



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES Amériques

56^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 23 au 27 septembre 2018

Point 8.1 de l'ordre du jour provisoire

CD56/INF/1
10 août 2018
Original : anglais

ÉVALUATION FINALE DU PROGRAMME D'ACTION SANITAIRE POUR LES AMÉRIQUES 2008-2017

Rapport final

TABLES DES MATIÈRES

I.	RÉSUMÉ ANALYTIQUE.....	3
II.	CHRONOLOGIE.....	5
III.	PROCÉDURE ET MÉTHODOLOGIE.....	9
IV.	RÉSULTATS.....	11
	Composante A : Usage fait du Programme dans les pays.....	11
	Composante B : Progrès réalisés dans les huit domaines d'intervention.....	11
	Composante C : Mise en œuvre du Programme par le Bureau sanitaire panaméricain.....	29
V.	OBSERVATIONS GÉNÉRALES SUR LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION.....	34
VII.	CONCLUSIONS.....	35
VIII.	ANNEXES.....	37
	Annexe A : Évaluation détaillée des indicateurs par domaine d'intervention.....	37
	Annexe B : Liens entre les domaines d'intervention et les documents d'orientation, les stratégies et les plans d'action (2008-2017).....	47

I. RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1. Le présent rapport présente l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, qui emploie une méthodologie semblable à celle utilisée dans l'évaluation à mi-parcours effectuée en 2012. Le présent document fournit une évaluation finale de la façon dont les pays et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) ont mis en œuvre les huit domaines d'intervention du Programme en appréciant : *a)* l'usage fait du Programme par les pays, *b)* les progrès réalisés dans ses huit domaines d'intervention, mesurés au moyen d'indicateurs de remplacement et *c)* l'évaluation de la contribution du Bureau à la mise en œuvre du Programme. Suivant le conseil des États Membres, les informations existantes ont été utilisées pour faire rapport sur l'évaluation des indicateurs.

2. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a été approuvé par les ministres et les secrétaires responsables de la Santé de la Région lors d'une réunion qui a eu lieu dans la ville de Panama le 3 juin 2007. Le Programme avait pour but d'orienter les travaux de tous les intervenants de la Région des Amériques qui œuvrent à améliorer la santé des populations vivant dans les Amériques. Le Programme était destiné être un instrument politique de haut niveau et orienter l'élaboration de futurs plans sanitaires régionaux et nationaux.

3. Les résultats de la présente évaluation finale révèlent l'atteinte de résultats remarquables par les pays dans l'ensemble des domaines d'intervention du Programme, lesquels ont été mesurés au moyen d'indicateurs liés à : *a)* la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des enfants de moins de 5 ans, *b)* la réduction de la mortalité due aux cardiopathies ischémiques et aux maladies vasculaires cérébrales, *c)* l'existence de programmes de promotion de la santé, de soins prodigués aux adolescents et aux personnes âgées, et de prévention de la violence et *d)* l'élaboration de politiques et de lois visant la protection sociale et la couverture sanitaire, entre autres. Les résultats révèlent aussi toutefois les tendances négatives suivantes : *a)* une augmentation de la mortalité due au diabète et aux accidents de la route, *b)* une augmentation du surpoids et de l'obésité chez les adultes, *c)* une hausse du nombre de cas de dengue, *d)* des progrès minimes réalisés vers la réduction de la prévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), *e)* une incidence accrue de la transmission mère-enfant de la syphilis congénitale, *f)* des politiques sur l'accès, la qualité et l'usage des médicaments et autres technologies de la santé et *g)* des progrès minimes accomplis vers l'élargissement de la couverture vaccinale du DTC3.

4. Concernant l'usage fait du Programme, les résultats de l'évaluation finale indiquent qu'il a perdu de la visibilité en tant que référence à la planification dans les pays ces dernières années. Cela pourrait être dû au temps qui s'est écoulé depuis son approbation en 2007 et à l'importance croissante d'autres cadres, tels que les objectifs de développement durables (ODD) des Nations Unies, les programmes de travail généraux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que les propres plans stratégiques de l'OPS. L'évaluation montre néanmoins que le Programme a servi d'instrument politique régional qui a contribué à la vision de la politique sanitaire pour la Région et qu'il a réitéré l'engagement des pays envers la santé.

5. Des enseignements ont été tirés lors de la formulation, de la mise en œuvre et de l'évaluation du Programme concernant le développement d'une vision commune pour la

Région, la recherche de l'équité dans les politiques et la participation et le leadership des pays dans la formulation et l'évaluation des politiques et stratégies. Les enseignements ont été appliqués à la préparation du nouveau Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (PASDA2030), dont l'exécution sera partiellement orientée par les résultats de la présente évaluation.

6. La présente évaluation souligne l'importance du Programme comme guide régional pour le développement sanitaire. Il convient de noter qu'un rapport préliminaire sur l'évaluation finale du présent Programme a été inclus dans le PASDA2030, approuvé par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine.

7. La présente évaluation finale concerne les 35 États Membres et 17 territoires de l'OPS, et le BSP même. Compte tenu du temps qui s'est écoulé (10 ans) depuis la publication du Programme, des changements régionaux et mondiaux qui se sont produits au cours de cette période et du roulement des équipes de gestion des organismes infrarégionaux et internationaux dans le secteur de la santé, il a été jugé qu'il serait inapproprié d'évaluer l'influence du Programme sur les organismes infrarégionaux et internationaux, comme cela avait été fait lors de l'évaluation à mi-parcours.

8. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 n'établissait pas d'objectifs, de cibles ni d'indicateurs voués à l'évaluation directe des impacts et des résultats en matière de santé. La déclaration d'intention du Programme précise clairement : « *Le Programme d'action sanitaire orientera, dans la mesure de sa pertinence, l'élaboration des futurs plans nationaux de santé, et des plans stratégiques de toutes les organisations désireuses de coopérer dans le domaine de la santé avec les pays des Amériques, notamment le plan du Bureau sanitaire panaméricain. L'évaluation des progrès accomplis dans les domaines d'intervention définis dans ce Programme d'action sanitaire se fera en évaluant la réalisation des objectifs arrêtés dans ces plans.* ».

II. CHRONOLOGIE

9. **Juin et octobre 2007.** Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 « avait été mis au point suite à une recommandation de l'Unité d'inspection conjointe des Nations Unies qui avait remarqué que la planification par les organisations internationales devait s'inspirer d'une vision commune de leurs États Membres, formulée par le Secrétariat et par les organes directeurs de l'organisation ».¹ Le Programme traitait aussi des mandats des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et du onzième programme général de travail de l'Organisation mondiale de la Santé, approuvé en 2006. Le Programme, qui proposait huit domaines d'intervention,² a été présenté et approuvé dans la ville de Panama en juin 2007 et reconnu comme l'instrument de planification sanitaire du plus haut niveau de la Région des Amériques. Le rapport final de la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine (document CSP27/FR) d'octobre 2007 a informé les États Membres sur son déploiement.

10. **Septembre à octobre 2008.** Le *Plan stratégique de l'OPS 2008-2012* (document officiel 328), approuvé par le 48^e Conseil directeur de l'OPS (2008), a été élaboré en tenant compte des domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017. Le Plan « définit la contribution du Bureau à l'appel à l'action des pays dans le Programme sanitaire », tel que l'indique le document même. Le Plan stratégique comportait 16 objectifs stratégiques régionaux qui étaient clairement harmonisés avec les huit domaines d'intervention du Programme.³

11. **Septembre 2012.** L'*Évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques* (document CSP28/6), présenté à la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine en septembre 2012, fournissait un rapport préliminaire sur les résultats liés à l'usage fait du Programme dans les pays, sous-régions et organismes internationaux (composante A) ; les progrès des pays réalisés dans les huit domaines d'intervention du Programme (composante B) ; et la contribution du BSP à sa mise en œuvre (composante C). L'évaluation comportait des recommandations précises pour améliorer l'usage du Programme d'une manière conforme à sa déclaration d'intention.

- a) Concernant la composante A, l'évaluation a révélé que parmi les 30 pays qui étaient dotés de plans nationaux de santé en vigueur pendant la période 2008-2011, 20 avaient tenu compte du Programme pour élaborer lesdits plans, particulièrement en intégrant les domaines d'intervention A, B, C, E, F et G, et dans une moindre mesure, les domaines d'intervention D et H. De plus, deux des cinq sous-régions ont élaboré un programme infrarégional en se servant du Programme comme référence et trois ont élaboré un plan

¹ Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport final [Internet]. 27^e Conférence sanitaire panaméricaine, 59^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 1^{er} au 5 octobre 2007 ; Washington, DC. Washington, DC : OPS ; 2007 (document CSP27/FR) [consulté le 18 mai 2017]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/csp/csp27-fr-f.pdf>.

² Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques a établi huit domaines d'intervention : a) renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé, b) aborder les déterminants de la santé, c) augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité, d) réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein, e) faire reculer les risques et la charge de morbidité, f) renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé, g) mettre à profit le savoir, la science et la technologie et h) renforcer la sécurité sanitaire.

³ Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 amendé, pp. 15, paragraphe 59 (disponible en anglais et en espagnol).

qui en tenait compte. Enfin, trois des dix organismes internationaux qui ont répondu à un sondage ont déclaré se servir du Programme.

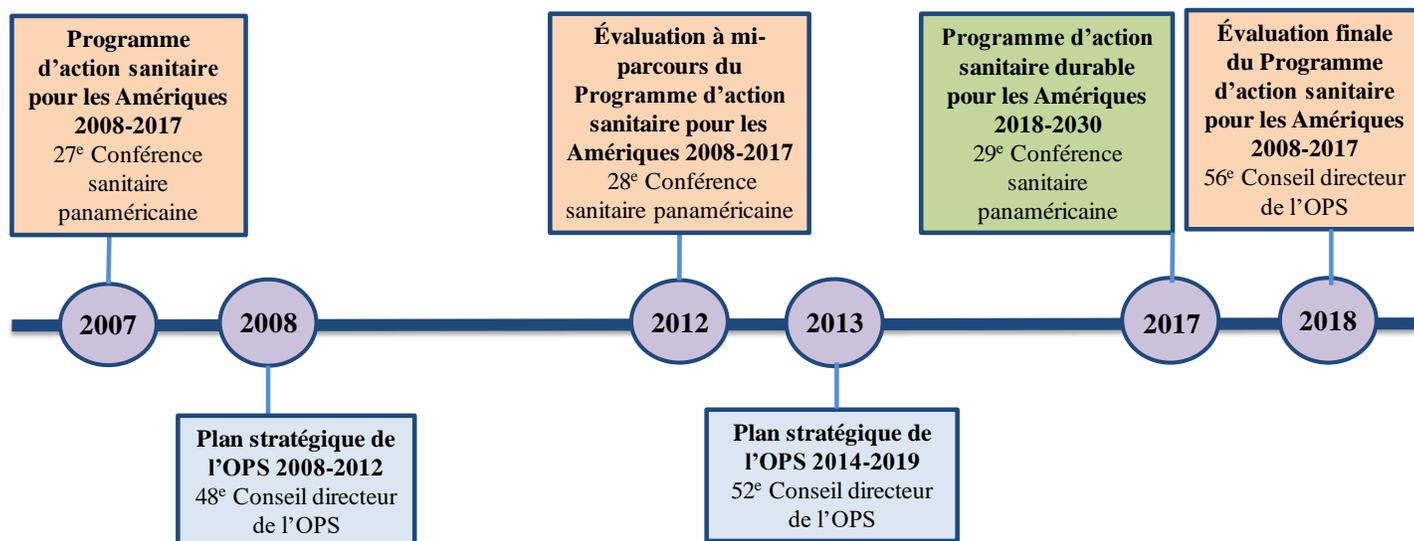
- b) En ce qui concerne la composante B, l'évaluation à mi-parcours avait fait ressortir les importants progrès réalisés dans tous les domaines d'intervention du Programme (en particulier les efforts déployés pour renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé, augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé, réduire la charge de morbidité, renforcer la gestion et le développement des agentes de santé et mettre à profit le savoir, la science et la technologie), mesurés au moyen d'indicateurs de remplacement.⁴ L'évaluation faisait toutefois part d'inquiétudes relatives à la situation de certains des indicateurs, notamment : *a*) le taux de mortalité maternelle, qui n'a pas diminué à la hauteur des attentes au cours des dernières années, *b*) les cas de dengue, qui ont augmenté, *c*) l'augmentation des taux de tuberculose et d'infection par le VIH/sida, *d*) l'augmentation de l'obésité, *e*) la stagnation des dépenses consacrées à la santé publique exprimées en pourcentage du PIB et *f*) la trop faible réduction des frais de santé à la charge des ménages dans la Région. Il est à remarquer qu'on ne disposait d'aucune donnée pour sept des indicateurs, et que les modifications apportés au cours de la période d'évaluation n'ont donc pas pu être analysées. De plus, pour trois des indicateurs, seuls des estimations ou des prévisions ont été employées pour analyser la situation sanitaire.
- c) Pour ce qui est de la composante C, les résultats de l'évaluation ont indiqué qu'en réponse au Programme, le BSP avait fait des progrès dans les axes d'intervention suivants : *a*) il a favorisé les progrès dans tous les domaines d'intervention et a souscrit aux principes et aux valeurs du Programme dans la Région, *b*) il a appuyé le multilatéralisme dans ses actions, *c*) il a fourni une vision stratégique faisant l'objet d'un accord afin de guider les opérations, *d*) il a encouragé des changements institutionnels internes pour aligner ses opérations sur les objectifs du Programme et *e*) il a fait usage du Programme dans la préparation des documents stratégiques, y compris les plans nationaux et régionaux de santé et les programmes infrarégionaux, ainsi que dans la formation du personnel. De plus, le Bureau de contrôle interne et services d'évaluation (IES) et ce qui était alors le Domaine de la planification, du budget et de la coordination des ressources (PBR) ont mené une étude qui a tracé une carte détaillée des liens qui existent entre les résultats escomptés au niveau régional (RER) (les éléments fondamentaux de l'architecture du Plan stratégique) et les domaines d'intervention du Programme, ainsi qu'avec les plans de travail biennaux et les stratégies de coopération avec les pays. Cet exercice a confirmé que : *a*) le Plan stratégique et le Programme étaient étroitement liés et que les objectifs stratégiques du Plan abordaient tous les domaines d'intervention du Programme, même si un accent distinct est mis sur les divers domaines d'intervention, *b*) les objectifs stratégiques de l'OPS contribuaient également à l'harmonisation du Programme avec les objectifs stratégiques de l'OMS et le travail d'autres organismes internationaux dans la Région, et *c*) l'étude des liens qui existent entre les résultats escomptés au niveau régional et les domaines d'intervention peut servir de plateforme pour poursuivre l'analyse de gestion de ces liens. Les recommandations suivantes ont été adressées : *a*) promouvoir le Programme face à tous

⁴ Les indicateurs de remplacement ont été définis par le groupe de travail des pays formé pour l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017.

les partenaires dans le milieu du financement externe et l'inclure dans les accords de collaboration, *b*) au vu des progrès réalisés dans la préparation du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (en cours à ce moment), garantir un outil de suivi systématique et un alignement clair sur les domaines d'intervention du Programme, *c*) faire en sorte que les RER ou tout autre instrument de mesure qui est utilisé dans le suivi des progrès du Plan stratégique ne soient pas un double du contenu et soient alignés directement sur les domaines d'intervention du Programme, *d*) établir des critères et créer un glossaire de pratiques communes pour développer les stratégies de coopération avec les pays, en les reliant au Programme et au Plan stratégique de l'OPS afin de faciliter leur élaboration et, par conséquent, le suivi et l'évaluation et *e*) compléter la nouvelle stratégie pour la mobilisation de ressources avec un plan d'action pour aborder le déficit de financement pour la période biennale 2012-2013 en cours à ce moment.

12. **Septembre à octobre 2013.** Le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (document officiel 345), approuvé par le 52^e Conseil directeur de l'OPS (2013), précisait que le plan avait été préparé en réponse aux mandats tant régional que mondial, et indiquait que son programme stratégique représentait un juste équilibre entre la réponse de l'OPS aux priorités régionales définies dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, les autres mandats régionaux fixés par les États Membres de l'OPS, les priorités nationales communes identifiées dans les stratégies de coopération avec les pays (SCP) de l'OPS et l'alignement programmatique avec le programme général de travail de l'OMS. Ce nouveau plan stratégique de l'OPS comportait neuf objectifs d'impact et six catégories programmatiques (avec 30 domaines programmatiques) qui incorporaient les huit domaines d'intervention du Programme, devenant ainsi le principal instrument de mise en œuvre du Programme.

13. **Septembre 2017.** *Le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 : un appel à l'action pour la santé et le bien-être dans la Région* (document CSP29/6, Rev. 3.), approuvé par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine (2017), comportait un rapport préliminaire sur l'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017.

Figure 1. Chronologie du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017

III. PROCÉDURE ET MÉTHODOLOGIE

Procédure

14. La présente évaluation tient compte à la fois des recommandations formulées en 2012 par la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine concernant le rapport d'évaluation à mi-parcours et de celles faites par les États Membres qui ont participé au groupe de travail chargé de préparer le PASDA2030 en 2017. Afin de concentrer l'évaluation sur les aspects pertinents et prioritaires du Programme, après avoir écarté ceux ayant une moindre priorité, 70 des 75 indicateurs de remplacement employés lors de l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ont été classés et organisés comme suit : *a)* 18 indicateurs de l'état de santé, *b)* cinq sur les facteurs de risque, *c)* quatre sur la couverture des services et *d)* 43 sur les systèmes de santé.⁵

15. Les informations sur les composantes A et B ont été obtenues au moyen d'un questionnaire envoyé au personnel de santé des ministères et des secrétariats des pays au mois de mai 2017, ainsi que d'une série d'autres sources, tel qu'indiqué au paragraphe suivant. Ces informations ont été utilisées pour mettre au point des tableaux sur les indicateurs de remplacement semblables à ceux employés dans l'évaluation à mi-parcours. On a procédé en mars 2018 à un examen des documents approuvés par les Organes directeurs de l'OPS depuis 2008 pour évaluer la composante C, ainsi qu'à un examen des stratégies de coopération avec les pays de l'OPS. Le Bureau était chargé de compiler, organiser et examiner les informations à disposition, de faire des commentaires pertinents, et de rédiger le rapport à présenter à la 162^e Session du Comité exécutif en juin 2018.

16. Pour ce qui est des sources, les documents suivants approuvés par les Organes directeurs de l'Organisation ont servi de références importantes à l'évaluation finale : le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, le Plan stratégique de l'OPS 2008-2012, l'évaluation à mi-parcours du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, l'évaluation 2010-2011 en fin de période biennale, La santé dans les Amériques, éditions de 2012 et de 2017, le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, le rapport final sur le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 et l'évaluation 2012-2013 en fin de période biennale, les évaluations de

⁵ Suite aux recommandations du groupe de travail des pays, les indicateurs suivants de l'évaluation à mi-parcours n'ont pas été pris en compte dans la présente évaluation :

- a) nombre de pays qui ont créé un mécanisme administré par l'autorité de tutelle nationale de la santé servant à planifier, gérer et coordonner l'usage des ressources de coopération externes pour la santé.
 - b) nombre de pays dotés d'un plan de développement national.
 - c) pourcentage d'organismes internationaux du système interaméricain et des Nations Unies ayant harmonisé l'aide qu'ils fournissent avec les domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017.
 - d) nombre de pays qui ont créé des environnements convenant à la promotion de l'activité physique.
 - e) nombre d'organismes internationaux qui ont collaboré avec les autorités nationales pour répondre aux situations qui posent une menace pour la sécurité sanitaire.
-

2014-2015 et de 2016-2017 en fin de période biennale,⁶ et le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Des données des principaux indicateurs (*Core Indicators*) 2017 ont aussi été utilisées, particulièrement celles liées à l'état de santé, aux facteurs de risque et à la couverture sanitaire. La Plateforme d'information et d'analyse sanitaire de l'OPS pour les Amériques (PLISA) a été utilisée, entre autres sources, lorsque des informations supplémentaires étaient nécessaires.

Méthodologie

Composante A. Usage fait du Programme dans les pays

17. Les réponses fournies au sondage qui a été envoyé aux 35 États Membres ont été examinées et consignées dans un tableau. On a ensuite préparé une évaluation et formulé des commentaires sur les résultats.

Composante B. Progrès réalisés dans les axes d'intervention

18. Les indicateurs de chacun des domaines d'action ont été organisés selon la classification établie. Les données de 2017 ont été comparées à celles qui avaient été déclarées par la même source en 2011 (lors de l'évaluation à mi-parcours du Programme) et classés comme ayant fait des « progrès » et n'ayant fait « aucun progrès », selon les changements qui s'étaient produits entre les deux moments. Dans le cas des indicateurs des systèmes de santé, on a normalisé les indicateurs de remplacement avec ceux de l'évaluation 2016-2017 en fin de période biennale. Les résultats ont été évalués selon les cibles pour 2017, qui ont été qualifiés de « dépassées », « atteintes », « Progrès » ou « sans progrès ».

Composante C. Contribution du Bureau sanitaire panaméricain à la mise en œuvre du Programme

19. Les informations documentaires portant sur la contribution du Bureau et des Organes directeurs de l'OPS à cet égard ont fait l'objet d'un examen, suite aux recommandations de l'évaluation à mi-parcours du Programme.

⁶ Il convient de prendre note que les indicateurs du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, particulièrement ceux correspondant aux résultats intermédiaires (RIT) et aux résultats immédiats (RIM), ont été mesurés en 2015. Ces données seront mises à jour avec les résultats de la fin de la période biennale 2016-2017 dans la version finale du présent rapport, lequel fait actuellement l'objet d'un examen par les États Membres. De grands efforts ont été faits lors de l'utilisation de cette source pour aligner ses indicateurs sur ceux qui sont employés dans l'évaluation du Programme.

IV. RÉSULTATS

Composante A. Usage fait du Programme dans les pays

20. Le tableau 1 présente les réponses fournies par les pays à deux des six questions du sondage destinées à l'évaluation finale du Programme.⁷ Étant donné que la planification est l'une des fonctions des systèmes de santé, il est attendu que tous les États Membres soient dotés de plans de secteur correspondant à leurs structures politiques et administratives. La réponse à la première question confirme simplement cet état de fait.

Tableau 1. Usage fait du Programme dans les pays

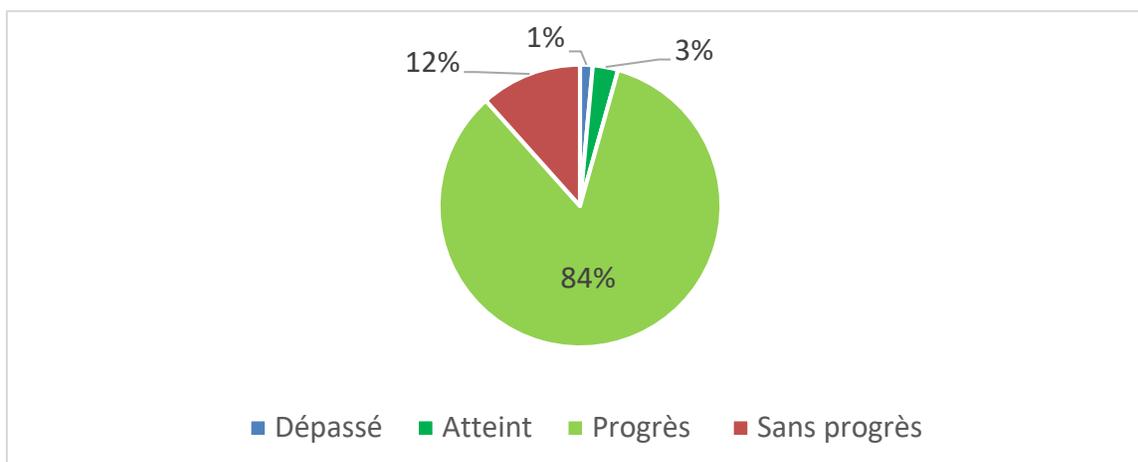
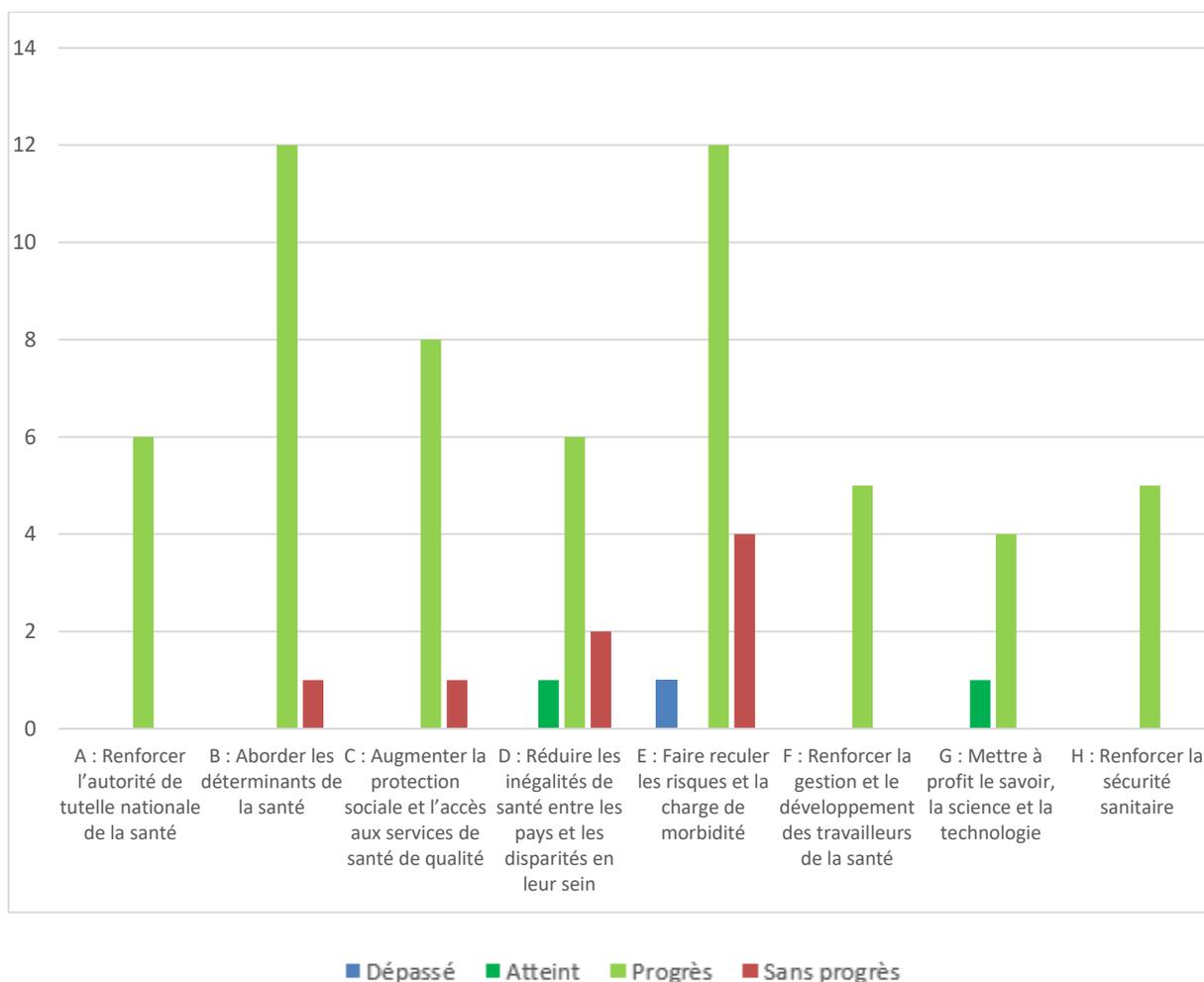
Questions	Nombre de pays (2017)
a. Pays qui ont préparé de plans nationaux pour le secteur de la santé	19 des 20 qui ont répondu
b. Usage fait du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 par les pays dans la conception des plans nationaux pour le secteur de la santé	13 des 20 qui ont répondu

Composante B. Progrès réalisés dans les huit domaines d'intervention

21. Comme le montre la figure 2, parmi les 70 indicateurs qui ont été évalués, 61 (88 %) sont en progression ou ont dépassé leurs cibles au cours de la période du Programme, tandis que huit (12 %) sont sans progrès. Un indicateur a été écarté dans le présent rapport en raison du manque de données comparables. Les domaines sans progrès comprenaient : *a)* élargir la couverture vaccinale du vaccin DTC3, *b)* politiques sur l'accès, la qualité et l'usage des médicaments et autres technologies de la santé, *c)* réduire la prévalence du VIH, *d)* réduire l'incidence de la transmission mère-enfant de la syphilis congénitale, *e)* réduire la mortalité due au diabète, *f)* réduire la mortalité due aux accidents de la route, *g)* réduire le nombre de cas de dengue et *h)* réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes.

22. La figure 3 indique que des progrès ont été réalisés dans chacun des domaines d'intervention ; toutefois, le domaine d'intervention E, Faire reculer les risques et la charge de morbidité, comportait le plus d'indicateurs accusant un manque de progrès. L'analyse qui suit sonde la situation à l'aide des 70 indicateurs ; de plus amples détails sont fournis à l'annexe A.

⁷ Vingt des 35 États Membres ont répondu au questionnaire.

Figure 2. Sommaire de la situation de l'indicateur, 2017 (ou de l'année la plus récente)**Figure 3. Situation de l'indicateur par domaine d'intervention, 2017 (ou la dernière année disponible)**

Domaine d'intervention A. Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé

23. Dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, les États Membres ont reconnu que la capacité institutionnelle du secteur de la santé était l'un des principaux éléments fondamentaux permettant d'entreprendre une intervention visant à résoudre les problèmes sanitaires auxquels les pays sont confrontés. Avec les six indicateurs de remplacement qui présentent des progrès, la Région a considérablement progressé dans le renforcement de l'autorité de tutelle nationale de la santé et dans la mise en place de mécanismes de gouvernance, de leadership et de responsabilisation en vue d'atteindre de meilleurs niveaux de santé et de bien-être. De futurs domaines de travail relevant de cette priorité pour les États Membres ont été établis dans l'objectif 2 du PASDA2030.

24. En 2017, 27 pays avaient fait de progrès en matière d'élaboration de politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux complets, et 22 pays avaient fait des progrès dans l'établissement de cadres législatifs ou réglementaires soutenant la santé universelle.⁸ Les réalisations suivantes méritent d'être notées : l'approbation de la législation antitabac au Mexique (2008), en Colombie (2009), à El Salvador (2011) et en Jamaïque (2013) ; la législation en matière de santé mentale au Guatemala ; la loi visant à promouvoir et protéger le droit à l'égalité des personnes atteintes du VIH ou du sida et les membres de leur famille au Venezuela ; la refonte du Code criminel de la République dominicaine dans le contexte de la santé maternelle et des droits génésiques et la réforme du Code civil de l'Argentine pour ce qui a trait au statut juridique des personnes handicapées. De plus, 13 pays étaient dotés de mécanismes d'analyse et de signalement des progrès réalisés vers l'atteinte de la santé universelle employant un cadre de surveillance et d'évaluation.⁹

25. Parmi les 20 pays qui ont répondu au questionnaire de la présente évaluation, 19 ont déclaré avoir instauré des mécanismes de coordination intersectorielle administrés par l'autorité de tutelle nationale de la santé. Comme exemples de mécanismes de coordination intersectorielle, notons les conseils et commissions intersectoriels et d'autres processus consultatifs, notamment pour la coordination avec les administrations infranationales. Certains pays sont dotés d'entités de coordination vouées à des domaines précis tels que la nutrition, les sports, la vaccination, le cancer, la sécurité alimentaire, la radiation, l'eau et l'assainissement, entre autres. Soulignons également les politiques intersectorielles relatives aux groupes marginalisés, tels que les peuples autochtones, les personnes d'ascendance africaine, les femmes, les adultes plus âgés, entre autres. De plus, 19 pays ont déclaré être dotés de mécanismes de promotion de la participation sociale ; il s'agit par exemple des forums sanitaires nationaux, des conseils de santé et des dialogues portant sur des propositions ou des enjeux précis.

26. Les États Membres et le Secrétariat ont aussi préconisé d'inclure la santé à titre prioritaire dans les forums régionaux. Lors du Septième Sommet des Amériques qui a eu lieu au Panama en 2015, suite à une négociation fructueuse menée par l'OPS, les chefs d'État des

⁸ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

⁹ Idem.

Amériques ont convenu de s'occuper des priorités en matière de santé publique. Il s'agissait d'engagements de travailler pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, conformément à la stratégie approuvée en 2014, de prévenir, détecter et combattre les flambées de maladies infectieuses émergentes et les autres urgences de santé publique et d'avancer dans les domaines des maladies non transmissibles (MNT), de l'eau et de l'assainissement, des aliments et de la nutrition et de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Suite aux engagements pris lors du Cinquième Sommet des Amériques en 2009, les chefs d'État ont aussi demandé l'établissement d'un Groupe de travail interaméricain sur les maladies non transmissibles, dirigé par l'OPS.

Domaine d'intervention B. Aborder les déterminants de la santé

27. La Région des Amériques a ouvert la voie en reconnaissant le rôle des déterminants sociaux et environnementaux de la santé dans la détermination des résultats sanitaires, particulièrement dans les populations en situation de vulnérabilité. Parmi les 13 indicateurs de ce domaine, tous sauf un ont réalisé des progrès ces dernières années. En 2017, la plupart des pays avaient progressé concernant les très générales recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Les progrès qui ont été faits entre 2011 et 2017 comprenaient l'élaboration de profils d'équité, des interventions de santé dans toutes les politiques et la mesure des inégalités en matière de santé.

28. Les États Membres, qui envisagent l'avenir en incluant les déterminants de la santé dans l'un des onze objectifs du PASDA2030, ont envoyé le message clair qu'il est essentiel de s'occuper des déterminants de la santé en adoptant des « approches intersectorielles, multisectorielles, régionales et infrarégionales » pour réduire les inégalités et les iniquités en matière de santé, et pour réaliser les objectifs de développement durables afférents à la santé. En 2017, 22 pays avaient commencé à mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé visant à réduire les iniquités en matière de santé et à accroître la participation communautaire par l'intermédiaire de réseaux de promotion de la santé, et 32 pays avaient amélioré la réponse institutionnelle aux iniquités sur le plan sanitaire, tel qu'en témoignent les travaux sur le genre, l'équité, les droits de l'homme et l'ethnicité. Dernièrement, 15 pays ont participé à la commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans les Amériques.¹⁰

29. En date de 2015, la Région avait fait de véritables progrès dans la réduction de la mortalité maternelle (estimée à 52 pour 100 000 naissances vivantes), de la mortalité infantile (enfants de moins d'un an) (13 pour 1000 naissances vivantes), de la mortalité néonatale (8 pour 1000 naissances vivantes) et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (15,8 pour 1000 naissances vivantes).¹¹ Bien que la réduction de la mortalité maternelle ait été importante, la Région n'a pas été en mesure de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (objectif 5, « Améliorer la santé maternelle »). Elle a toutefois atteint l'OMD 4, portant sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Depuis 2017, dix pays mettent en œuvre un plan intégré portant sur la mortalité maternelle et périnatale conforme aux plans d'action régionaux sur la mortalité maternelle et néonatale, et huit ont fait des progrès pour cet

¹⁰ Idem.

¹¹ OPS, *Core Indicators 2017*

indicateur.¹² Les pays ont intensifié leurs efforts pour améliorer et élargir les services de soins materno-infantiles, en augmentant la couverture des soins prénataux et des accouchements assistés par des agents de santé formés.

30. Il est à noter, concernant les données déclarées au niveau régional, qu'il existe d'importantes variations dans les différentes sous-régions.

- a) En ce qui concerne la mortalité maternelle, il y a eu 13 décès pour 100 000 naissances vivantes en Amérique du Nord ;¹³ 87 dans la Région des Andes ;¹⁴ 44 au Brésil ; 187 dans les pays latins des Caraïbes ;¹⁵ 107 dans les pays non latins des Caraïbes ;¹⁶ 54 dans les pays du Cône Sud ;¹⁷ 95 dans l'isthme centraméricain ;¹⁸ et 38 au Mexique.
- b) En ce qui concerne la mortalité des enfants de moins de 5 ans, il y a eu 6,7 décès pour 1000 naissances vivantes en Amérique du Nord ; 22,1 dans la Région des Andes ; 17,0 au Brésil ; 48,7 dans les pays latins des Caraïbes ; 20,8 dans les pays non latins des Caraïbes ; 11,1 dans les pays du Cône Sud ; 23 dans l'isthme centraméricain ; et 15,1 au Mexique.

31. En 2017, il y a eu une légère diminution de la prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans dans la Région : 7,2 %, par rapport à 7,6 % en 2011.¹⁹ Les données infrarégionales varient : l'Amérique du Nord, 6 % ; la Région des Andes, 6,6 % ; les pays latins des Caraïbes, 7,9 % ; les pays non latins des Caraïbes, 7 % ; l'isthme centraméricain, 5,3 % ; et le Mexique, 9,0 % (on ne disposait d'aucune donnée pour le Brésil ni les pays du Cône Sud). Il convient de remarquer que l'augmentation de cet indicateur est généralement imputable à une mauvaise alimentation, au manque d'exercice physique et à des facteurs économiques et sociaux, particulièrement aux politiques en matière d'agriculture, au transport, à l'urbanisme, à l'environnement, à l'éducation et à la transformation, à la distribution et au marketing des aliments.²⁰

32. En 2017, il y avait eu une réduction de la prévalence du faible rapport de la taille par rapport à l'âge chez les enfants de moins de 5 ans dans la Région, déclarée comme malnutrition

¹² OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

¹³ Bermudes, Canada et États-Unis d'Amérique.

¹⁴ Bolivie, Colombie, Équateur, Pérou et Venezuela.

¹⁵ Cuba, Guadeloupe, Guyane française, Haïti, Martinique, Porto Rico et République dominicaine.

¹⁶ Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbade, Curaçao, Dominique, Grenade, Guyana, Îles Caïman, Îles Turques et Caïques, Îles Vierges (ÉUA), Îles Vierges (R-U), Jamaïque, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Sint-Maarten (Pays-Bas), Suriname, Trinité-et-Tobago.

¹⁷ Argentine, Chili, Paraguay et Uruguay.

¹⁸ Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua et Panama.

¹⁹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation mondiale de la Santé, Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale. *Levels and trends in child malnutrition : Joint Child Malnutrition Estimates*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 et 2018. Principales constatations des éditions de 2012 et 2018. Disponible en anglais sur :

<http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates/en/>.

²⁰ OMS, *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. Disponible sur :

http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/fr/.

chronique dans ce groupe : 6,3 %, par rapport à 8,2 % en 2011.²¹ Les données infrarégionales varient : l'Amérique du Nord, 2,1 % ; la Région des Andes, 15,5 % ; les pays latins des Caraïbes, 12,9 % ; les pays non latins des Caraïbes, 7,4 % ; l'isthme centraméricain, 30,1 % ; et le Mexique, 13,6 % (on ne disposait d'aucune donnée pour le Brésil ni les pays du Cône Sud). La prévalence de la malnutrition chez les enfants est considérée comme l'un des visages que prend l'iniquité dans les pays en développement, et elle a de graves conséquences pour les enfants dans ces pays. Il faut se rappeler que la Région a déclaré avoir atteint l'OMD 1, « Réduire l'extrême pauvreté et la faim », dont la cible 1.C était de « réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim », et avait comme indicateur 1.8 « la prévalence de la maigreur chez les enfants de moins de 5 ans ». Les causes immédiates de la malnutrition chronique sont l'insuffisance de nourriture, les soins inadéquats et la maladie ; et à leur base notons le manque d'accès aux aliments, le manque de soins de santé et le manque d'eau et d'assainissement de base, dans un contexte plus vaste de facteurs sociaux, économiques et politiques, dont la pauvreté, l'inégalité et la scolarisation limitée des mères.²²

33. En 2016, la couverture vaccinale au niveau national avait chuté dans la Région (la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux [DTC3] étant le marqueur) ; la Région n'a obtenu que 91 % (moyenne pondérée de tous les pays) par rapport à 93 % en 2010.²³ Les données infrarégionales varient ; par exemple, l'Amérique du Nord avait réalisé une couverture de 95 %, tandis que celle de l'Amérique latine et des Caraïbes était de 89 %.

34. En date de 2017, 35 pays et territoires avaient atteint la cible de résultat intermédiaire d'avoir introduit un ou plusieurs nouveaux vaccins dans leurs programmes de vaccination systématique et six avaient fait des progrès.²⁴ Les vaccins suivants ont été introduits grâce au soutien de l'OPS : le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH), le vaccin antipneumococcique conjugué, le vaccin antirotavirus et le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI). Le Fonds renouvelable avait négocié avec les fabricants pour abaisser de façon substantielle le prix des vaccins anti-VPH et les pays avaient collaboré avec l'OPS pour introduire de nouveaux vaccins dans leurs plans nationaux de vaccination.

35. En date de 2017, trois pays avaient atteint la cible d'employer une approche de santé publique dans le cadre d'une approche intégrée de prévention de la violence.²⁵ Les pays ont adopté des mesures en lien avec cet indicateur ou sont en voie de le faire. Par exemple, El Salvador a élaboré le plan *El Salvador Seguro* « El Salvador sûr » qui adopte une approche de santé publique. L'Équateur était en train de mettre en œuvre un plan de prévention de la violence appliquant une stratégie intégrée de santé publique à titre de composante de son plan national *Buen Vivir* (bien vivre, ou la bonne façon de vivre).

²¹ UNICEF/OMS/Banque mondiale, idem.

²² UNICEF. *La desnutrición infantil : Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid : UNICEF Espagne ; 2011.

²³ OPS, *Core Indicators 2017* et *Basic Indicators 2010*.

²⁴ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

²⁵ Idem.

Domaine d'intervention C. Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité

36. Ce domaine visait à accroître le financement et à étendre la protection sociale par une couverture d'assurance, ainsi qu'à augmenter l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé, en adoptant une approche des soins de santé primaires. Avec tous les indicateurs de remplacement de la présente évaluation finale qui indiquent des progrès, on peut affirmer que la Région a réalisé des progrès remarquables pour augmenter la protection et l'accès, conformément aux résolutions de la *Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (CD53.R14) et de l'*Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage* (CD55.R12). Dans le cadre du PASDA2030, on s'attend à ce que les pays continuent de faire des progrès dans ce domaine, liés de façon spécifique aux objectifs d'élargir l'accès aux services de santé (objectif 1), de parvenir à un financement adéquat et durable de la santé (objectif 4) et de garantir l'accès aux médicaments et aux vaccins essentiels, ainsi qu'à d'autres technologies sanitaires prioritaires (objectif 5).

37. En date de 2017, des progrès avaient été accomplis en termes du nombre de pays et territoires qui avaient mis en œuvre des politiques publiques visant à accroître la protection sociale (19 des 20 pays qui ont répondu au sondage ont déclaré avoir fait des progrès). Les pays ont indiqué des politiques visant à agir sur des enjeux tels que le vieillissement de la population, les soins aux personnes handicapées, les soins de santé et la nutrition pour le développement de l'enfant, la réduction des obstacles entravant l'accès et les programmes de soins itinérants pour rejoindre les groupes marginalisés. Nombre de politiques sont appliquées par l'autorité de tutelle nationale de la santé en partenariat avec d'autres ministères, tels que le ministère du Développement social. Il convient d'ailleurs d'observer que dans le cadre de ces politiques, les pays de la Région ont fait des progrès pour éliminer les obstacles économiques et sociaux, accroître l'accès à un régime d'assurance maladie public, fournir des services de santé de qualité et élargir les services destinés aux populations autochtones marginalisées.

38. Ce domaine d'intervention a permis de reconnaître que l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle sont « assujettis à la disponibilité du financement ». En 2017, 16 pays et territoires avaient atteint la cible de disposer de stratégies financières pour la santé universelle et trois l'avaient partiellement atteinte.²⁶ Les études portant sur le financement de la santé, menées avec le soutien du BSP et les travaux de collaboration entre les ministères de la Santé et les ministères des Finances, ainsi que d'autres institutions financières, ont fourni des preuves étayant la conclusion qu'il est nécessaire d'augmenter le financement de la santé.

39. En 2015, les dépenses publiques ayant cours dans le domaine de la santé exprimées en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) en Amérique latine et dans les Caraïbes ont augmenté pour atteindre 3,5 %, par rapport à 3,2 % en 2011.²⁷ En 2014, les données infrarégionales et les différences par pays étaient les suivantes : l'Amérique du Nord, 8,2 % ; la Région des Andes, 3,9 % ; le Brésil, 3,8 % ; les Pays latins des Caraïbes, 5,1 % ; les pays non

²⁶ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

²⁷ OMS.

latins des Caraïbes, 3,1 % ; les pays du Cône Sud, 3,3 % ; l'isthme centraméricain, 4,1 % ; et le Mexique, 3,3 %. Malgré les progrès réalisés, il sera difficile pour de nombreux pays de la Région d'atteindre la cible des dépenses publiques dans le domaine de la santé dans une mesure supérieure à 6 % du PIB,²⁸ puisque seuls six des 20 pays visés ont réussi à atteindre la cible en 2017 et que 10 de plus l'ont fait à hauteur de 4 à 5 %.²⁹ La Région a été marquée par une période de repli économique en Amérique latine et dans les Caraïbes deux années de suite (2015 et 2016), avec une contraction estimée à 1 % du produit intérieur brut en 2016. Or, une reprise économique est prévue pour 2017 et 2018, avec une augmentation de 1,1 % du produit intérieur brut en 2017 et de 2,5 % en 2018. Il est prévu que cette modeste reprise se poursuive grâce à une plus forte demande extérieure, à une hausse du prix des matières premières et à un certain assouplissement monétaire en Amérique du Sud dans un contexte de recul de l'inflation.³⁰

40. En date de 2015, des progrès ont été accomplis en termes de frais de santé à la charge des ménages exprimés en pourcentage des dépenses totales pour la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes, avec un chiffre de 31,5 %, par rapport aux 33,3 % déclarés en 2010. En 2015, les données infrarégionales et les différences par pays étaient les suivantes : l'Amérique du Nord, 11,3 % ; la Région des Andes, 34,0 % ; le Brésil, 25,5 % ; les pays latins des Caraïbes, 19,9 % ; les pays non latins des Caraïbes, 31,3 % ; les pays du Cône Sud, 31,9 % ; l'isthme centraméricain, 40,0 % ; et le Mexique, 44,0 %. En dépit de ces avancées, on considère que ce pourcentage est encore très élevé. Les frais de santé à la charge des ménages sont la dépense de santé ayant l'impact le plus lourd sur les budgets des ménages et ils peuvent s'avérer catastrophiques pour les familles. Ils jouent également un rôle clé dans la décision de se faire soigner et sont la source de financement la plus inéquitable et la moins efficace.³¹

41. En date de 2017, dix pays et territoires ont atteint la cible de mettre en œuvre une politique d'accès aux médicaments, et deux autres l'ont partiellement atteinte.³² La plupart des pays ont mis en œuvre des politiques nationales pour garantir l'accès aux médicaments essentiels et à d'autres technologies de la santé prioritaires, et les mécanismes infrarégionaux ont réalisés d'importants progrès en termes d'accès à des médicaments coûteux. MERCOSUR, par exemple, a tenu des négociations conjointes pour l'achat d'antirétroviraux et de médicaments contre l'hépatite C.

42. En date de 2017, des progrès ont été accomplis en termes du nombre de pays qui ont adopté des mesures précises pour les soins prodigués aux populations autochtones : 17 de la

²⁸ Cette cible correspond à la cible 4.1 du PASDA2030 et à l'indicateur de résultat intermédiaire 4.1.2 du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Des dépenses publiques dans le domaine de la santé équivalentes à 6 % du PIB constituent un repère utile dans la plupart des cas et sont une condition nécessaire, bien qu'insuffisante, pour réduire les iniquités et accroître la protection financière.

²⁹ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

³⁰ Nations Unies. *Situation et perspectives de l'économie mondiale à la mi-2017*. Disponible sur : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/130/50/pdf/N1713050.pdf?OpenElement>.

³¹ C. Cid et L. Prieto, "Gasto de bolsillo en salud de los hogares : el caso de Chile, 1997 y 2007". *Rev Panam Salud Publica*, 2012, 31 (4) : 310-316.

³² OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

cible de 20 pays (85 %), d'après les questionnaires renvoyés par les pays. Par exemple, parmi d'autres mesures, le Guatemala a créé une unité de soins de santé pour les autochtones qui emploie une approche interculturelle, et d'autres pays ont créé des programmes ou des directorats spéciaux. De plus, 23 pays et territoires ont atteint l'indicateur pour la mise en œuvre de plans, politiques ou lois en matière de santé qui tiennent compte de l'ethnicité.³³ Des consultations régionales techniques ont eu lieu avec les ministères de la Santé, et les pays de la Région y ont fortement participé. D'importants progrès ont été réalisés dans la reconnaissance de la médecine traditionnelle par certains pays. Les pays andins ont accomplis des progrès dans la mise en œuvre du Plan sanitaire andin pour les personnes d'ascendance africaine 2017-2021. Ces initiatives ont joué un rôle essentiel en donnant à l'ethnicité une place plus prépondérante dans les programmes sanitaires nationaux et régionaux. Il reste néanmoins des difficultés à surmonter, compte tenu de la complexité des questions en cause.

43. En date de 2017, neuf pays et territoires ont atteint la cible de mettre en œuvre des stratégies et/ou des plans visant à améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, et dix pays et territoires l'ont partiellement atteinte.³⁴ De plus, d'après un examen de la mise en œuvre des mandats de la stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, 25 pays étaient dotés d'un modèle de soins fondé sur les soins de santé primaires et avaient développé des réseaux intégrés de prestation des services de santé.

44. Actuellement, 33 pays ont signé un accord sur l'utilisation des services fournis par le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique. Les volumes achetés étaient de \$40,4 millions³⁵ en 2012 et de \$90,4 millions en 2017.

Domaine d'intervention D. Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein

45. L'équité en matière de santé était l'un des grands principes du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 et est toujours l'un des principes du PASDA2030. Ce domaine d'intervention visait à améliorer la santé des groupes les plus marginalisés, notamment par la reconnaissance de l'importance de promouvoir en priorité dans la Région la santé tout au long de la vie et la santé sexuelle et génésique. Des disparités en matière d'équité persistent dans l'ensemble de la Région, tant entre les pays qu'en leur sein. Sous le thème « Défense de la santé : développement durable et équité », le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 cherchait à réduire ces écarts. Or, les résultats préliminaires et les projections présentés dans le rapport d'évaluation de fin de période biennale 2016-2017, qui sont également présentés au 56^e Conseil directeur, montrent que les progrès sont lents. Selon cette évaluation, il ressort que plusieurs des cibles de réduction des disparités en matière d'équité sont « susceptibles » de ne pas être atteintes d'ici 2019.³⁶

³³ Idem.

³⁴ Idem.

³⁵ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

³⁶ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

46. La présente évaluation présente des résultats semblables ; bien que des progrès aient été réalisés pour sept des neuf indicateurs de remplacement, deux n'ont affiché aucun progrès (la prévalence du VIH et l'incidence de la transmission mère-enfant de la syphilis congénitale). Les défis que doivent continuer de relever les pays pour réduire les inégalités et les iniquités en matière de santé semblent indiquer que l'Organisation devra redoubler d'efforts pour y parvenir d'ici 2030.

47. Concernant la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, il importe de retenir ce que l'OPS, l'OMS et l'UNICEF ont présenté :³⁷

- a) En date de 2015, 22 pays de la Région des Amériques avaient déclaré des données correspondant à l'atteinte des cibles d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH. Le taux de transmission en Amérique latine et dans les Caraïbes a chuté de 55 % entre 2010 et 2015, passant de 15 % à 8 %.
- b) Chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, le nombre de nouvelles infections par le VIH en Amérique latine a baissé de 29 % entre 2010 et 2015, tombant de 2440 à 1730 cas, et de 83 % dans les Caraïbes, avec une chute spectaculaire de 2280 à 400 cas. Ainsi, entre 2010 et 2015, quelques 28 000 infections par le VIH ont été évitées en Amérique latine et dans les Caraïbes, grâce aux interventions de prévention de la transmission mère-enfant.
- c) En date de 2015, il y a eu une augmentation du taux d'incidence de la transmission mère-enfant de la syphilis congénitale atteignant jusqu'à 1,7 cas pour 1000 naissances vivantes, par rapport à 1,0 cas pour 1000 naissances vivantes déclarées en 2011. Cette année-là, 20 pays ont déclaré des données correspondant à l'élimination de la syphilis congénitale (deux pays de plus que l'année précédente).
- d) En date de 2015, 18 pays de la Région des Amériques ont fourni des données correspondant à l'élimination de ces deux maladies.

48. En date de 2016, il y a eu une légère hausse de la prévalence du VIH (par sexe et groupe d'âge) dans le groupe d'âge de 15 à 49 ans en Amérique latine, passant de 0,4 en 2011 à 0,5 % en 2016. La prévalence régionale est demeurée stable à 0,5 % entre 2011 et 2016. La même situation a été signalée dans les Caraïbes, où le taux de prévalence s'est maintenu à 1,2 % pendant cinq ans. En 2015, un nombre estimé à deux millions de personnes vivaient avec l'infection par le VIH en Amérique latine et dans les Caraïbes, dont 98 % d'entre elles étaient âgées de 15 ans ou plus. En Amérique latine, l'épidémie a davantage touché les hommes, qui représentaient 68 % des personnes vivant avec le VIH, tandis que dans les Caraïbes, 52 % des personnes atteintes du VIH étaient des femmes.³⁸ À cet égard, il est important de tenir compte de ce qu'ONUSIDA a présenté en 2017 :³⁹

³⁷ OPS, *Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis dans la Région des Amériques. Mise à jour 2016.*

³⁸ OPS, *Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary : Regional Outlook and Country Profiles*, p. 21.

³⁹ ONUSIDA, *Fiche d'information : Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida 2017*. Disponible sur : <http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>.

- a) Amérique latine : en 2016, il y avait 1,8 million (1,4 à 2,1 millions)⁴⁰ de personnes vivant avec le VIH, dont un nombre estimé de 97 000 (79 000 à 120 000) nouvelles infections par le VIH (le nombre de nouvelles infections par le VIH n'a pas varié entre 2010 et 2016). Environ 36 000 (28 000 à 45 000) personnes sont décédées de maladies associées au sida (entre 2010 et 2016, le nombre de décès liés au sida a chuté de 12 %). La couverture thérapeutique était de 58 % (42 à 72 %) de toutes les personnes vivant avec le VIH. Il y a eu environ 1800 (1300 à 2400) nouvelles infections par le VIH chez les enfants.
- b) Caraïbes : en 2016, il y avait 310 000 (280 000 à 350 000) personnes vivant avec le VIH, dont un nombre estimé de 18 000 (15 000 à 22 000) nouvelles infections par le VIH. Environ 9400 (7300 à 12 000) personnes sont décédées de maladies associées au sida (entre 2010 et 2016, le nombre de décès liés au sida a chuté de 28 %). La couverture thérapeutique était de 52 % (41 à 60 %) chez les personnes vivant avec le VIH. Il y a eu moins de 1000 nouvelles infections par le VIH chez les enfants.

49. En 2016, la Région avait fait des progrès en termes de proportion des nouveau-nés présentant un faible poids de naissance (< 2500 g) : 8 %, par rapport à 8,2 % en 2011.⁴¹ Voici les données infrarégionales : l'Amérique du Nord, 7,9 % ; la Région des Andes, 8,5 % ; le Brésil, 8,4 % ; les pays latins des Caraïbes, 10,1 % ; les pays non latins des Caraïbes, 10,1 % ; les pays du Cône Sud, 6,9 % ; l'isthme centraméricain, 10,5 % ; et le Mexique, 5,8 %. Il importe ici de tenir compte de ce que l'OMS a déclaré : « Le faible taux de poids de naissance dans une population est un bon indicateur de problème de santé publique qui englobe la malnutrition maternelle de longue durée, la mauvaise santé et les soins de santé de mauvaise qualité. Sur une base individuelle, le faible poids de naissance est un paramètre prévisionnel important de la santé et de la survie du nouveau-né. »⁴²

50. En 2016, le pourcentage de naissances en milieu hospitalier dans la Région avait atteint 94,8 %, par rapport à 94,1 % en 2015.⁴³ Voici les données infrarégionales de 2016 : l'Amérique du Nord, 98,1 % ; la Région des Andes, 93,2 % ; le Brésil, 98,4 % ; les pays latins des Caraïbes, 79,2 % ; les pays non latins des Caraïbes, 96,4 % ; les pays du Cône Sud, 99,4 % ; l'isthme centraméricain, 79,7 % ; et le Mexique, 94,2 %. Les soins institutionnels de grossesse et d'accouchement, et l'augmentation des interventions obstétricales ont considérablement réduit la mortalité maternelle.

51. En 2017, des progrès avaient été réalisés sur le plan de la prévalence de l'utilisation des contraceptifs modernes dans la Région : 69 %, par rapport à 63 % en 2011.⁴⁴ Voici les données infrarégionales de 2017 : l'Amérique du Nord, 69 % ; la Région des Andes, 63 % ; le Brésil, 75 % ; les pays latins des Caraïbes, 59 % ; les pays non latins des Caraïbes, 58 % ; les pays du Cône Sud, 68 % ; l'isthme centraméricain, 61 % ; et le Mexique, 70 %. Le Fonds des Nations

⁴⁰ Les intervalles entre parenthèses indiquent les intervalles de confiance des estimations d'ONUSIDA.

⁴¹ OPS, *Core Indicators 2017* et *Basic Indicators 2011*.

⁴² OMS. *Statistiques sanitaires mondiales 2005*. Genève : OMS ; 2005. Disponible sur : <http://www.who.int/whosis/whostat/2005/en/>.

⁴³ OPS, *Core Indicators 2017, 2016* et *Basic Indicators 2011*.

⁴⁴ Idem.

Unies pour la population (FNUAP) signale une prévalence de 70 % pour l'Amérique latine et les Caraïbes en 2017, ainsi que d'autres indicateurs, tels qu'une prévalence de 10 % des besoins non satisfaits en planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, et 83 % de satisfaction de la demande en méthodes modernes de planification familiale chez les femmes âgées de 15 à 49 ans.

52. Pour ce qui est de la réduction des inégalités tout au long de la vie, en date de 2017, des progrès ont été réalisés dans 21 pays concernant la formulation ou la mise à jour des politiques ou des plans nationaux sur la santé des adolescents. En plus, 15 pays ont progressé vers l'adoption de plans qui comprennent spécifiquement des mesures pour répondre aux besoins sanitaires des personnes âgées, conformément aux stratégie et plans d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé de l'OMS.⁴⁵ Par exemple, le Mexique a élaboré un plan national visant à promouvoir le vieillissement en bonne santé, le plan national de développement 2007-2012. Entre-temps, l'Argentine a assumé un rôle majeur de leadership dans le processus encadrant la nouvelle convention interaméricaine de protection des droits des personnes âgées et la consultation mondiale sur la stratégie mondiale et le plan d'action de l'OMS, Vieillir en bonne santé.

53. Il est important de renforcer les systèmes d'information pour améliorer l'élaboration de politiques et la prise de décisions, et cibler des interventions s'attaquant aux disparités en matière d'équité. La Région a intensifié les activités de renforcement des capacités de gestion des données et la surveillance des tendances des situations sanitaires dans les systèmes d'information sanitaire. En date de 2017, six pays avaient atteint l'indicateur d'avoir produit une évaluation complète de la situation et des tendances pendant la période biennale 2016-2017, et 29 autres étaient en progression. Cela a mené au bon déroulement de la réalisation de la publication phare de l'Organisation et au projet *La santé dans les Amériques+*, édition de 2017.⁴⁶ La mise en œuvre de systèmes d'information plus robustes, en mesure de produire des données opportunes et de qualité servant à mesurer les progrès accomplis dans le domaine de la santé, demeure toutefois un défi à relever.

Domaine d'intervention E. Faire reculer les risques et la charge de morbidité

54. Ce domaine visait à la fois à résoudre le problème croissant que posent la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et à lutter contre les maladies transmissibles qui restent encore défi pour la Région. Au cours de la période du Programme, de nombreuses réalisations importantes ont été obtenues dans ce domaine, notamment la déclaration de l'élimination de la transmission endémique de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans la Région des Amériques, la certification de sept pays et territoires par l'OMS pour avoir atteint les cibles d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale, la vérification de l'élimination de l'onchocercose en Colombie, en Équateur, au Guatemala et au Mexique, la vérification de l'élimination du trachome comme problème de santé publique au Mexique,; les progrès réalisés vers l'élimination du paludisme,

⁴⁵ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

⁴⁶ Idem.

de la lèpre et de la rage transmise par des chiens et la réduction de la mortalité prématurée et du tabagisme.

55. En ce qui concerne les indicateurs de remplacement, on a noté que des progrès avaient été accomplis tant concernant les maladies transmissibles que les maladies non transmissibles, 13 des indicateurs de remplacement ayant montré des progrès, tandis que quatre n'en avaient montré aucun. L'un des indicateurs n'a pas pu être évalué. L'Organisation va poursuivre ses efforts pendant la période du PASDA2030, qui, dans le but de concentrer davantage les efforts, établit des objectifs distincts pour les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.

56. En date de 2015, on a constaté une augmentation de la mortalité causée par le diabète qui a atteint 33,6 pour 100 000 habitants (rectifié pour tenir compte de l'âge et du sexe), par rapport à 32,8 en 2011.⁴⁷ Plus de 15 % de la population de la Région âgée de plus de 18 ans était diabétique, soit un chiffre trois fois plus élevé que 10 ans auparavant, tandis que la prévalence de l'hyperglycémie était passée de 5 % en 1980 à 8,5 % en 2014. En 2014, la mortalité rectifiée en fonction de l'âge, liée au diabète de type 2 dans la Région différait légèrement entre les hommes et les femmes : 35,6 par rapport à 31,6 pour 100 000 habitants, respectivement.⁴⁸ Le taux d'obésité (indice de masse corporelle [IMC] supérieur ou égal à 30 kg/m²) dans la Région est resté à 26,8 %, soit plus du double de la moyenne mondiale (12,9 %), avec une prévalence plus élevée chez les femmes (29,6 %) que chez les hommes (24 %).

57. En date de 2016, la Région avait réalisé des progrès dans la réduction de la mortalité imputable aux cardiopathies ischémiques, avec une incidence de 62,8 pour 100 000 habitants (rectifié pour tenir compte de l'âge et du sexe), par rapport à 76,4 en 2011.⁴⁹ Bien que la mortalité attribuable à cette cause ait été en régression constante dans la plupart des pays de la Région, avec une réduction globale de 19 % entre 2000 et 2010, elle demeure la principale cause de décès.⁵⁰ En 2016, la Région avait progressé en termes de réduction de la mortalité due aux maladies vasculaires cérébrales : 34,8 pour 100 000 habitants (rectifié pour tenir compte de l'âge et du sexe), par rapport à 43,1 en 2011.⁵¹ La mortalité imputable à tous les types de cancer confondus avait chuté pour les deux sexes dans la Région depuis l'an 2000, une réduction estimée de 7,9 % s'étant produite entre 2008 (114,3 pour 100 000 habitants) et 2015 (105,3 pour 100 000 habitants).

58. En 2013, la Région avait déclaré une hausse du taux de mortalité due aux accidents de la route qui s'établissait à 15,9 pour 100 000 habitants, par rapport à 14,1 en 2011.⁵² Les taux variaient énormément d'un pays à l'autre, soit de six décès pour 100 000 habitants au Canada à 29,3 en République dominicaine.⁵³ Les accidents de la route avaient fauché les vies de 154 089 personnes en 2013 et représentaient 12 % de tous les décès par cette cause dans le monde entier ; ce chiffre représentant une augmentation de 3 % par rapport aux 149 357 décès déclarés en

⁴⁷ OPS, *Core Indicators et Basic Indicators*.

⁴⁸ OPS, *Health in the Americas+*, 2017 Edition. *Summary : Regional Outlook and Country Profiles*.

⁴⁹ OPS, *Core Indicators et Basic Indicators*.

⁵⁰ OPS, *Health in the Americas+*, 2017 Edition. *Summary : Regional Outlook and Country Profiles*.

⁵¹ OPS, *Core Indicators et Basic Indicators*.

⁵² *Idem*.

⁵³ OPS, *Health in the Americas+*, 2017 Edition. *Summary : Regional Outlook and Country Profiles*.

2010. Les décès par cette cause étaient plus courants dans les pays à revenu moyen (73 % du nombre total des décès par cette cause) que dans les pays à revenu élevé (26 %).⁵⁴ Le taux rectifié en fonction de l'âge et du sexe de 2015 était de 25,4 décès pour les hommes et de 6,6 pour les femmes.⁵⁵

59. En 2016, la Région avait montré une diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes (âgés de 18 ans ou plus) : estimée à 62,5 % (60,5 à 64,5) par rapport à 59,8 % (58,3 à 61,3) en 2011.⁵⁶ La Région des Amériques est la Région de l'OMS ayant la prévalence la plus élevée de surpoids et d'obésité.⁵⁷

60. La Région a accompli des progrès dans la réduction de la prévalence du tabagisme (16,3 % chez les adultes et 13 % chez les adolescents) depuis 2011 (22 % chez les adultes).⁵⁸ En 2013, la prévalence de la consommation actuelles estimée de tabac, correction faite des effets dus à l'âge, des personnes âgées de 15 ans ou plus de la Région était de 17,5 % ; chez les étudiants de 13 à 15 ans, elle était de 13,5 % (14,7 % chez les garçons et de 12,3 % chez les filles).⁵⁹

61. En date de 2017, 21 pays déclaraient avoir élaboré des plans d'action nationaux multisectoriels pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque, avec l'objectif de réduire la mortalité prématurée due aux MNT, alors que cinq autres avaient fait des progrès.⁶⁰ L'action multisectorielle visant à s'attaquer aux causes fondamentales des MNT au moyen d'une approche de la santé dans toutes les politiques demeure toutefois difficile à réaliser dans tous les pays. De plus, 18 pays et territoires avaient élaboré des plans d'action nationaux conformes au Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant de l'OMS. Le domaine présentant le taux de progression le plus lent est l'affectation des ressources humaines et économiques nécessaires pour réaliser des interventions nutritionnelles.

62. En date de 2017, la Région a montré des progrès en mettant en œuvre la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLA) de l'OMS. Quatre des sept pays ciblés ont atteint l'indicateur, tandis que trois autres l'ont partiellement atteint. La Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022 a été approuvée par la 29^e Conférence sanitaire panaméricaine avec l'objectif d'accélérer la mise en œuvre de la CCLA. De plus, cinq pays ont atteint l'indicateur d'être doté d'une politique nationale en matière d'alcool, tandis que six autres l'ont partiellement atteint. La Région est toutefois en butte à des difficultés d'application des politiques antialcool en santé publique, telles que l'acceptation sociétale de la consommation d'alcool, un manque de conscience des effets néfastes de la consommation d'alcool, et une faible volonté politique de réduire la

⁵⁴ OPS, *Health in the Americas+*, 2017 Edition. Summary : Regional Outlook and Country Profiles.

⁵⁵ OPS, *Core Indicators* 2017. (en anglais)

⁵⁶ OMS, Données de l'Observatoire de la santé mondiale. Disponible sur : <http://www.who.int/gho/fr/>.

⁵⁷ OPS, *Health in the Americas+ 2017, Overweight and Obesity. Health Status of the population.*

⁵⁸ OPS, *Core Indicators* 2017.

⁵⁹ OPS, Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030.

⁶⁰ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

consommation nocive d'alcool. L'engagement multisectoriel est essentiel pour travailler au-delà du secteur de la santé afin de s'attaquer aux MNT et aux facteurs de risque, et exige un engagement politique soutenu.⁶¹

63. Concernant la santé mentale, 32 pays et territoires disposaient d'une politique ou d'un plan approuvé insistant sur le développement de soins de santé mentale communautaire. L'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires est effectué par la mise en œuvre du Programme d'action : combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) de l'OMS.⁶²

64. En 2016, l'incidence de l'infection par le VIH dans la Région était de 13,7 pour 100 000 habitants.⁶³ Le taux d'incidence du sida de 2009 (employé dans l'évaluation à mi-parcours du PASA2008-2017) était de 10,7 pour 100 000 habitants (on ne dispose d'aucune donnée actualisée pour cet indicateur). En 2016, il y avait 1,8 million (1,4 à 2,1 millions) de personnes vivant avec le VIH en Amérique latine, et on estime que 97 000 (79 000 à 120 000) personnes ont contracté de nouvelles infections, dont 1800 (1300 à 2400) d'entre eux étaient des enfants (le nombre de nouvelles infections n'avait pas varié entre 2010 et 2016). Près de 36 000 (28 000 à 45 000) personnes sont mortes de maladies associées au sida en 2016, soit 12 % de moins qu'en 2010. En 2016, la couverture thérapeutique était de 58 % (42 à 72 %). Dans les Caraïbes, qui comptaient 310 000 (280 000 à 350 000) personnes vivant avec le VIH en 2016, on estime qu'il y a eu 18 000 (15 000 à 22 000) nouvelles infections cette année-là (moins de 1000 nouvelles infections chez les enfants). Près de 9400 (7300 à 12 000) personnes sont mortes de maladies associées au sida, soit 28 % de décès en moins enregistrés qu'en 2010. La couverture thérapeutique en 2016 était de 52 % (41 à 60 %).⁶⁴

65. Le taux d'incidence déclaré de tuberculose a présenté une tendance décroissante lente ces dernières années. Il semblerait donc que la transmission de la maladie se poursuive malgré les efforts de prévention et de contrôle de la tuberculose déployés par les pays, et que de nouveaux cas continuent d'être détectés et diagnostiqués. La lente diminution pourrait aussi refléter l'effet sur le diagnostic de la tuberculose de l'introduction et de l'utilisation croissante des nouveaux tests moléculaires de diagnostic rapide, qui décèlent avec plus d'exactitude des cas qui n'étaient auparavant pas dépistés par examen microscopique de frottis. Le défi actuel qui se pose pour atteindre les jalons et les cibles établis par la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et les ODD consiste à augmenter le taux de diminution.

66. En date de 2015, la Région a réalisé des progrès dans la réduction du nombre de cas de paludisme déclarés annuellement. Entre 2000 et 2015, le nombre de cas de paludisme dans les Amériques a chuté de 62 % (passant de 1 181 095 à 454 311 cas).⁶⁵ Au cours de la même période, les décès associés au paludisme ont diminué de 76 %, passant de 410 à 98. Parmi le nombre total des cas, 77 % étaient déclarés par le Brésil, le Pérou et le Venezuela. À la fin de

⁶¹ *Idem.*

⁶² OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

⁶³ OPS, *Core Indicators 2017*. (en anglais)

⁶⁴ ONUSIDA, *Fiche d'information : Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida 2017*.

⁶⁵ OPS, *Core Indicators 2017*.

2015, le paludisme était endémique dans 21 pays de la Région. Tous les pays d'endémie, sauf Haïti et le Venezuela, ont réduit leur taux de morbidité depuis 2000. Ces dernières années (2016-2017), la mortalité et la morbidité imputables au paludisme a toutefois augmenté.⁶⁶

67. En date de 2016, il y a eu une augmentation du nombre de cas de dengue déclarés dans la Région : 2 276 803 par rapport à 1 699 072 en 2011.⁶⁷ Entre 2011 et 2015, un total cumulé de 8 207 797 cas de dengue ont été déclarés, ce qui représente une augmentation de 58 % au cours de la période 2006-2010. Parmi ces cas, 118 837 (1,4 %) étaient des cas de dengue sévère et il y a eu 5028 décès (0,06 %), ce qui représente une augmentation de 93 % par rapport à la période précédente.⁶⁸

68. En date de 2016, la Région a fait des progrès quant au nombre de pays ayant obtenu la certification de l'interruption de la transmission vectorielle de la maladie de Chagas : 17 des 21 pays d'endémie, soit trois de plus que les 14 pays certifiés en 2012. Il est important de rappeler que l'élimination de la transmission de la maladie de Chagas est la cible d'impact 8.3 du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. De plus, le *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* de l'OPS (document CD55/15) comprend l'objectif 1.2 : « Accélération des mesures visant à interrompre la transmission dans les foyers de la maladie de Chagas par les principaux vecteurs ».

69. En date de 2016, le nombre de pays où l'onchocercose était endémique mais qui ont obtenu la certification de son élimination a augmenté jusqu'à quatre, soit trois pays de plus qu'en 2011. Ces pays étaient la Colombie, l'Équateur, le Guatemala et le Mexique. L'élimination de l'onchocercose est l'objectif d'impact 8.2 du Plan stratégique 2014-2019. Le *Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022* de l'OPS (document CD55/15) comprend l'objectif 2.2 : « Éliminer les maladies infectieuses négligées qui sont ciblées pour la chimiothérapie préventive, y compris la collecte de preuves à l'appui de l'élimination » et augmente la cible de 2022 à six pays.

Domaine d'intervention F. Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé

70. La Région des Amériques a été à l'avant-garde des efforts mondiaux pour assurer une dotation adéquate en personnel de santé, en l'incluant dans les priorités du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. La présente évaluation montre que l'engagement des pays à s'occuper de ce domaine a porté fruit ; les cinq indicateurs ont tous présenté des progrès. Tournés vers l'avenir, les États Membres ont fait preuve d'un appui et d'un enthousiasme constants envers le domaine en l'incluant dans l'objectif 3 du PASDA2030 ; la *Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle* (résolution CSP29.R15) de la Région et le plan d'action proposé (document CD56/10) visent à accélérer les efforts à cet égard.

⁶⁶ OPS, *Health in the Americas+*, 2017 Edition. Summary : Regional Outlook and Country Profiles.

⁶⁷ OPS, *Core Indicators 2017*.

⁶⁸ OPS, *Health in the Americas+*, 2017 Edition. Summary : Regional Outlook and Country Profiles.

71. Le *Rapport final sur les cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015* (document CD54/INF/1) a été présenté au 54^e Conseil directeur de l'OPS en 2015. Les informations ont été recueillies entre 2013 et 2015, et 20 pays ont participé. Un rapport d'avancement a été présenté à la 28^e Conférence sanitaire panaméricaine (document CSP28/INF/3), dont les informations ont été recueillies entre 2009 et 2010, et 24 pays y ont participé. En date de 2017, huit pays et territoires ont atteint l'indicateur d'être doté d'un plan ou d'une stratégie en matière de ressources humaines en santé conforme aux politiques en matière de santé universelle, et cinq pays de plus l'ont partiellement atteint.⁶⁹

72. En date de 2017, 26 pays ont atteint la cible d'avoir une densité du personnel de santé (médecins, personnel infirmier, sages-femmes) de 25 professionnels pour 10 000 habitants, alors que deux pays avaient fait des progrès. Le BSP travaille de concert avec les pays qui sont identifiés comme étant à risque de ne pas atteindre cet indicateur d'ici 2019.⁷⁰ Le principal défi à relever est la répartition du personnel de santé. On retrouve jusqu'à 80 % plus de médecins en zones urbaines que rurales (ou non métropolitaines). En 2015 la moyenne régionale était de 48,7 personnel infirmier pour 10 000 habitants. Mais l'Amérique du Nord avait de loin la plus forte densité de personnel infirmier, soit plus de sept fois celle de l'Amérique latine et des Caraïbes (110,9 par rapport à 13,6 pour 10 000 habitants).⁷¹

73. En date de 2017, on constate une augmentation du nombre de pays offrant des programmes de formation continue à l'intention du personnel, soit par l'intermédiaire d'un nœud dans le campus virtuel pour la santé publique ou d'un réseau équivalent d'apprentissage en ligne. Treize pays et territoires ont atteint cette cible, tandis que cinq de plus l'ont partiellement atteinte. Environ 100 000 professionnels suivent des cours d'auto-apprentissage dans le campus virtuel chaque année.⁷²

74. En date de 2017, on a constaté une augmentation du nombre de pays participant à des accords bilatéraux ou multilatéraux pour traiter de la migration des agents de santé : 13 des 20 pays, par rapport aux 11 déclarés en 2011, selon les réponses au questionnaire renvoyées par les pays. Par exemple, l'Argentine est dotée de procédures servant à valider les diplômes de plusieurs pays d'Amérique latine. Du travail est également effectué par le biais de MERCOSUR pour harmoniser les réglementations concernant la reconnaissance des qualifications des professionnels de la santé de divers domaines. L'Équateur participe à un programme de formation avec Cuba et est doté d'un programme, *Yo retorno* (Je reviens), permettant de donner la possibilité de revenir au pays à des professionnels de la santé équatoriens vivant à l'étranger.

⁶⁹ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

⁷⁰ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

⁷¹ OPS, *Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030*.

⁷² OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

Domaine d'intervention G. Mettre à profit le savoir, la science et la technologie

75. Ce domaine se concentrait sur l'utilisation des connaissances et des données probantes dans la prise de décisions, le renforcement des capacités de recherche et de surveillance à tous les niveaux, l'assurance de l'application des meilleures pratiques en bioéthique, et l'exercice du rôle régulateur de l'autorité de tutelle nationale de la santé. D'importants progrès ont été accomplis pour les cibles de 2015, trois indicateurs associés ayant été dépassés et les deux autres atteints. Les travaux effectués dans ce domaine d'intervention vont se poursuivre avec la mise en œuvre des objectifs 5, 6 et 7 du PASDA2030.

76. En date de 2017, sept pays et territoires étaient dotés d'un système ou d'un mécanisme facilitant la prise de décisions fondées sur des données probantes, tandis que quatre de plus avaient partiellement atteint la cible. Le BSP a joué un rôle actif dans la production de données probantes dans 12 pays afin de renforcer l'encadrement essentiel en santé publique et les mesures visant à prévenir et à limiter l'impact de la maladie à virus Zika et ses complications. Des progrès avaient aussi été réalisés quant au nombre de pays mettant en œuvre une politique ou un plan national de recherche en santé. Neuf pays et territoires avaient atteint la cible, tandis que neuf autres l'avaient partiellement atteinte. Par ailleurs, 11 pays et territoires étaient dotés de mécanismes de responsabilisation pour examiner la recherche ou incorporer l'éthique dans la santé publique.⁷³

77. Concernant les médicaments, 12 pays et territoires appliquaient des mécanismes d'évaluation, incorporation, sélection et gestion des technologies de santé fondés sur des données probantes, et d'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé, dépassant la cible. Cinq pays de plus avaient partiellement atteint l'indicateur. De plus, des pays avaient fait des progrès quant à l'évaluation des fonctions de réglementation, 16 pays ayant atteint l'indicateur, et quatre de plus l'avaient partiellement atteint. En 2016, le 55^e Conseil directeur a approuvé un document de politique sur l'accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel, qui a appelé les États Membres à renforcer les systèmes de réglementation de manière à assurer la qualité des médicaments.⁷⁴

⁷³ *Idem.*

⁷⁴ Document CD55/10, Rev.1 et résolution CD55.R12 (2016).

Domaine d'intervention H. Renforcer la sécurité sanitaire

78. Pendant la période du Programme, la Région a riposté à de multiples flambées (y compris la pandémie de grippe A(H1N1), la maladie à virus Zika, et le chikungunya), ainsi qu'à plusieurs situations d'urgence et des catastrophes ayant un impact sur la santé. Avec la collaboration du BSP, les pays ont aussi intensifié les efforts visant à augmenter la capacité de préparation et de gestion des catastrophes, et les cinq indicateurs de remplacement ont tous présenté d'importants progrès. En 2016, la Région des Amériques a établi le nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OPS, en accord avec la décision WHA69(9) et le document A69/30 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

79. En date de 2017, des progrès ont été réalisés quant au nombre de pays mettant en œuvre des plans ou des programmes nationaux visant à préparer le secteur de la santé aux situations d'urgence ou aux catastrophes. Vingt-sept pays et territoires avaient atteint cet indicateur et un de plus l'a partiellement atteint. Des progrès ont également été accomplis quant au nombre d'États Membres incorporant des compétences de base pour la surveillance et l'intervention, en conformité avec le Règlement sanitaire international (2005), 22 des 35 États Membres satisfaisant les critères. Pendant la période biennale 2016-2017, des informations ont été mises à la disposition des Points focaux nationaux du RSI dans les premières 48 heures suivant la fin de l'évaluation des risques, pour un total de 109 sur 181 (60 %) des situations potentiellement urgentes en santé publique soulevant des préoccupations à l'échelle internationale.⁷⁵

80. Au cours de la dernière décennie, les pays de la Région ont fait des progrès soutenus en matière de surveillance et de préparation aux maladies zoonotiques émergentes et réémergentes. Les réseaux de laboratoires et les systèmes intégrés d'information sanitaire ont été soutenus et renforcés, ce qui contribue considérablement à prévenir l'introduction ou la propagation des maladies zoonotiques émergentes importantes pour la santé publique, telle que la grippe aviaire, et à assurer une intervention rapide face aux menaces réémergentes, telles que les zoonoses à arbovirus et la rage transmise par les chauves-souris hématophages. Pourtant, en dépit de ces avancées, Haïti par exemple, a besoin de davantage de soutien rapproché pour pouvoir relever les défis que posent les maladies zoonotiques émergentes et réémergentes. Le partage des meilleures pratiques et des expériences vécues entre les pays de la Région constitue un moyen important de maintenir et d'améliorer l'état de préparation aux maladies zoonotiques.

Composante C. Mise en œuvre du Programme par le Bureau sanitaire panaméricain

81. On peut résumer les recommandations formulées lors de l'évaluation à mi-parcours concernant les responsabilités du BSP en matière de mise en œuvre du Programme comme suit : *a)* évaluer dans quelle mesure le Plan stratégique 2014-2019 et ses outils de suivi et d'évaluation sont harmonisés avec les domaines d'intervention du Programme, *b)* évaluer dans quelle mesure le Programme et le Plan stratégique 2014-2019 ont promu la préparation de documents officiels alignés sur la vision et les domaines d'intervention du Programme et *c)* évaluer dans quelle

⁷⁵ OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

mesure les stratégies de coopération avec les pays sont alignées sur le Programme et le Plan stratégique 2014-2019.

Recommandation a. Évaluer dans quelle mesure le Plan stratégique 2014-2019 et ses outils de suivi et d'évaluation sont harmonisés avec les domaines d'intervention du Programme.

82. Le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (document officiel 345), approuvé à l'origine par le 52^e Conseil directeur de l'OPS, qui a eu lieu du 30 septembre au 4 octobre 2013, a été formulé à la lumière des priorités régionales définies dans le Programme, considérées comme étant le principal point de référence du cadre de planification de l'OPS (figure 2). Les neuf objectifs d'impact et les six catégories (comportant 30 domaines programmatiques) incorporent les huit domaines d'intervention du Programme, comme cela avait déjà été fait dans le Plan stratégique de l'OPS 2008-2013 (voir les tableaux 2 et 3).

Figure 4. Cadres de planification de l'OPS/OMS

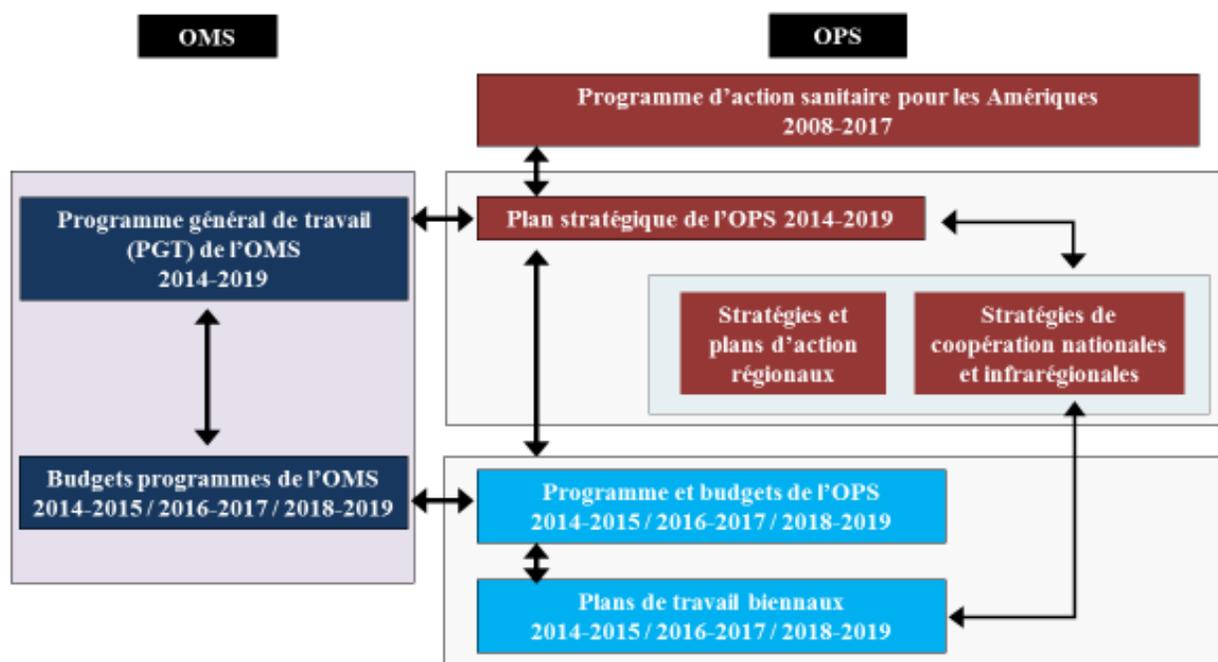


Tableau 2. Relation entre les domaines d'intervention du Programme et les objectifs d'impact du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019

Domaines d'intervention du Programme	Objectifs d'impact du Plan stratégique
b) Aborder les déterminants de la santé	Objectif 1 : Améliorer la santé et le bien-être dans un cadre équitable
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Objectif 2 : Assurer un départ en bonne santé pour les nouveau-nés et les nourrissons Objectif 3 : Assurer une maternité sans risque Objectif 4 : Réduire la mortalité due à la mauvaise qualité des soins de santé
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Objectif 5 : Améliorer la santé de la population adulte en mettant l'accent sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque Objectif 6 : Réduire la mortalité due aux maladies transmissibles Objectif 7 : Réduire la mortalité prématurée due à la violence, aux suicides et aux traumatismes en s'attaquant aux principaux risques pour les adolescents et les jeunes adultes (15-24 ans) Objectif 8 : Éliminer les maladies transmissibles prioritaires dans la Région
h) Renforcer la sécurité sanitaire	Objectif 9 : Prévenir les décès, les maladies et le handicap découlant d'urgences

Tableau 3. Relation entre les domaines d'intervention du Programme et les catégories et domaines programmatiques du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019

Domaines d'intervention du Programme	Catégories et domaines programmatiques du Plan stratégique
a) Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé	Catégorie 4. Systèmes de santé 4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de la santé.
b) Aborder les déterminants de la santé	Catégorie 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie 3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique 3.4 Déterminants sociaux de la santé 3.5 Santé et l'environnement
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Catégorie 4. Systèmes de santé 4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes 4.3 Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Catégorie 3. Déterminants de la santé et promotion de la santé tout au long de la vie 3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et santé génésique 3.2 Vieillesse et santé

Domaines d'intervention du Programme	Catégories et domaines programmatiques du Plan stratégique
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	<p>Catégorie 1. Maladies transmissibles 1.1 VIH/sida et infections sexuellement transmissibles (IST) 1.2 Tuberculose 1.3 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et la maladie de Chagas) 1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques 1.5 Maladies à prévention vaccinale (y compris le maintien de l'éradication de la polio).</p> <p>Catégorie 2. Maladies non transmissibles et facteurs de risque 2.1 Maladies non transmissibles et facteurs de risque 2.2 Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives 2.3 Violence et traumatismes 2.4 Incapacités et réadaptation 2.5 Nutrition</p>
f) Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé	<p>Catégorie 4. Systèmes de santé 4.5 Ressources humaines pour la santé</p>
g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie	<p>Catégorie 4. Systèmes de santé 4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes</p>
h) Renforcer la sécurité sanitaire	<p>Catégorie 5. Préparation, surveillance et intervention 5.1 Capacités d'alerte et d'intervention (pour le RSI) 5.2 Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies 5.3 Gestion des risques et crises d'urgence 5.4 Salubrité des aliments 5.5 Intervention face aux flambées épidémiques et aux crises</p>

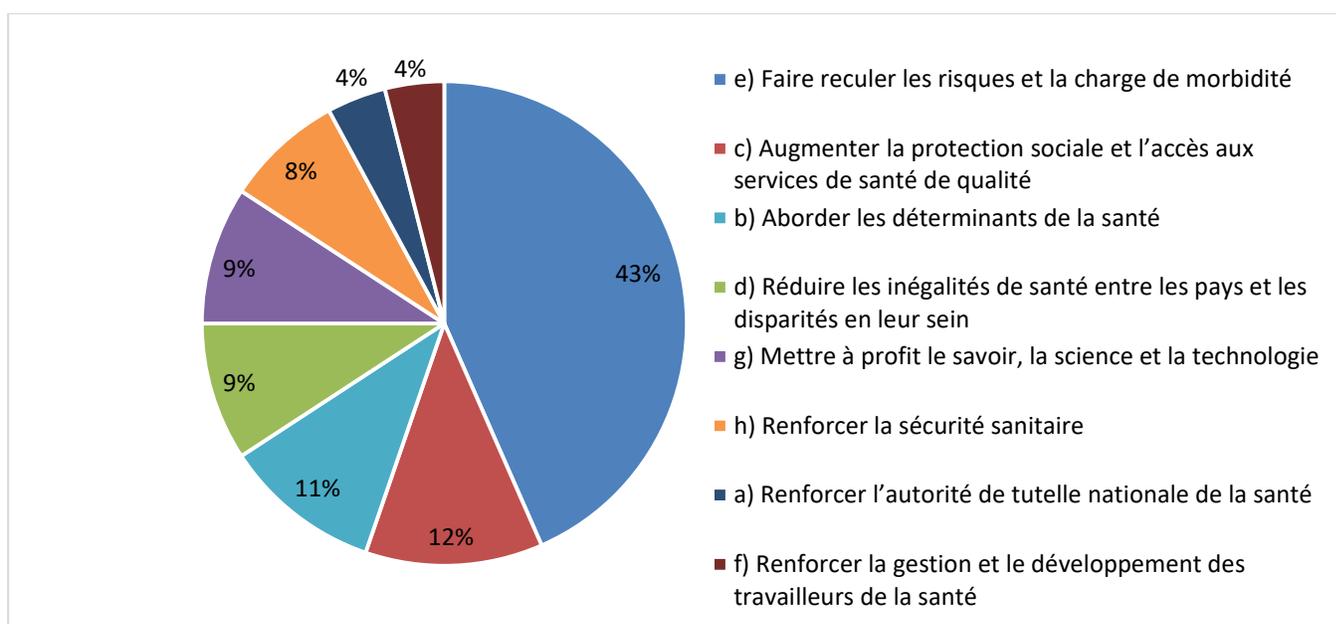
83. Le rapport d'évaluation du programme et du budget pour la période biennale 2014-2015, présenté en septembre 2016, fournissait des informations sur la mise en œuvre du Plan stratégique. Il était indiqué que des progrès constants étaient faits vers l'atteinte des cibles établies pour 2019, des progrès ayant été réalisés à hauteur de 90 % des indicateurs des résultats intermédiaires, et 114 indicateurs de résultats immédiats ayant été atteints ou partiellement atteints, tous liés aux domaines d'intervention du Programme.

Recommandation b. Évaluer dans quelle mesure le Programme et le Plan stratégique 2014-2019 ont promu la préparation de documents officiels alignés sur la vision et les domaines d'intervention du Programme.

84. Au cours de la période 2014-2017, les Organes directeurs de l'OPS ont approuvé un nombre important de documents liés aux domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (voir l'annexe B). Les interrelations entre les domaines d'intervention et les sujets énoncés dans les documents de l'OPS sont résumées à la figure 3. Il convient de remarquer que la grande partie des 76 documents examinés (33 à 43 %) étaient liés

au domaine d'intervention E, suivis par les domaines C (9 à 12 %), B (8-11%) et D et G (7 à 9 % respectivement). Il faut en particulier remarquer que les documents de l'OPS comportent des sujets qui traitent de différents domaines d'intervention.

Figure 5. Résumé des liens entre les domaines d'intervention et les documents de politiques, les stratégies et les plans d'action (2008-2017, par ordre de fréquence)



Recommandation c. Évaluer dans quelle mesure les stratégies de coopération avec les pays sont alignés sur le Programme et le Plan stratégique de l'OPS

85. Tant avant qu'après la tenue de l'évaluation à mi-parcours du Programme, les stratégies de coopération avec les pays correspondaient au Programme, tel qu'on peut le constater dans les stratégies de coopération avec l'Argentine (2012-2016), Aruba (proposition pour 2014-2017), la Bolivie (2011-2015), le Brésil (2008-2012), le Chili (2011-2014), la Colombie (2011-2014), le Costa Rica (2010-2014), Cuba (2012-2015), El Salvador (2012-2015), l'Équateur (2010-2014), le Guatemala (2013-2017), le Guyana (2010-2015), la Jamaïque (2010-2015), le Mexique (2015-2018), le Panama (2014-2017), le Paraguay (2010-2014), le Pérou (2014-2019), Porto Rico (2013-2016), la République dominicaine (2013-2017), le Suriname (2012-2016) et l'Uruguay (2012-2015), entre autres.⁷⁶

⁷⁶ OPS, *Country Cooperation Strategy (CCS)*. Disponible en anglais et en espagnol sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126%3A2009-country-cooperation-strategy-ccs&catid=1762%3Aabout&Itemid=1849&lang=en

V. OBSERVATIONS GÉNÉRALES SUR LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Composante A

86. L'évaluation de cette composante révèle que le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 n'a pas été employé pour orienter la planification de la plupart des équipes techniques des ministères et des secrétariats de la Santé qui ont répondu au questionnaire. Tout comme l'avait soulevé l'évaluation à mi-parcours, cela pourrait s'expliquer par le décalage de temps entre le moment de la publication du Programme et sa mise en œuvre par le biais d'autres instruments (plans stratégiques, documents de politiques, stratégies et plans d'action sur des sujets précis traités dans le cadre du Programme), et par le roulement du personnel des équipes techniques et de gestion des ministères et des secrétariats de la Santé.

Composante B

87. Les données sur les 70 indicateurs ayant fait l'objet de l'évaluation de cette composante révèlent, à quelques exceptions près, que les pays et territoires de la Région ont fait de grandes avancées dans les huit domaines d'intervention du Programme au cours de la période 2011-2017, poursuivant des progrès de même nature que ceux qui ont été déclarés pour la période 2007-2011. L'évaluation de cette composante a été communiquée de façon préliminaire dans le document du PASDA2030, qui faisait la mise à jour des progrès et défis dans les domaines essentiels dont il a été fait rapport dans l'évaluation à mi-parcours de 2012, à savoir : *a)* la mortalité maternelle, *b)* la dengue, *c)* la tuberculose, *d)* le VIH/sida, *e)* l'obésité, *f)* les dépenses nationales affectées à la santé, exprimées en pourcentage du PIB et *g)* les dépenses à la charge des ménages, exprimées en pourcentage des dépenses totales affectées à la santé.

Composante C

88. L'évaluation de cette composante se concentrait sur trois recommandations formulées lors de l'évaluation à mi-parcours du Programme. Les plans stratégiques de l'Organisation, les documents d'orientation, stratégies et plans d'action, ainsi que les stratégies de coopération avec les pays examinés se sont tous avérés correspondre aux domaines d'intervention du Programme.

VII. CONCLUSIONS

89. L'évaluation finale du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a confirmé son rôle d'instrument politique régional ayant fourni une vision stratégique de la santé dans la Région. Elle a réaffirmé les engagements des pays et territoires envers la santé de leurs populations, et a défini l'orientation des processus de planification stratégique des États Membres et du BSP. En un appel à l'action, le Programme a promu les questions sanitaires critiques dans la Région, notamment : les déterminants sociaux de la santé et les inégalités de santé entre les pays, ainsi que les disparités en leur sein, la protection sociale, l'accès aux services de santé et le renforcement de l'autorité de tutelle nationale de la santé.

90. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a orienté la formulation des Plans stratégiques de l'OPS 2008-2013 et 2014-2019, qui ont incorporé les domaines d'intervention du Programme. Cela a permis de le réaliser et de l'évaluer dans le cadre institutionnel de l'Organisation, comme cela l'avait été proposé dans la déclaration d'intention du Programme. Il a aussi éclairé les stratégies de coopération avec les pays en leur donnant une orientation claire. Le Programme a également servi de référence pour la préparation des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux, bien que son importance se soit érodée au cours de la décennie à mesure de l'introduction d'autres cadres de politiques régionaux et internationaux. L'absence de cadre de gestion axé sur les résultats, comprenant des cibles et des indicateurs, a toutefois entravé la mise en œuvre efficace du Programme, ainsi que le suivi et l'évaluation de son impact.

91. Le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 a promu et stimulé la participation des États Membres à la formulation des programmes et politiques de l'OPS, exécutés tant au Siège et que dans les pays, au moyen de la participation active des groupes de travail et des groupes consultatifs composés de représentants des pays, avec le soutien du BSP dans son rôle de secrétariat.

92. Les recommandations suivantes résument les enseignements tirés de la formulation, de la mise en œuvre et de l'évaluation du Programme :

- a) Intensifier les efforts pour parvenir à atteindre un consensus sur une vision commune pour la Région, articulés autour des mandats régionaux et internationaux, en promouvant les interventions sanitaires dans les pays, fondées sur des données probantes à disposition.
- b) Orienter dans la plus grande mesure possible les politiques sanitaires de la Région, en incorporant une approche axée sur l'équité et en les reflétant dans des objectifs et cibles mesurables.
- c) Favoriser la participation active de la plupart des hautes instances et des équipes techniques des ministères et des secrétariats de la Santé des pays aux processus d'élaboration et d'évaluation des politiques et stratégies de l'OPS. On peut favoriser l'engagement et la responsabilisation au moyen de groupes de travail composés de représentants des pays et soutenus par le BSP dans son rôle de secrétariat, et en tenant des événements parallèles lors des réunions des Organes directeurs de l'OPS.

- d) Établir des niveaux appropriés de coordination entre l'élaboration des politiques régionales, la mise en œuvre et les mécanismes d'évaluation, en exploitant la capacité institutionnelle de l'OPS (la gouvernance, la capacité technique, les ressources et la logistique) pour atteindre les objectifs et cibles convenus.
- e) Fournir un mécanisme de gouvernance et un plan de communication pour coordonner et suivre les activités de ces cadres avec tous les principaux intervenants.
- f) Reconnaître la valeur d'établir des objectifs et cibles clairs permettant de mesurer l'impact du Programme.

93. Les enseignements tirés du processus de formulation, de mise en œuvre et d'évaluation du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 ont été incorporés au Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030. Il convient de diriger les efforts vers leur application dans l'exécution et l'évaluation du PASDA2030.

Annexes

VIII. ANNEXES

Annexe A. Évaluation détaillée des indicateurs par domaine d'intervention

Domaine d'intervention A. Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé

Tableau 1. Indicateurs du domaine d'intervention A (systèmes de santé)

Indicateur	Classement
1. Nombre de pays et territoires qui sont dotés d'une stratégie ou d'un plan national pour le secteur de la santé comportant des objectifs/cibles définis qui ont été examinés au cours des cinq dernières années (RIM 4.1.1)	Progrès Atteint dans 22 et progrès dans 5 (2017) ^a
2. Nombre de pays qui ont mis en œuvre des mécanismes de coordination intersectorielle administrés par l'autorité de tutelle nationale de la santé	Progrès pour 19 sur les 20 qui ont répondu (2017) ^b
3. Nombre de pays qui ont mis en œuvre des mécanismes pour promouvoir la participation sociale	Progrès pour 19 sur les 20 qui ont répondu (2017) ^b
4. Nombre de pays et territoires dotés de cadres législatifs ou réglementaires soutenant l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (RIM 4.1.3)	Progrès Atteint dans 17 et progrès dans 5 (2017) ^a
5. Nombre de pays et territoires qui ont analysé ou déclaré des progrès vers l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle à l'aide du cadre de suivi et d'évaluation ⁷⁷	Progrès 13 (2017) ^c
6. Proportion de mandats dans les déclarations du Sommet des Amériques qui reflètent des questions sanitaires	Progrès 8/48 (2015) ^a

Sources :

a) OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5)

b) Enquête auprès des pays aux fins de l'évaluation finale, 2017.

c) *Health in the Americas*, 2017.Domaine d'intervention B. Aborder les déterminants de la santé

Tableau 2. Indicateurs du domaine d'intervention B (état de santé)

Indicateur	2011	2017	Classement
1. Taux de mortalité maternelle (TMM) pour 100 000 naissances vivantes	65,7 (2010) ^a	52 (2015, estimation) ^c	Progrès

⁷⁷ On ne dispose d'aucune information actualisée sur l'indicateur utilisé dans l'évaluation à mi-parcours : « Nombre de pays qui ont incorporé un système de responsabilisation dans leur système de gestion du secteur de la santé ». Le présent indicateur est utilisé en remplacement de cet indicateur.

Indicateur	2011	2017	Classement
2. Taux de mortalité infantile (enfants de moins d'un an) pour 1000 naissances vivantes	14,8 (2010) ^b	13 (2017) ^c	Progrès
3. Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes	9 (2010) ^b	8 (2017) ^c	Progrès
4. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes	18 (2010) ^b	15,8 (2017) ^c	Progrès

Sources :

- a) OPS, *Health in the Americas*, 2012
b) OPS, *Basic Indicators 2010*
c) OPS, *Core Indicators 2017*

Tableau 3. Indicateurs du domaine d'intervention B (facteurs de risque)

Indicateur	2011	2017	Classement
1. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans ⁷⁸	7,6 % (2011) ^a	7,2 % (2017) ^b	Progrès
2. Prévalence du faible rapport de taille par rapport à l'âge chez les enfants de moins de 5 ans	8,2 % (2011) ^a	6,3 % (2017) ^b	Progrès

Sources :

- a) UNICEF/OMS/Banque mondiale. *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition*. Principales constatations de l'édition de 2012.
b) UNICEF/OMS/Banque mondiale. *Joint Child Malnutrition Estimates. Levels and Trends in Child Malnutrition*. Principales constatations de l'édition de 2018.

Tableau 4. Indicateurs du domaine d'intervention B (couverture des services)

Indicateur	2011	2017	Classement
1. Couverture vaccinale au niveau national (utilisant le tiers de la dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux [DTC3] comme marqueur)	93 % (2010) ^a	91 % (2016) ^c	Sans progrès
2. Nombre de pays qui ont introduit un ou plusieurs nouveaux vaccins (RIT 1.5.3)	22 (2011) ^b	Atteint dans 35 et progrès dans 6 (2017) ^d	Progrès

Sources :

- a) OPS, *Basic Indicators 2010*
b) Enquêtes auprès des pays aux fins de l'Évaluation à mi-parcours du PASA2008-2017, 2011.
c) OPS, *Core Indicators 2017*
d) OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5)

Tableau 5. Indicateurs du domaine d'intervention B (systèmes de santé)

Indicateur	Classement
1. Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des stratégies de promotion de la santé visant à réduire les iniquités en matière de santé	Progrès

⁷⁸ Dans les principaux indicateurs (*Core Indicators 2017*), cet indicateur est défini comme « le surpoids chez les enfants âgés de moins de 5 ans ».

Indicateur	Classement
et à accroître la participation communautaire par l'intermédiaire de réseaux de promotion de la santé (RIM 3.4.3)	Atteint dans 15 et progrès dans 5 (2017) ^a
2. Nombre de pays et territoires qui ont une réponse institutionnelle qui comble les iniquités sur le plan sanitaire, le genre, l'équité les droits de l'homme et l'ethnicité (RIT 3.3.1)	Progrès Atteint dans 19 et progrès dans 13 (2017) ^a
3. Nombre de pays et territoires qui emploient une approche de santé publique dans le cadre d'une approche intégrée de prévention de la violence (RIT 2.3.2)	Progrès Atteint dans 3 (2017) ^a
4. Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre un plan intégré pour la santé maternelle et périnatale conforme aux plans d'action régionaux sur la mortalité maternelle et la santé néonatale (RIM 3.1.1)	progrès Atteint dans 10 et progrès dans 8 (2017) ^a
5. Nombre de pays qui ont mis en œuvre des interventions en réponse aux recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé ⁷⁹	Progrès 35 pays (2017) ^b

Sources :

a) OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

b) Information à la disposition du BSP.

Domaine d'intervention C. Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité

Tableau 6. Indicateurs du domaine d'intervention C (systèmes de santé)

Indicateur	Classement
1. Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques publiques visant à augmenter la protection sociale	Progrès pour 19 sur les 20 qui ont répondu (2017) ^a
2. Nombre de pays et territoires qui disposent de stratégies financières pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (RIM 4.1.2)	Progrès Atteint dans 16 et progrès dans 5 (2017) ^b
3. Dépenses publiques ayant cours dans le domaine de la santé exprimées en pourcentage du produit intérieur brut	Progrès Amérique latine et Caraïbes : 3,5 % (2015) ^c
4. Frais de santé à la charge des ménages exprimés en pourcentage des dépenses totales pour la santé	Progrès Amérique latine et Caraïbes : 31,5 % (2015) ^c

⁷⁹ L'indicateur réfère à la Commission sur les déterminants sociaux de la Santé de l'OMS. Il est important de retenir qu'une Commission sur l'équité et les inégalités en matière de santé dans la Région des Amériques a été établie en mai 2016. Elle formulera des recommandations en 2018.

Indicateur	Classement
5. Nombre de pays et territoires dotés de politiques nationales relatives à l'accès, à la qualité et à l'usage des médicaments et d'autres technologies de la santé révisées ces cinq dernières années (RIM 4.3.1)	Sans progrès Atteint dans 10 et progrès dans 2 (2017) ^b
6. Nombre de pays qui ont adopté des mesures spécifiques concernant les soins prodigués aux populations autochtones	Progrès 17 des 20 qui ont répondu (2017) ^a
7. Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des stratégies et/ou des plans nationaux sur la qualité des soins et la sécurité des patients (RIM 4.2.2)	Progrès Atteint dans 9 et progrès dans 10 (2017) ^b
8. Nombre de pays qui ont eu recours au Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique	Progrès 33 pays (2017) ^d
9. Nombre de pays qui se sont servis de la stratégie renouvelée sur les soins de santé primaires dans leur modèle de soins	Progrès 25 (2017) ^d

Sources :

- Enquête auprès des pays aux fins de l'évaluation finale, 2017.
- OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).
- Observatoire mondial de la Santé de l'OMS.
- Information à la disposition du BSP.

Domaine d'intervention D. Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein

Tableau 7. Indicateurs du domaine d'intervention D (état de santé)

Indicateur	2011	2017	Classement
1. Nombre de nouveaux cas de transmission mère-enfant du VIH	Amériques : 4300 Amérique latine et Caraïbes : 4100 (2011) ^a	Amériques : 2700 Amérique latine et Caraïbes : 2600 (2016) ^a	Progrès
2. Incidence de la transmission mère-enfant de la syphilis congénitale	9828 cas déclarés par 26 pays et territoires (2011) ^b	23 609 cas déclarés par 37 pays et territoires (2016) ^c	Sans progrès
3. Prévalence du VIH (par sexe et groupe d'âge)	Âges de 15 à 49 ans : Amériques : 0,5 % Caraïbes : 1,2 % Amérique latine : 0,4 % (2011) ^a	Âges de 15 à 49 ans : Amériques : 0,5 % Caraïbes : 1,2 % Amérique latine : 0,5 % (2016) ^a	Sans progrès

Sources :

- ONUSIDA, Estimations du Spectrum, 2017.
- ONUSIDA, rapports de 2011, 2012, 2016.
- ONUSIDA/OMS, Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2017, rapports des pays.

Tableau 8. Indicateurs du domaine d'intervention D (facteurs de risque)

Indicateur	2011	2017	Classement
1. Proportion de faible poids de naissance (< 2500 g)	8,2 % (2011) ^a	8 % (2016) ^b	Progrès

Sources :

a) OPS, *Basic Indicators* 2011.b) OPS, *Core Indicators* 2017.**Tableau 9. Indicateurs du domaine d'intervention D (couverture des services)**

Indicateur	2011	2017	Classement
1. Pourcentage de naissance en milieu hospitalier ⁸⁰	94,1 % (2015) ^a	94,8 % (2016) ^a	Progrès
2. Prévalence de l'utilisation de la contraception	63 % (2011) ^a	69 % (2017) ^a	Progrès

Sources :

a) OPS, *Basic Indicators* 2011 et *Core Indicators* 2016, 2017.**Tableau 10. Indicateurs du domaine d'intervention D (systèmes de santé)**

Indicateur	Classement
1. Nombre de pays qui ont produit une évaluation complète de la situation et des tendances sanitaires pendant la période 2016-2017 (RIM 4.4.1)	Progrès Atteint dans 6 progrès dans 29 (2017) ^a
2. Nombre de pays et territoires qui ont mis en œuvre des politiques ou des plans nationaux liés à la santé sur la santé globale des adolescents (RIM 3.1.5)	Progrès Atteint dans 15 et progrès dans 6 (2017) ^a
3. Nombre de pays dotés de plans nationaux de santé (politiques, stratégies, plans) qui comprennent spécifiquement des mesures pour répondre aux besoins sanitaires des personnes âgées (RIM 3.2.1a)	Atteint Atteint dans 12 et progrès dans 3 (2017) ^a

Sources :

a) OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

⁸⁰ Depuis 2015, l'OPS utilise les accouchements en milieu hospitalier comme indicateur de remplacement des accouchements assistés par des agents de santé formés, puisque l'on suppose que les naissances en milieu hospitalier sont assistées par des agents de santé formés. L'OPS a publié pour la première fois les données déclarées par les pays sur les accouchements en milieu hospitalier en 2016 comme partie intégrante des principaux indicateurs (*Core Indicators*). Pour cette raison, l'indicateur précédemment déclaré comme le « Pourcentage des accouchements assistés par des agents de santé formés » a été remplacé.

Domaine d'intervention E. Faire reculer les risques et la charge de morbidité**Tableau 11. Indicateurs du domaine d'intervention E (état de santé)**

Indicateur	2011	2017	Classement
1. Mortalité du diabète pour 100 000 habitants (rectifié pour tenir compte de l'âge et du sexe)	32,8 (2011) ^a	Total : 33,6 Femmes : 31,4 Hommes : 36,3 (2015) ^b	Sans progrès
2. Mortalité de cardiopathies ischémiques pour 100 000 habitants (rectifié pour tenir compte de l'âge et du sexe)	76,4 (2011) ^a	62,8 (2015) ^b	Progrès
3. Mortalité de maladies vasculaires cérébrales pour 100 000 habitants (rectifié pour tenir compte de l'âge et du sexe)	43,1 (2011) ^a	34,8 (2015) ^b	Progrès
4. Mortalité d'accidents de la route pour 100 000 habitants (rectifié pour tenir compte de l'âge et du sexe)	14,1 (2011) ^a	15,9 (2013) ^a	Sans progrès
5. Taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants	23,5 (2009) ^a	22,4 (2016)	Progrès
6. Taux d'incidence du sida pour 100 000 habitants	10,7 (2009) ^a	Taux de diagnostic du VIH : 13,7 (2016) ^a [1]	n. d.
7. Nombre de cas de paludisme déclarés par année dans la Région	680 174 (124,1 pour 100 000 habitants) (2010) ^a	454 311 (2015) ^a [2]	Progrès
8. Nombre de cas de dengue déclarés	1 699 072 (2011) ^b	2 276 803 (2016) ^b	Sans progrès
9. Nombre de pays dont la transmission par le vecteur de la maladie de Chagas a été interrompue dans les 21 pays d'endémie de la Région	14/21 (2012) ^c	17/21 (2016) ^d	Progrès
10. Nombre de pays d'endémie de la Région ayant la certification de l'élimination de l'onchocercose	1 en voie d'obtenir la certification (2012) ^c	4 (2016) ^d	Progrès
11. Mortalité de néoplasmes malins pour 100 000 habitants (rectifié pour tenir compte de l'âge et du sexe)	109,6 (2011) ^a	105,3 (2015) ^a	Progrès

Sources :

a) OPS, *Basic Indicators*, 2009, 2010, 2011, et 2012, et *Core Indicators* 2017.b) OPS, *Health in the Americas*, 2012 et 2017.

c) OPS, Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 Rapport d'avancement.

d) OPS, Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 de l'OPS (document CD55/15).

Note [1] : la méthodologie employée pour calculer le taux d'incidence du sida pour 100 000 habitants a changé après 2012. En conséquence, la mise à jour fournie ici porte sur une mesure différente, conforme aux principaux indicateurs (*Core Indicators*) de l'OPS.

Note [2] : comprend à la fois les cas importés et les cas autochtones déclarés par 21 pays d'endémie et les cas importés déclarés par 15 pays et territoires sans endémie pour 2015. Les données de 2014 pour le Canada et les États-Unis d'Amérique ; données de 2013 pour Antigua-et-Barbuda, Anguilla, la Jamaïque, les Îles Vierges (ÉUA), Montserrat et Saint-Kitts-et-Nevis ; données de 2012 pour les Bermudes, la Dominique, les Îles Caïman, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Sint-Maarten ; données de 2016 pour le Chili et Cuba.

Tableau 12. Indicateurs du domaine d'intervention E (facteurs de risque)

Indicateur	2011	2017	Classement
1. Prévalence du surpoids et de l'obésité chez les personnes de 18 ans ou plus (défini comme ayant un IMC \geq 25 kg/m ²) (estimation) ⁸¹	59,8 (58,3-61,3) (2011) ^a	62,5 (60,5-64,5) (2016) ^a	Sans progrès
2. Prévalence du tabagisme	22 % des adultes (2012) ^b	Adultes : 16,3 % Adolescents : 13 % (2014) ^c	Progrès

Sources :

a) OMS, *Données de l'Observatoire de la santé mondiale*. Disponible sur : <http://www.who.int/gho/fr/>.

b) OPS, Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012.

c) OPS, *Core Indicators* 2017.

Tableau 13. Indicateurs du domaine d'intervention E (systèmes de santé)

Indicateurs	Classement
1. Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des plans d'action nationaux multisectoriels pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque (RIM 2.1.1a)	Progrès Atteint dans 21 et progrès dans 5 (2017) ^a
2. Nombre de pays et territoires qui disposent d'une politique ou d'un plan national pour la santé mentale aligné sur la stratégie régionale pour la santé mentale (RIM 2.2.1)	Dépassé Atteint dans 32 (2017) ^a
3. Nombre de pays qui mettent en œuvre des politiques, stratégies ou lois alignés sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS (CCLA) (RIM 2.1.2e)	Progrès Atteint dans 4 et progrès dans 3 (2017) ^a
4. Nombre de pays dotés d'une politique nationale en matière d'alcool qui inclut au moins une mesure politique axée sur la	Progrès

⁸¹ L'indicateur suivant a été utilisé incorrectement dans l'évaluation à mi-parcours : « Prévalence de l'obésité (IMC > 25) chez les adultes (âgés de 15 ans ou plus), par sexe (estimation). » L'obésité est définie comme un IMC > 30. La présente évaluation définit le surpoids et l'obésité avec les mêmes paramètres que ceux utilisés dans le Plan stratégique 2014-2019.

Indicateurs	Classement
population alignée sur le plan régional/Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (RIM 2.1.2a)	Atteint dans 5 et progrès dans 6 (2017) ^a
5. Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre des plans d'action nationaux correspondant au plan de mise en œuvre complète sur la nutrition des mères, des nourrissons et des enfants en bas âge (RIM 2.5.1)	Progrès Atteint dans 8 (2017) ^a

Sources :

a) OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

Domaine d'intervention F. Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé

Tableau 14. Indicateurs du domaine d'intervention F (systèmes de santé)

Indicateur	Classement
1. Nombre de pays et territoires dotés d'un plan ou d'une stratégie pour les ressources humaines en santé aligné sur les politiques d'accès universel à la santé et de couverture sanitaire universelle (RIM 4.5.1)	Progrès Atteint dans 8 et progrès dans 5 (2017) ^a
2. Nombre de pays et territoires dotés d'au moins 25 professionnels de la santé (médecins, infirmières, accoucheuses) pour 10 000 habitants (RIT 4.5.1)	Progrès Atteint dans 26 et progrès dans 2 (2015) ^a
3. Nombre de pays et territoires dotés de programmes de formation continue à l'intention du personnel par l'intermédiaire d'un nœud dans le Campus virtuel pour la Santé publique ou d'un réseau équivalent d'apprentissage en ligne (RIM 4.5.4)	Progrès Atteint dans 13 et progrès dans 5 (2017) ^a
4. Nombre de pays qui ont participé à des accords bilatéraux ou multilatéraux pour traiter de la migration des travailleurs de santé	Progrès 13 des 20 qui ont répondu (2017) ^b
5. Nombre de pays qui déclarent faire le suivi des 20 objectifs régionaux pour les ressources humaines en santé	Progrès 20 pays (2013-2015) ^c

Source :

a) OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).

b) Questionnaire envoyé aux pays aux fins de l'évaluation finale, 2017.

c) OPS, *Cibles régionales en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 : rapport final*.

Domaine d'intervention G. Mettre à profit le savoir, la science et la technologie**Tableau 15. Indicateurs du domaine d'intervention G (systèmes de santé)**

Indicateur	Classement
1. Nombre de pays et territoires qui intègrent des données scientifiques dans la pratique, les programmes ou les politiques en employant des méthodologies normalisées (RIM 4.4.6)	Progrès Atteint dans 7 et progrès dans 4 (2017) ^a
2. Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre la politique régionale de recherche en santé (RIM 4.4.5)	Progrès Atteint dans 9 et progrès dans 9 (2017) ^a
3. Nombre de pays et territoires dotés de mécanismes de responsabilisation pour examiner la recherche ou incorporer l'éthique à la santé publique (RIM 4.4.4)	Atteint Atteint dans 11 (2017) ^a
4. Nombre de pays et territoires qui ont effectué une évaluation de leurs fonctions de réglementation pour au moins trois des suivants : médicaments, instruments médicaux, sécurité radiologique, sécurité du sang, et transplantations d'organes (RIM 4.3.3) ⁸²	Progrès Atteint dans 16 et progrès dans 4 (2017) ^a
5. Nombre de pays et territoires dotés de mécanismes d'évaluation, d'incorporation, de sélection et de gestion des technologies de santé fondés sur des données probantes, et d'usage rationnel des médicaments et autres technologies de la santé (RIM 4.3.4)	Progrès Atteint dans 12 et progrès dans 5 (2017) ^a

Source :

a) OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).**Domaine d'intervention H. Renforcer la sécurité sanitaire****Tableau 16. Indicateurs du domaine d'intervention H (systèmes de santé)**

Indicateur	Classement
1. Nombre de pays et territoires qui mettent en œuvre un plan national de préparation à des épidémies majeures et à des pandémies	Progrès Atteint dans 27 et progrès dans 1 (2017) ^a
2. Nombre de pays qui ont acquis les compétences essentielles en matière de surveillance et d'intervention pour être en conformité au Règlement sanitaire international (2005)	Progrès 22 (2017) ^b
3. Proportion d'urgences potentielles en santé publique soulevant des préoccupations à l'échelle internationale pour lesquelles des informations sont mises à la disposition des points focaux de la Région du Règlement sanitaire international, au cours des premières 48 heures suivant l'achèvement de l'évaluation des risques (RIM 5.1.2)	Progrès 60 % (2017) ^b

⁸² Cet indicateur est utilisé en remplacement pour déclarer l'indicateur suivant de l'évaluation à mi-parcours : nombre de pays qui ont mis en œuvre des normes respectant les normes internationales en matière de qualité, sécurité et efficacité des intrants liés à la santé.

Indicateur	Classement
4. Nombre de pays qui ont formé des équipes d'alerte et d'intervention en cas de flambées et d'épidémies	Progrès 35 (2017) ^a
5. Nombre de pays qui ont maintenu la surveillance et des préparatifs pour affronter les maladies zoonotiques émergentes et réurgentes	Progrès 34 (2017) ^a

Source :

- a) Information à la disposition du BSP.
- b) OPS, *Rapport de l'évaluation de fin de période biennale du Programme et budget de l'OPS 2016-2017/Deuxième rapport intérimaire du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019* (document CD56/5).
- c) Coopération technique de l'OPS avec les pays et Maxwell MJ, Freire de Carvalho MH, Hoet AE, Vigilato MAN, Pompei JC, Cosivi O, et al. (2017). *Building the road to a regional zoonoses strategy : A survey of zoonoses programmes in the Americas*. PLoS ONE 12(3) : e0174175.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174175>.

Annexe B. Liens entre les domaines d'intervention et les documents d'orientation, les stratégies et les plans d'action (2008-2017)

Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	29^e Conférence panaméricaine de la Santé (du 25 au 29 septembre 2017)
b) Aborder les déterminants de la santé	Politique en matière d'ethnicité et de santé (document CSP29/7, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour la pérennité de l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale dans les Amériques (2018-2023) (document CSP29/8)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie et plan d'action visant à renforcer la lutte antitabac dans la Région des Amériques 2018-2022 (document CSP29/11)
f) Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé	Stratégie en matière de ressources humaines pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CSP29/10)
g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie	Plan d'action pour le renforcement des statistiques de l'état civil 2017-2022 (document CSP29/9)
Transversal	Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (document CSP29/6, Rev.3)
Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	55^e Conseil directeur (de 26 au 30 septembre 2016)
b) Aborder les déterminants de la santé	La santé des migrants (document CD55/11, Rev. 1)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Accès aux médicaments et autres technologies de la santé stratégiques et à coûts élevés et leur usage rationnel (document CD55/10, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour l'élimination du paludisme 2016-2020 (document CD55/13)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour la prévention et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 (document CD55/14)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016-2022 (document CD55/15)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses (document CD55/16)
h) Renforcer la sécurité sanitaire	Résilience des systèmes de santé (document CD55/9)
h) Renforcer la sécurité sanitaire	Plan d'action pour la réduction des risques liés aux catastrophes 2016-2021 (document CD55/17, Rev. 1)
Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	54^e Conseil directeur (de 28 septembre au 2 octobre 2015)
a) Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé	Stratégie en matière de législation sur la santé (document CD54/14, Rev. 1)
b) Aborder les déterminants de la santé	Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes (document CD54/9, Rev. 2)
b) Aborder les déterminants de la santé	Plan d'action sur la santé des travailleurs (document CD54/10, Rev. 1)

e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action en matière de vaccination (document CD54/7, Rev. 2)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie et plan d'action relatifs à la démence et aux handicaps chez les personnes âgées (document CD54/8, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour la prévention et le contrôle de la tuberculose (document CD54/11, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens (document CD54/12, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales (document CD54/13, Rev. 1)
Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	53^e Conseil directeur (du 29 septembre au 3 octobre 2014)
a) Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé	Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle (document CD53/5, Rev. 2)
a) Renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé	Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques (document CD53/10, Rev. 1)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle (document CD53/6)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation (document CD53/7, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action sur la santé mentale (document CD53/8, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents (document CD53/9, Rev. 2)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles (document CD53/11)
h) Renforcer la sécurité sanitaire	Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire (document CD53/12)
Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	52^e Conseil directeur (du 30 septembre au 4 octobre 2013)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Protection sociale en matière de santé (document CD52/5)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (document CD52/7, Rev.1)
f) Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé	Ressources humaines pour la santé (document CD52/6)
Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	28^e Conférence sanitaire panaméricaine de la Santé (du 23 au 27 septembre 2012)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Protection contre les rayonnements et la sécurité des sources de rayonnements (document CSP28/17, Rev. 1)
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Stratégie et plan d'action pour la santé intégrale chez l'enfant (document CSP28/10)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (document CSP28/9, Rev. 1)

e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour maintenir l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de la rubéole congénitale dans la Région des Amériques (document CSP28/16)
g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie	Évaluation et incorporation des technologies de la santé destinées aux systèmes sanitaires (document CSP28/11)
g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie	Stratégie et Plan d'action sur la gestion des connaissances et la communication (document CSP28/12, Rev. 1)
g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie	Bioéthique : vers l'intégration de l'éthique dans la santé (document CSP28/14, Rev. 1)
h) Renforcer la sécurité sanitaire	Coordination de l'aide humanitaire internationale en matière de santé en cas de catastrophes (document CSP28/13)
Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	51^e Conseil directeur (du 26 au 30 septembre 2011)
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Stratégie et Plan d'action sur la santé en milieu urbain (document CD51/5)
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et les cas graves de morbidité maternelle (document CD51/12)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action sur la sécurité routière (document CD51/7, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour réduire l'usage nocif de l'alcool (document CD51/8, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique (document CD51/9)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie et Plan d'action sur l'épilepsie (document CD51/10, Rev. 1)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie et Plan d'action sur le paludisme (document CD51/11)
g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie	Stratégie et Plan d'action sur la cybersanté (document CD51/13)
h) Renforcer la sécurité sanitaire	Stratégie et Plan d'action sur le changement climatique (document CD51/6, Rev. 1)
Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	50^e Conseil directeur (du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010)
b) Aborder les déterminants de la santé	La santé et les droits de l'homme (document CD50/12)
b) Aborder les déterminants de la santé	Stratégie et Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (document CD50/13)
b) Aborder les déterminants de la santé	Santé, sécurité humaine et bien-être (document CD50/17)
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Stratégie et Plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale (document CD50/15)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie et Plan d'action pour la prévention, le contrôle et les soins contre la maladie de Chagas (document CD50/16)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique (document CD50/18, Rev. 1)
f) Renforcer la gestion et le développement des travailleurs de la santé	Stratégie pour le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (document CD50/11)
h) Renforcer la sécurité sanitaire	Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux (document CD50/10)

Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	49^e Conseil directeur (du 28 septembre au 2 octobre 2009)
b) Aborder les déterminants de la santé	Plan d'action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité des sexes (document CD49/13)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Cadre politique pour le don et la transplantation d'organes humains (document CD49/14)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Santé et tourisme (document CD49/15)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Réseaux intégrés de services de santé fondés sur les soins de santé primaires (document CD49/16)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Santé familiale et communautaire (document CD49/20)
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Plan d'action sur la santé des adolescents et des jeunes (document CD49/12)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Élimination des maladies négligées et autres infections liées à la pauvreté (document CD49/9)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie et plan d'action sur la santé mentale (document CD49/11)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables (document CD49/19)
g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie	Politique sur la recherche pour la santé (document CD49/10)
Domaine d'intervention Programme d'action sanitaire 2008-2017	48^e Conseil directeur (du 29 septembre au 3 octobre 2008)
c) Augmenter la protection sociale et l'accès aux services de santé de qualité	Amélioration de la disponibilité de sang et sécurité transfusionnelle aux Amériques (document CD48/11)
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Stratégie et plan d'action régionaux pour la santé néonatale dans le contexte du processus continu de soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant (document CD48/7)
d) Réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein	Stratégie régionale pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes (document CD48/8)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Méthodes collectives et individuelles pour la prévention et la prise en charge du diabète et de l'obésité (document CD48/5)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Stratégie et plan d'action régionaux pour la prévention et le contrôle du cancer du col de l'utérus (document CD48/6)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Vers une élimination de l'onchocercose (cécité des rivières) aux Amériques (document CD48/10)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : opportunités et défis concernant sa mise en œuvre aux Amériques (document CD48/12)
e) Faire reculer les risques et la charge de morbidité	Gestion intégrée des vecteurs : une réponse intégrée aux maladies à transmission vectorielle (document CD48/13)
g) Mettre à profit le savoir, la science et la technologie	Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques de l'état civil et de la santé (document CD48/9)