

## 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

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

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

---

Point 4.3 de l'ordre du jour provisoire

CD55/7  
1<sup>er</sup> juillet 2016  
Original: anglais

#### MÉTHODOLOGIE DU CADRE DE STRATIFICATION DES PRIORITÉS PROGRAMMATIQUES DU PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS

##### Introduction

1. Le Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) 2014-2019 a établi le cadre pour la stratification des priorités programmatiques (résolution CD52.R8 [2013]). Ce cadre a pour but de servir d'instrument clé pour orienter l'allocation des ressources humaines et financières disponibles pour le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et d'axer les efforts sur la mobilisation des ressources requises pour mettre en œuvre le Plan stratégique et ses programmes et budgets respectifs. Le cadre complète la politique budgétaire de l'OPS (2012) et le cadre de gestion fondé sur les résultats de l'Organisation (2010).

2. Ce document répond à la résolution CD53.R3 (2014), qui demandait à la Directrice de « continuer à entamer des consultations avec les États Membres afin de perfectionner le cadre pour la stratification des priorités programmatiques et de l'appliquer aux programmes et budgets futurs. » Le groupe consultatif du Plan stratégique,<sup>1</sup> composé de 12 États Membres, a été établi pour prendre part aux consultations et conseiller le BSP.

3. Après avoir examiné plusieurs méthodes d'établissement des priorités, le BSP et le groupe consultatif du Plan stratégique ont conclu que les améliorations introduites dans la première version de la méthode Hanlon adaptée à l'OPS répondaient aux principales

---

<sup>1</sup> À la demande des États Membre, la Directrice a établi le groupe consultatif du plan stratégique en octobre 2014 pour offrir des conseils et des contributions concernant la mise en œuvre du processus conjoint de suivi et évaluation et le perfectionnement du cadre de stratification programmatique du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (résolution CD53.R3). Il est composé de 12 membres désignés par les ministres de la Santé des Bahamas, du Brésil, du Canada, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, de l'Équateur, des États-Unis d'Amérique, de la Jamaïque, du Mexique, du Paraguay et du Pérou. Le groupe est présidé par le Mexique et co-présidé par l'Équateur ; le Canada assume la direction technique de l'examen de la méthodologie.

---

préoccupations. Par conséquent, la méthodologie perfectionnée présentée dans le présent document est considérée la plus adaptée et répond au but et aux objectifs du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS. Elle est le produit de la collaboration étroite entre le BSP et le groupe consultatif du Plan stratégique.

4. Un rapport de situation sur le travail entrepris avec le groupe consultatif du Plan stratégique au cours de 2015 a été soumis en mars 2016 au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration (SPBA). Le SPBA a reconnu les améliorations importantes apportées à la méthodologie, en particulier l'inclusion de nouvelles composantes dans la formule, telles que l'iniquité et le positionnement institutionnel de l'OPS. Les États Membres ont souligné l'importance que cette méthodologie aura dans l'orientation de l'allocation des ressources et de la mobilisation dans l'Organisation. Ils ont également reconnu le travail de collaboration entrepris entre le BSP et les membres du groupe consultatif du Plan stratégique. Le SPBA a pris note de la robuste approche scientifique et novatrice de la méthodologie pour l'établissement des priorités en santé publique. Il a accueilli avec satisfaction la proposition de publier la méthodologie perfectionnée, en notant qu'elle constituerait une contribution majeure à la communauté scientifique régionale et mondiale, en mettant en avant le rôle de l'OPS en tant que fer de lance de l'innovation dans ce domaine.

5. Le document de politique proposé a été présenté pour examen et considération par la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif en juin 2016. La proposition incorporait les contributions et accords de la troisième réunion en face à face des membres du groupe consultatif du Plan stratégique en avril 2016. Le Comité a félicité l'équipe du groupe consultatif du Plan stratégique et du BSP pour son travail à la recherche d'une robuste méthodologie scientifique et novatrice. Les États Membres ont avalisé avec enthousiasme le document de politique proposé et la résolution qui l'accompagnait, avec des modifications mineures. L'impact et les avantages potentiels que la méthodologie perfectionnée aura sur le travail de l'OPS et la planification de la santé publique dans la Région et d'autres régions de l'OMS ont été notés.

6. Des exercices nationaux sont prévus avec les États Membres de la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif pour appliquer la méthodologie. Des exercices au niveau de la Région seront menés avec tous les États Membres au titre du processus de développement du Programme et budget de l'OPS 2018-2019 après l'approbation de la méthodologie par le Conseil directeur en septembre 2016.

### **Antécédents**

7. Reconnaissant que le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 serait mis en œuvre dans un contexte de ressources limitées, et pour répondre aux recommandations des États Membres d'axer le travail de l'Organisation sur des domaines dans lesquels l'OPS ajoute clairement de la valeur, un cadre de stratification des priorités programmatiques a été établi pour orienter l'allocation des ressources disponibles pour le BSP et pour cibler les

efforts de mobilisation des ressources. Le cadre incluait l'adaptation de la méthode Hanlon pour classer objectivement et systématiquement les domaines programmatiques du Plan stratégique de l'OPS.

8. La première version de la méthode Hanlon adaptée à l'OPS a été élaborée et testée par une équipe d'experts en planification et santé publique du BSP et un groupe consultatif des pays établi pour l'élaboration du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Des exercices de stratification des priorités programmatiques ont été menés au titre des consultations nationales sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, en utilisant la méthode Hanlon adaptée à l'OPS. Un total de 43 pays et territoires, impliquant plus de 1000 responsables de la santé publique de toute la Région des Amériques, y ont participé.

9. Après l'approbation du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 par le 52<sup>e</sup> Conseil directeur et conformément à la résolution CD52.R8 (2013), la 153<sup>e</sup> session du Comité exécutif a établi un groupe de travail composé de représentants des États Membres, chargé de travailler avec le BSP pour examiner et perfectionner les indicateurs d'impact et de résultats intermédiaires et examiner également le cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique.

10. De février à août 2014, le groupe de travail des pays a travaillé avec le BSP pour compléter toutes les tâches requises par les États Membres. Le groupe de travail des pays a commencé l'examen de la méthode Hanlon adaptée à l'OPS mais n'a pas été en mesure de conclure une analyse en profondeur ni de faire des recommandations pour la perfectionner. Le groupe de travail a déterminé qu'il fallait consacrer plus de temps à l'analyse, pour pouvoir envisager toutes les options possibles en vue de l'élaboration d'une méthodologie robuste et détaillée qui répondrait aux préoccupations exprimées par les États Membres.

11. Le 1<sup>er</sup> octobre 2014, le 53<sup>e</sup> Conseil directeur a approuvé la version amendée du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, qui comprenait des indicateurs de résultats intermédiaires et d'impact perfectionnés. Le Conseil a reconnu la contribution précieuse du groupe de travail aux améliorations des indicateurs du Plan stratégique de l'OPS, notamment l'élaboration d'un recueil complet d'indicateurs. Il a également accepté la recommandation selon laquelle le groupe de travail continuerait à travailler avec le BSP à titre consultatif pour compléter le perfectionnement du cadre de stratification des priorités programmatiques et fournir un apport à la mise en œuvre du processus conjoint de suivi et d'évaluation pour le Plan stratégique de l'OPS (résolution CD53.R3).

12. En réponse à la résolution CD53.R3, et au vu de la collaboration avec le groupe de travail des pays, la Directrice a invité les membres du groupe de travail à faire part du groupe consultatif du Plan stratégique.

## Analyse de la situation

13. L'établissement de priorités est une composante importante de la planification stratégique<sup>2</sup> et de la prise de décision, étant donné que si tout est une priorité, alors rien n'est une priorité. Ceci est le cas en particulier quand les organisations font face à de multiples demandes et que les ressources pour y répondre sont limitées. Il est entendu que le processus d'établissement des priorités implique des considérations techniques, stratégiques et politiques. Même s'il est informé par des données probantes et l'analyse, le processus ne peut pas être résolu uniquement à travers la science, les formules ou les règles en matière de prise de décision.

14. Il existe diverses méthodologies d'établissement des priorités : des méthodes simples et subjectives comme des méthodes plus objectives et scientifiques. Le défi réside toutefois dans la sélection et l'adaptation de la méthode qui répond le mieux à l'envergure, l'objectif et le contexte d'une organisation. Identifier une méthode appropriée aux opérations de l'OPS en tant qu'organisation internationale, nécessite la considération de variables multiples apparentées à sa coopération technique en santé publique telles que les déterminants sociaux de la santé et des aspects économiques, environnementaux et politiques.

15. L'OPS a mis à profit son expérience en matière d'établissement des priorités au titre de ses processus de planification stratégique et de programme et budget, en conformité à la mise en œuvre de son cadre de gestion fondé sur les résultats. À cet égard, le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 a inclus une approche robuste et scientifique concernant la stratification des domaines programmatiques du Plan en utilisant la première version de la méthode Hanlon adaptée à l'OPS. Alors que les États Membres ont reconnu l'avantage d'appliquer une méthodologie de priorisation objective et systématique, ils ont demandé que la méthode Hanlon adaptée à l'OPS soit révisée pour corriger les partis pris potentiels dans la formule qui pourraient donner plus de poids – et par conséquent, des classements plus élevés – à des domaines programmatiques axés sur les maladies. Des préoccupations particulières ont été soulevées sur les limitations et les partis pris perçus de la méthodologie, qui était conçue pour classer les problèmes des maladies, et qui ne tenait pas compte des changements dans le paradigme de la santé publique régionale et mondiale qui s'étaient produits depuis que la méthodologie avait été élaborée à l'origine par Hanlon en 1954 et publiée en 1984. D'autres préoccupations avaient été notées concernant la portée variable des 24 domaines programmatiques (incluant les maladies, les systèmes et les services, les interventions en santé publique et les thèmes transversaux) du Plan stratégique de l'OPS et le besoin d'améliorer les critères et les définitions pour l'application cohérente de la méthodologie.

16. Afin de répondre aux préoccupations mentionnées ci-dessus, et en réponse au mandat du Conseil directeur de l'OPS (résolution CD53.R3), le BSP a travaillé avec le

---

<sup>2</sup> Neiger BL, Thackeray R, Fagen MC. Basic priority rating model 2.0: current applications for priority setting in health promotion practice. *Health Promotion Practice*. 2011;12:166-171.

groupe consultatif du Plan stratégique pour perfectionner la méthodologie depuis le début de 2015 à avril 2016 à travers des sessions virtuelles et trois réunions en face à face (à Washington, D.C., en mai 2015, à Mexico, en août 2015, et à nouveau à Washington, D.C., en avril 2016).

17. Le groupe consultatif du Plan stratégique et le BSP ont examiné et discuté 15 méthodes d'établissement des priorités (voir annexe A), incluant des méthodes simples et subjectives telles que des classements forcés, une méthode de groupe nominal et une simple procédure de vote, ainsi que des mesures plus objectives telles que la méthode de Delphes (connue également sous le nom de méthode de Delphi) et la méthode Hanlon. Une analyse critique détaillée de la méthode Hanlon originale a été effectuée et des révisions proposées à l'équation Hanlon ont également été analysées. Après avoir examiné les faiblesses et les forces des différentes méthodes, le groupe consultatif du Plan stratégique a conclu que la méthode Hanlon adaptée à l'OPS pourrait être perfectionnée pour la rendre plus adaptable dans l'identification d'échelons des programmes de santé publique conformes aux buts et objectifs du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS.

### Proposition

18. L'objectif de la méthodologie Hanlon perfectionnée adaptée à l'OPS est de servir d'instrument pour mettre en œuvre le cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS en utilisant une approche systématique, objective et robuste pour orienter l'allocation des ressources et cibler la mobilisation des ressources. Elle applique les principes et pratiques de la planification stratégique et de la santé publique tout comme les valeurs intrinsèques de l'Organisation, avec des composantes, critères et directives clairement définis en vue de son application cohérente.

19. Après une analyse et des essais pilotes minutieux menés avec les membres du groupe consultatif du Plan stratégique et une équipe nationale de hauts responsables de la santé publique du Mexique, il a été convenu que la formule ci-dessous correspondait le mieux aux objectifs du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS:

$$\text{Ordre de priorité de base} = \frac{(A + B + E)C}{5,25} \times F$$

Où :

**A = Amplitude ou magnitude du problème** (ordre de 0 à 10 points) – prévalence ou incidence de maladies ou déficiences du système ou programme (pour les domaines programmatiques non axés sur les maladies).

**B = Gravité du problème** (ordre de 0 à 20 points) – inclut une combinaison de quatre composantes, dont chacune peut recevoir un score maximum de 5 points : B<sub>1</sub>) urgence, B<sub>2</sub>) sévérité des conséquences (mortalité prématurée, handicap,

fardeau sur les services de santé, impact sur la santé et le développement humain durable), B<sub>3</sub>) perte économique et B<sub>4</sub>) effets externes indirects négatifs (impact négatif sur d'autres, ou possibilité que le problème s'étende ou amplifie d'autres événements). L'importance du domaine programmatique en question pour le système de santé et les conséquences d'une non-intervention sont prises en considération dans le classement de cette composante.

C = **Effizienz des interventions** (ordre de 0 à 10 points) – disponibilité d'interventions effectives pour résoudre les problèmes ou combler les lacunes dans les systèmes ou programmes.

E = **Iniquité** (ordre de 0 à 5 points) – occurrence différentielle de maladie ou d'accès aux programmes de santé selon le genre, l'ethnicité, le niveau de revenu, l'emplacement géographique (urbain ou rural), etc.

F = **Facteur de positionnement** (valeur ajoutée de l'OPS ; ordre de 0,67 à 1,5 points) – mesure dans laquelle l'OPS est uniquement positionnée pour aborder les domaines programmatiques en fonction des six fonctions essentielles<sup>3</sup> de l'Organisation. Le facteur de positionnement permet également l'incorporation d'un certain degré de considérations politiques et stratégiques dans le processus de priorisation. Étant donné que F est un multiplicateur, si le maximum est de 1,5, le minimum est la réciproque de 1,5, c'est-à-dire 0,67.

Le **dénominateur** de l'équation est 5,25. Mathématiquement, il convertit l'ordre de priorité de base sur une échelle de 0 à 100.

*Note* : A, B, C et D (faisabilité) étaient les composantes proposées à l'origine par Hanlon ; cependant, D n'est plus utilisé par les chercheurs qui ont succédé à Hanlon, en particulier dans le contexte du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS. L'iniquité (E) et le facteur de positionnement (F) sont les nouvelles composantes proposées par l'OPS.

20. Une composante clé de la méthodologie était le regroupement des domaines programmatiques du Plan stratégique de l'OPS en deux groupes majeurs : *i*) programmes axés sur les maladies et *ii*) systèmes de santé et programmes d'intervention en santé publique ou programmes non axés sur les maladies (annexe B). Ceci, avec des définitions claires des composantes et critères (annexe C) pour le classement des domaines programmatiques axés sur les maladies et ceux non axés sur les maladies, a aidé à

---

<sup>3</sup> Les six fonctions essentielles de l'Organisation sont les suivantes : *i*) jouer un rôle de chef de file sur les questions essentielles à la santé et s'engager dans des partenariats où une action conjointe est nécessaire, *ii*) définir le programme de recherche et encourager la génération, la diffusion et l'application de connaissances précieuses, *iii*) définir des normes et standards, et promouvoir et surveiller leur mise en œuvre, *iv*) formuler des orientations éthiques et fondées sur des preuves, *v*) instaurer une coopération technique, faire office de catalyseur de changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles et *vi*) opérer un suivi de la situation de santé et évaluer les tendances de la santé.

faciliter une approche cohérente dans l'application de la méthodologie pour le classement des 24 domaines programmatiques auxquels la méthodologie s'applique. L'absence de cette distinction et de ces définitions était l'une des principales préoccupations exprimées par les États Membres concernant la première version de la méthode Hanlon adaptée à l'OPS.

21. En plus d'ajouter une certaine clarté et de rendre les définitions des composantes de la méthode Hanlon originale plus adaptables pour la vaste série de domaines programmatiques du Plan stratégique de l'OPS, la méthodologie perfectionnée incorpore deux composantes uniques et importantes du travail de l'OPS : iniquité (E) et facteur de positionnement (F).

22. L'iniquité est une composante intrinsèque qui correspond aux valeurs et principes de l'Organisation et à la vision du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019. Le Plan établit un engagement explicite à réduire les iniquités en santé dans toute la Région, au sein des pays et entre eux, et il reconnaît l'équité comme une approche stratégique clé pour améliorer les résultats de la santé dans tous les domaines programmatiques. De plus, la composante iniquité répond aux principes et aux orientations stratégiques des objectifs de développement durable (ODD) 2030 – « inclusion » et « universalité » – et ceux du Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017.

23. Le facteur de positionnement est unique parce qu'il représente la coopération technique, une valeur ajoutée de l'OPS. Ce facteur fonctionne comme un cadran au service de l'harmonisation qui permet aux États Membres d'identifier les domaines où l'OPS est uniquement positionnée pour collaborer avec les pays et traiter les problèmes apparentés aux domaines programmatiques du Plan stratégique de l'OPS.

24. Des directives, outils et critères ont été développés pour assurer l'application cohérente de la méthodologie parmi les États Membres et pour éviter les erreurs potentielles. De plus, l'outil qui était utilisé pour l'exercice antérieur de stratification a été simplifié pour faciliter son application avec les définitions et l'information de référence nécessaires pour que les participants puissent compléter l'exercice d'une manière systématique. Le BSP fournira également la formation et facilitera l'exercice avec les bureaux de pays et les États Membres. Les résultats de l'établissement des priorités seront utilisés dans la préparation du Programme et budget de l'OPS 2018-2019. Un aperçu des concepts et des critères pour noter les composantes est inclus à l'annexe C.

25. Au vu des tests effectués par le BSP et le groupe consultatif du Plan stratégique, il a été observé que la méthodologie perfectionnée répond aux principales préoccupations des États Membres concernant le parti pris inhérent de la formule Hanlon originale concernant les programmes axés sur les maladies. Ceci est illustré par les résultats du dernier exercice pilote mené par le groupe consultatif du Plan stratégique en avril 2016 (annexe D), qui indique une combinaison équilibrée de maladies, de systèmes de santé et de programmes d'intervention en santé publique à tous les échelons de la stratification (haut, moyen et bas). Les résultats des exercices nationaux devant être effectués avec les

membres du groupe consultatif du Plan stratégique et de la 158<sup>e</sup> session du Comité exécutif seront pris en considération dans la proposition finale à être présentée à l'approbation du Conseil directeur (septembre 2016).

26. Il faut s'armer de prudence pour interpréter les résultats de l'exercice pilote du groupe consultatif du Plan stratégique. Tout d'abord, ils ne représentent pas l'ensemble des résultats régionaux. Ensuite, les domaines programmatiques dans l'échelon le plus bas ne sont pas moins pertinents que ceux du premier échelon, étant donné que tous les domaines programmatiques du Plan stratégique représentent les priorités collectives pour la Région, comme approuvé par les États Membres. Enfin, les résultats de la stratification facilitent l'identification des thèmes sur lesquels l'Organisation devrait augmenter ou réduire l'accent, en tenant compte de la valeur ajoutée de sa coopération technique et de la capacité des pays et de la Région dans son ensemble à aborder les problèmes liés aux domaines programmatiques. Toutefois, ceci peut ne pas représenter toutes les priorités en santé nationale, qui requièrent des interventions des autorités sanitaires nationales et d'autres partenaires.

27. Un manuscrit pour un journal scientifique de la méthode Hanlon adaptée à l'OPS est en cours de préparation pour publication. L'équation Hanlon originale publiée en 1984, et la publication de la méthode Hanlon adaptée à l'OPS dans un journal scientifique revu par un comité de lecture, aideront à valider la méthode et constituera également une contribution importante au savoir, à la science et à la pratique de l'établissement des priorités dans la planification stratégique pour la santé publique aux niveaux régional et mondial.

28. En plus de fournir un guide objectif pour l'allocation des ressources aux priorités programmatiques, la méthodologie adaptée à l'OPS peut servir à d'autres régions de l'OMS, des institutions gouvernementales et d'autres organisations ayant des besoins similaires dans l'établissement des priorités de leurs programmes et interventions. La méthodologie peut être adaptée aux besoins de ces institutions ou organisations à travers l'inclusion de composantes qui sont pertinentes au contexte de leur mandat et de leur travail.

### **Mesure à prendre par le Conseil directeur**

29. Le Conseil directeur est prié d'examiner et d'approuver la méthodologie pour le cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS.

Annexes

## Annexe A

**Méthodes d'établissement des priorités examinées et discutées par le  
Groupe consultatif du Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé**

Méthode	Référence
1. Critères de pondération	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
2. Évaluation rationnelle de décision alternative	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
3. Méthode de Delphe	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Third edition. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
4. Méthode Dotmocracie	Idea Rating Sheets [Internet]. Diceman J [consulté le 21 janvier 21]. Disponible sur : <a href="http://www.idearatingsheets.org/">http://www.idearatingsheets.org/</a>
5. Classements forcés	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
6. Méthode Hanlon (ordre de priorité de base)	Hanlon JJ, Pickett GE. Public Health Administration and Practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
7. Analyse de décision multi-critères	Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. <i>Cost Eff Resour Alloc</i> [Internet]. 2006 Aug 21 [consulté le 21 janvier 2016]. Disponible sur : <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560167/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1560167/</a>
8. Méthode multi-votes	National Association of County and City Health Officials. First things first: prioritizing health problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [consulté le 21 janvier 2016]. Disponible sur : <a href="http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf">http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf</a>
9. Méthode groupe nominal	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984. Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
10. Matrice de priorisation	National Association of County and City Health Officials. First Things First: Prioritizing Health Problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [consulté le 21 janvier 2016]. Disponible sur : <a href="http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf">http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf</a>

Méthode	Référence
11. Méthode de classement des priorités	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
12. Procédure de simple vote	Gilmore GD, Campbell MD. Needs and capacity assessment strategies for health education and health promotion. Sudbury (MA): Jones & Bartlett; 2005.
13. Méthode Simplex	Hanlon JJ, Pickett GE. Public health administration and practice. Eighth edition. St. Louis (MO): Times Mirror/Mosby College Publishing; 1984.
14. Grilles de stratégie	National Association of County and City Health Officials. First things first: prioritizing health problems [Internet]. Washington (DC): National Association of County and City Health Officials; ND [consulté le 21 janvier 2016]. Disponible sur : <a href="http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf">http://archived.naccho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization-Summaries-and-Examples.pdf</a>
15. Méthode à deux étapes	Choi BCK, Eijkemans GJM, Tennessee LM. Prioritization of occupational sentinel health events for workplace health and hazard surveillance: The Pan American Health Organization experience. <i>Journal of Occupational and Environmental Medicine</i> . [Internet] 2001 Mar [consulté le 21 janvier 2016] ;(2)43:147-157. Disponible sur : <a href="http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/231916/">http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/231916/</a> .

## Annexe B

**Liste des domaines programmatiques par groupes : programmes axés sur les maladies et systèmes de santé et programmes d'intervention en santé publique**

Groupe	Domaine programmatique
<b>Programmes axés sur les maladies</b>	1.1 VIH/SIDA et IST 1.2 Tuberculose Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et la maladie de Chagas) 1.3 1.4 Maladies négligées, tropicales et zoonotiques 1.5 Maladies à prévention vaccinale (dont le maintien de l'éradication de la polio) 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 Handicaps et réadaptation 2.5 Nutrition
<b>Systèmes de santé et programmes d'intervention en santé publique</b>	3.1 Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et génésique 3.2 Vieillesse et santé 3.3 Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique 3.4 Déterminants sociaux de la santé 3.5 Santé et environnement 4.1 Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de santé 4.2 Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire 4.3 4.4 Systèmes d'information de la santé et données probantes 4.5 Ressources humaines pour la santé 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

## Annexe C

## Composantes et définitions de la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS

Critères <sup>a</sup>		Définitions	Note faible	Note moyenne	Note élevée
<b>A = Taille ou amplitude du problème (0-10 points)</b>		Pour les programmes axés sur les maladies, la taille ou l'amplitude du problème est l'étendue de la maladie dans la population. Elle est mesurée notamment par des taux tels que l'incidence, la prévalence, les taux de mortalité ajustés en fonction de l'âge et de la cause, et les taux proportionnels de mortalité.	(Note : 0-3) Prévalence <50/100 000	(Note : 4-6) Prévalence 50/100 000- 5 000/100 000	(Note : 7-10) Prévalence >5 000/100 000
		Pour les systèmes de santé et les programmes d'intervention de santé publique, la taille ou l'amplitude du problème est l'étendue de la déficience du système ou programme. Elle peut être mesurée par le pourcentage de la population exposée au problème (par ex., sans accès à un programme de santé) ou le degré du manque de capacité de réponse.	(Note : 0-3) Ample accès aux programmes de santé ou à la capacité de réponse 67 %-100 %	(Note : 4- 6) Moyen accès aux programmes de santé ou à la capacité de réponse 34 %-66 %	(Note : 7-10) Faible accès aux programmes de santé ou à la capacité de réponse 0 %-33 %
<b>B = Gravité (0-20 points)</b>	<b>B<sub>1</sub> = Urgence (0-5 points)</b>	L'urgence est la nature émergente d'un domaine programmatique, à savoir, la mesure par laquelle un problème empire, se stabilise ou s'améliore en fonction de données de tendance sur cinq ans. Elle peut être aussi mesurée par le degré de progrès vers la réalisation de la cible.	(Note : 0-1) Le problème s'est amélioré au cours des cinq dernières années	(Note : 2-3) Le problème s'est stabilisé (reste le même) au cours des cinq dernières années	(Note : 4-5) Le problème a empiré au cours des cinq dernières années

<sup>a</sup> Les définitions de la taille ou l'amplitude et de l'efficacité font l'objet d'une distinction pour les domaines programmatiques fondés sur les programmes axés sur les maladies et les systèmes de santé et programmes d'intervention en santé publique.

Critères <sup>a</sup>		Définitions	Note faible	Note moyenne	Note élevée
	<b>B<sub>2</sub> = Sévérité des conséquences (0-5 points)</b>	La sévérité des conséquences mesure l'étendue de la mortalité précoce et du handicap. D'autres considérations incluent la perte de la qualité de vie causée par le problème, le fardeau pour les services de santé et l'impact sur la santé et le développement durable. Les conséquences d'une inaction doivent également être prises en considération.	<b>(Note : 0-1)</b> Problème/ capacité de réponse responsables d'un faible niveau de mortalité ou de handicap	<b>(Note : 2-3)</b> Problème/ capacité de réponse responsables d'un niveau moyen de mortalité ou de handicap	<b>(Note : 4-5)</b> Problème/ capacité de réponse responsables d'un niveau élevé de mortalité ou de handicap
	<b>B<sub>3</sub> = Perte économique (0-5 points)</b>	La perte économique est le coût, direct et indirect, supporté par la société qui est associé au problème de santé.	<b>(Note : 0-1)</b> Problème causant un faible niveau de perte économique	<b>(Note : 2-3)</b> Problème causant un niveau moyen de perte économique	<b>(Note : 4-5)</b> Problème causant un niveau élevé de perte économique
	<b>B<sub>4</sub> = Impact négatif sur les autres (0-5 points)</b>	L'impact négatif sur les autres personnes et/ou pays est mesuré par <i>i</i> ) la nature transmissible du problème de santé (par ex., maladies transmissibles), <i>ii</i> ) les effets comportementaux liés au problème de santé sur les autres (par ex., tabagisme passif, conduite en état d'ivresse) et <i>iii</i> ) la capacité du problème à se propager et causer d'autres problèmes.	<b>(Note : 0-1)</b> Le problème a un niveau faible de transmission au travers de la maladie ou des facteurs de risque pour d'autres personnes ou pays/le manque d'accès à un niveau d'impact négatif faible	<b>(Note : 2-3)</b> Le problème a un niveau moyen de transmission au travers de la maladie ou des facteurs de risque pour d'autres personnes ou pays/le manque d'accès à un niveau d'impact négatif moyen	<b>(Note : 4-5)</b> Le problème a un niveau élevé de transmission au travers de la maladie ou des facteurs de risque pour d'autres personnes ou pays/le manque d'accès à un niveau d'impact négatif élevé
<b>C = Efficience des interventions (0-10 points)</b>	Pour les programmes axés sur les maladies, l'efficience est le degré par lequel une intervention parvient à produire le résultat souhaité dans des circonstances ordinaires. (Á ne pas confondre avec l'efficacité qui correspond au degré de réussite dans des conditions idéales, telles que les environnements contrôlés ou dans un laboratoire.) L'efficience des interventions tient compte de : <i>i</i> ) l'efficience (%), ou la réussite globale de la méthode à employer et <i>ii</i> ) le	<b>(Note : 0-3)</b> Niveau faible d'efficience et de portée 0 %-33 %	<b>(Note : 4-6)</b> Niveau moyen d'efficience et de portée 34%-66%	<b>(Note : 7-10)</b> Niveau élevé d'efficience et de portée 67%-100%	

Critères <sup>a</sup>	Définitions	Note faible	Note moyenne	Note élevée
	potentiel d'atteinte (%), le degré auquel la population ciblée répondra.			
	Pour les systèmes de santé et les programmes d'intervention en santé publique, c'est une évaluation qualitative de l'efficacité des interventions (pour corriger les déficiences).	<b>(Note : 0-3)</b> Pas d'intervention effective pour corriger le problème	<b>(Note : 4-6)</b> Intervention plus ou moins effective pour corriger le problème	<b>(Note : 7-10)</b> Intervention très effective pour corriger le problème
<b>E = Iniquité (0-5 points)</b>	Selon l'OPS/OMS, les iniquités en santé sont des iniquités <i>inéquitables</i> et <i>injustes</i> qui sont <i>inutiles</i> et <i>évitables</i> entre groupes de personnes, entre les pays et en leur sein. <sup>b, c</sup> L'iniquité peut être mesurée par l'occurrence différentielle de maladies et l'accès aux services ou programmes selon le genre, l'ethnicité, le niveau de revenu, l'emplacement géographique (urbain ou rural) etc., entre les pays et en leur sein.	<b>(Score: 0-1)</b> Pas d'occurrence différentielle	<b>(Score: 2-3)</b> Occurrence différentielle modérée	<b>(Score: 4-5)</b> Occurrence différentielle élevée
<b>F = Facteur de positionnement (0.67-1.5 points)</b>	Le positionnement est la valeur ajoutée d'une institution dans chacun des domaines programmatiques devant être mis en priorité. Pour l'OPS, ceci signifie la mesure dans laquelle l'Organisation est uniquement positionnée pour collaborer avec les États Membres pour aborder les domaines programmatiques en fonction <i>i</i> ) des questions politiques, stratégiques ou techniques et <i>ii</i> ) de la coopération technique au niveau national, infrarégional ou régional et d'autres aspects similaires, en tenant compte des six	<b>(Note : 0,67-0,99)</b> Le pays dispose de la capacité de réponse vis-à-vis de l'amplitude du domaine programmatique et/ou a un autre partenaire/organisation stratégique qui fournit la collaboration technique nécessaire. L'OPS pourra réduire sa coopération technique collaborative.	<b>(Note : 1)</b> Le pays dispose d'une certaine capacité de réponse vis-à-vis de l'amplitude du domaine programmatique. L'OPS devra maintenir son niveau actuel de coopération technique.	<b>(Note : 1,01-1,5)</b> Le pays dispose d'une capacité limitée de réponse vis-à-vis de l'amplitude du domaine programmatique. L'OPS devra augmenter son niveau actuel de coopération technique.

<sup>b</sup> Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (résolution CD53.R3 [2014]).

<sup>c</sup> See [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/fr/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/).

---

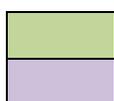
Critères <sup>a</sup>	Définitions	Note faible	Note moyenne	Note élevée
	fonctions essentielles de l'OPS. Le facteur de positionnement institutionnel permet également l'incorporation de considérations politiques et stratégiques dans le processus de priorisation.			

Source : Équipes techniques du BSP et groupe consultatif du Plan stratégique.

## Annexe D

**Résultats de l'exercice pilote de stratification des priorités programmatiques mené avec le groupe consultatif du Plan stratégique en utilisant la méthodologie proposée**

Domaine programmatique		Priorité	
		Échelon	Classement
3.1	Santé des femmes, des mères, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des adultes et santé sexuelle et génésique	1	1
2.1	Maladies non transmissibles et facteurs de risque	1	2
4.1	Gouvernance et financement de la santé ; politiques, stratégies et plans nationaux de santé	1	3
3.4	Déterminants sociaux de la santé	1	4
5.2	Maladies susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies	1	5
1.3	Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle (y compris la dengue et la maladie de Chagas)	1	6
2.3	Violence et traumatismes	1	7
4.3	Accès aux produits médicaux et renforcement de la capacité réglementaire	1	8
5.3	Gestion des risques et crises d'urgence	2	9
4.5	Ressources humaines pour la santé	2	10
2.2	Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	2	11
2.5	Nutrition	2	12
4.2	Services de santé intégrés de qualité, axés sur les personnes	2	13
5.1	Capacité d'alerte et d'intervention (pour le RSI)	2	14
1.5	Maladies à prévention vaccinale (dont le maintien de l'éradication de la polio)	2	15
4.4	Systèmes d'information de la santé et données probantes	2	16
2.4	Handicaps et réadaptation	3	17
3.2	Vieillesse et santé	3	18
3.3	Genre, équité, droits de l'homme et origine ethnique	3	19
5.4	Salubrité des aliments	3	20
1.1	VIH/SIDA et IST	3	21
3.5	Santé et environnement	3	22
1.2	Tuberculose	3	23
1.4	Maladies négligées, tropicales et zoonotiques	3	24



Programmes axés sur les maladies

Systèmes de santé et programmes d'intervention en santé publique

# 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR

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

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

---

CD55/7  
Annexe E  
Original : anglais

### *PROJET DE RÉSOLUTION*

#### **MÉTHODOLOGIE DU CADRE DE STRATIFICATION DES PRIORITÉS PROGRAMMATIQUES DU PLAN STRATÉGIQUE DE L'OPS**

##### ***LE 55<sup>e</sup> CONSEIL DIRECTEUR,***

(PP1) Ayant examiné la *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS* (document CD55/7) ;

(PP2) Tenant compte de l'importance d'avoir une méthodologie robuste, objective, et systématique pour mettre en œuvre le cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS ;

(PP3) Rappelant la demande émanant du 53<sup>e</sup> Conseil directeur en 2014 (résolution CD53.R3) à la Directrice de « continuer à entamer des consultations avec les États Membres afin de perfectionner le cadre pour la stratification des priorités programmatiques et de l'appliquer aux programmes et budgets futurs » dans le but de corriger les faiblesses, dont le parti pris potentiel dans la méthodologie originale qui pourraient avoir eu pour résultat de donner plus de poids – et donc, des classements plus élevés – aux programmes axés sur les maladies et le fait que la méthodologie ne tenait pas compte des changements dans le paradigme régional et mondial de la santé publique ;

(PP4) Reconnaisant la contribution, la collaboration et l'engagement précieux du Groupe consultatif du Plan stratégique<sup>1</sup> dans ses conseils au BSP sur la conduite

---

<sup>1</sup> À la demande des États Membre, la Directrice a établi le groupe consultatif du plan stratégique en octobre 2014 pour offrir des conseils et des contributions concernant la mise en œuvre du processus conjoint de suivi et évaluation et le perfectionnement du cadre de stratification programmatique du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (résolution CD53.R3). Il est composé de 12 membres désignés par les ministres de la Santé des Bahamas, du Brésil, du Canada, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, de l'Équateur, des États-Unis d'Amérique, de la Jamaïque, du Mexique, du Paraguay et du Pérou. Le groupe

---

d'analyses complètes d'établissement des priorités afin de perfectionner la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS ;

(PP5) Reconnaissant le rôle qu'un établissement des priorités objectif et systématique peut avoir dans le processus de planification stratégique et de prise de décision, particulièrement dans le contexte de multiples demandes et de limitations des ressources ;

(PP6) Reconnaissant l'importance d'avoir une méthodologie scientifique conforme au contexte, aux valeurs et à la vision stratégique de l'Organisation, y compris l'incorporation de nouvelles composantes telles que l'équité et le facteur de positionnement institutionnel de l'OPS (la valeur ajoutée de l'Organisation) qui sont uniques à la méthodologie perfectionnée de la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS,

**DÉCIDE :**

(OP)1. D'approuver la *Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS*.

(OP)2. D'encourager la sensibilisation au fait que la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS représente un outil utile dans l'établissement des priorités en santé publique dans la Région et au niveau mondial.

(OP)3. De prier instamment les États Membres, comme il se doit et tenant compte de leur contexte national :

- a) de participer activement aux consultations nationales et d'appliquer la méthodologie d'une manière objective et systématique au titre du processus pour l'établissement du Programme et budget 2018-2019 ;
- b) de considérer l'adoption, l'adaptation et l'utilisation de cette méthodologie au niveau national, dans la mesure où elle est appropriée et pertinente, afin de mieux informer l'établissement des priorités, orientant ainsi l'allocation de ressources limitées là où elles peuvent avoir le plus grand impact sur la santé publique.

(OP)4. De demander à la Directrice :

- a) d'appliquer la méthodologie pour le développement et la mise en œuvre du Programme et budget 2018-2019 en étroite collaboration avec les États Membres et les partenaires ;
- b) d'appuyer les consultations nationales dans tous les pays et territoires de la Région, tout en promouvant l'application uniforme de la méthodologie conformément aux composantes, critères et directives, dans un effort visant à

---

est présidé par le Mexique et co-présidé par l'Équateur ; le Canada assume la direction technique de l'examen de la méthodologie.

- obtenir l'image la plus claire et la plus précise des priorités de santé publique de la Région ;
- c) de faire rapport sur l'application de la stratification programmatique pour la mobilisation et l'allocation des ressources dans l'évaluation finale du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 devant être présentée en 2020 ;
  - d) de soutenir la publication de la méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS afin de contribuer au savoir scientifique régional et mondial pour l'établissement des priorités en santé publique et de promouvoir cette innovation et ses résultats en tant que bonne pratique et exemple du travail de collaboration du BSP et des États Membres ;
  - e) de consulter les États Membres sur les mises à jour et améliorations nécessaires de la méthodologie pour de futurs plans stratégiques et programmes et budgets en tenant compte des enseignements tirés et des expériences d'exercices biennaux antérieurs.



## Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

<p><b>1. Point de l'ordre du jour :</b> 4.3 – Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS</p>
<p><b>2. Lien avec le <a href="#">Programme et budget de l'OPS 2016-2017</a> :</b></p> <p><b>a) Catégories :</b></p> <p>Alors que ce point relève de la Catégorie 6 (Services institutionnels/fonctions essentielles) et le domaine programmatique/résultat spécifique ci-dessous, il a un impact sur toutes les autres catégories et domaines programmatiques du Plan stratégique.</p> <p><b>b) Domaines programmatiques et résultats intermédiaires :</b></p> <p>Domaine programmatique : 6.3 Planification stratégique, coordination des ressources et présentation des rapports</p> <p>Résultat intermédiaire: 6.3 Financement et affectation des ressources alignés sur les priorités et les besoins en matière de santé des États Membres dans un cadre de gestion fondée sur les résultats</p> <p>Indicateurs de résultat : 6.3.1 (Pourcentage du Programme et budget financé) et 6.3.2 (Pourcentage de réalisation de l'indicateur de résultat)</p>
<p><b>3. Incidences financières</b></p> <p><b>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (activités et personnel compris) :</b></p> <p>En fonction d'expériences antérieures, le coût estimatif pour la mise en œuvre de ce point est d'US\$ 240 000, qui inclut les principaux coûts directs liés aux voyages, à l'édition et à la coordination, y compris le soutien aux pays par le siège de l'OPS et les bureaux des représentants de l'OPS/OMS :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• formation, orientation et soutien aux pays : US\$ 120 000</li><li>• édition, traduction, publication et matériel de promotion : US\$ 45 000</li><li>• coordination et réunions d'information et préparation des rapports : US\$ 75 000</li></ul> <p><b>b) Coût estimatif pour l'exercice 2016-2017 (activités et personnel compris) :</b></p> <p>Identique à ce qui précède – tous les coûts seront engagés au cours de l'exercice biennal 2016-2017.</p> <p><b>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les</b></p>

**activités programmées existantes ? :**

Les coûts décrits ci-dessus seront incorporés dans les plans de travail respectifs du Département de la planification et du budget, des départements/unités techniques pertinents et des Représentations de l'OPS/OMS.

**4. Incidences administratives**

**a) Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :**

Le processus sera dirigé par le Département de la planification et du budget (PBU), avec l'appui d'autres départements techniques au siège et dans tous les bureaux des Représentants de l'OPS/OMS. Les contributions consultatives seront obtenues des membres du groupe consultatif du Plan stratégique de l'OPS, un groupe de 12 États Membres. Tous les pays et territoires de la Région participeront à l'exercice de stratification des priorités programmatiques, qui sera mené au titre du processus de consultation pour le développement du Programme et du budget de l'OPS 2018-2019.

**b) Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :**

Ne s'applique pas. Le travail sera mené avec le personnel en place et en collaboration avec les entités concernées du BSP et les États Membres.

**c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :**

Le calendrier pour la mise en œuvre de la consultation est de septembre 2016 à novembre 2016. Une fois que le Conseil directeur de l'OPS aura approuvé la méthodologie en septembre 2016, elle sera appliquée à l'élaboration du Programme et budget de l'OPS 2018-2019. Celle-ci se poursuivra jusqu'en 2017, avec la présentation du premier projet de proposition au Sous-comité du programme, du budget et de l'administration en mars 2017. Ensuite, le processus suivra le cycle pour 2017 des Organes directeurs de l'OPS.

Un manuscrit de la méthode Hanlon adaptée à l'OPS est actuellement en cours de préparation en collaboration avec les membres du groupe consultatif du Plan stratégique pour publication dans un journal scientifique revu par un comité de lecture.

Les résultats des consultations nationales seront appliqués au cours de 2018-2019 pour guider la mobilisation et l'allocation des ressources. L'impact de l'application de la méthodologie sera inclus dans l'évaluation finale du Programme et budget de l'OPS 2018-2019 qui sera soumis aux Organes directeurs de l'OPS en 2020.

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR  
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

- 1. Point de l'ordre du jour :** 4.3 - Méthodologie du cadre de stratification des priorités programmatiques du Plan stratégique de l'OPS
- 2. Unité responsable :** Planification et budget (PBU)
- 3. Fonctionnaires chargés de la préparation :** Rony Maza et Andrea Morales
- 4. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017](#) :**

Bien que la méthodologie soit liée et contribue aux huit domaines d'intervention du Programme d'action sanitaire pour les Amériques, les trois domaines qui ont le lien le plus direct sont :

  - a) renforcer l'autorité de tutelle nationale de la santé,
  - d) réduire les inégalités de santé entre les pays et les disparités en leur sein et
  - g) mettre à profit le savoir, la science et la technologie.

Ces domaines sont conformes aux principes, but et objectifs du cadre de stratification des priorités programmatiques et de la méthodologie Hanlon perfectionnée adaptée à l'OPS.
- 5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique de l'OPS 2014-2019](#) :** Alors que ce point relève de la Catégorie 6 (Services institutionnels/fonctions essentielles), et spécifiquement le domaine programmatique 6.3 (Planification stratégique, coordination des ressources, et présentation des rapports), il a un impact sur toutes les autres catégories et domaines programmatiques du Plan stratégique.
- 6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :** 12 membres du groupe consultatif du Plan stratégique désignés par les ministères de la Santé des Bahamas, du Brésil, du Canada, du Chili, du Costa Rica, d'El Salvador, de l'Équateur, des États-Unis d'Amérique, de la Jamaïque, du Mexique, du Paraguay et du Pérou. Le groupe est présidé par le Mexique et co-présidé par l'Équateur ; le Canada assume la direction technique de l'examen de la méthodologie.
- 7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :** La méthodologie Hanlon adaptée à l'OPS est le résultat de la collaboration étroite et de l'engagement entre les États Membres, par le biais du groupe consultatif du Plan stratégique, et le BSP qui a contribué à renforcer le travail de l'Organisation. Ces collaborations illustrent la façon dont la combinaison de talent et de ressources des États Membres et du BSP peut mener à l'innovation et au développement d'un travail scientifique fondamental qui encouragera les efforts de l'Organisation et contribuera ainsi à son positionnement stratégique. La documentation et la publication des enseignements tirés et des innovations contribueront au savoir scientifique régional et mondial concernant l'établissement des priorités en santé publique.

**8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :**

US\$ 240 000, en fonction des expériences antérieures, pour couvrir les dépenses liées à la coordination, la formation, l'édition et la publication.

- - -