OMS en gestion des connaissances. Le Brésil a une BVS nationale et plus de 25 BVS thématiques, devenant ainsi le pays qui a le plus de BVS dans la Région. En 2015, l'OPS a signé un accord avec le ministère de la Santé du Brésil pour soutenir l'innovation et le développement d'un Portail fondé sur les données probantes de la santé, une initiative du pays. En 2015, tous les centres de collaboration de LILACS ont traité un total de 23 039 documents (en augmentation de 4,5 % par rapport à 2014). Il convient également de noter le développement du Portail EvIDeNCe de l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) en Jamaïque, qui fournit plus de 16,5 millions de notices bibliographiques, dont 5 millions avec texte intégral disponible. Afin d'atteindre les jalons fixés pour la stratégie régionale de gestion des connaissances, il est essentiel de renforcer l'importance du Programme HINARI de l'OMS, entre autres.					
4.4.4	Mise en œuvre de la politique régionale sur la recherche pour la santé (CD49/10)	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre la politique régionale sur la recherche pour la santé	18	23	partiellement atteint (14 atteints + 15 partiellement atteints)
Quatorze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, BRA, CAN, CHL, CUB, GLP, GUF, HND, MEX, MTQ, NIC, PER, PRY, USA. Quinze autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : ATG, COL, CRI, DOM, ECU, GUY, JAM, KNA, LCA, PAN, SLV, SUR, TCA, VCT, VEN.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de neuf pays au moment où ce rapport a été rédigé. En 2015, la plupart des pays disposaient de politiques de recherche en santé. Les capacités pertinentes des pays ont augmenté de façon notable, mais de façon peu régulière. L'OPS a établi un partenariat avec les écoles de santé publique afin de préconiser la mise en œuvre de la politique régionale et a accordé 180 bourses d'études supérieures au niveau de la maîtrise et du doctorat. L'Organisation a été un catalyseur pour le développement d'outils stratégiques en vue d'améliorer et de fournir un accès aux ressources stratégiques fondées sur des données probantes pour la recherche en santé de façon à enrichir les politiques de santé publique et la prise de décisions.					
4.4.5	Pays en mesure de renforcer leur capacité à générer et appliquer des données probantes scientifiques	Nombre de pays et territoires intégrant des données probantes scientifiques dans la pratique, les programmes ou les politiques à l'aide de méthodes normalisées	8	12	partiellement atteint (9 atteints + 6 partiellement atteints)
Neuf pays ont atteint l'indicateur : ARG, BRA, COL, CRI, CUB, MEX, NIC, PAN, PRY. Six autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : BOL, CHL, GTM, PER, SLV, TTO. Les progrès pour ce qui est de promouvoir la traduction des connaissances et les mécanismes de preuve comprennent des améliorations de 12 programmes de santé par le biais de la recherche intégrée (l'Initiative iPIER) en Argentine, en Bolivie, au Brésil, au Chili, en Colombie, au Mexique, au Panama, au Pérou et à Sainte-Lucie. Les programmes nationaux de données probantes ont été renforcés au moyen de normes, de stratégies, de formations et d'un appui pour l'élaboration de lignes directrices en utilisant les méthodes GRADE (cours virtuel de l'OPS organisé dans plus de 10 pays). Une plate-forme régionale pour l'adaptation des lignes directrices et la traduction des connaissances est disponible, et la mise en conformité au sein de l'OPS augmente. Les programmes, politiques, normes et règlements nationaux et infrarégionaux sur la recherche ont été actualisés ou élaborés. Un programme infrarégional sur les maladies rénales chroniques de causes non traditionnelles en Amérique centrale est disponible pour consultation nationale.					
4.4.6	Pays en mesure de traiter des questions éthiques prioritaires liées à la santé publique et à la recherche pour la santé	Nombre de pays et territoires ayant des mécanismes de responsabilisation pour examiner la recherche ou incorporer l'éthique dans la santé publique	2	9	dépassé (12 atteints + 3 partiellement atteints)
Douze pays ont atteint l'indicateur : ARG, BRA, CHL, COL, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV, VEN. En outre, trois pays ont partiellement atteint l'indicateur : BHS, BOL, TTO. Des mesures ont été prises pour mettre en œuvre ProEthos afin de renforcer les examens éthiques pour la recherche sur des sujets humains (Argentine, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guadeloupe, Honduras, Pérou). Les cadres nationaux ont été révisés afin d'assurer une recherche éthique sur les sujets humains (Colombie, Costa Rica, Équateur, Jamaïque et Pérou), et une formation sur l'éthique de la recherche a été fournie au niveau infrarégional et national (Chili, Colombie, Costa Rica, Guatemala, Pérou et Trinité-et-Tobago). Des					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
supports de formation et des orientations et ateliers innovants ont été proposés au Chili, en Colombie et à Porto Rico, ainsi qu'au personnel de l'OPS afin de mieux intégrer l'éthique dans la prise de décisions de santé publique.					
4.4.7	Initiative de l'OPS sur les données de base et les profils de santé des pays élargie pour un suivi efficace du PS 2014-2019	Proportion des indicateurs d'impact du PS 2014-2019, communiqués par le biais de l'Initiative sur les données de base et les profils de santé des pays	s/o	100 %	atteint (100 %)
Il s'agit d'un indicateur au niveau régional qui vise à fournir des données stratégiques provenant des pays et territoires sur les progrès accomplis sur le plan de la réalisation des indicateurs d'impact dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. L'OPS a construit une base de données régionale et nationale avec les données de référence, les données sur les progrès et sur les cibles.					

Domaine programmatique 4.5 : Ressources humaines pour la santé **RÉSULTAT : Disponibilité adéquate d'un personnel de santé compétent, culturellement approprié, bien réglementé et réparti et traité équitablement** Évaluation des indicateurs des RIT : 3/3 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 4/4 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
4.5.1	Nombre de pays et territoires comptant au moins 25 agents de santé (médecins, personnel infirmier et sages-femmes) pour 10 000 personnes	25	31	en cours (27 atteints)
Vingt-sept pays et territoires ont atteint cet indicateur : AIA, ARG, BLZ, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, CYM, DMA, GLP, GRD, LCA, MEX, MSR, MTQ, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, TTO, URY, USA, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. Sept autres pays et territoires devront faire face à certains défis pour atteindre ce résultat d'ici à 2019 (Bolivie, Équateur, Guadeloupe, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua). En 2015, ces pays cibles ont communiqué les données suivantes sur le nombre d'agents de santé pour 10 000 habitants : Haïti 3,6, Guyana 11,6, Guatemala 12,5, Honduras 13,6, Bolivie 14.1, Nicaragua 16,0, Équateur 18,2. L'OPS collabore avec ces pays pour renforcer les capacités de planification afin d'améliorer la dotation en personnel et en particulier de traiter du problème de l'émigration des agents de santé.			

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
4.5.2	Nombre de pays et territoires avec des programmes nationaux de formation en compétences de santé publique et interculturelles pour les travailleurs des soins de santé primaires	8	22	en cours (5 atteints + 16 en cours)
Cinq pays et territoires ont atteint cet indicateur : BRA, CHL, CUB, CUW, PAN. Par ailleurs, 16 pays et territoires ont progressé sur le plan de cet indicateur : ARG, BON, COL, CRI, ECU, GRD, LCA, MEX, PER, PRY, SLV, STA, SXM, TCA, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. Des progrès sur le plan de cet indicateur sont notés dans les pays ayant une diversité ethnique et culturelle.				
4.5.3	Nombre de pays et territoires qui ont réduit de 50 % l'écart dans la densité du personnel de santé (médecins, personnel infirmier, sages-femmes) entre les juridictions infranationales (province, état, département, territoire, district, etc.) qui ont une plus faible densité d'agents de santé que la densité nationale	11	19	en cours (10 atteints + 2 en cours)
Dix pays et territoires ont atteint cet indicateur : CUB, HND, JAM, NIC, PAN, PER, PRY, TCA, TTO, VEN. Deux pays ont fait des progrès partiels sur cet indicateur : BOL, KNA. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de 13 pays au moment où ce rapport a été rédigé. L'évaluation de cet indicateur exige de chaque pays qu'il établisse un niveau de référence permettant de mesurer les progrès accomplis. La conformité ne signifie pas nécessairement que l'on soit parvenu à une répartition optimale des agents de santé, mais cela indique que des progrès ont été réalisés pour ce qui est de réduire l'écart entre les zones à plus haute densité et les zones mal desservies. Il est important de noter que les pays ayant les plus fortes concentrations de population ont enregistré des progrès sur cet indicateur.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
4.5.1	Pays en mesure d'élaborer et d'appliquer des politiques et/ou des plans des ressources humaines dans la santé pour parvenir à la CSU et répondre aux besoins actuels et futurs de leur population	Nombre de pays et territoires ayant un plan d'action pour les ressources humaines dans la santé aligné sur les politiques et les besoins de leur système de soins de santé	11	17	partiellement atteint (7 atteints + 10 partiellement atteints)
Sept pays et territoires ont atteint cet indicateur : AIA, CAN, CHL, CUB, SLV, URY, VEN.En outre, 10 pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BON, COL, CRI, DOM, ECU, KNA, MEX, PER, TTO, USA. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de six pays au moment où ce rapport a été rédigé. Des progrès substantiels ont été réalisés sur cet indicateur, avec des avancées importantes dans la plupart des pays cibles.					
4.5.2	Pays en mesure d'améliorer la performance, les conditions de travail, la satisfaction au travail et la stabilité de leur personnel de santé conformément au Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé	Nombre de pays et territoires ayant un cadre juridique complet qui assure le traitement approprié des personnels de santé	12	18	partiellement atteint (9 atteints + 4 partiellement atteints)
Neuf pays et territoires ont atteint cet indicateur : BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, NIC, SAB, USA. Quatre autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : BHS, DOM, PER, SLV. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de sept pays au moment où ce rapport a été rédigé. Des progrès ont été réalisés, mais il convient de noter que l'établissement d'un cadre juridique est un processus long dans la plupart des pays. On espère que les pays s'appuieront sur ces progrès pendant l'exercice biennal en cours.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
4.5.3	Orientations techniques fournies aux établissements hospitaliers universitaires et aux programmes pour l'enseignement des sciences de la santé, axées sur les soins de santé primaires	Nombre de programmes d'enseignement réorientés vers les soins de santé primaires	7	12	partiellement atteint (6 atteints + 4 partiellement atteints)
Six pays et territoires ont atteint cet indicateur : CUB, DOM, KNA, NIC, SAB, VEN. En outre, quatre pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BON, COL, MEX, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. Un défi important subsiste pour les pays dans la mesure où les universités ont l'autonomie de définir leurs propres programmes.					
4.5.4	Pays et territoires en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies novatrices afin d'améliorer le personnel de la santé publique, de la gestion et de la santé clinique	Nombre de pays et territoires qui ont mis en place un pôle du campus virtuel pour la santé publique ou un réseau équivalent d'apprentissage en ligne	7	14	partiellement atteint (11 atteints + 8 partiellement atteints)
Onze pays ont atteint cet indicateur : CHL, COL, CUB, DOM, ECU, HND, MEX, PER, PRY, SLV, URY. En outre, huit pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, CRI, GUY, JAM, PRI, SAB, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de neuf pays au moment où ce rapport a été rédigé.					

Évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015
Rapport sur la catégorie 5

CATÉGORIE 5 : PRÉPARATION, SURVEILLANCE ET INTERVENTION	NOTE GLOBALE DE L'ÉVALUATION DE LA CATÉGORIE [22] A répondu partiellement aux attentes

VUE D'ENSEMBLE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE DE LA CATÉGORIE

Tableau 1. Synthèse programmatique et budgétaire de la catégorie 5

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)	9,85	10,51	106,6	99,1	92,9	2/2 partiellement atteints	1/1 en cours
5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies	8,02	9,69	120,9	113,4	93,7	1/3 atteint, 2/3 partiellement atteints	1/1 en cours
5.3 Gestion des risques et crises d'urgence	18,98	21,03	110,8	104,1	94,0	5/5 atteints	2/2 en cours
5.4 Salubrité des aliments	9,54	13,97	146,5	135,5	92,5	1/4 atteint, 3/4 partiellement atteints	1/1 en cours
TOTAL	**46,39**	**55,20**	**119,0**	**111,1**	**93,4**	7/14 atteints, 7/14 partiellement atteints	5/5 en cours
5.5 Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises	22,00	9,84	44,8	42,0	93,8	1/1 atteint	1/1 atteint

[22] Les notes d'évaluation pour la catégorie globale et pour les domaines programmatiques/résultats sont déterminées par les facilitateurs des catégories et des domaines programmatiques de l'OPS, respectivement, en tenant compte de l'exécution programmatique et budgétaire, de l'analyse des ressources (humaines et financières) et des risques opérationnels et programmatiques. Les notes sont définies comme suit :

- **A répondu aux attentes** (vert) : a atteint 90 à 100 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont en bonne voie, comme prévu ; aucun obstacle ou risque affectant la réalisation des résultats n'est anticipé.
- **A répondu partiellement aux attentes** (jaune) : a atteint 75 à 89,9 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès peuvent être menacés, et des mesures sont nécessaires pour surmonter les retards, les obstacles et les risques.
- **Progrès insuffisants** (rouge) : a atteint < 75 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher la réalisation des résultats. Des mesures correctives immédiates sont nécessaires.

Tableau 2a. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 5 par niveau fonctionnel : Domaines programmatiques 5.1 à 5.4

Niveau fonctionnel	Fonds alloués (millions de US$)	Fonds alloués par niveau (%)	Total des dépenses (millions deUS$)	Exécution budgétaire (%)
Pays	13,71	24,85	13,53	98,7
Inter-pays	19,90	36,04	18,32	92,1
Infrarégional	2,76	5,01	2,56	92,5
Régional	18,82	34,10	17,13	91,0
Total	**55,20**	**100,00**	**51,53**	**93,4**

Tableau 2b. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 5 par niveau fonctionnel : Domaine programmatique 5.5 (Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises)

Niveau fonctionnel	Fonds alloués (millions de US$)	Fonds alloués par niveau (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
Pays	8,75	88,86	8,22	94,0
Inter-pays	0,30	3,06	0,28	92,2
Infrarégional	0,08	0,80	0,07	92,2
Régional	0,72	7,28	0,66	92,2
Total	**9,85**	**100,00**	**9,23**	**93,8**

ANALYSE PROGRAMMATIQUE DE LA CATÉGORIE

Synthèse de l'évaluation globale de la catégorie

La catégorie 5 se concentre sur le renforcement des capacités des pays dans les domaines de la prévention, de la réduction des risques, de la préparation, de la surveillance, de l'intervention et du relèvement rapide pour ce qui est de tous les types de risques pour la santé humaine qui pourraient résulter de situations d'urgence ou de catastrophes. Une attention particulière est accordée aux capacités qui relèvent des spécifications du Règlement sanitaire international (RSI) 2005. Les activités dans cette catégorie visent à renforcer les capacités par risques spécifiques par rapport à un éventail de maladies susceptibles de causer des flambées, épidémies ou pandémies, ainsi que par rapport à des événements liés à la salubrité des aliments, aux zoonoses, à la résistance aux antimicrobiens, aux urgences chimiques et radiologiques, aux risques naturels et aux conflits. Elle tient compte de l'approche en matière de sécurité humaine pour l'élaboration de politiques intersectorielles cohérentes visant à protéger et à autonomiser les populations afin d'augmenter la résilience des communautés face aux menaces critiques et généralisées. En outre, cette catégorie comprend une assistance sanitaire internationale adéquate et coordonnée pour aider les États Membres à répondre aux situations d'urgence lorsque cela est nécessaire.

Avec huit des 14 indicateurs de résultats immédiats pleinement atteints et les six autres partiellement atteints au cours de l'exercice 2014-2015, la catégorie 5 a partiellement répondu aux attentes pour la période couverte par

l'évaluation. Les cinq domaines programmatiques ont enregistré des progrès et des réalisations significatifs malgré des résultats globalement mitigés. L'exécution budgétaire a été forte, avec 94 % des fonds attribués effectivement exécutés.

Un effort important dans cette catégorie et pour l'Organisation dans son ensemble au cours de l'exercice biennal a été le soutien à l'intervention face à l'épidémie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest et l'assistance technique fournie aux États Membres afin d'améliorer leur préparation face au virus Ebola dans le cadre d'une stratégie de préparation plus vaste face aux épidémies et autres crises. Certes, cette urgence de niveau 3 s'est accompagnée de nombreux défis, notamment la perturbation de nombreux plans de travail de l'OPS et des États Membres, mais elle a également permis d'avancer sur de nombreux aspects du programme de travail liés à la préparation, à la surveillance et à l'intervention. La riposte à l'épidémie de virus Zika qui a débuté en 2015, avec l'intensification de la flambée épidémique et les complications associées au dernier trimestre, bénéficiera des améliorations instituées pour Ebola.

La flambée de virus Ebola a également été le déclencheur d'une session extraordinaire du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2015 sur la capacité de l'OMS à se préparer et à intervenir face aux futures épidémies et urgences à grande échelle et de longue durée. Cela a conduit à la création du Groupe consultatif de haut niveau sur la réforme de l'action de l'OMS lors de flambées et de situations d'urgences ayant des conséquences sanitaires et humanitaires. Ce Groupe consultatif a déjà formulé des recommandations sur les moyens de renforcer la capacité de l'OMS par le biais de changements internes, d'un soutien aux États Membres pour le renforcement des capacités et d'un renforcement des partenariats. Le plan comme convenu se compose de six domaines d'action : la gestion des risques infectieux, la préparation des États Membres (RSI et tous risques), l'évaluation des risques et la gestion des informations sur les urgences sanitaires, les opérations d'urgence (tous risques/événements), la gestion et l'administration et les relations extérieures. La mise en œuvre mettra l'accent sur la gestion des incidents, les questions clés pour des tests en phase pilote et les changements transformationnels.

L'OPS a déjà en place un certain nombre d'éléments dans la restructuration proposée, y compris une équipe d'intervention régionale forte, un cadre de coordonnateurs formés du groupe santé et des équipes médicales étrangères, et un solide réseau régional d'alerte et d'intervention face aux flambées mondiales. De plus, la politique de l'OPS/OMS pour la réponse institutionnelle aux urgences et catastrophes (IRED) constitue la base d'un programme de formation qui a été mis en place pour améliorer la capacité des chefs de service et hauts responsables de l'OPS/OMS en matière de préparation opérationnelle et d'intervention d'urgence. Le programme de formation comporte deux grands volets :

- Un cours en ligne qui facilitera l'apprentissage continu. La version anglaise a été lancée au cours du semestre 3 (janvier-juin 2015) et la version espagnole a été finalisée au dernier trimestre 2015 et sera lancée au début de 2016.
- Des sessions de formation en présentiel pour la préparation opérationnelle et l'intervention face aux catastrophes avec des représentants de l'OPS/OMS (PWR), des administrateurs et les points focaux sur les catastrophes des bureaux PWR et des départements et centres de l'OPS. Cette formation élargit le contenu de la formation en ligne susmentionné.

5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)

Présentation générale

Ce domaine programmatique vise à s'assurer que tous les pays de la Région ont les capacités de base nécessaires pour assumer leurs responsabilités en vertu du RSI 2005 avant l'échéance de 2016. Cela couvre la législation, les

politiques et le financement au niveau national, la coordination et la communication avec les points focaux nationaux, la surveillance et la communication des risques, la préparation et l'intervention, la prévention et le contrôle des infections, les ressources humaines ainsi que le renforcement des capacités de laboratoire et leur mise en réseau.

Réalisations

- Un total de 22 pays de la Région ont demandé et obtenu l'extension 2014-2016 sur les plans nationaux du RSI, témoignant de leur engagement à mettre en place des capacités nationales de santé publique. Dans le cadre du développement des capacités RSI, un soutien technique a été fourni pour actualiser ces plans dans le contexte du Cadre pour le renforcement de la préparation et de l'intervention face à la maladie à virus Ebola dans les Amériques (le cadre de préparation pour Ebola).
- En ce qui concerne l'alerte et l'intervention, des mesures de suivi épidémiologique et d'intervention 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ont été maintenues au cours de l'exercice biennal afin d'informer rapidement les États Membres sur les menaces ou les risques de santé publique, tels que le virus Zika. La majorité des urgences de santé publique potentielles ont été évaluées sur le plan du risque et communiquées par l'OPS aux Points focaux nationaux (PFN) du RSI dans les 48 heures. Au cours de 2014-2015, 38 alertes et actualisations épidémiologiques ont été diffusées aux États Membres de l'OPS/OMS, 31 actualisations d'événements (10 liés au virus Zika) ont été postées sur le site d'information sur les événements pour les PFN et 594 communications par courriels ont été envoyées aux États Membres sur les menaces ou les risques pour la santé publique. En outre, un suivi renforcé a été assuré pendant la Coupe du monde 2014 au Brésil, qui s'est traduit par la communication de 177 événements de santé publique, dont 52 % correspondaient à des maladies infectieuses.

Défis

- La capacité de l'OPS/OMS à fournir des informations exploitables et des conseils techniques aux autorités nationales sur les événements de santé publique qui pourraient poser un risque pour la santé publique internationale est fonction de la notification en temps opportun et de la transparence des États Membres en matière de partage d'informations avec l'OPS, ainsi que de la capacité de l'OPS à maintenir une communication 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec les PFN RSI de l'OPS. Tout retard dans le partage d'informations avec les PFN a été dû à des retards des États Membres en matière de réponse/examen/commentaires sur les informations postées par l'OPS/OMS, et/ou à des retards des collègues de l'OMS pour la publication de ces informations sur le Site sécurisé d'informations relatives aux événements de l'OMS pour les points focaux nationaux.
- Les pays doivent assurer leur engagement à poursuivre les efforts pour mettre en place les capacités de base durables pour le RSI à la lumière des enseignements tirés de la préparation et de l'intervention face à la MVE et d'autres urgences de santé publique.

Enseignements tirés

- Considérant que la préparation de la santé publique est un processus continu, des mécanismes pour faciliter l'échange de bonnes pratiques et d'informations entre les pays doivent être appliqués pour renforcer la préparation et la réponse à la MVE et autres pathogènes émergents au cours de l'exercice de 2016-2017.
- Malgré la complexité du maintien d'une communication fluide et rapide entre les PFN du RSI, l'OPS a mis en place plusieurs mécanismes au cours de cet exercice biennal pour parvenir à cette communication. Par exemple, le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) a augmenté la diffusion d'informations aux États Membres par courrier électronique et dans le cas du Zika, l'alerte épidémiologique de mai 2015 a été rédigée de manière générique pour éviter des retards dans le partage de l'information.

5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies

Présentation générale

Les activités dans ce domaine programmatique mettent l'accent sur l'amélioration du partage des connaissances et des informations disponibles sur les maladies infectieuses émergentes et réémergentes, l'amélioration de la surveillance et de l'intervention suite aux épidémies de portée potentiellement internationale, l'aide aux pays pour améliorer leur état de préparation, leur capacité d'intervention et leur résilience face aux épidémies, des conseils sur la prise en charge clinique fondée sur des données probantes et la lutte contre les infections afin de réduire la morbidité et la mortalité lors de flambées ainsi que le travail en réseau pour contribuer aux processus et mécanismes mondiaux conformément aux dispositions du RSI.

Réalisations

- Dans le cadre des efforts déployés pour la préparation et l'intervention face aux flambées de maladies infectieuses émergentes, le cadre de préparation face au virus Ebola a été élaboré et mis en œuvre, avec une coopération technique directe fournie à plus de 26 États Membres. Il comprend trois phases : *a)* préparatoire, qui comprenait des consultations avec les États Membres, *b)* des missions techniques dans 27 États Membres, adaptées aux besoins de chaque pays visité et *c)* de suivi pour la mise en œuvre des recommandations antérieures et l'évaluation des besoins futurs liés aux politiques, à la préparation, à la surveillance, à la capacité des laboratoires, à l'intervention, à la communication des risques, etc., dans le cadre des capacités de base du RSI.
- Des outils de prise en charge clinique et la capacité des laboratoires ont été développés pour renforcer les capacités des pays pour faire face au chikungunya et une coopération technique complète a été mobilisée et coordonnée pour les pays touchés par la flambée de virus Zika. Ces efforts ont permis de tirer des enseignements importants en ce qui concerne le maintien et la réalisation des capacités de base du RSI pour traiter des maladies infectieuses émergentes dans la Région.
- La Région a été pionnière pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens (RAM). Le Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens a été approuvé par le 54e Conseil directeur de l'Organisation. La résolution qui en résulte s'aligne sur les stratégies au niveau mondial et soutiendra le plaidoyer lié à ce domaine prioritaire dans la Région. Le Plan d'action a été élaboré par le biais de processus consultatifs et avec une étroite collaboration à laquelle ont participé les départements techniques de l'Organisation ainsi que l'OMS, les principaux partenaires et les États Membres.

Défis

- Même si elles représentent une opportunité pour le développement ultérieur de la préparation, de l'intervention et de la résilience des pays face aux épidémies, certaines flambées (comme celle de la MVE) peuvent conduire à une approche et un processus de planification étroits. Cela pourrait se traduire par des opportunités manquées d'actualiser les plans opérationnels pour la préparation et l'intervention face aux flambées dans une perspective plus large multirisque.
- La circulation récente d'arbovirus importants sur le plan de la santé publique dans la Région a stimulé des efforts accrus qui, à leur tour, ont imposé un fardeau supplémentaire sur le BSP, qui doit répondre rapidement aux demandes croissantes des États Membres. La complexité accrue des efforts de surveillance et de contrôle ces dernières années a obligé les pays à restructurer et à adapter leurs plans de santé publique en réponse aux menaces de santé publique, conformément au RSI.

- Les activités régionales doivent être intensifiées pour assurer un impact sur le confinement de la RAM, y compris en vue de favoriser une plus grande sensibilisation et la promotion de l'éducation, la réduction de la mauvaise utilisation de médicaments antimicrobiens, en élargissant la surveillance de la pharmacorésistance, l'amélioration du contrôle et de la prévention des infections, et l'accroissement des investissements dans la recherche et le développement sur de nouveaux médicaments antibiotiques et diagnostics.

Enseignements tirés

- La flambée de MVE a fourni une occasion d'évaluer la mise en œuvre opérationnelle des capacités de base du RSI et la préparation des systèmes de santé pour répondre de façon adéquate à une flambée potentielle de MVE ou d'une autre maladie infectieuse émergente. Dans le contexte du cadre de préparation à la MVE, des missions techniques dans les pays ont permis d'identifier les écarts entre les conclusions d'experts et les auto-évaluations de la capacité de base par les pays. Cela souligne la nécessité d'affiner l'approche de suivi de l'application du RSI afin de mettre davantage l'accent sur la fonction des systèmes de santé publique.
- Il est important de noter que beaucoup de temps et d'efforts ont été consacrés aux activités de préparation et d'intervention contre les maladies infectieuses émergentes, y compris les virus MVE et Zika. Ces événements ont présenté des opportunités et des défis en matière de mobilisation des ressources. Bien que ces maladies aient retenu l'attention des donateurs, elles ont aussi obligé l'Organisation à réorienter les activités du personnel technique qui a dû travailler sur les activités d'intervention au lieu des activités de routine.

5.3 Gestion des risques et crises d'urgence

Présentation générale

Ce domaine programmatique reflète la plupart des activités de préparation et d'atténuation de l'Organisation, tant pour renforcer sa propre capacité d'intervention institutionnelle que pour soutenir les États Membres dans leurs efforts pour protéger le bien-être physique, mental et social de leurs populations et permettre un relèvement rapide après les urgences et les catastrophes. Cela a nécessité le renforcement des rôles de leadership national pour la préparation, la surveillance et l'intervention au sein des ministères de la Santé, un plaidoyer pour l'adoption de jalons pour la préparation aux catastrophes et le renforcement de la propre capacité d'intervention de l'Organisation, entre autres.

Réalisations

- Le 53e Conseil directeur de l'OPS a approuvé la résolution CD53/12, Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire, 2015-2019. Des outils et mécanismes ont été élaborés et/ou actualisés pour appuyer les États Membres dans le processus de mise en œuvre, y compris une plateforme électronique pour la coordination de l'intervention dans le secteur de la santé (HoPE) et un Groupe consultatif composé d'experts de l'assistance humanitaire. La première réunion du Groupe consultatif, organisée au Pérou en juillet 2015, a formulé des recommandations pour l'opérationnalisation du Plan d'action.
- Trois initiatives clés de l'OPS (Initiative pour la sécurité des hôpitaux, l'Initiative des hôpitaux SMART et les équipes médicales étrangères) ont été ou sont actuellement élargies à l'échelle mondiale et ont constitué un noyau important de la composante santé de la troisième Conférence mondiale des Nations Unies sur la réduction des risques de catastrophe. En outre, grâce au leadership de l'OPS et à la participation active des parties prenantes de la santé nationale, la santé a constitué une priorité pour la réduction des risques de

catastrophes dans les Amériques dans le contexte du cadre mondial après 2015 sur la réduction des risques de catastrophes (RRC).

- L'OPS a continué d'apporter un leadership et un soutien technique en Haïti et en Colombie pour traiter de leurs urgences prolongées liées au choléra et aux déplacements internes en raison de conflits armés, respectivement. En Haïti, l'appui a été fourni aux autorités de la santé pour mettre en œuvre la phase à court terme du Plan national pour l'élimination du choléra en Haïti, 2013-2022. Le soutien continu de l'OPS pour le renforcement de la coordination, la gestion de l'information, la surveillance épidémiologique et les capacités d'intervention du ministère haïtien de la Santé, mais aussi un soutien logistique et technique aux partenaires de la lutte contre le choléra, ont contribué à contrôler la mortalité liée au choléra et à maintenir le taux global de mortalité liée au choléra en Haïti à un niveau inférieur à 1 % (0,89 % pour 2015). En Colombie, l'OPS a contribué à revitaliser le mécanisme du groupe santé, qu'elle a codirigé avec la Croix-Rouge colombienne. En coordination avec le ministère de la Santé, les organisations ont également appuyé les activités intersectorielles avec d'autres membres de l'équipe humanitaire du pays et les équipes humanitaires locales. La présence permanente et active de l'OPS sur le terrain a facilité l'ouverture de l'espace humanitaire dans les zones contrôlées par les groupes armés et les guérillas et a contribué de manière significative à la fourniture d'assistance sanitaire humanitaire essentielle par des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux.
- Trente-six pays et territoires ont appliqué l'indice de sécurité des hôpitaux (ISH) pour évaluer la sécurité des hôpitaux en cas de catastrophe, et la plupart d'entre eux mettent également en œuvre des mesures correctives dans les établissements de santé prioritaires. Les États Membres, avec le leadership et le soutien technique de l'OPS, ont fait des progrès notables dans la mise en œuvre de la résolution CD50.R15, le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux 2010-2015. De nombreux guides techniques et applications électroniques, telle qu'une application ISH pour appareils mobiles et une base de données en ligne actualisée sur la sécurité des hôpitaux, ont été développés pour soutenir les pays dans ce processus.
- L'OPS a mobilisé £8,72 millions et a obtenu l'adhésion et l'engagement des parties prenantes nationales dans les Caraïbes pour la mise en œuvre de la deuxième phase d'une initiative qui intègre des considérations liées au changement climatique et à la réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé (Initiative pour les hôpitaux SMART). Une offre a par la suite été reçue de la part du gouvernement britannique pour augmenter la phase 2 du projet pour les hôpitaux SMART, actuellement de £8,72 millions, de £30 millions, assortie d'une extension de la période de mise en œuvre à cinq ans et une augmentation du nombre de pays à sept, avec 50 établissements de santé modernisés. La phase 2 de ce projet novateur a commencé en juin 2015, et avec cette extension, il se poursuivra jusqu'en décembre 2020.
- Des progrès ont été réalisés sur le plan de l'intégration des thématiques transversales dans la gestion des risques de catastrophe, en particulier l'origine ethnique :
    - Un document intitulé *Recommendations for Engaging Indigenous Peoples in Disaster Risk Reduction* [Recommandations pour la participation des populations autochtones à la réduction des risques de catastrophe] a été publié en anglais et en espagnol. La version anglaise est déjà disponible sur le site Web de l'OPS. Ce document, ainsi qu'un module sur les populations autochtones dans la réduction des risques de catastrophe, est également inclus dans le Centre de connaissances de l'OPS/OMS sur la santé publique et les catastrophes.
    - Un guide pratique pour la prise de décisions sur la gestion des risques de catastrophe au sein des communautés autochtones a été rédigé.
    - Un programme de formation sur les populations autochtones et les catastrophe a été élaboré et mis en œuvre au Mexique pour 28 communautés dans 10 municipalités.

- La préparation de l'OPS pour structurer une intervention institutionnelle face aux situations d'urgence a été améliorée :
  - Environ 50 membres du personnel de l'OPS, y compris les administrateurs des PWR et les points focaux pour les catastrophes, ont été formés aux procédures d'intervention d'urgence actualisées lors d'une formation régionale sur les catastrophes de la santé au Nicaragua en octobre 2015.
  - Des fiches d'action révisées avec toutes les fonctions essentielles pour la réponse institutionnelle ont été préparées en anglais et en espagnol.
  - La politique de réponse institutionnelle face aux urgences et aux catastrophes (IRED) est maintenant disponible dans les quatre langues officielles de l'Organisation.
- Des investissements important ont été réalisés dans le renforcement des capacités pour la gestion des risques de catastrophe, y compris l'élaboration de supports techniques et de formation. Douze exemples clés de guides techniques et de lignes directrices, d'outils, et de supports de formation ont été élaborés, et plus de 500 personnes dans toute la Région ont été formées aux aspects critiques de la préparation aux catastrophes, de la réduction des risques et de la coordination d'urgence, y compris l'utilisation du Système de commandement des interventions dans les hôpitaux.

Défis

- Assurer la participation multisectorielle des parties prenantes, tant au sein qu'en dehors du secteur de la santé, est essentiel pour la mise en œuvre réussie du Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux.
- Le caractère limité des ressources pour la réduction des risques continue de constituer un défi constant, notamment du fait que de nombreux donateurs mettent davantage l'accent sur la préparation et l'intervention. L'OPS a réussi à mobiliser des ressources pour les urgences, mais la tendance à la baisse des financements humanitaires pour le secteur de la santé et la réduction du personnel de l'Organisation présentent des défis pour le rythme des progrès sur certaines questions de coopération technique.
- Des difficultés ont été rencontrées pour recruter du personnel chargé des projets qualifié et disponible immédiatement avec une expérience adéquate et des connaissances en santé et en gestion des catastrophes pour certains lieux d'affectation, notamment ceux qui nécessitent des compétences linguistiques supplémentaires et/ou auxquels s'appliquent des restrictions de sécurité spécifique, comme Haïti.

Enseignements tirés

- La documentation de l'utilisation des contributions volontaires (inventaire des actifs, matériaux achetés/distribués et données sur la formation des participants ventilées par âge et sexe) reste un point faible de la gestion et du suivi des projets. La conformité avec les systèmes existants tels que le système de gestion des actifs, la mise en place de systèmes de gestion d'information appropriés et la promotion continue des bonnes pratiques en gestion de projets sont essentielles pour assurer la gestion systématique et complète des informations.
- La formation du personnel administratif a contribué à simplifier les processus administratifs pour une intervention d'urgence plus efficace au sein du BSP. Une approche inter-programmatique de la formation devrait être envisagée afin d'améliorer encore les procédures opérationnelles d'urgence et d'assurer le bon fonctionnement en cas de catastrophe.
- Une communication claire, rapide, précise et cohérente avec tous les partenaires doit être assurée à tout moment pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme/projet. Une coordination étroite entre tous les niveaux et les départements pertinents de l'Organisation est essentielle à cet égard.
- Les partenaires donateurs exigent de plus en plus que l'Organisation fasse la preuve de l'optimisation des ressources dans les projets qu'elle met en œuvre, et cela apparaît comme un problème critique pour la

mobilisation de nouvelles ressources ainsi que pour le maintien des ressources existantes. L'Organisation doit donc s'assurer que les compétences, les outils et les systèmes pertinents sont en place et disponibles afin de faciliter cet examen.

5.4 Salubrité des aliments

Présentation générale

Les activités dans le cadre de ce domaine programmatique se concentrent sur l'établissement de systèmes de salubrité des aliments efficaces pour prévenir et réduire les maladies d'origine alimentaire et promouvoir la sécurité des consommateurs. Il vise à renforcer les systèmes nationaux de salubrité des aliments, intégrés, axés sur les risques, en augmentant les avis scientifiques et la mise en œuvre des normes et lignes directrices sur la salubrité des aliments, et en promouvant la collaboration intersectorielle pour réduire les risques d'origine alimentaire, y compris ceux découlant de l'interface homme-animal.

Réalisations

- Le programme poursuit la mise en œuvre de la stratégie sur la salubrité des aliments présentée lors de la 6e réunion de la Commission panaméricaine sur la salubrité des aliments (COPAIA 6), qui définit une feuille de route régionale et des orientations sur le renforcement de la salubrité des aliments dans la Région. Des efforts ont été déployés en vue de renforcer la collaboration multisectorielle pour mieux gérer la salubrité des aliments tout au long de la chaîne alimentaire. En particulier, des progrès ont été accomplis sur le plan du renforcement du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN), avec l'approbation (Chili, 2014) et la mise en œuvre (Mexique, 2015) de la Stratégie régionale visant à renforcer INFOSAN dans les Amériques.
- La Jjournée mondiale de la Santé 2015 sur la salubrité des aliments et le lancement des estimations de la charge de morbidité d'origine alimentaire ont favorisé une prise de conscience et ont eu un grand impact dans les pays, ce qui a débouché sur une plus grande priorité accordée à la salubrité des aliments.
- Plusieurs États Membres ont renforcé les capacités de leurs services d'inspection, et les responsables de la sécurité sanitaire des aliments ont reçu une formation sur l'inspection des risques d'origine alimentaire. En utilisant la plate-forme du Réseau mondial de l'OMS pour la surveillance des infections d'origine alimentaire pour le renforcement des capacités, une formation sur l'analyse des risques a été réalisée avec les pays des Caraïbes anglophones. En outre, un manuel sur le renforcement de la surveillance et l'intervention pour les maladies d'origine alimentaire a été élaboré avec le siège de l'OMS et sera mis en œuvre au niveau des pays afin de renforcer la surveillance des maladies d'origine alimentaire dans la Région. Il existe un cours virtuel sur la gestion des situations d'urgence alimentaires sur le Campus virtuel.
- Dans la Région des Amériques, il n'y a pas eu de notifications de fièvre aphteuse (FA) depuis janvier 2012 et des enquêtes épidémiologiques menées par les pays ne font apparaître aucune preuve de transmission de la fièvre aphteuse chez les animaux. Dans ce contexte, la 42e réunion de la Commission sud-américaine pour la lutte contre la fièvre aphteuse (COSALFA), organisée par le Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA) à Quito, en Équateur, en avril 2015 a reconnu qu'une nouvelle étape du programme hémisphérique d'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA) s'ouvrait : en d'autres termes, la Région commence le processus d'éradication de la fièvre aphteuse. Un guide technique traitant des principaux défis que présente cette nouvelle étape du PHEFA a été approuvé lors de la 5e réunion extraordinaire de COSALFA qui s'est tenue à Cuiaba (Brésil), en octobre 2015. En outre, COSALFA a demandé la mise en place d'une banque régionale des vaccins et des antigènes de la fièvre aphteuse, qui serait organisée et gérée par l'OPS/OMS.

Défis

- Un engagement national soutenu, une coordination multisectorielle et une approche inter-programmatique seront nécessaires pour renforcer les capacités dans le domaine de la salubrité des aliments et l'intégration de la salubrité des aliments dans les stratégies et les plans plus larges de nutrition et de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région.
- Le mandat politique de haut niveau reste limité, et des plans de travail spécifiques sont rares. La Commission panaméricaine sur la salubrité des aliments (COPAIA) devrait jouer un rôle important dans ce domaine, favorisant l'élaboration de politiques nationales adéquates pour la salubrité des aliments.
- Les ressources sont insuffisantes pour répondre aux attentes et aux demandes accrues des pays pour ce qui est de la poursuite de la coopération technique contre la fièvre aphteuse afin de maintenir les acquis obtenus dans les Amériques et de promouvoir les programmes nationaux pour obtenir le statut « indemne de fièvre aphteuse sans vaccination ».

Enseignements tirés

- La salubrité des aliments est une composante importante du RSI et, avec les nouvelles menaces liées à la salubrité des aliments, il est nécessaire de renforcer la capacité des États Membres à prévenir, détecter, évaluer et répondre aux flambées de maladies d'origine alimentaire. Cette capacité s'est améliorée au cours du dernier exercice biennal en raison de bon travail inter-programmatique et d'une communication améliorée entre les PFN et les points focaux INFOSAN au niveau des pays.
- L'utilisation des estimations régionales du fardeau des maladies d'origine alimentaire comme outil de plaidoyer a conduit à une prise de conscience accrue parmi les autorités nationales et à la priorisation de ces maladies par les États Membres. Cela a contribué à l'élaboration d'estimations nationales obligatoires.

5.5 Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises

Présentation générale

Ce domaine programmatique englobe le soutien de l'Organisation pour aider les pays à répondre de façon rapide et adéquate aux catastrophes et aux urgences qui dépassent la capacité nationale d'intervention opérationnelle et/ou de coordination. En particulier, cela consiste à établir des équipes d'intervention efficaces et effectives ainsi que des outils adaptés pour la coordination de l'assistance humanitaire internationale dans le secteur de la santé. Pendant l'exercice 2014-2015, l'OPS a continué de soutenir ses États Membres afin de répondre plus efficacement et effectivement aux catastrophes, conformément à la politique IRED de l'OPS, qui donne des orientations pour l'opérationnalisation des normes de Performance dans le Cadre d'action d'urgence (ERF, d'apres son sigle an anglais) de l'OMS.

Réalisations

- En 2014-2015, l'Organisation a répondu à 10 situations d'urgence aiguës qui répondaient aux critères du niveau 2, et dans tous ces cas au moins 70 % des 23 normes de performance du Cadre d'action d'urgence de l'OMS ont été respectées. La politique IRED de l'Organisation a été activée au niveau 3 pour appuyer l'intervention des Nations Unies contre la MVE dans les pays d'Afrique de l'Ouest touchés par la maladie, ainsi que pour faciliter la coopération technique pour la préparation à l'intervention dans les États Membres. Les normes ERF ont été appliquées à l'appui apporté par la Région pour l'urgence de niveau 3 du séisme au Népal en 2015.
- L'OPS a activement mobilisé des ressources nationales et internationales pour les opérations dans toutes les situations d'urgence susmentionnées. Uniquement pour les urgences de niveau 2, par exemple, plus de $4,4 millions ont été mobilisés pour l'intervention et certaines mesures de relèvement.

Défis

- La capacité d'attirer des fonds dépend en grande partie de la capacité démontrée de tenir les engagements dans les délais convenus, qui dans de nombreux cas d'interventions face aux catastrophes vont de six mois à un an. Toutefois, les procédures administratives vont parfois à l'encontre de la capacité à mettre en œuvre des fonds et des activités à temps et efficacement.

Enseignements tirés

- L'urgence mondiale de la MVE a marqué la première activation au niveau 3 depuis l'approbation de l'IRED en 2012. Des enseignements importants ont été identifiés au cours de ce processus, et certains mécanismes internes d'intervention ont été examinés et actualisés en conséquence. Un exercice plus global permettant de tirer des enseignements à l'échelle de l'Organisation doit être mis en place pour appuyer des améliorations stratégiques, procédurales et institutionnelles ultérieures en fonction des besoins.

Risques

Bien que des mesures aient été prises au cours de la période 2014-2015 pour traiter des risques identifiés pour la catégorie 5 dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, les risques suivants continuent d'être pertinents :

- Une priorité insuffisante est accordée par les pays ou l'Organisation à cette catégorie d'activités, ce qui contribue à la perte de financements. L'on ne parvient pas à établir des partenariats solides avec d'autres organismes travaillant dans le domaine des mécanismes de préparation, d'alerte et d'intervention d'urgence au niveau des pays.
- En raison de faiblesses dans les mécanismes de vérification, il est difficile d'évaluer la réalisation des capacités de base du RSI, et les États Parties ont une capacité limitée à maintenir ces capacités.
- Il est difficile de recruter un personnel technique solide, au niveau national et infranational, pour mettre en œuvre les plans et appliquer les outils de collecte d'informations nécessaires.
- L'absence de consensus fait obstacle à l'achèvement d'un cadre de gestion des risques en situation d'urgence et de catastrophe pour la santé.
- L'instabilité politique et la détérioration de la situation sécuritaire limitent les opérations dans le secteur de la santé.
- La contribution d'autres catégories d'activités et de départements techniques aux activités d'intervention et de préparation est limitée.

Les nouveaux risques suivants sont également apparus au cours de l'exercice biennal :

- La confusion entre les interventions de préparation aux urgences à court terme et le développement à long terme des capacités de réponse de base peut nuire à ces dernières.
    - La flambée de MVE en Afrique de l'Ouest a fourni une loupe pour analyser le statut opérationnel et fonctionnel des capacités de base actuel et a suscité un élan pour mobiliser des ressources et répondre aux lacunes. Néanmoins, la Région risque de ne pas pouvoir tirer parti de façon adéquate des mesures prises pour se préparer à l'arrivée de la MVE, et ces actions préparatoires pourraient être considérées à tort comme distinctes des capacités de base. Les réalisations dans le domaine de la préparation pourraient être perdues ou réduites en raison de la perte d'intérêt pour la MVE. Cela va continuer à constituer un risque pour la Région dans un avenir prévisible.
- Des messages contradictoires entre les niveaux politiques et techniques en cas d'urgence peuvent avoir une incidence sur l'efficacité de la communication.

- L'adoption de mesures unilatérales sur les voyages et le commerce qui touchent les pays où la transmission de la MVE est intense est un mécanisme de précaution et non proportionnel aux risques. L'introduction de ces mesures soulève des inquiétudes quant à l'efficacité des canaux de communication entre les niveaux techniques et politiques qui devraient être abordées.

- Les différents niveaux de préparation dans la Région pourraient compromettre la sécurité sanitaire globale.
  - Dans le contexte des nouvelles flambées de maladies infectieuses (MVE, Zika), il y a un risque que la planification en cours et les efforts de mise en œuvre puissent être perturbés par la survenue de situations d'urgence sanitaire ou de catastrophes. La poursuite des activités inter-programmatique est importante en vue de documenter les enseignements tirés de l'Organisation dans ces interventions, avec à l'appui des améliorations stratégiques, procédurales et institutionnelles ultérieures, comme nécessaire.
- Un enthousiasme excessif quant aux progrès en matière de fièvre aphteuse pourrait entraîner la réintroduction du virus si la situation n'est pas gérée correctement.
  - En raison de l'augmentation des attentes et des besoins dans les pays, l'Organisation est appelée à poursuivre sa coopération technique afin de préserver la situation favorable obtenue dans les Amériques pour ce qui est de la fièvre aphteuse. Les acquis réalisés à ce jour encouragent les pays à progresser sur leurs programmes pour atteindre le statut « indemne de fièvre aphteuse sans vaccination ». Cette évolution exige des changements fondamentaux quant aux aspects techniques et financiers des programmes nationaux d'éradication de la fièvre aphteuse, amenant les parties prenantes au niveau national et régional à renégocier leurs rôles et responsabilités. La transition doit être gérée avec prudence pour éviter d'accroître les vulnérabilités, dans la mesure où une réintroduction de virus de la fièvre aphteuse dans un pays, si elle n'est pas gérée rapidement et efficacement, pourrait avoir des conséquences économiques et sociales graves pour toute la Région.

Analyse de l'exécution budgétaire

Un peu plus de $55 millions ont été alloués aux programmes de base de la catégorie 5 au cours de l'exercice biennal. Cela représente un excédent de 19 % par rapport aux $46,39 millions approuvés dans le Programme et budget. Ce sur-financement s'explique principalement par le financement destiné au RSI et aux urgences Ebola et Zika (domaines programmatiques 5.1 et 5.2) et par les fonds supplémentaires provenant d'autres sources reçus pour l'éradication de la fièvre aphteuse (RIM 5.4.4). Tous les domaines programmatiques de base ont été surfinancés : le domaine programmatique 5.4 avait l'excédent plus élevé (146,5 %), suivi par les domaines programmatiques 5.2 (120,9 %), 5.3 (110,8 %) et 5.1 (106,6 %). Pour l'intervention face aux flambées épidémiques et aux crises (OCR), $9,84 millions ont été attribués sur une somme estimée de $22 millions (ce qui représente principalement l'espace budgétaire, compte tenu de la pratique passée).

Les programmes de base de la catégorie ont un taux d'exécution global des sommes allouées de 93,4 %, la plus grande mise en œuvre se situant au niveau des pays (98,7 %), suivie du niveau infrarégional (92,5 %), puis inter-pays (92,1 %) et régional (91,0 %). L'exécution budgétaire est de 92 % ou plus pour les cinq domaines programmatiques dans la catégorie. Ce niveau a été atteint malgré le fait que le financement dans le cadre de la préparation à la grippe pandémique (PIP) soit arrivé plus tard que prévu dans l'exercice biennal, et bien que dans certains secteurs de l'Organisation, au moins 80 % du personnel technique ait été affecté aux activités MVE, y compris aux activités et missions de préparation des pays pour appuyer la réponse MVE en Afrique de l'Ouest. Le domaine programmatique 5.3 a atteint des taux d'exécution élevés malgré les contraintes liées au cadre du personnel et l'arrivée de la majorité des fonds vers la fin de 2015.

Dans le domaine programmatique 5.3, le taux global d'exécution budgétaire par rapport aux sommes allouées a été de 94 %. Les 6 % restant ont trait principalement aux activités assorties d'une exécution avec affectation spéciale

pour l'exercice biennal 2016-2017, conformément au calendrier approuvé pour les dons. Le taux d'exécution est le plus élevé au niveau des pays (99,5 %) et le plus bas au niveau régional et inter-pays (90,2 %). Toutefois, comme mentionné précédemment, la plupart des fonds régionaux inutilisés avaient trait aux Autres sources (AS) reportées sur 2016-2017. En outre, la mise en œuvre au niveau des pays a été définie par les calendriers des projets, dont la plupart ont pris fin au cours de l'exercice biennal. À l'inverse, la plupart des fonds AS attribués au niveau régional étaient assortis d'un calendrier couvrant l'exercice entier ou au-delà. Le taux global d'exécution budgétaire de 93,8 % dans le domaine programmatique 5.5 reflète la nature des dons OCR, qui stipulent normalement des calendriers de mise en œuvre rapides, habituellement de six mois à un an.

Tableau 3. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 5 par domaine programmatique et niveau fonctionnel (Les domaines programmatiques 5.1 à 5.4 représentent des programmes de base et le domaine programmatique 5.5 représente les programmes qui ne font pas partie des programmes de base)

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$)	Fonds accordés par domaine (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
5. Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI)	**55,20**	**100,00**	**51,53**	**93,4**
5.1 Capacités d'alerte et d'intervention	**10,51**	**19,04**	**9,77**	**92,9**
Pays	1,64	2,97	1,63	99,3
Inter-pays	2,62	4,75	2,42	92,1
Infrarégional	1,12	2,02	1,05	93,9
Régional	5,13	9,29	4,67	91,1
5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies	**9,69**	**17,56**	**9,09**	**93,7**
Pays	2,90	5,26	2,78	95,8
Inter-pays	1,88	3,41	1,75	92,9
Infrarégional	0,58	1,05	0,54	93,7
Régional	4,33	7,84	4,01	92,7
5.3 Gestion des risques et crises d'urgence	**21,03**	**38,09**	**19,76**	**94,0**
Pays	8,54	15,48	8,50	99,5
Inter-pays	3,42	6,20	3,09	90,2
Infrarégional	0,93	1,68	0,84	90,5
Régional	8,13	14,73	7,33	90,2
5.4 Salubrité des aliments	**13,97**	**25,31**	**12,92**	**92,5**
Pays	0,63	1,13	0,63	100,0
Inter-pays	11,97	21,68	11,06	92,5
Infrarégional	0,14	0,25	0,13	89,8
Régional	1,24	2,24	1,11	89,5

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$)	Fonds accordés par domaine (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
5.5 Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises	**9,85**	**100,00**	**9,23**	**93,8**
Pays	8,75	88,86	8,22	94,0
Inter-pays	0,30	3,06	0,28	92,2
Infrarégional	0,08	0,80	0,07	92,2
Régional	0,72	7,28	0,66	92,2

Les ressources pour la catégorie 5 ont été attribuées principalement au niveau inter-pays (36,04 %), suivi de près par les niveaux régional (34,10 %), pays (24,85 %) puis infrarégional (5,01 %). Le niveau inter-pays de financement reflète principalement le soutien à PANAFTOSA, ainsi que les coûts de la coopération technique entre plusieurs pays, fournie par les ressources humaines décentralisées situées dans chacune des trois sous-régions. En outre, une fraction substantielle des fonds régionaux a été utilisée pour soutenir directement des activités au niveau des pays.

Mobilisation des ressources

Le sur-financement des domaines programmatiques 5.1 et 5.2 était lié principalement aux contributions reçues pour appuyer les interventions face aux flambées de MVE et Zika. Les donateurs pour le domaine programmatique 5.1 en 2014-2015 ont été les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et le gouvernement du Brésil. En outre, de nouvelles contributions ont été reçues dans le domaine programmatique 5.2 de la part du gouvernement du Brésil, des CDC, de la Fondation de l'OPS et du cadre PIP pour les programmes sur la grippe, les arbovirus et les laboratoires.

La majorité des fonds alloués au domaine programmatique 5.3 proviennent d'Autres sources (AS), ce qui représente la majeure partie des fonds alloués au niveau des pays. Sur les fonds AS au niveau des pays, la majorité sont affectés spécialement pour soutenir les programmes d'urgences prolongées en Haïti et en Colombie (RIM 5.3.4), qui dépendent tous deux presque entièrement des contributions volontaires. La grande majorité de ces fonds pour le RIM 5.3.4 couvrent les coûts effectifs des activités. Le BSP a systématiquement mis en exergue le défi que représente la mobilisation des ressources pour la RRC, une inquiétude corroborée par la répartition des fonds alloués aux résultats immédiats du domaine programmatique 5.3 au niveau des pays : quatre des cinq RIM dans ce programme représentent ensemble moins de 20 % du total des fonds, alors que la réponse aux situations d'urgences prolongées (RIM 5.3.4) en reçoit plus de 80 %. Plus de 90 % des fonds alloués pour l'OCR ont été des contributions volontaires mobilisées conjointement par le niveau régional et national pour soutenir les opérations d'intervention dans neuf pays (moins de $2 millions de ce montant ont été reportés de l'exercice biennal 2012-2013).

Le sur-financement pour le domaine programmatique 5.4 est liée à une contribution reçue au cours du premier semestre 2015 du ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de l'Alimentation du Brésil (MAPA) pour soutenir PANAFTOSA. Ces fonds ont entièrement couvert les frais de maintenance du Centre. PANAFTOSA a reçu des fonds supplémentaires au titre d'autres accords de coopération technique directe, comme avec le Service national du Paraguay pour la qualité et la santé animales (SENACSA), le Conseil national du Brésil pour les bovins (CNPC) et l'Agence de l'Équateur pour l'assurance-qualité agricole (Agrocalidad, d'apres son sigle en anglais), ainsi que des revenus tirés de la fourniture de réactifs de laboratoire de référence pour les pays. Pour la salubrité des aliments, d'autres contributions ont été reçues des CDC et de l'OMS.

Au moins 55 nouvelles propositions et/ou notes conceptuelles pour les donateurs pour la réduction des risques de catastrophe (domaine programmatique 5.3) et l'intervention (domaine programmatique 5.5) ainsi que des modifications aux projets existants ont été préparées par l'Organisation au cours de l'exercice biennal. Trente-sept de ces demandes, préparées directement au niveau régional ou conjointement avec le niveau des pays, ont été financées pour plus de $30 millions, y compris certains dons pluriannuels ; l'OCR représente presque $8 millions, y compris la réponse au choléra en Haïti. Deux des propositions élaborées au cours de l'exercice biennal, ainsi qu'une proposition élaborée au cours de l'exercice précédent sont encore en cours de négociation, y compris avec le Canada. Des fonds ont été également mobilisés auprès du Département de la gestion des risques d'urgences et de l'action humanitaire de l'OMS.

Bien que certains domaines techniques dans cette catégorie reçoivent un financement suffisant pour assurer la bonne mise en œuvre des activités, d'autres, tels que les programmes d'alerte et d'intervention, sur les infections, pour la prévention et le contrôle, sur la résistance aux antimicrobiens, et sur l'interface homme-animal, rencontrent des difficultés pour obtenir des ressources pour la coopération technique. L'identification de nouveaux donateurs et partenaires et le soutien continu des donateurs existants sont nécessaires pour garantir la fourniture d'une coopération technique adéquate aux pays dans ces domaines techniques.

Recommandations

- Actualiser les procédures pertinentes décrites dans le Manuel en ligne de l'OPS/OMS pour permettre l'activation automatique des procédures d'urgence spéciales pour tous les projets d'intervention face aux catastrophes, comme c'est actuellement le cas à l'OMS.
- Simplifier le recrutement de ressources humaines pour assurer des nominations en temps voulu et réduire le fardeau du processus sur les départements techniques s'efforçant de fournir une coopération technique efficace. À cette fin, institutionnaliser des processus tels que des détachements internes, la promotion fondée sur le mérite et les transferts latéraux.
- Inclure la réduction des risques de catastrophe dans les accords-cadres pour l'ensemble de l'Organisation dans le cadre du programme de développement plutôt que dans le programme humanitaire.
- Continuer de fournir des activités de plaidoyer et de soutien pour assurer une réflexion critique et la résolution des goulets d'étranglement potentiels, surtout pour les situations d'urgence. Une considération importante pour la mobilisation des ressources tient à la capacité d'assurer une exécution rapide et réussie. Ceci est lié non seulement à la disponibilité de ressources humaines adéquates, mais aussi à la capacité de se conformer rapidement aux règles et procédures organisationnelles régulières. Le nouveau Système d'information de la gestion du BSP (PMIS) peut faciliter ces processus.
- Promouvoir une approche « Une seule organisation », intégrant toutes les disciplines techniques pertinentes pour lutter contre les maladies infectieuses émergentes et la résistance aux antimicrobiens.
- Établir une stratégie pour renforcer les capacités nationales à répondre aux arbovirus dans les Amériques, y compris une stratégie pour le contrôle et l'élimination de l'*Aedes aegypti*. Soutenir et promouvoir l'élaboration de cette stratégie sera essentiel.
- Appuyer les plans d'action nationaux sur la résistance aux antimicrobiens. En 2015, le 54e Conseil directeur de l'OPS a approuvé un Plan d'action régional sur la résistance aux antimicrobiens, et d'ici à 2017, tous les États Membres sont invités à avoir leurs propres plans d'action nationaux. La mise en place d'une stratégie de coopération technique complète et inter-départements sera déterminante pour assurer l'élaboration et la mise en œuvre réussies des plans d'action dans tous les États Membres.

Évaluation par domaine programmatique

Domaine programmatique 5.1 : Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI) **RÉSULTAT : Tous les pays ont les capacités de base minimales requises par le Règlement sanitaire international (2005) pour l'alerte et l'intervention face à tous les risques** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/2 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation *(noter comme atteint, en cours, aucun progrès)*[23,24]
5.1.1	Nombre d'États parties qui respectent et maintiennent les impératifs du Règlement sanitaire international 2005 pour les capacités de base	6/35	35/35	en cours (11 atteints + 22 en cours)
Onze pays respectent et maintiennent les impératifs du RSI : ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, MEX, SLV, URY, USA. En outre, 22 pays progressent sur le plan de la réalisation de cet indicateur : ATG, BHS, BOL, DMA, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, HND, JAM, KNA, LCA, NIC, PAN, PER, PRY, SUR, TTO, VCT, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays pays au moment où ce rapport a été rédigé. Belize travaille à la mise en œuvre des capacités aux termes du RSI, mais des défis subsistent pour ce qui est de convaincre les principales parties prenantes d'assumer cette responsabilité. Un total de 22 pays des Amériques ont demandé et obtenu l'extension 2014-2016 (Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Dominique, Équateur, Grenade, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Venezuela), et une coopération technique a été fournie pour élaborer et suivre les plans de mise en œuvre dans le cadre de la préparation à la MVE. Il est important de souligner que les capacités de base aux termes du RSI sont ni plus ni moins que les fonctions essentielles de santé publique qui soutiennent un processus dynamique et continu de préparation, comme cela a été fortement souligné par le Comité d'examen du RSI en 2014.				

[23] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée pour 2019 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) dans le Plan stratégique de l'OPS a déjà été atteinte.
- **En cours :** il y a eu une augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et le travail est en cours/en bonne voie pour atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique pour 2019.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et les progrès pour atteindre la cible de l'indicateur d'ici à 2019 pourraient être menacés.

[24] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[25, 26]
5.1.1	Pays en mesure de développer les capacités de base requises en vertu du Règlement sanitaire International (2005)	Nombre de pays recevant une coopération technique directe qui leur a permis de remplir et de maintenir les capacités de base du RSI au cours de l'exercice biennal	3	11	partiellement atteint (7 atteints + 5 partiellement atteints)
Sept pays ont atteint l'indicateur : ARG, BRA, CHL, COL, DMA, SLV, URY. Cinq autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : BHS, CRI, MEX, PER, VCT. Pour un pays, le processus était en cours au moment où ce rapport a été rédigé. Étant donné que les extensions 2014-2016 ont été approuvées par la Directrice générale de l'OMS en novembre 2014, cela indique que les plans d'extension 2012-2014 ont été suivis et mis en œuvre avec succès. En outre, un total de 22 pays ont demandé et obtenu l'extension 2014-2016 (voir le résultat 5.1.1. Un soutien a été fourni pour élaborer et suivre les plans de mise en œuvre, y compris les mises à jour dans le cadre de la préparation à la MVE. Par ailleurs, des mécanismes pour faciliter l'échange de bonnes pratiques et d'informations entre les pays ont été appliqués dans le but de renforcer la préparation et l'intervention face à la MVE et d'autres pathogènes émergents. Des réunions régionales et des missions spécifiques dans les pays ont également été organisées. Étant donné que la préparation dans la santé publique est un processus continu, des activités similaires se poursuivront au cours de l'exercice biennal 2016-2017.					
5.1.2	L'OPS a la capacité de fournir des orientations stratégiques fondées sur des données probantes et en temps opportun, une évaluation des risques, la gestion de l'information et des communications pour toutes les urgences de santé publique aiguës	Proportion d'urgences de santé publique de portée internationale potentielles pour lesquelles des informations sont mises à la disposition des Points focaux nationaux du RSI dans la Région dans les premières 48 heures qui suivent l'achèvement de l'évaluation des risques	40 %	80 %	partiellement atteint (60 %)
Pour 60 % des urgences de santé publique de portée internationale, des informations ont été mises à la disposition des Points focaux nationaux du RSI dans la Région dans les premières 48 heures suivant l'achèvement de l'évaluation des risques.					

[25] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée dans le Programme et budget (PB) (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) a été atteinte. Les cibles d'indicateurs ont été dépassées comme indiqué.
- **Partiellement Atteint :** des progrès ont été réalisés par rapport à la valeur de référence définie dans le Programme et budget (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), mais la cible fixée pour 2015 n'a pas été atteinte.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence définie dans le Programme et budget (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux).

[26] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation[25, 26]
Des informations concernant les événements représentant un risque pour la santé publique ont été diffusées aux États Membres de l'OPS/OMS au moyen de 38 alertes et actualisations épidémiologiques, 39 communications postées sur le Site d'informations sur les événements (dont 9 liées au virus Zika), 21 communications postées sur les Nouvelles sur les flambées épidémiques et 34 rapports distribués par courrier électronique aux PFN du RSI au cours de l'exercice biennal. En outre, les États Membres ont été informés des risques de santé publique par courriel à 594 occasions en 2014-2015.					

Domaine programmatique 5.2 : Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies **RÉSULTAT : Tous les pays sont en mesure de développer leur résilience et une préparation adéquate pour mettre en place une intervention rapide, prévisible et efficace face aux grandes épidémies et pandémies** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 1/3 atteint, 2/3 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
5.2.1	Nombre de pays ayant une capacité installée pour répondre efficacement aux grandes épidémies et pandémies	6/35	35/35	en cours (11 atteints + 20 en cours)
Onze pays ont atteint l'indicateur : BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, MEX, PAN, SLV, TTO, USA. Vingt autres pays et territoires ont progressé vers leurs cibles pour la préparation et l'intervention face aux grandes épidémies et pandémies : ARG, ATG, BHS, BOL, BRB, DMA, DOM, ECU, GTM, GUY, HTI, JAM, KNA, LCA, NIC, PER, PRY, SUR, VCT, VEN. Pour quatre pays, le processus était en cours au moment où ce rapport a été rédigé. Dans le contexte du Cadre pour le renforcement de la préparation et de l'intervention nationales pour la MVE dans les Amériques, une coopération technique a été fournie pour renforcer la surveillance et la capacité des laboratoires en réponse aux récentes flambées dans la Région, telles que le chikungunya (CHIKV) et, plus récemment, le virus Zika (ZIKV). Les schémas pour le chikungunya et le Zika ont été actualisés afin de renforcer la surveillance fondée sur les données de laboratoire. Par conséquent, la coopération technique avec les ministères de la Santé se poursuivra au cours du prochain exercice biennal pour renforcer les capacités pour faire face aux maladies infectieuses émergentes.			

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
5.2.1	Pays en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre des plans opérationnels conformément aux recommandations de l'OMS sur le renforcement de la résilience et de la préparation nationales pour couvrir les pandémies de grippe et les maladies épidémiques et émergentes	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre un plan national de préparation aux grandes épidémies et pandémies	15	23	partiellement atteint (17 atteints + 2 partiellement atteints)
Dix-sept pays ont atteint l'indicateur : ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, CRI, CUB, DMA, DOM, JAM, HND, MEX, PER, SLV, TTO, USA, VEN. En outre, deux pays et territoires ont partiellement atteint l'indicateur : BHS, CUW. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de 10 pays au moment où ce rapport a été rédigé. Le Mexique a revu son Plan national pour la pandémie de grippe avec le Laboratoire pour la grippe et l'équipe chargée de la surveillance à l'OPS, et des recommandations ont été formulées pour le pays. Les Bahamas ont partiellement atteint cet indicateur, et le pays a revu tous les plans nationaux d'urgence sanitaire. Les activités de base coordonnées au cours de l'exercice biennal incluaient la préparation et l'intervention face à la MVE, les activités d'intervention face au chikungunya, la coopération technique RSI avec les pays et le renforcement des laboratoires, ainsi que la gestion de nouvelles flambées telles que le syndrome respiratoire du Moyen-Orient. L'accent a été mis sur l'intervention face à la flambée de Zika et sur la coopération avec les pays touchés au cours du dernier semestre 2015.					
5.2.2	Pays avec une amélioration face à ces maladies du contrôle, de la prévention, du traitement, de la surveillance, de l'évaluation des risques et de la communication sur les risques	Nombre de pays et territoires avec un système de surveillance pour la grippe basé sur les normes internationales	14	18	atteint (18 atteints + 8 partiellement atteints)
Dix-huit pays et territoires ont atteint cet indicateur : AIA, ARG, BRA, BRB, CAN, CHL, COL, CRI, CUB, DMA, HND, JAM, MEX, NIC, PRY, SLV, URY, USA. Huit autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : CUW, GUY, LCA, PAN, PER, SXM, TTO, VCT. Le Costa Rica a renforcé son système d'information national pour le suivi de la grippe et de toute autre activité de virus respiratoires par le biais de communications périodiques de rapports au système d'information PAHOFlu. Le Nicaragua a renforcé sa capacité de surveillance au moyen d'ateliers de formation sur la surveillance SARI et des événements respiratoires inhabituels. Ces deux pays ont également effectué des évaluations de la surveillance des sites sentinelles. En général, de nombreuses réalisations ont été enregistrées en 2015 dans le domaine du					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
renforcement des systèmes de surveillance de la grippe, et beaucoup plus de pays communiquent les données épidémiologiques-laboratoire sur une base hebdomadaire à l'OPS/OMS.					
5.2.3	Mécanismes en place pour renforcer les capacités des pays pour la gestion des risques des maladies zoonotiques émergentes	Nombre de pays et territoires avec des mécanismes de gestion de risque pour les maladies zoonotiques émergentes	10	28	partiellement atteint (10 atteints + 10 partiellement atteints)
Dix pays ont atteint l'indicateur : BRA, CAN, COL, CUB, DMA, JAM, MEX, SLV, URY, USA. Dix autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BON, CHL, CUW, ECU, GUY, KNA, PAN, PRY, TTO, VEN. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé. Les objectifs prévus en matière de renforcement des capacités des pays à identifier, évaluer et répondre aux zoonoses émergentes ont été atteints. PANAFTOSA a organisé et coordonné des réunions avec le Comité vétérinaire permanent (CVP) du Cône Sud (Argentine, Bolivie, Brésil, Chili, Paraguay, Uruguay) pour définir les priorités et les besoins face au risque de survenue possible de grippe aviaire hautement pathogène (HPAI) dans la sous-région. Au Paraguay, une formation sur la gestion des maladies zoonotiques émergentes a été organisée, et des stratégies pour le Programme national sur la brucellose et la tuberculose ont été discutées. Trinité-et-Tobago a organisé un atelier national sur l'alerte et l'intervention face aux maladies zoonotiques.					

Domaine programmatique 5.3 : Gestion des risques et crises d'urgence **RÉSULTAT : Les pays ont un programme de gestion des risques en situation d'urgence sanitaire couvrant tous les risques pour un secteur de la santé résilient face aux catastrophes, qui met l'accent sur les populations vulnérables** Évaluation des indicateurs des RIT : 2/2 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 5/5 atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
5.3.1	Nombre de pays et territoires qui respectent ou dépassent les capacités minimum pour gérer les risques de santé publique liés aux situations d'urgence	19	36	en cours (19 atteints + 15 en cours)
Dix-neuf pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, BHS, BON, BRA, CAN, CHL, CRI, CUW, DMA, DOM, GLP, GUF, HND, JAM, MEX, MTQ, PAN, PER, USA. Quinze autres pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ARG, BLZ, BOL, BRB, GRD, GTM, NIC,				

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
PRI, SAB, SLV, STA, SUR, TTO, VCT, VGB. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de trois pays au moment où ce rapport a été rédigé. De nombreux pays font des efforts en vue d'atteindre les capacités minimales pour gérer efficacement les risques de santé publique liés aux situations d'urgence. Les interventions visant à développer les capacités nationales et infranationales comprennent la création et la formation d'équipes d'intervention sanitaire sur les risques et les maladies émergents, l'intégration de la gestion des risques d'urgence et de catastrophe dans la programmation et la planification du secteur de la santé, et le développement de la capacité locale des réseaux de santé pour la coordination et la gestion des urgences sanitaires, entre autres.				
5.3.2	Nombre de pays et territoires appliquant des interventions de réduction des risques de catastrophes pour les établissements de santé	11	35	en cours (21 atteints + 4 en cours)
Vingt-et-un pays et territoires ont déjà atteint au moins quatre des six objectifs inclus dans le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux : BON, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, CUW, DMA, DOM, GUY, HND, JAM, KNA, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, USA, VCT. Quatre autres pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur : ARG, GTM, SXM, TCA. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de huit pays au moment où ce rapport a été rédigé. La réduction des risques de catastrophe est restée une priorité stratégique pour l'OPS et les États Membres au cours de l'exercice biennal, et de nombreux pays et territoires ont progressé dans la mise en œuvre d'interventions de réduction des risques de catastrophe pour les établissements de santé. Trente-cinq pays et territoires appliquent l'indice de sécurité des hôpitaux, et ils sont nombreux à mettre en œuvre des mesures d'amélioration fondées sur les recommandations de l'évaluation (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, le Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, El Salvador, Équateur, Grenade, Guatemala, Guyana, Îles Caïmans, Îles Vierges britanniques, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay, Venezuela). Dix pays ont adapté l'application virtuelle développée par l'OPS pour le suivi des progrès sur le RSI, ou ont développé leurs propres plateformes de suivi (Barbade, Colombie, Dominique, Équateur, Grenade, Guatemala, Jamaïque, Pérou, République dominicaine, Suriname). Pendant qu'ils déploient des efforts pour renforcer et parfois redynamiser les programmes et les politiques pour la sécurité des hôpitaux, plusieurs pays des Caraïbes passent maintenant à l'intégration de normes et de mesures d'atténuation pour la sécurité et la résilience au changement climatique conformément à l'Initiative pour les hôpitaux SMART.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
5.3.1	Groupes santé dans les pays réformés conformément au Programme de transformation du Comité permanent interorganisations	Nombre de pays et territoires ayant un mécanisme de coordination des urgences sanitaires qui répond aux exigences minimales pour une performance satisfaisante	5	11	dépassé (12 atteints + 6 partiellement atteints)

Douze pays et territoires ont atteint cet indicateur : BRB, CAN, CHL, COL, CUW, DOM, GTM, JAM, KNA, MEX, PER, USA.

Six autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ARG, GUY, MSR, SLV, STA, TTO.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de deux pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Tous les pays cibles ont mis en place des mesures visant à renforcer les mécanismes de coordination nationale et infranationale des urgences sanitaires. Les pays qui ont atteint cet indicateur ont rempli les impératifs minimum pour une performance satisfaisante dans le domaine de la coordination des urgences sanitaires et de l'assistance humanitaire.

Il convient de noter certaines activités/réalisations spécifiques au cours de l'exercice biennal :

- Dix pays (Argentine, Brésil, Chili, Colombie, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Mexique, Paraguay, Pérou) ont développé ou amélioré leurs équipes d'intervention en cas de catastrophe sanitaire nationale avec l'appui de l'OPS. Le Guatemala a effectué son premier atelier national pour les équipes d'intervention rapide, et en coordination avec l'unité de gestion des risques du ministère de la Santé, l'élaboration des plans pour les risques a été menée à bien. Cela permettra au Guatemala de mobiliser les professionnels nationaux au sein de son propre territoire et d'offrir une meilleure assistance d'urgence aux pays voisins.
- Plusieurs pays ont également développé des capacités au niveau local en procédant à la formation d'équipes locales d'intervention et à la décentralisation des capacités de gestion des urgences (Colombie, Guatemala, Pérou).
- La République dominicaine est parvenue à une coordination et un engagement étroits entre le ministère de la Santé, le ministère des Affaires étrangères et la Commission nationale des urgences et a mis à jour le plan national pour les urgences et les catastrophes, y compris le chapitre sur l'assistance humanitaire, pour y inclure des considérations sanitaires. La Représentation de l'OPS en République dominicaine a également contribué à une évaluation de la composante santé du système des urgences et de la sécurité civile (911) et a formulé des recommandations sur les domaines prioritaires à améliorer.
- Le Guatemala a progressé sur le plan de la consolidation du Groupe santé en mobilisant les acteurs nationaux, le système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales. Un exercice de simulation a été réalisé avec le Groupe.
- La Représentation de l'OPS en Argentine a mis en place un nouveau domaine de coopération avec la Commission des Casques blancs du ministère des affaires étrangères pour la stratégie des équipes médicales étrangères dans les Amériques.
- Un manuel pour les équipes d'assistance médicale des Caraïbes (CariMAT) a été rédigé et comprend des normes pour des interventions de santé publique avec des considérations sur le genre et culturelles.
- Les pays andins ont mis au point un mécanisme/guide d'assistance mutuelle en cas de catastrophe.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation

- La CEPREDENAC, l'organisation régionale pour les catastrophe en Amérique centrale, a créé une équipe spéciale pour les urgences pour l'Amérique centrale avec l'appui de l'OPS.
- Des changements à certains postes de direction au sein des ministères de la Santé, et dans les rôles et les tâches de certains membres clés du personnel, ont eu une incidence sur les progrès, notamment dans certains pays d'Amérique centrale.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultats immédiats (RIM)	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
5.3.2	Santé instituée comme une composante essentielle des cadres multisectoriels globaux pour la gestion des urgences et des risques de catastrophes ; capacités nationales renforcées pour la gestion des urgences tous risques et des risques de catastrophes pour la santé (ERMH)	Nombre de pays et territoires réalisant une évaluation des capacité ERMH	1	13	dépassé (23 atteints + 3 partiellement atteints)

Vingt-trois pays et territoires ont atteint cet indicateur : BHS, BLZ, BOL, BMU, CHL, COL, CRI, DMA, DOM, ECU, GLP, GRD, GUF, HND, JAM, KNA, LCA, MTQ, PER, SLV, SUR, VCT, VGB.

Trois autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : BRB, GUY, STA.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de quatre pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Ces pays ont mené à bien une enquête mondiale sur les capacités des pays en matière de gestion des urgences et des risques de catastrophe pour la santé, qui a été lancée en 2015, ou un instrument similaire d'évaluation validé par l'OPS.

Indépendamment de l'application des outils d'évaluation, la plupart des pays ont mis en œuvre des mesures visant à renforcer leurs capacités de gestion des urgences et des risques :

- De nombreux pays (Argentine, Bahamas, Bermudes, Bolivie, Chili, Colombie, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haïti, Honduras, Pérou, République dominicaine) ont élaboré des plans d'urgence et d'intervention sectoriels et/ou interinstitutions pour faire face à des catastrophes ayant un impact potentiel sur la santé publique. On peut citer l'exemple du phénomène El Niño et les événements associés (sécheresses et inondations), les crises migratoires (Haïti et République dominicaine), ainsi que les épidémies émergentes ou potentielles (MVE, chikungunya, dengue, Zika).
- Haïti a renforcé l'intégration du secteur de la santé au sein du système de gestion des catastrophes géré par l'Agence de protection civile dans trois des départements les plus vulnérables, et le pays a amélioré les capacités locales pour la coordination et la gestion des urgences sanitaires par ces trois directions départementales de la santé. Le ministère de la Santé publique et de la population est actuellement très intéressé par la possibilité d'étendre cette stratégie à l'échelle nationale.
- Par ailleurs, la République dominicaine et Haïti ont progressé sur le plan du développement de la coopération binationale pour la gestion des urgences sanitaires, en commençant par mettre en place des structures parallèles de gestion des urgences et des protocoles d'intervention conjointe dans les provinces frontalières.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
• Des exercices de renforcement des capacités et de simulation ont été menés afin de développer et de tester les capacités de gestion des urgences, y compris une formation pour la prise en charge d'un grand nombre de victimes, organisée par SIMEX aux Bermudes et facilitée par l'OPS.					
5.3.3	Mécanismes en place pour assurer la préparation organisationnelle pour mettre pleinement en œuvre le Cadre d'action d'urgence (ERF) de l'OMS et la Réponse institutionnelle de l'OPS aux urgences et catastrophes	Nombre de bureaux de l'OPS/l'OMS respectant pleinement la liste de vérification de la préparation de l'OMS	Données non mesurées actuellement	13	dépassé (16 atteints + 3 partiellement atteints)

Seize bureaux PWR ont atteint l'indicateur : ARG, BRA, BOL, BRB, COL, CUB, DOM, ECU, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV, SUR.

Les bureaux PWR dans trois autres pays ont partiellement atteint l'indicateur : CHL, HTI, VEN.

Au total, 19 bureaux PWR ont été évalués pour cet indicateur, dont 16 avaient réalisé au moins quatre éléments de la liste de vérification de la préparation de l'OMS. Bien que seuls 19 bureaux aient été évalués, tous les bureaux des PWR ont pris des mesures pour renforcer leur préparation et leur capacité à faire face à des urgences et des catastrophes au cours de l'exercice biennal 2014-2015.

La disponibilité tardive de la liste de vérification de la préparation de l'OMS a représenté un défi pour parvenir à un niveau de conformité complète, dans la mesure où pendant une longue période, les bureaux dans les pays ne savaient pas quels étaient les critères qu'ils devaient remplir. Néanmoins, bon nombre d'entre eux ont élaboré et/ou révisé leurs plans pour assurer la continuité de leurs activités et/ou leurs plans d'intervention d'urgence au cours de l'exercice biennal. Faire en sorte que ces plans continuent d'être actualisés reste un défi.

En vue de renforcer davantage encore la préparation et la capacité de gestion des urgences de l'Organisation, l'OPS a lancé un cours en ligne sur la réponse institutionnelle aux urgences et catastrophes (IRED). Ce cours présente aux participants les cadres existants pour la gestion des urgences et des catastrophes (OPS, OMS, Nations Unies) et couvre les procédures de gestion des interventions de l'OPS et les bonnes pratiques dans le cadre institutionnel de l'IRED. Il est actuellement disponible pour tout le personnel en anglais sur le campus virtuel de l'OPS de la santé publique, tandis que la version espagnole doit être lancée au début 2016.

La capacité d'intervention régionale a également été renforcée à travers l'organisation de deux formations régionales. L'une, sur l'intervention et la coordination en cas de catastrophe sanitaire, a réuni 32 participants de 23 pays, y compris les points focaux de l'OPS pour les catastrophes, du personnel des ministères de la Santé et des membres d'organisations partenaires. L'autre, sur la politique IRED de l'OPS, a réuni 38 administrateurs de l'OPS et des points focaux pour les catastrophes de 26 pays. Au cours de ces formations, les procédures et normes de performance de l'ERF et l'IRED ont été discutées. El Salvador, l'Équateur, le Guatemala et la Jamaïque ont également organisé une formation du personnel du bureau dans les pays, liée aux plans de continuité des activités et à l'IRED.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
5.3.4	Développement, mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé et rapports sur cette stratégie, et planification dans tous les pays ciblés avec des urgences prolongées par un réseau dans le pays de personnel d'urgence qualifié et formé de l'OPS	Pourcentage de pays avec des urgences prolongées qui remplissent les normes de performance de l'OPS	Données non mesurées actuellement	70 %	dépassé (100 %)

100 % des pays connaissant des situations d'urgence prolongées ont rempli les normes de performance de l'OPS.

- Tout au long de l'exercice biennal, l'OPS a continué d'appuyer les opérations d'intervention et de relèvement dans les deux pays connaissant des situations d'urgence prolongées, la Colombie et Haïti, et les normes de performance ont été remplies dans ces deux pays.
- Dans chacun de ces pays, l'OPS a appuyé le ministère de la Santé sur le plan de la direction du Groupe de la santé/groupe sectoriel et a dirigé l'élaboration de la composante santé des Évaluations humanitaires, des Évaluations et Plans d'intervention, en coordination avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (BCAH) et l'Équipe humanitaire dans les pays. Pour la Colombie il s'agissait du Plan d'intervention stratégique 2014, de la vue d'ensemble des besoins humanitaires 2015 et du Plan d'intervention stratégique 2015 dans le cadre du Groupe de la santé ; et pour Haïti, il s'agissait de la vue d'ensemble des besoins humanitaires 2015, de l'Appel pour la transition 2014-2015, de la Demande urgente de financement humanitaire 2015 et du Plan d'intervention stratégique 2016.
- Au cours de 2014-2015, l'Organisation a mobilisé plus $4,4 millions pour l'intervention contre le choléra et plus de $2,8 millions pour la RRC en Haïti, et plus de $1,5 million pour aider les personnes déplacées à l'intérieur du pays en Colombie.
- En Haïti, l'OPS appuyé la mise en œuvre du Plan national pour l'élimination du choléra et a renforcé le leadership et les capacités opérationnelles du ministère de la Santé pour coordonner et participer aux interventions face aux alertes et flambées de choléra. Au cours de l'exercice biennal, le ministère de la Santé publique et de la population (MSPP) a mis en place ses propres équipes départementales d'intervention rapide (équipes mobiles d'intervention rapide) et a renforcé leur intégration au sein du système d'intervention. Le MSPP a également développé sa propre unité de coordination pour le choléra et a mis en place un réseau de coordonnateurs départementaux pour le choléra appuyé directement par l'OPS. Les enquêtes et la gestion des données par la Direction de l'épidémiologie et la gestion des stocks de fournitures ont également été améliorées, bien que les progrès restent fragiles.
- En Colombie, l'OPS a redynamisé le mécanisme de Groupe de la santé, codirigé avec la Croix-Rouge colombienne. En coordination avec le ministère de la Santé, les organisations ont également appuyé les activités intersectorielles avec d'autres membres de l'équipe humanitaire dans le pays et avec les équipes humanitaires locales. L'OPS a apporté un soutien continu à la fourniture d'assistance sanitaire humanitaire des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux grâce à une présence permanente sur le terrain et à l'ouverture d'un espace humanitaire dans les zones contrôlées par les groupes armés et les guérillas.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
5.3.5	Mise en œuvre du Plan d'action pour la sécurité des hôpitaux, conformément aux priorités nationales et aux besoins spécifiques	Nombre de pays et territoires ayant un programme pour la sécurité des hôpitaux en vue d'assurer la continuité des services de santé pour la population en ayant besoin	16	25	dépassé (21 atteints + 8 partiellement atteints)

Vingt et un pays et territoires ont atteint cet indicateur : BHS, BON, BRB, CHL, COL, CYM, DMA, DOM, GLP, GTM, GUF, HND, KNA, MEX, MTQ, PER, PRY, SUR, USA, VEN, VGB.

Huit autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, BOL, BRA, CRI, CUW, PAN, SLV, SXM.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale de six pays au moment où ce rapport a été rédigé.

Les 16 pays de référence et les 9 pays cibles ont appliqué des mesures au cours de l'exercice biennal en vue de mettre en place un programme pour la sécurité des hôpitaux. Cependant, tous les pays n'ont pas progressé au même rythme. Deux pays de référence, la Bolivie et le Venezuela, ont connu des revers dans la mise en œuvre du Plan d'action pour la sécurité des hôpitaux.

Au cours des cinq dernières années, les pays de la Région ont fait d'immenses efforts pour mettre en œuvre le Plan d'action pour la sécurité des hôpitaux (Résolution CD50.R15), qui s'est achevé en décembre 2015. De nombreuses activités dans le cadre du plan ont été mises en œuvre au cours de cet exercice biennal :

- L'indice de sécurité des hôpitaux a été adapté pour les hôpitaux de petite et moyenne taille, et une application RSI a été développée pour les appareils mobiles. La base de données en ligne sur la sécurité des hôpitaux a été révisée et actualisée.
- Les normes pour la construction des établissements de santé ont été révisées à El Salvador.
- Des lignes directrices pour la conception et la construction des établissements de santé en République dominicaine ont été élaborée et publiées ; elles comprennent quatre produits : les lignes directrices pour la conception architecturale des établissements de santé, les lignes directrices pour les finitions architecturales dans les établissements de santé, les lignes directrices pour la conception et la construction structurelle/non structurelle des établissements de santé et un manuel pour conception et la construction structurelle/non structurelle des établissements de santé.
- Huit pays (Barbade, Colombie, Dominique, Équateur, Grenade, Jamaïque, Pérou, Suriname) ont adopté l'application RSI virtuelle développée par l'OPS pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de leurs programmes pour la sécurité des hôpitaux. D'autres ont développé leur propre outil de gestion (République dominicaine) ou ont intégré des données sur l'application RSI au sein d'une plate-forme de suivi existante pour les services de santé (Guatemala).
- Le RSI a été appliqué à nouveau dans des établissements à la Grenade (2), à la Jamaïque (3), à Sainte-Lucie (1), et au Suriname (2) et il a été appliqué pour la première fois dans les Îles Vierges britanniques (9), au Guatemala (42), au Guyana (2) et au Honduras (17). El Salvador a également continué à travailler pour la réalisation des engagements liés à l'évaluation des établissements de santé.
- Des formations RSI sur le terrain ont eu lieu à la Grenade, au Guyana, à la Jamaïque, à Sainte-Lucie et au Suriname pour renforcer le réseau d'évaluateurs de la sécurité des hôpitaux. Dans certains pays, l'activité a été l'occasion d'organiser des formations de recyclage.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation

- Huit pays (Grenade, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Panama, Sainte-Lucie, Suriname) ont créé des comités, rédigé des plans d'action et des politiques nationales, et mis en œuvre des plans d'amélioration de la sécurité.
- Le Chili, la Colombie, l'Équateur et le Pérou ont poursuivi la mise en œuvre de mesures pour la sécurité des hôpitaux, y compris des formations, des évaluations des hôpitaux, et des améliorations de la sécurité.
- Antigua-et-Barbuda a élaboré une politique pour la sécurité des hôpitaux avec la participation d'un ingénieur du secteur privé.
- La Colombie a élaboré un cours sur la sécurité des hôpitaux délivrant un diplôme (niveau intermédiaire entre un certificat et un diplôme universitaire), ainsi qu'une application de suivi de la mise en œuvre de la stratégie pour la sécurité des hôpitaux dans le pays.
- Les formations comprenaient un cours d'isolation de base en Jamaïque (16 participants), un cours sur la sécurité des bâtiments dans les Îles Vierges britanniques (20 participants) et des ateliers RSI au Panama pour l'agence de sécurité sociale.

Domaine programmatique 5.4 : Salubrité des aliments **RÉSULTAT : Tous les pays ont la capacité d'atténuer les risques pour la salubrité des aliments et de faire face aux flambées** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 1/4 atteint, 3/4 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
5.4.1	Nombre de pays et territoires qui ont des mécanismes adéquats en place pour prévenir ou atténuer les risques pour la salubrité des aliments et pour répondre aux épidémies, notamment parmi les populations marginalisées	4	20	en cours (9 atteints + 11 en cours)

Neuf pays ont atteint l'indicateur : CAN, CHL, COL, CUW, MEX, PAN, STA, USA, VEN.

Onze autres pays et territoires sont en cours d'atteinte de cet indicateur, avec de bonnes possibilités d'atteindre l'indicateur au cours de l'exercice biennal 2016-2017 : ABW, ARG, BON, CRI, DOM, GUY, HND, PER, PRY, SLV, TTO.

On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé.

L'accent sera mis sur le développement d'études nationales sur le fardeau des maladies d'origine alimentaire comme étape vers l'atténuation des risques alimentaires les plus pertinents.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
5.4.1	Pays en mesure de mettre en œuvre les lignes directrices et les recommandations de la Commission du Codex Alimentarius	Nombre de pays et territoires ayant adopté les normes internationales et les recommandations pour favoriser leur mise en œuvre	13	21	partiellement atteint (16 atteints + 5 partiellement atteints)
Seize pays et territoires ont atteint cet indicateur : ABW, BON, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, DOM, GTM, HND, PAN, PRY, SLV, STA, SXM, USA. Cinq autres pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : CUW, GUY, KNA, PER, VEN. Aruba a organisé des ateliers visant à renforcer la capacité des autorités compétentes. La Colombie a incorporé une politique sur la salubrité des aliments. La République dominicaine a révisé sa législation afin d'adopter les lignes directrices de la Commission du Codex Alimentarius. Le Honduras, le Paraguay et le Pérou ont été très proactifs pour ce qui est de promouvoir leurs normes liées au Codex Alimentarius. L'OPS a collaboré avec les pays et le Comité de coordination du Codex pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CCLAC) de la FAO/OMS pour obtenir une participation plus efficace au Codex Alimentarius. Par ailleurs, une coopération technique a été fournie pour l'adoption des textes du Codex Alimentarius dans les politiques et les législations nationales.					
5.4.2	Mécanismes de collaboration multisectorielle en place pour réduire les risques pour la santé publique d'origine alimentaire, y compris ceux qui résultent de l'interface homme-animal	Nombre de pays et territoires ayant un mécanisme de collaboration multisectorielle sur la réduction des risques pour la santé publique d'origine alimentaire, y compris parmi les populations marginalisées	6	10	dépassé (11 atteints + 11 partiellement atteints)
Onze pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, CAN, COL, CUW, JAM, PAN, PRY, STA, SXM, USA, VEN. En outre, 11 pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, BON, CHL, DOM, ECU, GUY, KNA, PER, SLV, TCA, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. La Colombie a une politique nationale sur la salubrité des aliments qui offre des conditions parfaites pour la bonne collaboration entre la santé et l'agriculture. Le Costa Rica met en œuvre des capacités RSI pour la salubrité des aliments et les zoonoses, créant ainsi les conditions pour une collaboration multisectorielle. La Jamaïque a mis en place une commission pour travailler sur la surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens, en renforçant la coopération entre le ministère de l'Agriculture et le ministère de la Santé. Par conséquent, l'OPS a joué un rôle important en facilitant l'interaction entre les Points focaux nationaux RSI et les points de contact d'urgence du Réseau international des autorités de la salubrité des aliments (INFOSAN) grâce à la mise en œuvre de la stratégie régionale INFOSAN. Par ailleurs, en collaboration avec l'Institut interaméricain pour la coopération					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
sur l'agriculture et la FAO, une coopération technique a été fournie pour renforcer la collaboration multisectorielle en vue de réduire les risques de salubrité des aliments ayant une incidence sur la santé publique.					
5.4.3	Pays en mesure de mettre en place des cadres réglementaires axés sur les risques en vue de prévenir, suivre, évaluer et gérer les risques et les maladies d'origine alimentaire et les zoonoses tout au long de la chaîne alimentaire	Nombre de pays et territoires ayant des politiques axées sur les risques et des cadres réglementaires et institutionnels pour leurs systèmes de salubrité des aliments	5	16	partiellement atteint (12 atteints + 12 partiellement atteints)
Douze pays et territoires ont atteint cet indicateur : BRA, CAN, CHL, COL, CUB, JAM, NIC, PAN, PRY, SXM, USA, VEN. En outre, 12 pays et territoires ont partiellement atteint cet indicateur : ABW, ARG, BON, CRI, CUW, DOM, GUY, KNA, PER, SLV, SUR, TTO. On attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un pays au moment où ce rapport a été rédigé. L'OPS s'est attachée à renforcer la capacité des pays à gérer les risques liés à la salubrité des aliments en renforçant les capacités d'analyse des risques pour les Caraïbes, en effectuant une analyse régionale du fardeau des maladies, en soutenant les autorités nationales pour l'adaptation et l'adoption de lignes directrices telles que les études sur l'alimentation totale, et l'amélioration des services d'inspection des risques et de la capacité des laboratoires pour l'application des systèmes du génome entier.					
5.4.4	Mise en œuvre du programme hémisphérique pour l'éradication de la fièvre aphteuse (PHEFA)	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre des programmes de prévention, de contrôle et d'élimination de la fièvre aphteuse (FA) conformément au calendrier et aux résultats attendus, définis dans le Plan d'action PHEFA 2011-2020	1	9	partiellement atteint (8 atteints)
Huit pays ont atteint l'indicateur : ARG, BOL, BRA, COL, ECU, PER, PRY, VEN. En outre, on attendait encore la confirmation de l'évaluation finale d'un autre pays au moment où ce rapport a été rédigé. Une coopération technique directe a été fournie aux pays clés (Bolivie, Brésil, Équateur, Paraguay, Suriname, Venezuela) pour renforcer les programmes nationaux d'éradication de la fièvre aphteuse afin d'obtenir le statut indemne de fièvre aphteuse reconnu par l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE). Dans le cas du Suriname, la coopération technique a contribué à jeter les bases du système d'information et de surveillance comme étape vers la préparation d'un dossier pour la reconnaissance du statut indemne de fièvre aphteuse par l'OIE. PANAFTOSA continue à fournir une coopération technique au Venezuela pour la gestion d'un programme contre la fièvre aphteuse, des stratégies sur le terrain et en laboratoire, et le renforcement des capacités en techniques de laboratoire. Une enquête visant à évaluer l'immunité contre la fièvre aphteuse à l'échelle des					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
troupeaux est actuellement menée par le Venezuela avec le soutien de PANAFTOSA. Une coopération technique a également été fournie au Paraguay, pays qui a signalé la dernière occurrence de fièvre aphteuse dans la Région. Le personnel vétérinaire du SENACSA a été formé à la surveillance et à l'intervention rapide face aux urgences de fièvre aphteuse ; tous les vétérinaires des 20 commissions de la santé animale du Paraguay, qui mettent en œuvre le programme de vaccination contre la fièvre aphteuse, ont été formés aux procédures de vaccination ; et huit vétérinaires du laboratoire du SENACSA et de sa ferme expérimentale ont été formés à la gestion et à la mise en œuvre des systèmes de contrôle de la qualité des vaccins contre la fièvre aphteuse, conformément aux normes internationales. Une coopération technique a été fournie à Agrocalidad (Équateur), pour la conception et la mise en œuvre d'une enquête sur l'immunité dans la population et d'une étude sur la circulation virale de la fièvre aphteuse pour 2015. En outre, PANAFTOSA fournit une assistance pour l'élaboration du plan pour le contrôle et l'éradication de la fièvre aphteuse sur cinq ans (2016-2020) à l'Équateur. PANAFTOSA fournit également son expertise au groupe de travail établi par le ministère brésilien de l'Agriculture pour la mise à jour du programme national d'éradication du Brésil, qui présentera ses recommandations au cours du premier semestre 2016.					

Domaine programmatique 5.5 : Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises **RÉSULTAT : Tous les pays répondent de façon adéquate aux menaces et aux situations d'urgence ayant des conséquences en termes de santé publique** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 atteint Évaluation des indicateurs des RIM : 1/1 atteint	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
5.5.1	Pourcentage de pays qui ont démontré une intervention adéquate face aux situations d'urgence résultant de tout danger avec une évaluation initiale coordonnée et un plan d'intervention du secteur de la santé dans les 72 heures suivant le début de la situation d'urgence	s/o	100 %	atteint (100 %)
Un total de 100 % des pays touchés ont démontré une réponse adéquate tous risques aux 10 urgences aiguës connues pendant l'exercice biennal, avec une évaluation initiale coordonnée et un plan d'intervention du secteur de la santé dans les 72 heures suivant la survenue de l'urgence. Les 10 urgences aiguës avec des impacts potentiels sur la santé qui se sont produites au cours de l'exercice biennal ont été les suivantes : inondations au Paraguay (2014 et 2015), en Bolivie (2014) et au Chili (2015) ; les inondations de Noël dues aux pluies abondantes qui sont tombées à la Dominique, à Saint-Vincent et à Sainte-Lucie dans les derniers jours de 2013 ; une crise de l'insécurité alimentaire au Honduras et au Guatemala (2014 et 2015) ; la tempête tropicale Erika à la Dominique (2015) ; le cyclone Joaquin aux Bahamas (2015) ; et la crise des rapatriements en Haïti et en République dominicaine (2015). Toutes ces urgences ont reçu une réponse adéquate				

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
et opportune de l'OPS grâce à la mobilisation rapide d'experts des interventions sur le terrain pour des évaluations rapides des dégâts/besoins et l'élaboration de plans d'action dans les 72 heures suivant la survenue de l'urgence. L'intervention face à certaines situations d'urgence a favorisé la coopération Sud-Sud directe entre les pays pour la fourniture d'une assistance humanitaire sanitaire. Cela a été illustré, par exemple, par la collaboration directe entre les ministères de la Santé en Haïti et en République dominicaine, facilitée par l'OPS, pour les dons et le transport de médicaments essentiels et de fournitures d'intervention afin d'aider les Bahamas pour son intervention à la suite de l'ouragan Joaquin.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
5.5.1	Mise en œuvre du Cadre d'action d'urgence (ERF) pour les urgences aiguës ayant des conséquences sanitaires	Pourcentage d'urgences de niveau 2 et 3 résultant de tous risques ayant des conséquences de santé publique, y compris toutes menaces épidémiques émergentes, pour lesquelles le Cadre d'action d'urgence (ERF) de l'OMS a été entièrement mis en œuvre	s/o	100 %	atteint (100 %)
Dans 100 % des urgences de niveau 2 et 3 résultant de tous risques ayant des conséquences de santé publique, y compris toutes menaces épidémiques émergentes, le Cadre d'action d'urgence (ERF) de l'OMS a été entièrement mis en œuvre. Niveau 3 : bien qu'il n'y ait eu aucune urgence de niveau 3 dans la Région des Amériques au cours de l'exercice biennal, l'IRED de l'Organisation a été activé au niveau 3 au cours de la flambée Ebola pour appuyer les interventions des Nations Unies dans les pays d'Afrique de l'Ouest touchés ainsi que pour faciliter la coopération technique pour la préparation aux interventions dans les États Membres. La Région a aussi apporté son soutien au Népal après le tremblement de terre de niveau 3 de 2015. Les normes de performance de l'ERF pertinentes pour ces contextes et ces urgences ont été mises en œuvre. Dix urgences se sont produites au cours de l'exercice biennal 2014-2015 qui répondaient aux critères de niveau 2 (voir le résultat 5.5.1 pour plus de détails). L'ERF est considéré comme pleinement mis en œuvre dans toutes ces situations d'urgence. Le soutien accordé pour l'intervention face à ces événements a compris les éléments clés suivants : • La Dominique, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sainte-Lucie : un soutien a été fourni pour des évaluations et une coordination rapides. Plus de $1 million ont été mobilisés pour soutenir la lutte antivectorielle, l'eau et l'assainissement, et le rétablissement de l'accès aux services de santé. L'OPS a fourni un soutien et un leadership pour assurer l'inclusion des principes de « reconstruire en mieux », y compris l'inclusion d'accès handicapés dans les établissements à la Dominique et à Sainte-Lucie. • Inondations en Bolivie : plus de $500 000 ont été fournis pour répondre aux besoins urgents en matière de santé, d'eau et d'assainissement et d'hygiène.				

- Inondations au Paraguay : un soutien a été apporté pour des évaluations et une coordination rapides. Plus de $900 000 ont été mobilisés auprès du Fonds central d'intervention d'urgence des Nations Unies pour appuyer le rétablissement de l'eau potable et d'un assainissement et hygiène adéquats dans les départements touchés par les inondations d'Asunción et Alto Paraguay, et garantir l'accès aux soins de santé de base et assurer la continuité du traitement ainsi que la prévention de flambées épidémiques.
- Crise de l'insécurité alimentaire au Guatemala : plus de $500 000 ont été mobilisés pour la gestion et le traitement de la malnutrition aiguë.
- Crise de l'insécurité alimentaire au Honduras : plus de $600 000 ont été mobilisés pour la gestion et le traitement de la malnutrition aiguë.
- Tempête tropicale Erika à la Dominique : environ $800 000 ont été mobilisés pour soutenir la lutte antivectorielle, l'eau et l'assainissement, et le rétablissement de l'accès aux services de santé.
- Ouragan Joaquin aux Bahamas : un appui a été fourni pour une évaluation et une coordination rapides, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la lutte antivectorielle, et le rétablissement des services de santé ($120 000 du budget ordinaire).
- Crise des rapatriements en Haïti et en République dominicaine : un soutien a été fourni pour l'élaboration d'un plan d'urgence aux termes duquel le secteur de la santé répondrait aux besoins de santé des Haïtiens expulsés de la République dominicaine, pour la mise en place préalable de trousses d'urgence pour la santé et de fournitures essentielles pour la santé et contre le choléra et pour l'installation de postes de santé avancés près des points de passage frontaliers.

Évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015
Rapport sur la catégorie 6

CATÉGORIE 6 : SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS ESSENTIELLES	NOTE GLOBALE DE L'ÉVALUATION DE LA CATÉGORIE [27] A répondu partiellement aux attentes

VUE D'ENSEMBLE PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE DE LA CATÉGORIE

Tableau 1. Synthèse programmatique et budgétaire de la catégorie 6

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
6.1 Leadership et gouvernance	58,47	61,82	105,7	103,4	97,8	3/4 atteints, 1/4 partiellement atteint (1 résultat immédiat annulé)	3/3 en cours
6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques	4,84	4,65	96,1	95,6	99,5	2/4 atteints, 1/4 partiellement atteint, 1/4 non évalué.	1/1 en cours
6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports	49,54	25,87	52,2	51,2	98,1	1/3 atteint, 2/3 partiellement atteints	2/2 en cours
6.4 Gestion et administration*	77,43	92,93	120,0	115,1	95,9	2/4 atteints, 2/4 partiellement atteints	1/1 en cours

[27] Les notes d'évaluation pour la catégorie globale et pour les domaines programmatiques/résultats sont déterminées par les facilitateurs des catégories et des domaines programmatiques de l'OPS, respectivement, en tenant compte de l'exécution programmatique et budgétaire, de l'analyse des ressources (humaines et financières) et des risques opérationnels et programmatiques. Les notes sont définies comme suit :

- **A répondu aux attentes** (vert) : a atteint 90 à 100 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont en bonne voie, comme prévu ; aucun obstacle ou risque affectant la réalisation des résultats n'est anticipé.
- **A répondu partiellement aux attentes** (jaune) : a atteint 75 à 89,9 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès peuvent être menacés, et des mesures sont nécessaires pour surmonter les retards, les obstacles et les risques.
- **Progrès insuffisants** (rouge) : a atteint < 75 % des résultats pour la période couverte par l'évaluation. Les progrès sont menacés en raison d'obstacles ou de risques qui pourraient empêcher la réalisation des résultats. Des mesures correctives immédiates sont nécessaires.

Domaine programmatique	Budget approuvé (PB 14-15) (millions de US$)	Fonds alloués (millions de US$)	Alloué au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport au PB (%)	Exécution budgétaire par rapport aux fonds alloués (%)	Note de l'indicateur de résultats immédiats	État d'avancement de l'indicateur de résultats intermédiaires
6.5 Communications stratégiques	13.07	11.40	87.2	87.6	100.4	2/2 atteints	1/1 en cours
TOTAL	**203.36**	**196.67**	**96.7**	**93.9**	**97.1**	**9/17 atteints, 8/17 partiellement atteints**	**8/8 en cours**

Note :
** Inclut $10 millions pour le PMIS.*

Tableau 2. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 6 par niveau fonctionnel

Niveau fonctionnel	Fonds alloués (millions de US$)	Fonds alloués par niveau (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
Pays	68,67	34,92	66,50	96,8
Inter-pays	34,59	17,59	33,63	97,2
Infrarégional	11,51	5,85	11,25	97,8
Régional	81,90	41,64	79,65	97,3
Total	**196,67**	**100,00**	**191,03**	**97,1**

ANALYSE PROGRAMMATIQUE DE LA CATÉGORIE

Synthèse de l'évaluation globale de la catégorie

Des progrès réguliers ont été réalisés dans la catégorie 6 au cours de l'exercice biennal pour maintenir un environnement propice qui permet à l'Organisation de mettre en œuvre, efficacement et en toute transparence, la coopération technique et d'avoir un impact positif mesurable dans les pays. Dans le domaine du leadership, l'OPS s'est stratégiquement positionnée aux niveaux régional et mondial et a jeté les bases d'une réponse politique et technique efficace en ce qui concerne le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses ODD. L'OPS a également renforcé sa réponse institutionnelle aux situations d'urgence, catastrophes et flambées aux conséquences sur la santé et humanitaires, à grande échelle et plus en plus répandues.

L'Organisation a renforcé son engagement en matière d'activités axées sur les pays, créant un nouveau cadre de coopération entre les pays pour le développement de la santé, et a actualisé une stratégie pour les huit pays clés dans la Région. Des plans ont été élaborés et des ressources identifiées afin de renforcer la coopération technique infrarégionale en Amérique centrale (AMC) et en Amérique du Sud (AMS), sur le modèle de la structure infrarégionale déjà en place dans les Caraïbes. L'expansion des bureaux infrarégionaux AMC et AMS améliorera la collaboration de l'OPS avec les mécanismes infrarégionaux, mais permettra également de s'assurer que les priorités de ces sous-régions sont traitées stratégiquement. Les partenariats pour le leadership dans la santé se sont poursuivis avec les équipes-pays des Nations Unies, tandis que les mécanismes de coordination ont été renforcés dans les pays avec les ministères de la Santé.

L'Organisation continue de participer activement au processus de réforme de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et est en bonne voie pour ce qui est de la mise en œuvre ou de l'adaptation des réformes pour s'aligner sur l'OMS dans plusieurs domaines clés, tels que la planification stratégique, la budgétisation, le financement, la gestion des ressources humaines, la gestion des risques, la gestion des projets, les Organes directeurs et la focalisation sur les pays. Les États Membres de l'OPS participent activement aux efforts de réforme visant à harmoniser les procédures et les pratiques de gouvernance et d'établir un cadre pour la participation des acteurs non étatiques, tout en protégeant l'Organisation contre les conflits d'intérêts.

La gestion axée sur les résultats (GAR) continue d'être la pierre angulaire de la planification, de la budgétisation et de la gestion et du suivi des programmes au sein de l'Organisation. Le nouveau Plan stratégiques 2014-2019 et Programme et budget 2016-2017, étroitement alignés sur le 12e Programme général de travail 2014-2019 de l'OMS, ont été élaborés en utilisant une approche du bas vers le haut à laquelle ont participé les homologues nationaux pour l'identification des priorités programmatiques. Les Représentations de l'OPS/OMS (PWR) ont fourni un soutien et des orientations aux pays, et les réseaux régionaux sur les catégories et les domaines programmatiques ont consolidé les intrants des pays pour l'élaboration du Programme et budget 2016-2017 approuvé. Le nouveau système de suivi du Plan stratégique (SPMS) a été développé avec les États Membres afin d'associer les pays à la première édition des mesures et rapports communs avec le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) sur les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et des résultats immédiats du Programme et budget 2014-2015.

La Région a été en mesure de mobiliser des ressources supplémentaires et d'inverser une tendance à la baisse du financement externe au cours de l'exercice biennal. Pour intensifier les efforts dans ce domaine, une nouvelle stratégie de mobilisation des ressources a été adoptée. Elle vise à garantir que l'Organisation est en mesure de financer pleinement son Programme et budget, à combler les écarts de financement dans les programmes où les ressources sont insuffisantes et à répondre aux nouvelles priorités.

La Région a adopté et configuré le nouveau Système d'information de la gestion (PMIS) du BSP, qui utilise le logiciel de planification des ressources d'entreprise, au cours de l'exercice biennal pour remplacer ses systèmes obsolètes et déconnectés pour les technologies de l'information (IT), les ressources humaines, la planification, la budgétisation, les achats et les finances. La phase I du PMIS, qui a porté sur les ressources humaines, est devenue opérationnelle en 2014. La phase II, couvrant tous les autres domaines, a été entièrement développée en 2015 et est prête à devenir opérationnelle en 2016. Le projet PMIS a été achevé dans les délais et en respectant le budget.

Un Système de gestion des risques d'entreprise (GRE) a été lancé au cours de l'exercice biennal ; il permettra entre autres d'identifier les risques institutionnels devant faire l'objet d'un suivi régulier par la Direction du BSP. En outre, un outil de registre des risques simplifié pour une utilisation par tous les bureaux de l'OPS a été déployé en 2014-2015 pour capturer les risques et définir des plans d'atténuation ; il sera mis en œuvre en 2016-2017.

Afin de réaliser des économies de coûts et des efficacités opérationnelles, le BSP a mis en place des accords de niveau de service avec des indicateurs de performance clés (KPI, d'apres son sigle en anglais) dans les domaines de la gestion des ressources financières, de la gestion des ressources humaines, des services informatiques, des services des achats et des approvisionnements et des opérations des services généraux. Au nombre des résultats positifs, on peut citer une réduction des délais entre la réception d'une autorisation d'achat et la délivrance d'un ordre d'achat par le Département des achats, un temps de réponse plus court par le service informatique pour résoudre les demandes de service, une augmentation du nombre de premières transactions des ressources humaines (RH) qui ont été traitées sans erreur et une diminution des coûts des utilités et autres frais de fonctionnement de 2 à 3 % au cours de l'exercice biennal. Cette diminution a été possible grâce au regroupement de bureaux, à des matériaux de construction plus modernes et plus efficaces, et une planification plus rigoureuse de l'utilisation des utilités.

Le BSP a également continué à employer des technologies et des plates-formes de communication innovantes pour faciliter sa coopération technique d'une manière efficace et efficiente. Celles-ci incluaient l'utilisation de conférences virtuelles, réduisant ainsi la nécessité d'imprimer des documents pour les réunions, ainsi qu'une augmentation de la distribution de documents via le site Web. La communication numérique et la participation des usagers ont été élargies grâce à l'utilisation des réseaux sociaux tels que Facebook, Flickr, Twitter et YouTube, et l'utilisation des nouvelles technologies a été optimisée. La communication avec les médias s'est également intensifiée par le biais de messages ciblés et de réponses directes aux questions de la presse. Les efforts consolidés sur le plan à la fois de la communication avec les médias et du développement des consultations du site Web ont contribué à renforcer le positionnement et la proéminence de l'Organisation au sein de la communauté internationale.

Synthèse programmatique par domaine programmatique

6.1 Leadership et Gouvernance

Ce domaine programmatique comprend les fonctions et les interventions clés visant à renforcer le leadership et le rôle de gestion de l'OPS dans la Région, permettant ainsi à de nombreux acteurs différents de jouer un rôle actif et efficace dans la promotion de la santé et du développement.

Réalisations

- Tout au long de l'exercice biennal, le BSP a plaidé pour la mise en œuvre du Plan stratégique de l'OPS auprès des homologues nationaux et des principales parties prenantes dans le système des Nations Unies, les organismes interaméricains et les mécanismes d'intégration comme ALBA (Alliance bolivarienne pour les peuples de notre Amérique), COMISCA (Conseil des ministres de la Santé d'Amérique centrale et de République dominicaine), CARICOM (Communauté des Caraïbes), MERCOSUR (Marché commun du Sud) et UNASUR (Union des Nations sud-américaines). Cet engagement a promu des approches couvrant l'ensemble du gouvernement pour la santé, la santé universelle, les services intégrés de soins primaires, le développement durable et l'équité, l'accès aux médicaments et la préparation et l'intervention face aux situations d'urgence.
- La participation des pays a été renforcée grâce à une promotion accrue de la politique axée sur les pays, et la Stratégie pour les pays clés de l'OPS a été actualisée pour appuyer une coopération technique ciblée en Bolivie, au Guatemala, au Guyana, en Haïti, au Honduras, au Nicaragua, au Paraguay et au Suriname.
- Un nouveau cadre pour une approche plus stratégique de la coopération technique a été défini dans la Stratégie de coopération entre pays pour le développement de la santé (CCHD). En outre, les pays ont participé à des mécanismes actifs de coordination entre de multiples partenaires dans les pays afin de faciliter une coopération effective en matière de développement sur les questions liées à la santé au cours de l'exercice biennal.
- Des progrès ont été réalisés dans la formulation de stratégies de coopération avec les pays (SCP) pour les pays et territoires d'Amérique centrale, d'Amérique du Sud et des Caraïbes. Les SCP pour le Mexique, le Nicaragua et le Panama ont été achevées. D'autres ont été lancées et devraient aboutir en 2016, y compris celles pour Belize, le Brésil, Sint Maarten néerlandais, El Salvador, le Guyana, Haïti, le Honduras, le Paraguay, Trinité-et-Tobago et la stratégie multipays avec les territoires d'outre-mer du Royaume-Uni dans les Caraïbes (Anguilla, les Bermudes, les Îles Caïmans, les Îles Vierges britanniques, Montserrat et Turks-et-Caïques).
- Quatre instruments ont été développés pour aider au lancement du Guide pour l'élaboration de la stratégie de coopération avec les pays de l'OMS (2014) : *a)* un outil pour la cartographie des implications de la SCP, *b)* une matrice permettant d'établir un lien entre le programme stratégique de la SCP et le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, *c)* des critères pour la participation des entités techniques aux missions de SCP, et *d)* un format pour la documentation des bonnes pratiques.

- Les 27 Représentations de l'OPS/OMS ont répondu à l'enquête sur la présence dans les pays de l'OMS et contribué à la nouvelle stratégie axée sur les pays qui est ancrée dans la réforme de l'OMS.
- La structure pour la coopération technique infrarégionale a été redéfinie pour renforcer le positionnement politique, stratégique et technique de l'Organisation et veiller à ce que la santé soit au centre du programme du processus d'intégration de l'ensemble de la Région. Un protocole d'accord a été renouvelé avec le MERCOSUR pour renforcer la coopération technique dans la sous-région d'Amérique du Sud. En outre, la Phase III de la Coopération des Caraïbes pour la santé et la Stratégie de coopération infrarégionale de l'OPS ont été évaluées, et le travail sur les stratégies appelées à leur succéder a commencé. L'OPS a également poursuivi son partenariat avec et son soutien à l'Agence de santé publique des Caraïbes (CARPHA) dans ses efforts pour traiter des programmes de santé prioritaires dans les Caraïbes, et avec l'Institut de nutrition d'Amérique centrale et du Panama (INCAP) pour traiter des principales maladies non transmissibles (MNT) et des facteurs de risque dans les pays d'Amérique centrale.

Défis

- Le manque de cohérence dans l'élaboration et l'actualisation des SCP lorsqu'elles arrivent à expiration empêche leur utilisation comme cadre stratégique à moyen terme de l'OPS/OMS, pour répondre efficacement aux priorités nationales de santé.
- L'application et l'utilisation de mécanismes de coordination entre des partenaires multiples dans les pays varient en fonction du contexte national et de la présence d'agences de développement et d'aide dans les pays et territoires.
- Les efforts visant à accroître la mobilisation des ressources auprès des acteurs non gouvernementaux dans les Amériques sont actuellement limités par les efforts en cours pour finaliser le cadre de l'OMS pour la participation des acteurs non gouvernementaux dans le contexte de la réforme de la gouvernance de l'OMS. En outre, le cadre de l'OMS, une fois approuvé, nécessitera une ratification séparée par les Organes directeurs de l'OPS avant de pouvoir être appliqué dans la Région.

Enseignements tirés

- Le développement des capacités, des compétences et des outils est essentiel pour faciliter la collaboration inter-programmatique et interfonctionnelle dans toute l'Organisation.
- L'Organisation doit renforcer sa capacité à répondre efficacement aux situations d'urgence et aux catastrophes sans compromettre sa capacité à s'acquitter des fonctions courantes.
- Le processus d'élaboration des SCP offre la possibilité de renforcer le leadership de l'OPS dans les questions qui ont trait à la santé au niveau national ; à cette fin, l'accent devrait être mis sur des processus consultatifs visant à définir conjointement les priorités de la santé.
- L'élargissement d'alliances stratégiques au-delà des acteurs traditionnels de la santé a contribué à renforcer la visibilité de l'OPS et son rôle de « coordinateur » et devrait être systématisé.

6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques

Ce domaine programmatique vise à renforcer les mécanismes existants et à introduire de nouvelles mesures visant à s'assurer que l'Organisation continue d'être responsable, transparente et apte à gérer efficacement les risques. Il favorise une approche coordonnée de l'évaluation à tous les niveaux de l'Organisation, en utilisant les outils et les lignes directrices conformément à la politique d'évaluation.

Réalisations

- Dans ce domaine programmatique, l'OPS s'est attachée à renforcer les mécanismes existants et à introduire de nouveaux instruments pour améliorer la responsabilisation, la transparence et la gestion des risques. Le programme de Gestion des risques d'entreprise a été mis en place et a contribué à inculquer une culture de gestion des risques et à renforcer les contrôles internes. La Gestion des risques d'entreprise continuera à être étroitement coordonnée avec les mécanismes d'audit en place de l'Organisation. Ces mesures contribueront à atténuer les risques qui peuvent avoir une incidence sur la réputation et le positionnement stratégique de l'Organisation.
- Quatre-vingt-sept pour cent des recommandations de l'audit interne ont été closes au cours de l'exercice biennal, par rapport au niveau de référence de 2012 de 80 %.
- Plus de 50 % des 31 recommandations de l'audit interne acceptées par la Directrice ont été mises en œuvre au cours de l'exercice biennal. Le Comité d'audit a procédé à un examen et présenté ses constatations à la Directrice du BSP et au Comité exécutif sur les 47 questions liées à l'audit, à la reddition de comptes, à la gestion des risques et à la transparence.
- Le Bureau du contrôle interne et des services d'évaluation (IES) a fourni des conseils et des orientations à la direction du BSP sur la méthodologie d'évaluation pour encourager la conformité à la politique d'évaluation de l'OPS. L'évaluation du projet *Mais Médicos* est un exemple d'une évaluation pour laquelle l'IES a donné beaucoup de conseils. L'IES a également mis à jour le registre des missions d'évaluation planifiées, en cours et terminées ; le registre des évaluations et les principaux enseignements tirés ont été présentés à la Directrice du BSP tous les six mois.
- L'initiative pour un environnement de travail respectueux (RWP, d'apres son sigle en anglais) a été lancée au sein de l'Organisation en 2015. A ce jour, 315 membres du personnel ont pris l'engagement de l'environnement de travail respectueux et 24 bureaux PWR se sont engagés à faire progresser cette initiative. En outre, 260 employés dans l'ensemble de l'Organisation ont été formés aux compétences en gestion des conflits.

Défis

- Établir et mettre en œuvre un cadre de contrôle interne qui spécifie clairement les détails de la reddition de comptes pour les différents niveaux de gestion reste un défi. Bien que les contrôles internes soient clairement énoncés dans toute une série de documents disparates, un document présentant un cadre intégré de contrôle interne n'a pas été produit en 2015 en raison du temps que le personnel a été amené à consacré au développement du PMIS.
- Davantage de progrès doivent être réalisés dans le domaine de l'évaluation, où une approche intégrée doit être appliquée afin de consolider les enseignements tirés des rapports d'évaluation et d'autres moyens.
- Le report de l'enquête institutionnelle a retardé la mesure de la satisfaction du personnel pour ce qui est du climat éthique et du système de justice interne de l'Organisation jusqu'en 2016.

Enseignements tirés

- Le soutien et l'engagement continus de la haute direction ont été essentiels pour la promotion des mécanismes de responsabilisation au sein de l'Organisation. Par exemple, en ce qui concerne la gestion des risques, la convocation du Comité permanent principal et l'examen des risques organisationnels au niveau de la Direction exécutive du BSP ont permis la mise en œuvre de la GRE.
- Un engagement et un investissement accrus des États Membres dans l'élaboration et l'évaluation du Programme et budget ont mis en évidence la nécessité de renforcer les mécanismes visant à tenir les États Membres informés de la mise en œuvre en cours du Programme et budget, y compris des risques financiers et programmatiques.

6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports

Ce domaine programmatique vise à progresser sur la gestion axée sur les résultats et à la consolider comme cadre opérationnel central pour l'amélioration de l'efficacité, de l'efficience, de l'alignement avec les résultats programmatiques et de la responsabilisation de l'Organisation. Il traite également de la mobilisation des ressources, des relations extérieures, et des partenariats pour augmenter la visibilité de la santé dans le programme de développement et améliorer les résultats de la santé.

Réalisations

- Au cours de l'exercice 2014-2015, l'Organisation a poursuivi ses efforts pour consolider davantage la gestion axée sur les résultats dans la mise en œuvre du nouveau Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et de ses Programme et budgets. À cet égard, un nouveau processus d'évaluation conjointe avec des homologues nationaux et tous les niveaux fonctionnels de l'Organisation a été élaboré et mis en œuvre. Un nouvel outil d'évaluation en ligne, le Système de suivi du Plan stratégique de l'OPS (SPM), a été introduit pour faciliter l'évaluation conjointe. Ce processus a commencé avec les contributions des pays ; celles-ci ont été validées par le Réseau des catégories et des domaines programmatiques après des consultations avec les pays puis elles ont été consolidées dans les résultats de l'ensemble de l'Organisation. Dans le cadre de ce processus, lancé en novembre 2015, le Secrétariat et les États Membres ont évalué collectivement la performance au cours de l'exercice biennal en procédant à un examen détaillé des indicateurs dans le Programme et budget et dans le Plan stratégique. Les résultats de cet exercice ont été utilisés pour finaliser le présent rapport.
- L'OPS a été pionnière pour l'élaboration d'une méthodologie robuste et scientifique de priorisation programmatique faisant partie intégrante de la planification stratégique et de l'élaboration du Programme et budget. Cette approche novatrice est le fruit d'une collaboration intense et productive avec des experts clés de la santé publique des autorités sanitaires nationales dans la Région. Cette nouvelle méthodologie devrait être appliquée au Programme et budget 2018-2019 et aux efforts de mobilisation et d'allocation des ressources. Cette méthodologie sera également publiée et fera l'objet d'un examen par les pairs en tant que contribution aux connaissances et données probantes scientifiques de la santé publique régionale et mondiale.
- L'OPS a obtenu une augmentation de 8,8 % pour les programmes de base dans le Programme et budget 2016-2017, après une réduction budgétaire en 2014-2015. L'application par l'Organisation de l'approche de planification du bas vers le haut a été encore renforcée pour le cycle de planification et de budget 2016-2017 par le biais de consultations avec les États Membres. Cette approche a permis de garantir que la coopération technique de l'Organisation en matière de santé soit axée sur les pays et réponde aux priorités programmatiques.
- Le Programme et budget 2014-2015 de l'OPS a été financé à 99,8 % ($561,8 millions sur $563,1 millions). Le nombre de donateurs apportant en contribution au moins 10 % du budget des contributions volontaires de l'OPS est passé de deux à trois pour l'exercice biennal. Des progrès ont été accomplis dans la mobilisation des ressources externes pour mettre en œuvre le Programme et budget, en partie grâce à une communication accrue auprès des nouveaux donateurs potentiels, y compris des partenaires non traditionnels et le secteur privé.
- La Stratégie de mobilisation des ressources 2016-2019 de l'OPS a été approuvée dans le but d'élargir la base de donateurs, en attirant des financements flexibles et en améliorant la prévisibilité des flux de contributions volontaires qui seront disponibles pour mettre en œuvre le Programme et budget.
- Les États Membres de la Région des Amériques de l'OMS (AMRO) ont participé au Groupe de travail mondial sur l'allocation d'espace budgétaire stratégique, qui s'est tenu pour élaborer une formule transparente et objective permettant de déterminer la répartition du budget de l'OMS à ses régions et pays. En application

de la méthodologie révisée fondée sur les besoins pour l'allocation d'espace budgétaire stratégique, l'affectation budgétaire de l'AMRO augmentera, à partir de l'exercice biennal 2016-2017.

- Le Réseau des catégories et des domaines programmatiques de l'OPS (CPAN) a été activé afin de coordonner la planification, la budgétisation, le suivi et l'évaluation dans la Région. Cela a conduit à un meilleur niveau de cohérence programmatique, d'appropriation et de coordination dans les trois niveaux de l'Organisation. En outre, le Réseau de gestion des programmes (avec des représentants de tous les niveaux fonctionnels) a été réactivé en 2015 et devrait renforcer la planification axée sur les résultats, la budgétisation et les fonctions de gestion des projets au sein du Secrétariat.
- Pour la première fois, l'Organisation a élaboré un recueil complet d'indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires qui a été validé par les planificateurs de la santé et les experts en santé publique des États Membres et le CPAN en vue d'améliorer la mesure objective de la performance programmatique sur la base de critères définis.

Défis

- La validation des indicateurs de résultats immédiats du Programme et budget 2014-2015 n'a pas pu être achevée pendant l'exercice biennal. Cela a eu une incidence sur la qualité et la cohérence du processus d'évaluation conjointe avec les États Membres. Par conséquent, le processus d'évaluation conjointe a nécessité des ressources, du temps et des orientations supplémentaires. Ces expériences seront examinées en 2016 en vue d'améliorer les critères qui guident le processus d'évaluation et le Système de suivi du Plan stratégique.
- Mobiliser des ressources externes suffisantes pour financer intégralement l'augmentation du Programme et budget s'est avéré difficile. En outre, la mise en œuvre de la Stratégie de mobilisation des ressources a été retardée jusqu'à la fin de l'exercice 2014-2015. Cela a eu une incidence sur la capacité du Secrétariat à couvrir les écarts de financement pour certains domaines programmatiques ainsi que sur sa capacité à attirer des fonds flexibles qui peuvent être alloués stratégiquement aux domaines où les besoins sont les plus importants ou dans lesquels la priorité est la plus élevée.
- Obtenir un financement intégral pour la portion AMRO du budget programme de l'OMS continue d'être un défi. La portion AMRO du budget 2014-2015 pour les programmes de base était financée à 85 % ($139 millions/$164,5 millions).
- Des vacances de postes clés de leadership et techniques, ainsi que le déploiement de personnel pour répondre aux situations d'urgence et apporter un soutien au PMIS, ont eu une incidence globalement sur la mise en œuvre des plans opérationnels approuvés et, par conséquent, sur le Programme et budget.

Enseignements tirés

- Les processus du bas vers le haut pour la planification et la priorisation en vue de l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS et des programmes et budgets ont largement contribué à l'obtention de plans et de budgets plus réalistes, qui mettent davantage l'accent sur les priorités définies conjointement avec les États Membres. La participation sans précédent des États Membres et du personnel de l'ensemble du BSP aux processus de planification et de budgétisation de l'Organisation devrait se traduire par un niveau plus élevé d'appropriation et d'engagement pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan stratégique 2014-2019 approuvé et des trois programme et budgets correspondants.
- L'adaptation et l'application d'une méthodologie solide et scientifique pour définir les priorités programmatiques permettra au BSP d'affecter les ressources plus stratégiquement et objectivement aux domaines où la coopération technique de l'Organisation apporte une valeur ajoutée et aura plus d'impact.
- Les nouveaux processus et système de suivi et d'évaluation conjoints mis en œuvre pour le Plan stratégique

et le programme et budget de l'OPS avec les États Membres et le BSP ont amélioré la responsabilisation et la transparence au sein de l'Organisation et ont permis d'intégrer davantage la gestion axée sur les résultats dans l'ensemble de l'OPS.

- Le recueil d'indicateurs a conduit à l'élaboration de critères techniques solides pour la mesure des indicateurs et a facilité l'évaluation conjointe avec les États Membres, dans la mesure où il fournit des critères types pour la mesure, le dialogue et la résolution des divergences. L'expérience a également révélé la nécessité de reproduire cette bonne pratique dans tous les plans élaborés par l'Organisation afin d'assurer une évaluation systématique et objective des résultats.
- Les incertitudes quant à la disponibilité des fonds, et la part importante des fonds flexibles de l'Organisation réservés pour couvrir les postes à durée déterminée (> 75 %), ont eu une incidence sur le taux de mise en œuvre des programmes. En outre, dans de nombreux cas, l'arrivée et le décaissement tardifs des fonds n'ont pas laissé suffisamment de temps pour la mise en œuvre des programmes.
- La mise en œuvre d'une approche de budget intégrée devrait fournir plus de souplesse dans l'allocation stratégique des ressources pour relever ces défis.

6.4 Gestion et administration

Ce domaine programmatique recouvre les services administratifs fondamentaux qui sous-tendent le fonctionnement efficace et efficient du Secrétariat : gestion des ressources financières, gestion des ressources humaines, services informatiques, services des achats et des approvisionnements et opérations des services généraux. Il reflète également la coordination et la mise en œuvre du nouveau système d'information pour la gestion du BSP visant à simplifier les processus administratifs et à améliorer les contrôles et les indicateurs de la performance.

Réalisations

Finances

- L'OPS a reçu une opinion d'audit sans réserve sur les états financiers 2013 et 2014.
- Une nouvelle politique sur la réception des petites contributions des donateurs a été élaborée pour simplifier la coopération technique et le renforcement des capacités au niveau national.
- Des définitions et processus normalisés pour les frais généraux de fonctionnement ont été élaborés pour les bureaux PWR.

Gestion efficace des ressources humaines

- Le module de gestion du capital humain a été mis en œuvre avec succès dans PMIS en 2015, y compris une formation généralisée au niveau institutionnel.
- La planification des ressources humaines a été pleinement intégrée à la planification opérationnelle en 2014-2015 ; tous les plans des RH ont été examinés, révisés lorsque cela était nécessaire, et approuvés dans le cadre du processus de planification opérationnelle. Cela a permis d'appuyer l'intégration des ressources financières et humaines dans le cadre du Plan stratégique.
- Une nouvelle stratégie des ressources humaines (la « Stratégie de l'OPS axée sur les personnes ») a été développée grâce à un processus participatif impliquant tous les secteurs et les niveaux de l'Organisation. Les États Membres ont approuvé la nouvelle Stratégie axée sur les personnes et le financement de sa mise en œuvre, à partir de 2016.

Services d'infrastructure informatique et de communication efficaces

- Le système d'information pour la gestion du BSP a été développé et déployé dans les délais et en respectant le budget.

- La phase I du PMIS, qui comprenait le module sur les ressources humaines et la paye, a été achevée et lancée en janvier 2015.
- La phase II, qui comprend les finances, le budget et les passations de marchés, a été lancée le 1er janvier 2016. La mise en œuvre de la deuxième phase aura une incidence importante sur la culture institutionnelle de l'OPS et continuera de nécessiter une gestion du changement. À la fin de l'exercice biennal, $17,4 millions (sur les $20,2 millions approuvés pour le projet) ont été dépensés. Le budget restant servira à mettre en œuvre les composantes critiques non lancées en mode réel, les améliorations postérieures au lancement en mode réel, des rapports personnalisés et le module de recrutement, qui n'était pas inclus dans le champ du projet défini initialement. Deux indicateurs de performance clés visant à évaluer le déploiement du PMIS ont été atteints.

- Technologie de l'information :
  - Une nouvelle stratégie informatique a été élaborée et approuvée en 2015.
  - Les services informatiques ont fourni un appui essentiel pour la phase de développement du PMIS, ainsi que la planification de l'élimination progressive des systèmes existants et le maintien des données historiques pour leur utilisation future dans les rapports financiers et la planification.
  - D'importants progrès ont été réalisés dans la modernisation de l'infrastructure informatique, notamment les systèmes centraux, la connectivité Internet et le déploiement d'une plateforme SharePoint modernisée.

<u>Soutien opérationnel, logistique et pour la passation de marchés efficace</u>

- Services généraux :
  - Une évaluation complète de l'état du bâtiment du siège de l'OPS et des bureaux PWR, y compris la sécurité et la sûreté, a été présentée aux États Membres, ainsi que des options à court et à long terme et les coûts correspondants.
  - Le Fonds principal pour les investissements en capital, y compris ses sous-fonds pour l'entretien de biens immobiliers, les services informatiques et l'achat de véhicules, a été augmenté à l'aide des excédents approuvés par le Conseil directeur.
  - Un nouveau mécanisme d'autofinancement pour l'achat de véhicules par les bureaux PWR a été élaboré et sera mis en œuvre en 2016.
  - Les coûts d'exploitation des bureaux ont été réduits de 2 à 3 %.

- Passation de marchés :
  - L'utilisation de solutions d'appels d'offres en ligne a été maximisée pour le siège de l'OPS dans un souci d'efficacité et d'économie.
  - Une formation a été dispensée à tous les administrateurs et points focaux des processus de passation de marchés, ce qui a réduit la durée du cycle des achats.
  - Un système automatisé de gestion des expéditions a été développé avec la collaboration d'In-tend. Il sera déployé en 2016 pour mieux soutenir les Fonds renouvelable et stratégique.

Défis

- Un grand défi avait trait à la quantité importante de temps de personnel dédié à l'élaboration et aux essais du PMIS, alors même que le personnel devait s'acquitter de ses responsabilités programmatiques et administratives habituelles. En conséquence, il y a eu de nombreux retards qui ont eu une incidence sur les différents secteurs de l'Organisation. Cependant, une gestion prudente a permis de protéger les services opérationnels essentiels tels que l'embauche de personnel, la paye et la passation de marchés.

- Le montant des économies qui seront réalisées grâce à la mise en œuvre complète du PMIS est difficile à documenter et à évaluer et n'est pas encore entièrement connu. On estime qu'à mesure que le système se stabilisera, les économies de coûts en découlant deviendront évidentes.

Enseignements tirés

- Le soutien de la direction du BSP a été déterminant pour favoriser l'acceptation dans l'ensemble de l'Organisation de la transition vers le nouveau système logiciel de planification des ressources d'entreprise appelé PMIS.
- La mise en œuvre réussie du PMIS exigera un engagement continu du personnel et de la Direction, l'adaptation des processus, et des investissements en temps et en ressources supplémentaires pour exploiter pleinement les avantages du nouveau système.
- Si le problème du vieillissement des infrastructures des bâtiments n'est pas réglé, cela pourrait avoir des incidences financières significatives et nuire à la capacité de l'Organisation de fournir une coopération technique et des services essentiels.

6.5 Communications stratégiques

Ce domaine programmatique vise à assurer à l'Organisation un positionnement plus fort au sein de la communauté internationale en favorisant une approche proactive envers les médias et avec les réseaux sociaux afin de mieux communiquer sur le rôle et l'impact de l'Organisation. Il développe et partage des informations fondées sur des données probantes et les connaissances produites par les États Membres et le BSP pour promouvoir une prise de conscience des réalisations de la Région en matière de santé.

Réalisations

- La nouvelle stratégie de communication jette les bases d'une intégration renforcée des activités et des pratiques de communication dans l'ensemble de l'Organisation afin de positionner l'OPS comme le chef de file qui fait autorité en matière de santé publique dans les Amériques. La mise en œuvre de modes opératoires normalisés permettra à l'OPS d'établir efficacement des liens avec les parties prenantes et les publics ciblés ou nouveaux pour transmettre rapidement des informations exactes sur la santé.
- Une nouvelle politique sur les publications de l'Organisation a été élaborée et approuvée.
- Le BSP a également continué à employer des technologies et des plates-formes de communication innovantes pour faciliter sa coopération technique de manière efficace et efficiente.
- La communication numérique et la participation des usagers ont été élargies grâce à l'utilisation des réseaux sociaux (tels que Facebook, Flickr, Twitter et YouTube). En outre, la participation des usagers via le site Internet a été élargie pour optimiser l'utilisation des nouvelles technologies et augmenter les consultations des pages Web.
- La communication avec les médias s'est également intensifiée par le biais de messages ciblés et de réponses directes aux questions de la presse. Les efforts consolidés sur le plan à la fois de la communication avec les médias et du développement des consultations du site Web ont contribué à renforcer le positionnement et la proéminence de l'Organisation au sein de la communauté internationale.

Défis

- Les différents niveaux en termes de capacité de communication des Représentations de l'OPS/OMS font obstacle à la fourniture d'un soutien pour une communication cohérente et de qualité.

- Les bureaux et les centres PWR ont une capacité limitée pour travailler sur la gestion des connaissances et les domaines connexes.

Enseignements tirés

- Pour augmenter sa visibilité et sa communication pour la santé, l'Organisation doit poursuivre ses investissements dans la composante de communications stratégiques des programmes de coopération technique, assortis des ressources humaines et financières appropriées.

Risques

Les risques les plus pertinents identifiés pour la catégorie 6 dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 sont énumérés ci-dessous, avec des informations sur leur statut et toutes mesures d'atténuation prises pour y remédier. Les nouveaux risques identifiés au cours de l'exercice biennal sont également mis en évidence.

- Des réductions supplémentaires dans l'affectation des ressources provenant de l'OMS pourraient compromettre gravement la capacité de l'OPS à atteindre les résultats énoncés dans le Plan stratégique.
  - Bien que l'allocation nominale ait augmenté pour la Région, elle représentait 85 % de la part totale approuvée pour l'AMRO dans le budget des programmes de base de l'OMS ($139 millions/$164,5 millions).
- Le niveau de l'aide internationale accordée à la Région continue à baisser.
  - Le caractère imprévisible et souvent assorti d'affectations spéciales du financement volontaire, provenant essentiellement d'un petit noyau de grands donateurs, continue à limiter la capacité de l'OPS à traiter des priorités existantes et émergentes. La Stratégie de mobilisation des ressources qui vient d'être approuvée et l'application du cadre de priorisation programmatique permettra de mieux cibler les efforts de mobilisation des ressources. En outre, l'Organisation doit se positionner stratégiquement pour susciter le soutien des partenaires traditionnels et non traditionnels. Son rôle de chef de file dans la coopération Sud-Sud et triangulaire offre des possibilités de mobiliser des ressources dans la Région, de créer de nouvelles alliances et d'accroître la reconnaissance du rôle de l'OPS comme chef de file et partenaire clé pour la Coopération entre les pays pour le développement de la santé (CCHD) dans la Région.
- En l'absence de cadre pour la participation d'acteurs non gouvernementaux, des conflits d'intérêts potentiels existent avec les partenaires privés qui pourraient nuire à l'image et à la réputation de l'Organisation.
  - Le BSP et les États Membres des Amériques participent activement à l'élaboration du cadre de l'OMS pour la collaboration avec les acteurs non gouvernementaux. Une fois approuvé, les composantes applicables seront présentées aux Organes de directeurs de l'OPS pour adoption.
- L'incapacité à mettre en place un système d'information moderne pour la gestion pourrait nuire à la simplification des processus administratifs et empêcher l'utilisation de mesures plus efficaces et permettant de réaliser des économies.
  - Bien que les Phases I et II du projet PMIS aient été menées à bien dans les délais et en respectant le budget, la concrétisation du plein potentiel du système nécessitera un engagement continu du personnel et de la Direction, l'adaptation des processus, et des investissements en temps et en ressources supplémentaires.
- La disponibilité et la fiabilité limitées de l'information nuisent à la prise de décisions en temps opportun.
  - La mise en œuvre du PMIS conjuguée au développement prévu du portail de l'OPS pour le Programme et budget permettra de mettre les informations plus facilement à la disposition de la Direction du BSP et des États Membres et facilitera la communication d'informations pertinentes pour la Région des Amériques aux plates-formes et systèmes d'information de l'OMS.

Analyse de l'exécution budgétaire

La catégorie 6 a un budget approuvé (PB 2014-2015) de $203,4 millions, qui comprend le coût de la présence dans les pays, reflété dans les domaines programmatiques 6.1 (Leadership et gouvernance) et 6.4 (Gestion et administration).

Environ $196,67 millions ont été alloués, ce qui représente 96,7 % du budget approuvé pour cette catégorie. Dans l'ensemble, la catégorie atteint un niveau de mise en œuvre de 97 % sur la base des fonds alloués et de 94 % sur la base du programme et budget approuvés. Comme illustré au tableau 1, quatre des cinq domaines programmatiques se sont vu attribuer 85 % ou plus de leurs niveaux dans le PB approuvé. Trois se sont vu attribuer 95 % ou plus des sommes budgétisées : les 6.1 (Leadership et gouvernance, 106 %), 6.2 (Transparence, responsabilisation et gestion des risques, 96 %) et 6.4 (Gestion et administration, 120 %). Le domaine programmatique 6.4 comprend une allocation de $10 millions pour le PMIS. En revanche, Le domaine programmatique 6.3 s'est vu attribuer 52 % du budget approuvé. Cela s'explique surtout par la surbudgétisation du domaine programmatique 6.3 (et par la sous-budgétisation correspondante du domaine programmatique 6.4) ; il a été remédié à cette situation dans le Programme et budget 2016-2017.

Le tableau 2 ventile les affectations à la catégorie 6 par niveau fonctionnel. Les fonds alloués au niveau régional ont représenté 41,6 % de l'allocation totale de cette catégorie ; 34,9 % sont allés au niveau des pays, 17,6 % au niveau inter-pays et 5,9 % au niveau infrarégional. Ceci est étroitement aligné sur la distribution ciblée définie dans la politique budgétaire de l'OPS. Le niveau infrarégional a atteint un taux d'exécution de 98 % des fonds alloués et tous les autres niveaux fonctionnels ont atteint un taux d'exécution de 97 %.

Le tableau 3 fournit des informations supplémentaires sur les fonds attribués et est ventilé à la fois par domaine programmatique et par niveau fonctionnel. Tous les domaines programmatiques dans cette catégorie ont atteint des taux de mise en œuvre de plus de 95 %. Comme prévu, et compte tenu de l'inclusion de la présence dans les pays, les domaines programmatiques 6.1 (Leadership et gouvernance) et 6.4 (Gestion et administration) ont reçu les portions les plus élevées du budget de la catégorie 6, soit 31,4 % et 47,3 % respectivement. Les autres domaines programmatiques représentaient entre 2 % et 13 % du budget de la catégorie.

Les domaines programmatiques 6.2 (Transparence, responsabilisation et gestion des risques) et 6.5 (Communications stratégiques) ont atteint les taux d'exécution les plus élevés, avec plus de 99 % de mise en œuvre des fonds alloués. Les domaines programmatiques 6.3 (Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports) et 6.1 (Leadership et gouvernance) ont atteint 98 % d'exécution. Le domaine programmatique 6.4 (Gestion et administration) a enregistré le taux de mise en œuvre le plus faible dans cette catégorie, avec 96 %.

Avec l'analyse par niveau fonctionnel, le niveau des pays atteint 96 % à 100 % d'exécution dans tous les domaines programmatiques, le taux d'exécution le plus faible étant celui du domaine programmatique 6.4. Au niveau inter-pays, qui représentait un soutien supplémentaire pour les pays, tous les domaines programmatiques ont atteint un taux d'exécution d'au moins 95 %. Au niveau infrarégional, la mise en œuvre a été la plus élevée dans les domaines programmatiques 6.1, 6.2 et 6.5, où les niveaux d'exécution étaient égaux ou supérieurs à 99 %. Le niveau régional a atteint 99 % et 100 % d'exécution dans trois domaines programmatiques et un peu moins dans les domaines programmatiques 6.3 (98 %) et 6.4 (96 %).

Tableau 3. Vue d'ensemble du budget de la catégorie 6 par domaine programmatique et niveau fonctionnel

Catégorie, domaine programmatique et niveau fonctionnel	Fonds accordés (millions de US$)	Fonds accordés par domaine programmatique (%)	Total des dépenses (millions de US$)	Exécution budgétaire (%)
6. Services institutionnels/fonctions essentielles	**196,67**	**100,00**	**191,03**	**97,1**
6.1 Leadership et gouvernance	**61,82**	**31,43**	**60,44**	**97,8**
Pays	33,22	16,89	32,08	96,6
Inter-pays	7,34	3,73	7,27	99,1
Infrarégional	3,84	1,95	3,82	99,4
Régional	17,42	8,86	17,27	99,1
6.2 Transparence, responsabilisation et gestion des risques	**4,65**	**2,37**	**4,63**	**99,5**
Pays	0,30	0,15	0,30	100,0
Inter-pays	1,20	0,61	1,19	99,4
Infrarégional	0,31	0,16	0,31	99,4
Régional	2,84	1,45	2,83	99,4
6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports	**25,87**	**13,15**	**25,36**	**98,1**
Pays	6,21	3,16	6,14	98,8
Inter-pays	5,36	2,72	5,24	97,8
Infrarégional	1,58	0,80	1,55	98,0
Régional	12,72	6,47	12,44	97,8
6.4 Gestion et administration	**92,93**	**47,25**	**89,15**	**95,9**
Pays	27,13	13,79	26,16	96,4
Inter-pays	18,06	9,18	17,28	95,7
Infrarégional	5,08	2,59	4,88	96,0
Régional	42,66	21,69	40,83	95,7
6.5 Communications stratégiques	**11,40**	**5,80**	**11,45**	**100,4**
Pays	1,82	0,92	1,82	100,4
Inter-pays	2,64	1,34	2,65	100,4
Infrarégional	0,69	0,35	0,69	100,4
Régional	6,26	3,18	6,28	100,4

La catégorie 6, en tant que catégorie d'appui, n'attire pas traditionnellement les ressources des donateurs. Ainsi, les fonds sans affectation spéciale comme les Contributions obligatoires et les Coûts pour l'appui aux programmes ont été principalement utilisés pour faire progresser les activités dans cette catégorie au cours de l'exercice biennal 2014-2015.

Recommandations

- Appuyer l'identification, la promotion et la mise en œuvre des projets CCHD pendant l'exercice biennal 2016-2017, à mesure que cette nouvelle modalité de coopération technique est entièrement déployée dans la Région.
- Tout en reconnaissant que les Représentants de l'OPS/OMS sont la pierre angulaire du leadership de l'Organisation, prendre des mesures pour *a)* améliorer la représentation des candidats de la Région des Amériques dans le processus de sélection sur la liste mondiale de l'OMS, *b)* améliorer la diversité et la qualité des candidats à la liste mondiale, surtout des personnes des pays des Amériques, grâce à un recrutement actif, et *c)* mettre en œuvre une sélection rapide et minutieuse des PWR dans la Région.
- Améliorer, simplifier et rationaliser les processus administratifs pour la mise en œuvre effective de la coopération technique, y compris le recrutement du personnel, la passation des marchés et le soutien informatique/PMIS. Ceci est particulièrement important pour le fonctionnement des bureaux PWR.
- Appuyer la création de nouveaux bureaux infrarégionaux pour l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, y compris le recrutement du personnel et les modalités administratives, comme moyen de renforcer la coopération technique dans les pays et d'élargir le rôle de l'OPS au sein des organismes infrarégionaux en place.
- Documenter le processus de planification du bas vers le haut et l'évaluation conjointe avec les États Membres en tant que pratiques exemplaires et les promouvoir auprès de l'OMS pour leur mise en œuvre dans d'autres régions.
- Achever d'affiner la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS pour définir les priorités programmatiques et la publier dans une revue scientifique.

Évaluation par domaine programmatique

Domaine programmatique 6.1 : Leadership et gouvernance **RÉSULTAT : Une plus grande cohérence sur le plan de la santé régionale, avec l'OPS/OMS qui joue un rôle clé pour permettre au grand nombre d'acteurs différents de contribuer efficacement à la santé de tous les habitants des Amériques** Évaluation des indicateurs des RIT : 3/3 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 3/4 atteints, 1/4 partiellement atteint (1 annulé)	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation *(Noter comme atteint, en cours, aucun progrès)*[28, 29]
6.1.1	Niveau de satisfaction des parties prenantes envers le rôle de chef de file de l'OPS/OMS sur les questions mondiales et régionales de la santé	Élevé	Élevé	en cours
Les résultats de l'enquête sur la perception des parties prenantes de l'OMS pour 2015 sont en train d'être finalisés. Seuls cinq pays représentent la Région AMRO dans cette enquête (Barbade, Guatemala, Honduras, République dominicaine, Suriname). Toutefois, il ressort des premières indications du siège de l'OMS que 68 % des personnes interrogées ont une opinion positive de l'OMS. Compte tenu de la périodicité de l'enquête auprès des parties prenantes de l'OMS et du fait qu'elle ne mesure pas pleinement la relation de l'OPS avec ses parties prenantes et son rôle de leadership dans les Amériques, l'OPS propose la réalisation d'une enquête spécifique à la Région pour mieux évaluer sa performance dans ce domaine.				
6.1.2	Nombre de pays qui reflètent dans leurs plans ou stratégies de développement de la santé au niveau national les priorités régionales en santé définies dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019	s/o	20/35	en cours (13 atteints + 20 en cours)
Treize pays ont atteint l'indicateur : ARG, BRB, CAN, CHL, COL, CUB, DMA, HND, JAM, PAN, PER, SLV, URY. Vingt autres pays sont en bonne voie pour atteindre l'indicateur d'ici à 2019 : ATG, BHS, BLZ, BOL, CRI, DOM, ECU, GRD, GTM, GUY, HTI, KNA, LCA, MEX, NIC, PRY, SUR, TTO, VCT, VEN.				

[28] La réalisation globale est évaluée comme suit :

- **Atteint :** la cible d'indicateur fixée pour 2019 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux) dans le Plan stratégique de l'OPS a déjà été atteinte.
- **En cours :** il y a eu une augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et le travail est en cours/en bonne voie pour atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique pour 2019.
- **Aucun progrès** : il n'y a pas eu d'augmentation par rapport à la valeur de référence de l'indicateur définie en 2013 (nombre de pays/territoires, nombre ou % pour les indicateurs régionaux), et les progrès pour atteindre la cible de l'indicateur d'ici à 2019 pourraient être menacés.

[29] Les indicateurs régionaux sont évalués par l'entité régionale responsable/CPAN sur la base des informations les plus récentes disponibles, selon les critères définis dans le recueil d'indicateurs.

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
L'évaluation de cet indicateur est basée sur le critère qu'au moins 13 des 25 domaines du Plan stratégique de l'OPS se reflètent dans les stratégies de la santé et/ou du développement des pays. Dans l'exercice d'évaluation conjointe, certains pays ont quantifié le nombre de domaines programmatiques du Plan stratégique de l'OPS reflétés dans leurs stratégies ou plans nationaux pour la santé et/ou le développement.				
6.1.3	Nombre d'initiatives ou plans d'action régionaux des systèmes interaméricain et des Nations Unies traitant de la santé et du développement conçus et/ou mis en œuvre avec l'appui de l'OPS pour faire progresser les priorités en santé de la Région	s/o	8	en cours (7)

Au cours de l'exercice biennal 2014-2015, sept initiatives et/ou plans d'action ont été élaborés pour faire progresser les priorités en matière de santé dans la Région :

- L'OPS a négocié avec succès, au cours du processus du Septième sommet des Amériques, l'inclusion de huit paragraphes sur la santé dans le document des Mandats pour l'action du sommet. Il s'agissait d'engagements à œuvrer pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, à prévenir, détecter et intervenir face aux flambées de maladies infectieuses émergentes et autres urgences de santé publique et à progresser dans les domaines des maladies non transmissibles, de l'eau et assainissement, de l'alimentation et nutrition et de la réduction de la mortalité maternelle et infantile.
- Des propositions ont avancé sur la création d'un fonds interaméricain pour la préparation aux flambées épidémiques comme projet commun de l'OPS, de l'Organisation des États Américains (OEA) et de la Banque interaméricaine de développement (BID). En outre, l'Équipe spéciale interaméricaine sur les maladies non transmissibles a été lancée avec succès en juin 2015.
- L'OPS et l'OEA ont conclu un accord visant à étendre le programme de bourses d'études de l'OEA pour le secteur de la santé. Grâce à ce partenariat fructueux, 181 professionnels de 23 pays de la Région (y compris les États-Unis et le Canada) ont pu suivre des programmes de formation supérieure (niveau maîtrise et doctorat) au Brésil et au Mexique. Le partenariat s'est aussi traduit par des accords spécifiques pour faire avancer la Politique régionale sur la recherche pour la santé (par exemple, avec le Groupe Coimbra des universités brésiliennes) et des contributions à des dialogues régionaux sur l'internationalisation des universités et de l'innovation sociale dans la santé.
- L'OPS a participé activement à l'élaboration du programme des ODD, en particulier en ce qui concerne l'ODD3 sur la santé, et a participé à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies pour l'adoption des ODD.
- Des négociations ont eu lieu avec le Secrétariat général ibéro-américain (SEGIB) pour parvenir à un accord formel sur la coopération Sud-Sud. Un accord avec l'UNASUR pour un protocole d'accord visant à appuyer les priorités en matière de santé des États Membres a été négocié, et un protocole d'accord avec le MERCOSUR pour la coopération en matière de santé a été signé.
- Dans le cadre de la XIVe Conférence ibéro-américaine des ministres de la Santé, il a été convenu d'élaborer une stratégie afin d'analyser comment les innovations techniques et l'utilisation de données massives (*Big Data*) peuvent contribuer au renforcement de la politique de santé publique, en particulier pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.
- L'OPS a rétabli des relations avec le Bureau des Nations Unies pour la coopération Sud-Sud et a participé à une réunion de haut niveau des parties prenantes sur la coopération Sud-Sud et aux discussions sur le programme de développement après 2015.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
6.1.1	Leadership et gestion OPS/OMS efficaces en place	Nombre de pays et territoires ayant des stratégies de coopération avec les pays pour lesquelles au moins 50 % des implications de la SCP ont été abordées	14	35	partiellement atteint (20 atteints)
Vingt pays et territoires ont des SCP alignées sur les plans nationaux à la fin de 2015 : ABW, ARG, BHS, BOL, CAN, CUB, CUW, DOM, GTM, GUY, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRI, SLV, SUR, SXM, URY. En outre, 12 SCP qui sont arrivées à expiration à la fin de 2015 ou avant seront actualisées en 2016 : BLZ, BOL, BRA, ECU, GUY, HND, HTI, PRY, SLV, SXM, TTO, et la stratégie multipays avec les territoires d'outre-mer du Royaume-Uni dans les Caraïbes (couvrant AIA, BMU, CYM, MSR, TCA, VGB). En conséquence, il y aura 35 pays et territoires avec des SCP valides jusqu'en 2016 et au-delà. L'outil de suivi des implications SCP a été testé avec le soutien de trois bureaux PWR (Brésil, Nicaragua et Pérou). Cependant, pour une utilisation appropriée de cet outil, les pays devront formuler leurs implications SCP sur la base du nouveau guide pour les SCP (2015). Cet indicateur est évalué sur la base du nombre de SCP en vigueur pendant l'exercice biennal et au-delà. Toutefois, l'indicateur nécessite une révision pour faciliter une mesure et un suivi de meilleure qualité de l'efficacité du leadership et de la gestion de l'OPS. Il est donc proposé que le résultat immédiat soit évalué par rapport aux SCP et aux priorités du leadership en tant qu'indicateurs indépendants. Pour l'indicateur SCP, la révision permet aux SCP d'être mesurées indépendamment de la façon dont les implications SCP sont présentées, et il est peu probable que l'indicateur soit affecté par toute modification éventuelle du format à la suite de la révision des lignes directrices qui est actuellement en cours. À cet égard, le BSP propose l'évaluation du résultat immédiat 2016-2017, en utilisant les mesures suivantes du système de suivi du Plan stratégique : • *6.1.1 Indicateur : Nombre de pays ayant actuellement des SCP élaborées conformément aux lignes directrices approuvées*					
6.1.2	Participation efficace avec d'autres parties prenantes pour l'élaboration d'un programme commun de la santé qui réponde aux priorités des États Membres	Nombre de pays et territoires ayant un mécanisme de coordination actif de différents partenaires dans les pays pour la mise en œuvre des principes du partenariat de Busan pour la coopération en vue du développement effectif	26	35	atteint (33)
Trente-trois pays et territoires ont atteint cet indicateur : ARG, ATG, BHS, BLZ, BOL, BRA, BRB, CHL, COL,CRI, CUB, DOM, ECU, GTM, GUY, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, SUR, TTO, URY, VEN. Les pays de l'Organisation des États des Caraïbes orientales (OECO) suivants : DMA, GRD, KNA, LCA, et VCT participent également au mécanisme de coordination des Caraïbes orientales pour le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
Cet indicateur est mesuré sur la base des pays qui ont des tables rondes, des groupes de coopération, des mécanismes de coordination pour le Fonds mondial, des groupes d'examen par les pairs, des groupes thématiques et autres mécanismes similaires qui coordonnent, suivent et évaluent la mise en œuvre et l'efficacité de la coopération des partenaires de développement pour le développement national de la santé.					
6.1.3	Renforcement de la gouvernance de l'OPS avec une supervision efficace dans le cadre des réunions des Organes directeurs	Proportion des points de l'ordre du jour des Organes directeurs de l'OPS correspondant au Plan stratégique de l'OPS	s/o	90 %	dépassé (95 %)
95 % des points de l'ordre du jour des Organes directeurs de l'OPS correspondent au Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Un total de 89 points ont été examinés par le Conseil directeur en 2014 et 2015, dont 85 correspondent au Plan stratégique de l'OPS. Toutes les questions relatives aux politiques et aux programmes sur les deux ordres du jour correspondaient au Plan stratégique. En outre, l'ensemble des stratégies et des plans d'action sont examinés par des pairs afin d'assurer le bon alignement avec le Plan stratégique de l'OPS.					
6.1.4	Réforme de l'OMS intégrée aux activités de l'Organisation	Proportion d'éléments pertinents pour l'OPS dans la réforme de l'OMS qui sont achevés ou en bonne voie	s/o	100 %	atteint (100 %)
100 % des d'éléments pertinents pour l'OPS dans la réforme de l'OMS sont achevés ou en bonne voie (15/29 éléments achevés et 14/29 en bonne voie). Le rapport sur la mise en œuvre par l'OPS de la réforme de l'OMS est présenté aux Organes directeurs en 2016.					
6.1.5	Mise en œuvre de l'Agenda de la santé pour les Amériques (HAA) 2008-2017	Nombre de pays et territoires qui assurent un suivi de la mise en œuvre de l'Agenda de la santé pour les Amériques	s/o	s/o	Annulé
Cet indicateur a été annulé compte tenu de la révision des indicateurs du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 avec le Groupe de travail des pays.					

Domaine programmatique 6.2 : Transparence, responsabilisation et gestion des risques **RÉSULTAT : L'OPS travaille d'une manière responsable et transparente et ses cadres de gestion et d'évaluation des risques fonctionnent de manière adéquate** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/4 atteints, 1/4 partiellement atteint, 1/4 Non évalué	**Notation :** **A répondu partiellement aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
6.2.1	Proportion des risques institutionnels assortis de plans d'intervention approuvés mis en œuvre	s/o	100 %	en cours (80 %)
Au cours de 2015, la Direction a identifié 10 risques institutionnels pour l'Organisation ; après avoir appliqué les critères de priorisation, huit d'entre eux ont été identifiés comme étant des priorités absolues. Des plans d'atténuation ont été élaborés et sont en train d'être mis en œuvre. Les Comités permanents de la GRE et la Direction effectueront un suivi, tous les six mois, des progrès et de l'évolution des principaux risques en coordination avec les propriétaires du risque. En outre, le Comité d'audit assurera un suivi de l'avancée de l'institutionnalisation de la GRE au sein de l'OPS et des principaux risques, ainsi que de la mise en œuvre de leurs plans d'atténuation.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
6.2.1	Responsabilisation accrue grâce au renforcement de la gestion du risque d'entreprise et de l'évaluation à tous les niveaux de l'Organisation	Proportion des entités de l'Organisation ayant mené à bien l'évaluation des risques et ayant mis en œuvre les plans d'atténuation approuvés	12 %	75 %	atteint
90 % des entités ont achevé leurs registres des risques et leurs plans d'atténuation des risques. L'outil de registre a été amélioré et les données ont été normalisées pour produire des rapports.					
6.2.2	Politique d'évaluation de l'OPS/OMS mise en œuvre dans l'ensemble de l'Organisation	Pourcentage d'enseignements tirés des évaluations approuvées par la Directrice mis en œuvre au cours de l'exercice biennal	Données non mesurées actuellement	70 %	partiellement atteint (67%)
67 % des enseignements tirés des évaluations approuvées par la Directrice ont été mis en œuvre au cours de l'exercice biennal.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
Le Bureau du contrôle interne et des services d'évaluation (IES) continue de collaborer avec la fonction d'évaluation de l'OMS afin de promouvoir une approche systématique et harmonisée du travail d'évaluation. L'IES a diffusé et promu le Guide pratique d'évaluation de l'OMS au sein du BSP. L'IES a également facilité les aspects liés au BSP de l'évaluation de la présence dans les pays de l'OMS, pour laquelle le Mexique a été l'un des huit pays dans le monde sélectionnés pour des études de cas approfondies.					
6.2.3	Amélioration du comportement éthique, respect dans l'environnement de travail et procédures de recours au sein de l'Organisation	Niveau de satisfaction du personnel pour ce qui est du climat éthique et des procédures de recours interne de l'Organisation	Données non mesurées actuellement	Élevé	Non évalué (NE)
Une enquête pour évaluer la climat éthique et l'environnement de travail a été réalisée en phase pilote dans deux bureaux PWR (Guatemala et Paraguay) en 2015 et cette enquête est actuellement affinée par le Système de l'intégrité et de la gestion des conflits de l'OPS dans le but de l'adresser à l'ensemble des unités au siège, des bureaux PWR, et des centres en 2016. Cette enquête servira à évaluer le niveau de satisfaction du personnel par rapport au climat éthique et aux procédures de recours interne de l'Organisation et permettra de définir un niveau de référence qui pourra être utilisé à l'avenir à des fins de comparaison et pour dégager des tendances. Toutefois, à la fin de 2015, aucune donnée n'était disponible pour évaluer cet indicateur. Bien que l'enquête n'ait pas été pleinement mise en œuvre, des mesures ont été prises pour améliorer le comportement éthique au sein de l'Organisation, y compris la mise en œuvre de l'Initiative pour un environnement de travail respectueux, la politique de tolérance zéro pour la fraude et la corruption, la politique de prévention et de résolution du harcèlement sur le lieu de travail, et les politiques sur les cadeaux et les invitations, les conflits d'intérêt et un emploi et des activités à l'extérieur. En outre, l'Organisation a continué à mettre en œuvre l'obligation pour tous les nouveaux employés de suivre un cours sur le Code des principes d'éthique et de conduite de l'OPS.					
6.2.4	Renforcement de la fonction d'audit	Proportion des recommandations de l'audit interne acceptées par la Directrice closes au cours de l'exercice biennal	80 %	85 %	dépassé (87 %)
87 % des recommandations de l'audit interne acceptées par la Directrice ont été closes au cours de l'exercice biennal. Des progrès continuent d'être réalisés dans ce domaine, avec des améliorations progressives et continues des contrôles internes.					

Domaine programmatique 6.3 : Planification stratégique, coordination des ressources et présentation de rapports **RÉSULTAT : Financement et affectation des ressources alignés sur les priorités et les besoins en matière de santé des États Membres dans un cadre de gestion axée sur les résultats** Évaluation des indicateurs des RIT : 2/2 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 1/3 atteint, 2/3 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
6.3.1	Pourcentage du budget approuvé de l'OPS financé	90 %	100 %	en cours (97,6%)
97,6% du Programme et budget 2014-2015 ont été financés ($549,4 millions/$563,1 millions dans le budget approuvé). Le nombre de donateurs apportant au moins 10 % du budget des contributions volontaires de l'OPS a augmenté, passant de deux à trois au cours de l'exercice biennal. Des progrès ont été accomplis dans la mobilisation de ressources externes pour mettre en œuvre le Programme et budget, en partie grâce à une communication accrue auprès des nouveaux donateurs potentiels, y compris des partenaires non traditionnels et le secteur privé.				
6.3.2	Pourcentage de cibles d'indicateurs de résultats atteintes du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019	91 %	≥90 %	en cours (6 % atteints + 84 % en cours)
Sur la base de l'évaluation conjointe avec les États Membres, 6 % (5/83) des indicateurs de résultats intermédiaires ont été évalués comme atteints (3) ou dépassés (2), 84 % (70/83) comme en cours et 8 % (7/83) comme n'ayant fait aucun progrès. Un indicateur (2.1.2a) n'a pas été évalué en raison de difficultés de mesure. Cette évaluation peut changer après la confirmation des évaluations des pays en cours. Les changements seront reflétés dans la version finale du rapport qui sera présentée au Conseil directeur. Il convient de noter que l'Organisation a encore deux périodes de programme et budget dans le Plan stratégique pour atteindre les cibles d'indicateur de résultats intermédiaires.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
6.3.1	Consolidation du cadre de gestion axée sur les résultats de l'OPS, en mettant l'accent sur le système de responsabilisation pour l'évaluation de la performance institutionnelle	Pourcentage de résultats immédiats atteints	75 %	90 %	partiellement atteint (50 % atteints + 50 % partiellement atteints)
Sur les 114 indicateurs de résultats immédiats évalués, 50 % (57/114) ont été atteints (21) ou dépassés (36), et les 50 % restants ont été partiellement atteints. Deux résultats immédiats n'ont pas été évaluées ; l'un a été annulé et					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
pour l'autre il n'y avait pas de données disponibles. Cette évaluation peut changer après la confirmation des évaluations des pays en cours. Les changements seront reflétés dans la version finale du rapport qui sera présentée au Conseil directeur. Il convient de noter que pour ce résultat immédiat, l'indicateur ne reflète pas entièrement le travail de l'Organisation en matière de GAR. Pour s'appuyer sur les efforts continus dans le domaine de la GAR et sur les bonnes pratiques de responsabilité conjointe avec les États Membres, le Secrétariat propose, pour l'évaluation du résultat immédiat de 2016-2017, d'utiliser les mesures suivantes dans ce système de suivi du Plan stratégique : • *6.3.1a : Pourcentage de résultats immédiats atteints* • *6.3.1b : La planification et la budgétisation axées sur les résultats mises en œuvre dans l'ensemble de l'Organisation en collaboration avec les États Membres (mesurées par l'élaboration du PB en suivant une approche du bas vers le haut, la mise en œuvre de la méthodologie de priorisation, les évaluations conjointes en fin d'exercice)*					
6.3.2	Alignement de l'attribution des ressources et des financements de l'OPS avec les priorités convenues facilité grâce au renforcement de la mobilisation des ressources, à la coordination et à la gestion	Pourcentage des domaines programmatiques ayant des budgets financés à 75 % ou plus	75 %	75 %	dépassé (76 %)
76 % des domaines programmatiques (22/29) ont été financés à 75 % ou plus pendant l'exercice biennal. Le financement global du Programme et budget 2014-2015 a été de 97,5 % du budget total approuvé ($549,4 millions/$563,1 millions). Le financement additionnel pour l'intervention face aux flambées et aux crises ($9,8 millions) est exclu de cette analyse, car il n'est pas compris dans les programmes de base.					
6.3.3	Stratégie de mobilisation des ressources de l'OPS mise en œuvre	Nombre de partenaires apportant une contribution d'au moins 10 % du budget des contributions volontaires de l'OPS	2	4	partiellement atteint (3/4)
Trois partenaires (les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, l'Agence des États-Unis pour le développement international [USAID] et le gouvernement du Brésil) ont apporté une contribution d'au moins 10 % ($11 millions) du budget des contributions volontaires de l'OPS en 2014-2015. Quatre partenaires additionnels (la Commission européenne, le gouvernement de l'Espagne, Affaires mondiales Canada et le Programme des Nations Unies pour le développement) ont apporté chacun une contribution d'au moins $5 millions pour les contributions volontaires de l'OPS. Le BSP a poursuivi ses efforts de mobilisation des ressources et élargi le dialogue technique en cours avec les partenaires afin d'inclure la mobilisation des ressources (Canada, Espagne). De plus, il s'est attaché à forger des partenariats avec des partenaires de développement potentiels et non traditionnels multiples tels que l'Agence coréenne de coopération internationale (KOICA), l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), la Banque de développement d'Amérique latine (CAF), le ministère fédéral de la coopération économique et du développement (GIZ/BMZ, Allemagne) et le ministère des Affaires étrangères (Singapour), ainsi qu'avec des					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation

organismes gouvernementaux, des ministères et des entités du secteur privé (São Paulo et Brasilia). Ces efforts ont abouti à l'expansion et à la diversification du portefeuille de donateurs. En outre, même si tous les nouveaux donateurs n'ont pas apporté une contribution d'au moins 10 % des contributions volontaires de l'OPS, le succès a été considérable sur le plan de l'augmentation de la mobilisation des ressources pour l'Organisation. Le BSP reste déterminé à favoriser la participation de nouveaux donateurs potentiels, y compris des donateurs non traditionnels et des partenaires du secteur privé tels que ceux mentionnés ci-dessus.

Une réalisation importante de l'exercice biennal a été l'élaboration et l'approbation par le BSP de la Stratégie de mobilisation des ressources 2016-2019. Cette stratégie, qui vise à financer entièrement les deux exercices biennaux restants du Plan stratégique, définit les principes directeurs et les lignes d'action visant à créer un environnement institutionnel favorable pour suivre, négocier, mobiliser, exécuter et faire rapport sur les ressources externes.

Le processus d'examen des projets fait également l'objet d'un examen et s'inscrit dans le droit fil des efforts visant à renforcer la mobilisation des ressources du BSP. Un total de 198 propositions ont été examinées entre janvier et décembre 2015. Rien qu'au cours du dernier trimestre 2015, le BSP a examiné 25 initiatives potentielles qui, en cas de succès, représenteront un flux d'environ $11,4 millions en contributions volontaires et $29,6 millions en contributions volontaires nationales (non compris *Mais Médicos*).

Domaine programmatique 6.4 : Gestion et administration **RÉSULTAT : Gestion et administration efficaces aux trois niveaux de l'Organisation** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/4 atteints, 2/4 partiellement atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
6.4.1	Proportion des mesures de gestion et d'administration (comme développé dans les Accords de niveau de service) réalisées	s/o	95 %	en cours (80 %)

80 % (16/20) des indicateurs de performance clés définis pour le Secrétariat ont été atteints.

Les indicateurs de performance clés (KPI) sont utilisés comme une mesure de substitution pour les réalisations des accords de niveau de service dans toutes les composantes de ce résultat intermédiaire et de ses résultats immédiats, le cas échéant. Les indicateurs de performance clés comprennent deux indicateurs spécifiques pour le projet PMIS.

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
6.4.1	Pratiques financières solides en place grâce à un cadre de contrôle adéquat, une comptabilité précise, un suivi des dépenses et l'enregistrement en temps opportun des revenus	Opinion d'audit sans réserve	Oui	Oui	atteint
Deux opinions d'audit sans réserve (2013 et 2014) ont été obtenues au cours de l'exercice. L'OPS a reçu une opinion d'audit sans réserve sur les états financiers 2014 conformes aux normes comptables internationales du secteur public (IPSAS).					
6.4.2	Gestion efficace et efficiente des ressources humaines permettant de recruter et de soutenir un personnel motivé, expérimenté et compétent dans un environnement propice à l'apprentissage et à l'excellence	Proportion d'accords de niveau de services RH atteints	Données non mesurées actuellement	95 %	partiellement atteint (50 %)
50 % (1/2) des accords de niveau de services RH atteints. L'indicateur de performance clé associé aux Plans de RH a été atteint. Le Département des ressources humaines a fourni de nombreuses orientations et un soutien important à toutes les entités dans la préparation, la révision et l'approbation de leurs Plans RH respectifs. Compte tenu de la mise en œuvre prochaine du module de gestion du capital humain du PMIS, l'indicateur de performance clé lié au processus et à l'exactitude des opérations des ressources humaines ne sera pas introduit avant 2016-2017, conformément à la mise en service du nouveau système.					
6.4.3	Efficacité et efficience de l'infrastructure informatique, des services de réseau et de communication, des systèmes et applications institutionnels et liés à la santé, et du soutien et des services de formation aux usagers ultimes	Proportion de soutien aux usagers ultimes fourni conformément aux accords de niveau de service	80 %	95 %	dépassé (100 %)
100 % du soutien aux usagers ultimes a été fourni conformément aux accords de niveau de service. Les trois indicateurs de performance clés ont été atteints. La cible est mesurée à l'aide de trois indicateurs de performance clés regroupant différents types de services : nouvelles demandes de service, demandes de services fortement prioritaires et demandes de service générales émanant de la communauté des utilisateurs. Les temps de réponse et les résultats intermédiaires ont dépassé les cibles, qui sont définies dans une fourchette d'un à trois jours selon le type de service.					

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
6.4.4	Efficacité et efficience du soutien opérationnel et logistique, de la passation de marchés, de la maintenance des infrastructures, de la gestion des actifs et d'un environnement sécurisé pour le personnel et les biens de l'OPS/OMS	Proportion des accords de niveau de service convenus atteints	Données non mesurées actuellement	95 %	partiellement atteint (67%)

67 % (4/6) des accords de niveau de service convenus atteints.

L'indicateur de performance clé (1) pour les accords sur les opérations des services généraux (OSG) a été défini avec une réduction ciblée de 5 % du coût de l'électricité, du gaz et de la maintenance. Même si des progrès ont été réalisés, les conditions hivernales particulièrement rigoureuse, mais aussi la transition vers un nouveau fournisseur pour la gestion des installations ont empêché les OSG de réaliser pleinement cet objectif. On estime que les indicateurs de performance clés seront atteints en 2016 et au-delà.

Les opérations du Département de la passation de marchés et de la gestion des approvisionnements ont été évaluées au moyen de cinq indicateurs de performance clés, qui mesurent l'utilisation de solutions d'appels d'offres en ligne au siège, la durée du cycle d'achat, le traitement des principales formations sur les politiques et les processus, et les réductions des coûts de formation. À l'exception de l'indicateur de performance clé sur la réduction des coûts, qui a été partiellement atteint, tous les indicateurs de performance clés ont été totalement atteints.

Domaine programmatique 6.5 : Communications stratégiques **RÉSULTAT : Meilleure compréhension par le public et les parties prenantes du travail de l'OPS/OMS** Évaluation des indicateurs des RIT : 1/1 en cours Évaluation des indicateurs des RIM : 2/2 atteints	**Notation :** **A répondu aux attentes**

Évaluation des indicateurs de résultats intermédiaires

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
6.5.1	Pourcentage des États Membres et d'autres représentants des parties prenantes qui évaluent la performance de l'OPS/OMS comme étant excellente ou bonne	77 %	100 %	en cours

L'OPS attend les résultats de l'enquête de 2015 de l'OMS sur la perception des parties prenantes pour évaluer cet indicateur et faire rapport sur la participation de l'AMRO à l'enquête mondiale. Toutefois, cinq États Membres de l'AMRO ont participé à l'enquête en 2015, à savoir la Barbade, le Guatemala, le Honduras, la République dominicaine et le Suriname.

N° d'ind. RIT	Indicateur RIT	Référence de 2013	Cible pour 2019	Notation de l'évaluation
La situation pour 2014-2015 devrait faire apparaître une amélioration notable dans la perception de la performance de l'OPS/OMS. Il convient de noter que cet indicateur ne mesure pas complètement la perception de la performance globale de l'OPS.				

Évaluation des indicateurs de résultats immédiats

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
6.5.1	Amélioration de la communication par le personnel de l'OPS/OMS, conduisant à une meilleure compréhension de l'action et de l'impact de l'Organisation	Nombre de bureaux de l'OPS/OMS ayant terminé le volet formation de la stratégie de gestion des connaissances et de la communication de l'Organisation	4	12	dépassé (27)

27 bureaux PWR ont terminé le volet formation des stratégies de gestion des connaissances (17) et de la communication (10) de l'Organisation :

- 17 pour la stratégie de gestion des connaissances : ARG, BOL, BRA, CHL, CUB, DOM, ECC , ECU, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, PRI, PRY, SLV.
- 10 pour la stratégie de la communication : Le siège plus BOL, BRB, CUB, DOM, ECU, MEX, PRY (2 sessions) SLV, TTO.

À la suite de l'approbation du Programme et budget 2014-2015, une stratégie indépendante a été approuvée pour la gestion des connaissances et une stratégie séparée pour la communication. Par conséquent, les résultats sont présentés pour chacune de ces stratégies séparément.

Les bureaux suivants ont reçu une formation et un soutien pour l'élaboration et la mise en œuvre des composantes de la stratégie de gestion des connaissances :

- Rédaction scientifique, recherche documentaire et accès à l'information : ARG, BOL, DOM, PAN, PRI, PRY.
- Registre institutionnel de l'OPS pour le partage de l'information : ARG, BRA, CUB, ECU, DOM, FEP, MEX, PER, PRY. Des réunions/formations virtuelles périodiques ont été organisées avec les points focaux dans les Centres de connaissances au cours de l'exercice biennal.
- Orientations relatives aux centres collaborateur de l'OPS/OMS : ARG, BRA, CHL, CUB, HND, MEX.
- Mémoire institutionnelle/bibliothèque : BOL, ECC, ECU, JAM, MEX, PER, PRY.
- Ateliers de gestion des connaissances : ARG, CUB, GTM, HND, JAM, MEX, PAN, PER, SLV.
- Élaboration des stratégies nationales de santé en ligne : ARG, GTM, PAN, PER, SLV.

Une formation et un appui ont été fournis pour l'élaboration et la mise en œuvre des composantes de la stratégie de communication :

- L'unité chargée des communications a mis en place une nouvelle stratégie de communication et une politique de publication pour l'Organisation qui ont été approuvées au cours de l'exercice biennal.
- Un total de 12 sessions de formation ont été organisées en 2014 et 2015 :
  - 69 responsables d'entités (venant de 27 bureaux PWR et de 42 entités du siège) ont suivi le volet formation de la stratégie de communication de l'Organisation au cours de la Réunion annuelle des responsables en 2014.
  - Communication pour le personnel de l'OPS (Bolivie, siège, Trinité-et-Tobago).

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
6.5.2	Politiques, plates-formes et réseaux de communication efficaces et innovants	Nombre de bureaux de l'OPS/OMS ayant achevé la composante plate-forme, politique et réseau de la stratégie de gestion des connaissances et de communication de l'Organisation	3	25	dépassé (42)

- Formation sur la communication sur les risques concernant le virus Ebola (Barbade, Cuba, Paraguay) et formation sur la communication sur les risques concernant le chikungunya dans les Caraïbes (Paraguay, République dominicaine).
- Communication et réseaux sociaux (Équateur).
- Communication pour la santé et stratégies de communication (El Salvador).
- Communication et réseaux sociaux (Département technique de la famille, du genre et du parcours de vie).

Un total de 42 formations ont eu lieu dans les bureaux PWR pour mettre en œuvre la composante plate-forme, politique et réseau de la stratégie de gestion des connaissances et de communication de l'Organisation.

- 15 en gestion des connaissances : ARG, BOL, BRA, CHL, COL, CRI, DOM, ECC (LCA), GTM, HND, MEX, PAN, PER, PRI, SLV.
- 27 bureaux pour la composante de la stratégie de communication (mise à jour Web, Intranet).

À la suite de l'approbation du Programme et budget 2014-2015, des plateformes séparées ont été développées pour mettre en œuvre la stratégie pour la communication et la stratégie pour la gestion des connaissances. Par conséquent, les résultats sont présentés pour chacune de ces stratégies séparément.

Principales réalisations liées à la stratégie de communication :

- La politique de publication de l'OPS a été approuvée et adoptée en 2015.
- Chaque bureau PWR dispose d'un site Internet fonctionnel, géré et mis à jour.
- Le site Web de l'OPS a été modernisé et repensé afin d'améliorer l'accès mobile et la diffusion de l'information.
- Des mesures ont été prises pour renforcer l'image institutionnelle sur l'Intranet, qui constitue le principal pôle du système d'identité institutionnelle de l'OPS pour le personnel interne.
- Des activités du réseau social ont été mises en place et consolidées pour améliorer l'efficacité.
- Une formation en communication a été proposée lors de la Réunion des responsables de 2014 pour « en finir avec le jargon » et sur l'utilisation des réseaux sociaux.
- Une série de sessions multiples a été offerte au siège à tout le personnel sur la façon de communiquer efficacement et d'en finir avec le jargon.

Principales réalisations liées à la gestion des connaissances :

- La traduction des connaissances et les mécanismes de données probantes ont fortement progressé à la suite de l'initiative iPIER (Amélioration de l'exécution des programmes grâce à la recherche intégrée) (ARG, BOL, BRA, CHL, COL, LCA, MEX, PAN, PER).
- Les programmes de lignes directrices nationales ont été renforcés en établissant des normes, en améliorant les stratégies de mise en œuvre et en soutenant l'élaboration de lignes directrices, et en dispensant des formations sur l'élaboration de lignes directrices (ARG, CHL, COL, CRI, DOM, GTM, HND, PAN, PER).
- Des orientations et une formation sur l'éthique de la santé publique ont été offertes pour la première fois au niveau régional et national (CHL, COL, PRI) ainsi qu'au personnel de l'OPS.

N° d'ind. RIM	Intitulé du résultat immédiat	Indicateur RIM	Référence de 2013	Cible pour 2015	Notation de l'évaluation
• Des méthodologies ont été élaborées sur : *a)* les communautés de pratique, *b)* les enseignements tirés, *c)* les réunions virtuelles efficaces, *d)* la façon de rédiger des articles scientifiques, *e)* les forums virtuels, *f)* la façon de développer et de préserver la mémoire institutionnelle/registres institutionnels, *g)* la société de l'information en matière de santé, *h)* la communication scientifique en santé publique. Le programme de bourses de l'OPS-OEA a offert 188 bourses pour des études supérieures en santé (principalement au niveau de la maîtrise et du doctorat) au Brésil et au Mexique, les informations étant partagées et diffusées localement par l'entremise des bureaux PWR dans les pays bénéficiaires : ARG, BOL, BRA, CAN, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, HND, HTI, JAM, MEX, NIC, PAN, PER, PRY, SLV, URY, USA, VEN. Les chercheurs et le personnel universitaire au Brésil et au Mexique se sont vu offrir à des outils pour mieux utiliser et produire de la recherche pour la santé via le site de l'OEA.					

Annexe B : exemples de recueil d'indicateurs

Indicateur de résultats intermédiaires

Code et titre de l'indicateur	RIT 1.1.1 Couverture des thérapies antirétrovirales (ART)
Nom de l'indicateur	Nombre de pays ayant une couverture de 80 % pour les thérapies antirétrovirales (ART) dans les populations admissibles.[1]
Définition de l'indicateur	Cet indicateur mesure la couverture de l'accès aux thérapies antirétrovirales. Une couverture de 80 % ou plus parmi les personnes ayant droit au traitement est définie à l'échelle internationale comme un accès universel. Niveau de référence de 2013 : 6 Cible pour 2019 : 22
Objet de l'indicateur	L'indicateur proposé est destiné à opérer un suivi de l'accès aux thérapies antirétrovirales, un élément clé du cycle continu de prévention-traitement-soins qui a un fort impact sur les résultats de la santé publique, y compris une réduction de la mortalité et de la morbidité liées au VIH et la prévention de la transmission.
Note technique	Calcul au niveau des pays : Pour le calcul au niveau des pays, le numérateur est le nombre de personnes sous traitement antirétroviral, et il est dérivé des rapports fournis par les ministères de la Santé. Le dénominateur est l'estimation du nombre de personnes ayant besoin de thérapies antirétrovirales. Les dénominateurs des pays sont générés à l'aide d'outils et de méthodes de modélisation statistique normalisées, et sont fournis par l'ONUSIDA. Calcul au niveau régional : Après avoir calculé le pourcentage de couverture au niveau national, l'indicateur régional est obtenu en comptant le nombre de pays et territoires ayant une couverture de 80 % ou plus. Plusieurs sources de données sont utilisées, car tous les pays ne sont pas couverts dans les différents rapports. La collecte de données au niveau des pays est continue, la couverture nationale étant calculée à la fin de l'année.
Type d'indicateur	Absolu.
Unités de mesure	Nombre de pays et territoires.

[1] Jusqu'au milieu de 2013, les critères d'admissibilité mentionnaient les personnes séropositives qui avaient un CD4 de 350 cellules/mm3 ou moins. Sur la base des nouvelles lignes directrices de l'OMS publiées en juin 2013, le seuil recommandé pour démarrer les thérapies antirétrovirales est passé à un CD4 de 500 cellules/mm3 ou moins, ce qui signifie que le nombre de personnes y ayant droit (dénominateur) a augmenté.

Fréquence des mesures	Annuelle, mesuré à la fin de l'année.
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Maladies transmissibles et analyse de la santé/VIH, hépatite, tuberculose et infections sexuellement transmissibles (CHA/HT).
Source de données	L'ONUSIDA et l'OMS, et les rapports des pays sur l'accès universel et les rapports d'activité sur l'intervention mondiale face au sida.
Limites	Il y a des incertitudes quant à l'exactitude de la modélisation statistique lorsqu'elle est appliquée aux petits pays aux épidémies concentrées. Il est très difficile de parvenir à des estimations fiables pour les dénominateurs dans de très petites populations. L'ONUSIDA ne génère pas non plus des dénominateurs pour tous les pays, y compris les petits états insulaires. La modification recommandée dans les critères d'admissibilité d'un seuil de CD4 de 350 cellules/mm3 à 500 cellules/mm3 augmentera le nombre estimé de personnes admissibles (dénominateur), entraînant ainsi une baisse apparente de la couverture. L'impact de ce changement devra être pris en compte dans le suivi de cet indicateur. Cet indicateur mesure la couverture globale des traitements antirétroviraux, mais ne mesure pas les inégalités dans la couverture, notamment liées aux populations clés comme les HSH, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres. Des problématiques locales, comme les immigrants sans papiers, auront aussi une influence sur la précision de l'indicateur. Il est essentiel de continuer à assurer un suivi de l'accès de ces populations clés au traitement, ainsi que de la qualité des soins qu'elles reçoivent.
Références	Pan American Health Organization. HIV Continuum of Care Monitoring Framework, 2014, Addendum to meeting report: Regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean. Washington, DC : OPS ; avril 2014. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25746&Itemid.

Indicateur de résultat immédiat

Code et résultat immédiat	RIM 1.1.1. Mise en œuvre et suivi du plan régional VIH/IST par le biais de la coopération technique aux niveaux régional et national
Nom de l'indicateur	Nombre de pays et territoires mettant en œuvre les stratégies nationales VIH/IST conformément à la Stratégie mondiale du secteur de la santé de l'OMS sur le VIH/sida 2011-2015 et au plan régional VIH/IST pour le secteur de la santé 2006-2015

Définition de l'indicateur	Cet indicateur assure un suivi du nombre de pays qui ont élaboré ou mis à jour leur plan ou leur stratégie VIH/IST national conformément aux priorités régionales et mondiales et aux orientations programmatiques.
Objet de l'indicateur	Cet indicateur mesure le degré d'application des orientations mondiales et régionales pour une intervention effective du secteur de la santé face au VIH/IST.
Note technique	Un pays sera considéré comme ayant atteint l'indicateur, s'il remplit les conditions suivantes : a) il a élaboré ou actualisé une stratégie/un plan VIH national du secteur de la santé ou un plan stratégique multisectoriel sur le VIH après l'évaluation à mi-parcours du Plan VIH/IST régional pour le secteur de la santé en 2012 ; et b) la stratégie ou le plan national VIH/IST traite d'au moins trois des points clés suivants : i. optimisation du traitement ii. élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale iii. prévention et soins pour les populations clés iv. renforcement des informations stratégiques v. renforcement, intégration et décentralisation des systèmes de santé Les pays seront invités à faire rapport sur cet indicateur, suivi d'un examen sur pièce des plans stratégiques et des stratégies nationaux élaborés ou actualisés récemment sur le VIH.
Type d'indicateur	Absolu.
Unités de mesure	Nombre de pays et territoires.
Fréquence des mesures	Annuelle.
Unité du BSP responsable de l'indicateur	Maladies transmissibles et analyse de la santé/VIH, hépatite, tuberculose et infections sexuellement transmissibles (CHA/HT).
Source de données	Déclarations directes des pays au niveau régional. L'élaboration ou l'actualisation des stratégies nationales fait l'objet d'un suivi par les bureaux dans les pays de l'OPS/OMS et les points focaux infrarégionaux sur le VIH/IST ; le contenu sera validé par le Bureau régional.
Limites	Cet indicateur mesure l'inclusion des priorités dans les plans ou les stratégies nationaux, mais ne reflètera pas la mise en œuvre effective et le niveau des ressources allouées à ces priorités.
Références	En cours.

Annexe C : indicateurs qui n'ont pas été atteints

Indicateurs de résultats intermédiaires

Indicateurs de résultats intermédiaires	Référence de 2013	Cible pour 2019	Atteint à la fin de 2015	Commentaires (progrès à ce jour et raisons pour lesquelles l'indicateur n'a pas été atteint)
1.2.3 Pourcentage de nouveaux patients atteints de tuberculose diagnostiqués par rapport au nombre total de cas de tuberculose	79 %	90 %	77 %	Malgré les progrès notables dans les pays, cela représente une légère baisse. Une explication possible est liée à la façon dont l'OMS actualise les estimations du fardeau de TB dans la Région. Le programme régional de lutte contre la tuberculose a prévu une réunion durant le premier semestre de 2016 pour examiner ces estimations.
1.5.1 Couverture moyenne régionale avec trois doses de vaccin pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)	92 %	94 %	90 %	Certains États Membres n'ont pas enregistré les progrès attendus ou ont signalé une diminution de la couverture pour diverses raisons, y compris des difficultés opérationnelles et financières, ce qui a donc eu une incidence considérable sur la couverture moyenne de la Région. Il convient de noter la situation d'un pays qui a signalé une diminution de sa couverture vaccinale de plus de 15 % entre 2014 et 2015 par rapport à 2013 en raison d'un changement dans ses systèmes de registres de vaccinations. Bien que ces changements aient été considérés comme une bonne pratique par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination dans l'évaluation du Plan d'action mondial pour la vaccination, ils ont eu une incidence notable sur la moyenne de la couverture vaccinale régionale.
2.1.1b Prévalence des troubles dus à la consommation d'alcool chez les adolescents et les adultes, comme approprié dans le contexte national	6,0 % pour les codes CIM 10 (2,6 % pour l'usage nocif et	5 % de réduction	Non disponible	Cet indicateur a été évalué à l'origine avec les données de 2010, et les données de référence fournies sont les estimations de l'OMS publiées en 2014. Aucune autre estimation n'a été effectuée par l'OMS pour évaluer les progrès ou

	3,4 % pour la dépendance à l'alcool) en 2010			projeter les chiffres pour 2019. Cette cible est peu susceptible d'être atteinte, compte tenu des tendances estimées montrant une augmentation de la consommation et d'une forte consommation chez les femmes, et la portée limitée des services de santé.
2.1.1c Prévalence standardisée selon l'âge de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool	13,7 %	5 % de réduction	Non disponible	Cet indicateur a été évalué à l'origine avec les données de 2010, et les données de référence fournies sont les estimations de l'OMS publiées en 2014. Aucune autre estimation n'a été effectuée par l'OMS pour évaluer les progrès ou projeter les chiffres pour 2019. Compte tenu des tendances estimées montrant une augmentation de la forte consommation épisodique chez les adolescents et les adultes, cette cible est peu susceptible d'être atteinte si aucune modification des politiques n'est mise en œuvre.
3.5.3 Nombre de pays et de territoires où la proportion de la population utilisant des combustibles solides est réduite de 5 %	14	20	5	Bien que certains pays aient enregistré des tendances à la baisse de l'utilisation de combustibles solides (SFU), y compris le Honduras (− 1 %), le Pérou (− 2 %) et le Paraguay (− 7 %), globalement les progrès ont été insuffisants par rapport aux attentes. Les pays qui ont augmenté leur SFU sont le Guatemala (+ 7 %), le Mexique (+ 1 %) et Haïti (+ 1 %). Tous les pays en cours devraient atteindre la cible d'ici à 2019. Cependant, le Guatemala et Haïti font face à des défis qui vont exiger un engagement important pour intensifier les programmes nationaux afin d'atteindre la cible. Parmi les pays de référence, tous ont enregistré des tendances à la baisse de la SFU. Par ailleurs, la Colombie est sans changement, avec 14 % de SFU, la République dominicaine a connu une augmentation de + 2 % et El

				Salvador a enregistré une diminution, sa SFU étant passée de 22 % à 19 %, mais le risque demeure important. Enfin, la collecte et la mesure de données présentent des difficultés.
4.1.2 Nombre de pays et territoires engageant au moins 6 % du PIB pour les dépenses publiques pour la santé	6	20	5	Même si plusieurs pays de la Région ont élaboré des stratégies pour augmenter les dépenses de santé publique, il est important de noter que plus de temps est nécessaire pour constater une augmentation de ces dépenses et qu'il est trop tôt dans la période de six ans couverte par le Plan stratégique pour évaluer les progrès. Les pays de référence doivent continuer à œuvrer pour protéger les acquis sur le plan de la progression vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle. Cet indicateur bénéficierait d'un travail supplémentaire et continu sur l'institutionnalisation de la production des comptes de la santé pour assurer un suivi approprié des ressources et des dépenses.

Annexe D : Récapitulatif des indicateurs avec les changements proposés pour 2016-2017

(Les ajouts sont indiqués en *italique*, le texte supprimé est ~~barré~~. Les changements seront introduits dans le Système de suivi du Plan stratégique (SPMS) et seront utilisés pour l'évaluation finale du Programme et budget 2016-2017.)

Numéro du résultat immédiat	**Texte original dans le Programme et budget 2016-2017, approuvé par le Conseil directeur en septembre 2015**	**Texte proposé validé par le BSP lors de l'évaluation de fin d'exercice biennal 2014-2015, en mai 2016**
2.1.2e[1]	**Indicateur :** nombre de pays mettant en œuvre des politiques, des stratégies ou des législations conformes à la Convention-cadre pour la lutte antitabac **Définition de l'indicateur :** nombre de pays qui ont mis en œuvre au moins trois des quatre mesures essentielles de la lutte contre le tabagisme au plus haut niveau de réalisation au niveau national. **Référence de 2015 :** 8 **Cible pour 2017 :** 12	**Indicateur** : nombre de pays mettant en œuvre des politiques, des stratégies ou des législations conformes à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (FCTC) **Définition de l'indicateur :** nombre de pays qui ont mis en œuvre au moins trois des quatre mesures essentielles de la lutte contre le tabagisme *incluses comme « meilleurs investissements » pour la prévention et la lutte contre les MNT* au plus haut niveau de réalisation au niveau national. **Référence de 2015 :** ~~8~~ *4* **Cible pour 2017 :** ~~12~~ *7*
2.1.5[2]	**Indicateur :** nombre de pays et territoires disposant de dialyse de haute qualité et d'un registre de greffes pour les cas de maladie rénale chronique	**Indicateur** : nombre de pays et territoires disposant *d'un registre* de dialyse et ~~d'un registre~~ de greffes de haute qualité pour les cas de maladie rénale chronique
2.3.3	**Intitulé du résultat immédiat :** les pays sont en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole national pour la prestation de services de santé aux victimes d'un partenaire intime et de violence sexuelle conformément aux lignes directrices de l'OMS de 2013 **Indicateur :** nombre de pays et territoires qui créent ou ajustent les modes opératoires	**Intitulé du résultat immédiat:** ~~Pays en mesure d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole national pour la prestation de services de santé aux victimes d'un partenaire intime et de violence sexuelle conformément aux lignes directrices de 2013 de l'OMS~~ *élaboration et mise en œuvre facilitées de politiques et de programmes visant à lutter contre la violence contre les femmes et les enfants*

[1] NB : dans le Programme et budget 2014-2015, le code pour ce résultat immédiat était 2.1.6. En 2016-2017, il a été modifié et ce résultat immédiat porte désormais le code 2.1.2e.

[2] NB : dans le Programme et budget 2014-2015, le code pour ce résultat immédiat était 2.1.7. En 2016-2017, il a été modifié et ce résultat immédiat porte désormais le code 2.1.5.

	normalisés/protocoles/lignes directrices nationaux sur la réponse du système santé aux victimes de violence conjugale et de violence sexuelle, conformément aux lignes directrices de l'OMS	**Indicateur :** nombre de pays et territoires qui créent ou ajustent les procédures opérationnelles/protocoles/lignes directrices des normes nationales sur la réponse du système santé à la violence conjugale et sexuelle, conformément aux lignes directrices de l'OMS.
6.1.1	**Indicateur :** nombre de pays et territoires dans lesquels au moins 50 % des implications de leur stratégie de coopération avec les pays (CCS) sont traitées **Référence de 2015** : 10 **Cible de 2017** : 32	**Indicateur :** nombre de pays disposant de stratégies de coopération avec les pays (CCS) actuelles élaborées selon les directives approuvées **Référence de 2015 :** 10 **Cible de 2017 :** 32
6.3.1	**Indicateur :** pourcentage de résultats immédiats obtenus **Référence de 2015 :** 90% (sur la base du taux de réussite historique) **Cible pour 2017 :** au moins 90%	**Indicateur 6.3.1a:** pourcentage de résultats immédiats obtenus **Référence de 2015 :** 90% (sur la base du taux de réussite historique) **Cible pour 2017 :** au moins 90% **Indicateur 6.3.1b :** planification et budgétisation axées sur les résultats mis en œuvre dans toute l'Organisation en collaboration avec les États Membres (mesurées par l'élaboration du PB en utilisant une approche du bas vers le haut, la mise en œuvre de la méthodologie de priorisation, l'évaluation conjointe de fin de période biennale) **Référence de 2015 :** oui **Cible pour 2017 :** oui

Annexe E : Abréviations

Abréviation	Description
AMEXCID	Agence mexicaine de coopération internationale pour le développement
AMR	résistance aux antimicrobiens
AMRO	Bureau régional de l'OMS pour les Amériques
APH	alcool par habitant
ART	traitement antirétroviral
ARV	antirétroviral
AS	autres sources
BFHI	Initiative des hôpitaux amis des bébés
BID	Banque interaméricaine de développement
BIREME	Centre d'information sur les sciences de la santé pour l'Amérique latine et les Caraïbes
BMD	Brésil *Mais Médicos*
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
CAM	sous-région de l'Amérique centrale
CARICOM	Communauté caribéenne
CCHD	Coopération entre pays pour le développement de la santé
CCLAT	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
CCT	thématiques transversales
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
CE	Commission européenne
CIM	classification internationale des maladies
CKD	maladie rénale chronique
COHSOD	Conseil pour le développement humain et social
COP21	Conférence des Nations Unies sur le changement climatique de 2015
COPAIA	Commission panaméricaine sur la salubrité des aliments
COSALFA	Commission sud-américaine pour la lutte contre la fièvre aphteuse
CPAN	Réseau des catégories et domaines programmatiques du BSP
CSU	couverture sanitaire universelle
CVN	contribution volontaire nationale
DTC	diphtérie, tétanos et coqueluche
ERF	cadre d'intervention d'urgence
ETME	élimination de la transmission mère-enfant (du VIH)
EXM	Direction exécutive du BSP
FA	fièvre aphteuse
FDA	Food and Drug Administration (États-Unis)
FENSA	Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques
FIOCRUZ	Fondation Oswaldo Cruz
FMI	Fonds monétaire international
FS	Fonds stratégique
GAR	gestion axée sur les résultats
GCT	Groupe consultatif technique
GRE	gestion des risques d'entreprise
HiAP	la Santé dans toutes les politiques
HQ	Siège

Abréviation	Description
HSH	hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
IES	Bureau du contrôle interne et des services d'évaluation
IHSDN	Réseaux intégrés de prestation de services de santé
IMS-Dengue	Stratégie intégrée de gestion pour la prévention et la lutte contre la dengue
INFOSAN	Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments
iPIER	Amélioration de l'exécution des programmes grâce à la recherche intégrée
IRED	Réponse institutionnelle aux urgences et catastrophes
ISH	Indice de sécurité des hôpitaux
IST	infection sexuellement transmissible
KPI	indicateur de performance clé
MdS	ministère de la Santé
MERCOSUR	Marché commun du Sud
MNT	maladie non transmissible
MOU	protocole d'accord
MPV	maladie à prévention vaccinale
MSPP	ministère de la Santé publique et de la Population (Haïti)
MTN	maladie transmissible négligée
MVE	maladie à virus Ebola
MVZ	maladie à virus Zika
ND	pas de données
NRAr	autorités réglementaires nationales de référence régionale
OCR	intervention face aux flambées épidémiques et aux crises
ODD	objectif de développement durable
OEA	Organisation des États Américains
OIE	Organisation mondiale de la Santé animale
OMD	objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
OSG	opérations des services généraux
PALTEX	Programme élargi sur les manuels et les supports pédagogiques
PANAFTOSA	Centre panaméricain de la fièvre aphteuse
PB	Programme et budget
PCV	vaccin conjugué contre le pneumocoque
PFN	Point focal national (RSI)
PGB	pénicilline G benzathine
PHEFA	Programme hémisphérique d'éradication de la fièvre aphteuse
PIB	produit intérieur brut
PIP	préparation à la grippe pandémique
PMA	suivi et évaluation de la performance
PMIS	Système d'information pour la gestion du BSP
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
PPE	prophylaxie post-exposition
PRAIS	Plate-forme régionale de l'OPS sur l'accès aux technologies de la santé et l'innovation
PTB	plan de travail biennal

Abréviation	Description
PWR	Représentant OPS/OMS
RB	budget ordinaire
RedETSA	Réseau régional pour l'évaluation des technologies de la santé pour les Amériques
REDIPRA	Réunion des Directeurs des programmes nationaux pour la lutte contre la rage en Amérique latine
RELACSIS	Réseau Amérique latine et Caraïbes pour le renforcement des systèmes d'information de la santé
REMSAA	Réunion des ministres de la Santé de la région andine
RH	ressources humaines
RHS	ressources humaines pour la santé
RIM	résultat immédiat
RIT	résultat intermédiaire
RRC	réduction du risque de catastrophe
RSI	Règlement sanitaire international
RWP	environnement de travail respectueux
SAM	sous-région Amérique du Sud
SCP	stratégie de coopération avec les pays
SENACSA	Service national du Paraguay pour la qualité et la santé animales
SFU	utilisation de combustibles solides
SICA	Système d'intégration centraméricaine
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SisLeish	Système d'information régional sur la leishmaniose
SPAG	Groupe consultatif sur le Plan stratégique
SPBA	Sous-comité du programme, du budget et de l'administration
SPMS	système de suivi du Plan stratégique
TB	tuberculose
TB-MR	tuberculose à bacilles multirésistants
TI	technologie de l'information
TME	transmission mère-enfant (du VIH)
UNASUR	Conseil des ministres de la Santé de l'Union des Nations sud-américaines
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VC	contribution volontaire
VHL	bibliothèque virtuelle de santé
VIH	virus d'immunodéficience humaine
VPH	virus du papillome humain
VPI	vaccin antipoliomyélitique inactivé
WSP	programme pour la salubrité de l'eau

Annexe F. Liste des pays et territoires avec leur sigle

	Pays	Sigle
	États Membres	**35**
1	Antigua-et-Barbuda	ATG
2	Argentine	ARG
3	Bahamas	BHS
4	Barbade	BRB
5	Belize	BLZ
6	Bolivie	BOL
7	Brésil	BRA
8	Canada	CAN
9	Chili	CHL
10	Colombie	COL
11	Costa Rica	CRI
12	Cuba	CUB
13	Dominique	DMA
14	République dominicaine	DOM
15	Équateur	ECU
16	El Salvador	SLV
17	Grenade	GRD
18	Guatemala	GTM
19	Guyana	GUY
20	Haïti	HTI
21	Honduras	HND
22	Jamaïque	JAM
23	Mexique	MEX
24	Nicaragua	NIC
25	Panama	PAN
26	Paraguay	PRY
27	Pérou	PER
28	Saint-Kitts-et-Nevis	KNA
29	Sainte-Lucie	LCA
30	Saint-Vincent-et-les-Grenadines	VCT
31	Suriname	SUR
32	Trinité-et-Tobago	TTO
33	États-Unis d’Amérique	USA
34	Uruguay	URY
35	Venezuela	VEN

	Pays	Sigle
	Membres associés	**4**
36	Aruba	ABW
37	Curaçao	CUW
38	Porto Rico	PRI
39	Sint Maarten	SXM
	Participant States	**3**
	France	**4**
40	Guyane française	GUF
41	Saint-Martin français	MAF
42	Guadeloupe	GLP
43	Martinique	MTQ
	Royaume des Pays-Bas	**3**
44	Bonaire	BON
45	Saba	SAB
46	Saint-Eustache	STA
	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	**6**
47	Anguilla	AIA
48	Bermudes	BMU
49	Îles vierges britanniques	VGB
50	Îles Caïmans	CYM
51	Montserrat	MSR
52	Turques-et-Caïques	TCA

- - -