

Stratégies OMS de coopération avec les pays Guide 2010



Organisation
mondiale de la Santé

Stratégies OMS de coopération avec les pays Guide 2010



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Stratégies OMS de coopération avec les pays guide 2010.

1. Programmes de santé nationaux. 2. Coopération technique. 3. Planification stratégique.
4. Priorités en santé. I. Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 250018 9

(NLM classification: WA 540 MW6)

© **Organisation mondiale de la Santé 2011**

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone: +41 22 791 3264; télécopie: +41 22 791 4857; adresse électronique: bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie: +41 22 791 4806; adresse électronique: permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Design: S&B Graphic Design, Suisse. www.sbgraphic.ch

Table des matières

Liste des abréviations et acronymes	4
Généralités	5
Partie I: Valeurs, principes et règles fondamentales	9
1. Principes régissant la coopération de l’OMS avec les pays	10
2. Règles fondamentales de l’élaboration de la CCS	10
3. Stratégies de coopération avec les pays dans le cadre des programmes nationaux de santé, du BCP/UNDAF et des cadres gestionnaires de l’OMS	11
Partie II: Éléments essentiels du processus de formulation de la CCS	13
1. Mener le processus préparatoire	14
2. Élaborer le document de CCS et les documents connexes	16
3. Mise en œuvre de la CCS	17
4. Suivi et évaluation de la CCS	18
Partie III: Stratégie OMS de coopération avec les pays – format du document	19
Vue d’ensemble	23
Section 1: Introduction	23
Section 2: Défis concernant la santé et le développement, caractéristiques des politiques, stratégies et/ou plans sanitaires nationaux et des autres initiatives	25
Section 3: Coopération et partenariats en faveur du développement	31
Section 4: Examen de la coopération de l’OMS au cours du dernier cycle de la CCS	35
Section 5: Programme stratégique pour la coopération de l’OMS	41
Section 6: Mise en œuvre du programme stratégique: implications pour l’ensemble du Secrétariat	49
Annexes:	53
Annexe 1: Principaux indicateurs de santé	54
Annexe 2: Liste des indicateurs pouvant être utilisés pour les examens externe et interne de la coopération de l’OMS au titre du dernier cycle de CCS	58
Annexe 3: Fonctions essentielles de l’OMS	62
Annexe 4: Objectifs stratégiques du PSMT	63
Annexe 5: Liste des références présentées sur le CD-ROM	64

Liste des abréviations et acronymes

BCP	Bilan commun de pays
CCS	Stratégie de coopération avec les pays
NHPSP	Politique, stratégie et/ou plan sanitaire national
NEEDS	Stratégie nationale de développement et de démarginalisation économiques
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OS	Objectif stratégique
OWER	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation
PGT	Programme général de travail
PSMT	Plan stratégique à moyen terme
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement

Généralités

La Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (CCS) sert de guide aux activités menées par l'Organisation dans les pays.

La Stratégie de coopération de l'OMS définit une vision à moyen terme de la coopération technique de l'OMS avec un État Membre donné et vient appuyer la politique, la stratégie et/ou le plan sanitaire national.

- La période sur laquelle elle porte est souple, de manière à respecter les cycles nationaux. Elle est en général de 4 à 6 ans.
- La CCS constitue le principal instrument permettant d'harmoniser les opérations de coopération de l'OMS dans les pays avec le travail des autres organismes des Nations Unies et des partenaires du développement.

Le Guide CCS 2010 est un **nouvel outil institutionnel** destiné à **l'ensemble des membres du personnel de l'OMS et à leurs homologues des pays** qui participent à **l'examen et à l'élaboration des CCS**. Il fournit un cadre flexible pour entreprendre un processus CCS de grande qualité et, notamment, préparer le document de CCS.

Au cours des **dix dernières années**, différentes CCS ont été élaborées avec les 145 pays où est présente l'Organisation, ce qui a permis de tirer certains **enseignements sur lesquels se fonde le présent guide de la CCS**. L'examen de ces CCS a fait apparaître la nécessité d'**améliorer le processus et le document de CCS**, qui devront :

- inclure une section **de nature plus analytique** sur la santé et le développement;
- analyser plus en profondeur **les interventions des parties prenantes**;
- se concentrer davantage sur les **déterminants de la santé et les principes de l'efficacité de l'aide** que sont l'appropriation, l'harmonisation et l'alignement;
- encourager une corrélation plus étroite entre la CCS et le cadre gestionnaire de l'OMS;

- permettre une meilleure harmonisation entre la **CCS et les processus du Bilan commun de pays (BCP) et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF)**;
- améliorer le suivi, le contrôle et **l'examen de la mise en œuvre des CCS**.

Ce nouveau guide a été conçu pour répondre à ces besoins et pour fournir des informations actualisées et complètes à l'ensemble des participants aux CCS.

Le guide CCS **prend en considération** les évolutions qui sont intervenues sur le plan du développement de la santé mondiale et de l'environnement de l'aide ainsi que la nouvelle politique en faveur des pays.

La nouvelle politique de l'OMS en faveur des pays vise à améliorer l'action du Secrétariat de l'OMS dans les pays, en fonction de leurs besoins. À l'échelle nationale, l'Organisation doit :

- **concourir activement** à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation **des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux (NHPSP)**;
- **travailler** avec les **autres organismes des Nations Unies et partenaires du développement** pour mener des actions de sensibilisation, encourager l'ensemble des secteurs à apporter leur contribution et soutenir les actions visant à améliorer la santé – cela suppose de **définir la dimension sanitaire** de l'UNDAF et des autres partenariats tout en tirant parti des synergies avec les initiatives mondiales existantes en faveur de la santé;
- soutenir l'évaluation des risques et les interventions face aux situations de crise et aux urgences nationales de santé publique, et **renforcer les capacités** des pays en la matière; et
- **surveiller l'application des accords mondiaux** tels que les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), le Règlement sanitaire international de 2005 et la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Ce nouveau guide CCS reflète l'évolution du rôle de l'OMS dans les pays ainsi que les enseignements tirés au cours des dix dernières années.

Il est divisé en trois parties:

La partie I s'attache à décrire les valeurs, principes et règles fondamentales qui sous-tendent les CCS. Elle explicite également les liens entre la CCS, les différents programmes nationaux de santé, le BCP/UNDAF et le cadre de gestion de l'OMS.

La partie II présente les éléments essentiels du processus de formulation de la stratégie de coopération.

La partie III propose un format de document de CCS et explique comment l'élaborer.

Le Guide doit être lu en complément du CD-ROM joint qui contient un glossaire, des critères détaillés, un guide de consultation, des analyses, des outils permettant d'examiner les systèmes de santé et les contributions des parties prenantes ainsi que des références et ressources complémentaires.

Partie I:

Valeurs, principes et règles
fondamentales

Valeurs, principes et règles fondamentales

La CCS reflète les **valeurs fondamentales des Nations Unies**¹ sur lesquelles se basent la constitution de l'OMS et son action visant à améliorer la santé mondiale. Parmi celles-ci figurent les **droits de l'homme liés à la santé, l'équité et l'égalité des sexes**.²

1. Principes régissant la coopération de l'OMS avec les pays

La coopération de l'OMS avec les pays, et donc la CCS, s'appuie sur les grands principes suivants:

- **l'appropriation** du processus de développement par les pays;
- **l'alignement** avec les priorités nationales, et le renforcement des **systèmes nationaux** à l'appui des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux (NHPSP);
- **l'harmonisation** avec le travail réalisé par les autres organismes des Nations Unies et partenaires dans le pays, en vue d'assurer une meilleure efficacité de l'aide;
- **la collaboration en tant que processus à bénéfice mutuel** favorisant la contribution des États Membres au programme sanitaire mondial.

*Ainsi, la CCS sert de référence au travail mené par l'Organisation dans le pays et **guide** les partenariats, la planification, le budget et l'allocation des ressources.*

2. Règles fondamentales de l'élaboration de la CCS³

Tout au long de l'élaboration de la CCS et au cours de sa mise en œuvre, l'équipe CCS doit veiller à:

- adopter une **approche analytique** pour identifier les besoins et priorités de santé du pays;
- favoriser **l'appropriation** par le biais de consultations et de dialogues stratégiques avec les autorités nationales et les autres parties prenantes au niveau du pays;

¹ Voir la [référence 1](#) du CD-ROM.

² Voir la [référence 2](#) du CD-ROM.

³ Voir la [référence 3](#) du CD-ROM.

- faire preuve de **souplesse** en prenant en compte la nature et les spécificités de chaque pays, comme sa vulnérabilité aux crises, les particularités liées à sa situation géographique et son stade de développement;
- opérer des **choix stratégiques** sur ce que l'Organisation fera ou non, en privilégiant les domaines d'actions qu'elle maîtrise le mieux au regard de ses fonctions essentielles;
- donner la priorité aux mesures visant à **renforcer les capacités nationales et institutionnelles**;
- tenir compte des **complémentarités et des synergies** existant avec la contribution des autres partenaires;
- se servir et/ou **s'inspirer des analyses existantes** telles que le BCP;
- encourager l'utilisation de la **CCS pour définir la dimension sanitaire** du BCP/UNDAF et des autres partenariats dans le pays.

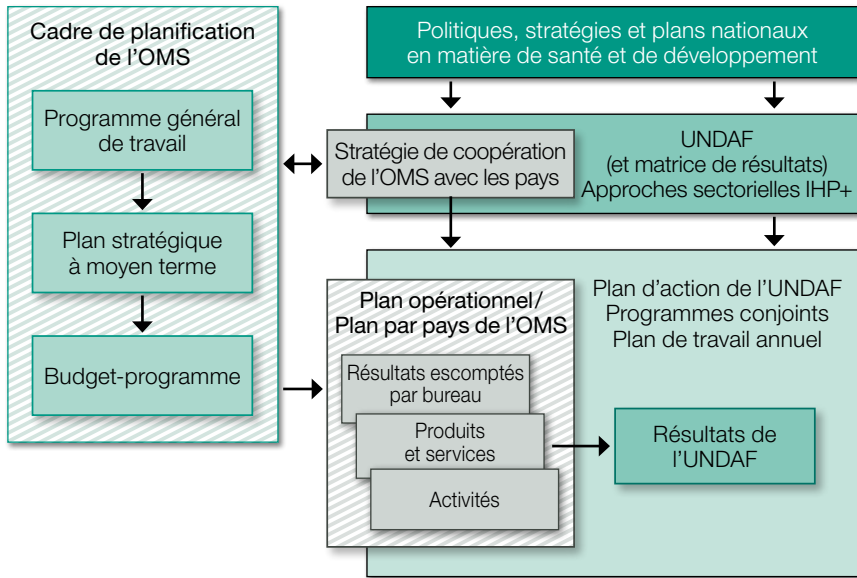
3. Stratégies de coopération avec les pays dans le cadre des programmes nationaux de santé, du BCP/UNDAF et des cadres gestionnaires de l'OMS

Les CCS, qui se fondent sur les priorités des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux, permettent d'intégrer les priorités sanitaires d'un pays donné aux activités de l'OMS (figure 1). Le plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2008-2013 fait, quant à lui, partie intégrante du cadre de gestion fondée sur les résultats et traduit en objectifs stratégiques concrets la conception sanitaire à long terme du onzième Programme général de travail (PGT 2006-2015). Le PSMT fixe pour une période de 6 ans l'orientation stratégique de l'Organisation dans l'exécution du programme mondial d'action sanitaire. Il guide également l'élaboration des trois budgets-programmes biennaux et des plans opérationnels.

Établir des liens entre, d'une part, le programme stratégique des CCS et, d'autre part, les objectifs stratégiques et résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation (OWER) du PSMT aide à planifier les activités à l'échelle du pays, à préparer les budgets-programmes et à préparer le prochain PSMT (figure 1). Un outil de mise en correspondance («mapping») a été conçu pour relier plus facilement le programme stratégique des CCS au PSMT.

En outre, le processus d'élaboration de la CCS comme la CCS elle-même peuvent servir à concevoir la dimension sanitaire de l'UNDAF et des autres partenariats dans le pays, favorisant ainsi l'adoption d'une approche multisectorielle pour répondre aux problèmes de santé prioritaires.

Figure 1: Cadre de planification de l'OMS au niveau des pays



Partie II:

Éléments essentiels du
processus de formulation
de la CCS

Éléments essentiels du processus de formulation de la CCS

Les principes énoncés précédemment inspirent directement les éléments essentiels du processus de formulation de la CCS, énoncés ci-après :

- **Direction:** le processus de CCS est dirigé par le chef de bureau de pays de l'OMS qui mobilise l'ensemble de son personnel.
- **Dialogue avec l'ensemble des parties prenantes:** de vastes consultations doivent être organisées entre l'ensemble du Secrétariat et le gouvernement du pays, ainsi qu'avec les autres organismes des Nations Unies, les organismes multilatéraux et bilatéraux, la société civile et les organisations non gouvernementales, les groupes communautaires, les établissements universitaires et les centres partenaires. Ces consultations permettent de tirer le meilleur parti des complémentarités et des synergies avec les partenaires, tout au long du processus de CCS.
- **Un calendrier approprié:** le calendrier du document de CCS cadre avec le cycle des NHPSP et donc, avec l'UNDAF.
- **Utilisation des mécanismes des pays:** le calendrier des processus de formulation et d'examen de la CCS coïncident avec les processus nationaux de planification et d'examen, de sorte à réduire les coûts de transaction.

Comme le montre la figure 2, le **processus de CCS** consiste à :

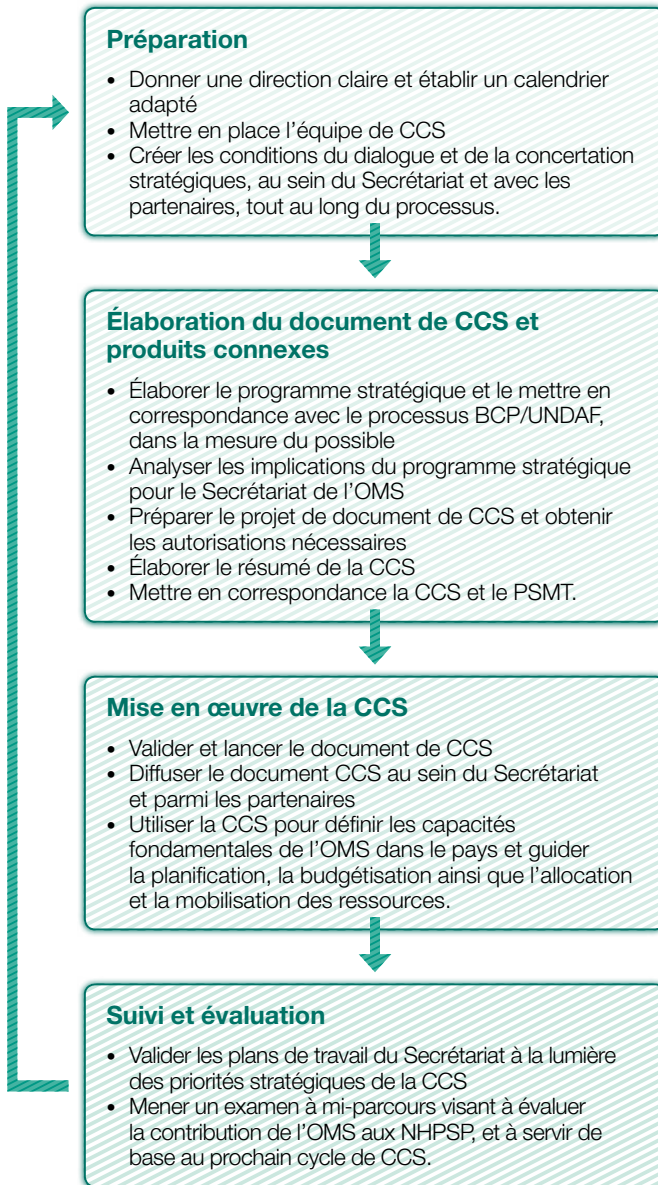
- mener le processus préparatoire;
- élaborer le document de CCS et les documents connexes;
- mettre en œuvre la CCS; et
- suivre et évaluer la CCS.

1. Mener le processus préparatoire

La première tâche est de **constituer l'équipe de la CCS**. L'équipe est toujours **supervisée par le chef de bureau de pays de l'OMS** et comprend **l'ensemble du personnel du bureau de pays** et, s'il y a lieu, des agents du Siège et de la région et leurs homologues nationaux.¹

¹ Voir la [référence 5](#) du CD-ROM.

Figure 2: vue d'ensemble du processus et des produits de la CCS



En fonction du **calendrier** des processus nationaux, l'équipe de la CCS propose un calendrier pour l'ensemble du processus CCS, et notamment pour la(les) mission(s)¹ qui font appel aux membres des équipes du Siège et de la région, s'il y a lieu.

L'équipe de la CCS **collecte et met en commun des informations, de la documentation et des données essentielles**. Elle entreprend ensuite une **analyse critique**² des aspects suivants :

- la situation sanitaire et sur le plan du développement;
- la politique, la stratégie et/ou le plan sanitaire national (NHPSP);
- la coopération de l'OMS lors du dernier cycle de CCS; et
- la contribution des autres organismes des Nations Unies et partenaires du développement.

2. Élaborer le document de CCS et les documents connexes

Élaborer le programme stratégique

La formulation du programme stratégique est au cœur du processus de CCS.

Le programme stratégique consiste en un ensemble de priorités stratégiques sous-tendant la coopération de l'OMS dans un pays donné, priorités qui ont été approuvées conjointement avec les autorités dudit pays et viennent soutenir les NHPSP.

Le programme stratégique³ prend en compte les résultats de l'analyse menée lors de la phase de préparation, les priorités sanitaires nationales, la contribution des autres organismes des Nations Unies et des partenaires du développement à la NHPSP, et les avantages comparatifs de l'OMS.

Pour chaque **priorité stratégique**, l'équipe doit définir les **principaux domaines d'action** de la CCS ainsi que les **approches stratégiques** utilisées pour mener les actions s'y rapportant.

Cette phase pourrait comprendre une mission des membres de l'équipe de la CCS issus du bureau régional et du Siège.

1 Voir la [référence 6](#) du CD-ROM.

2 Voir la [référence 7](#) du CD-ROM.

3 Voir la [référence 8](#) du CD-ROM.

Analyse des implications de la mise en œuvre du programme stratégique

L'équipe détermine:

- l'écart éventuel entre les **capacités fondamentales**¹ nécessaires à la mise en œuvre du programme stratégique de la CCS et les moyens actuels de l'OMS dans le pays; et
- les implications de cet écart pour le **Secrétariat dans son ensemble**, qui **a également la responsabilité** de le réduire.

Il revient à l'équipe de la CCS de décider si cette partie figurera en entier dans le document de CCS final. Si ce n'est pas le cas, une note de service devra être diffusée à ce sujet.

Finalisation du document de CCS

Le projet de document de CCS **est communiqué** aux autorités nationales, aux autres parties prenantes du pays, au bureau régional et au Siège pour commentaires.

Le chef de bureau de pays suit les procédures appropriées pour **obtenir l'approbation** avant finalisation du document. Une fois l'approbation obtenue, un résumé («la CCS: un aperçu») est produit, et l'équipe de la CCS s'attelle à la **mise en correspondance de la CCS avec le PSMT**.

3. Mise en œuvre de la CCS

Les modalités concernant la signature et le lancement de la CCS sont flexibles.

Jusqu'à présent, les diverses modalités de signature du document de CCS étaient les suivantes:

- signature du Directeur régional de l'OMS
- signature conjointe du gouvernement (ministre de la santé) et du Directeur régional
- signature conjointe des Directeurs général et régional de l'OMS et du gouvernement (ministre de la santé)
- signature conjointe du gouvernement (ministre de la santé) et du chef de bureau de pays de l'OMS.

C'est le bureau régional et le bureau de pays qui prennent en dernière instance la décision concernant la solution la plus appropriée pour le pays. La procédure de plus en plus utilisée consiste à faire signer le document de

.....
¹ Voir la [référence 2](#) du CD-ROM.

CCS conjointement par le gouvernement et le Secrétariat de l’OMS. Cela favorise une plus large appropriation commune du processus de CCS.

Le Secrétariat dans son ensemble avalise la CCS finalisée, laquelle devient la référence à l’échelle de l’Organisation pour les activités menées dans le pays.

Le document de CCS et le résumé («la CCS: un aperçu») sont largement diffusés (sur l’Internet et l’Intranet ainsi qu’en version papier) à l’intention du Secrétariat et des partenaires.

La CCS **permet:**

- **de définir les capacités fondamentales de l’OMS dans le pays; et**
- **d’orienter la planification, la budgétisation et l’allocation des ressources** par le Secrétariat.

La CCS sert également **d’instrument pour mener des actions de sensibilisation, mobiliser des ressources et définir la dimension sanitaire de l’UNDAF et des autres programmes partenaires.**

4. Suivi et évaluation de la CCS

La mise en œuvre du Programme stratégique de la CCS est régulièrement suivie par le biais des mécanismes suivants:

- la **validation** des **plans de travail** du Secrétariat au regard des priorités stratégiques de la CCS, pour assurer la cohérence;
- l’examen de la **cohérence** entre les **capacités fondamentales** du bureau de pays et les priorités définies dans le Programme stratégique.

Un **examen qualitatif à mi-parcours** est entrepris durant la seconde partie du cycle de la CCS. Il permet d’évaluer le **degré d’avancement dans la mise en œuvre** du programme stratégique, en particulier la **contribution de l’OMS** aux NHPSP ainsi que la coopération avec l’équipe de pays des Nations Unies et les autres partenaires.

Les résultats de cet examen à mi-parcours sont un **élément clé** pour l’élaboration de la **prochaine CCS**.

Partie III:

Stratégie OMS de
coopération avec les pays
– format du document

Format du document

Les documents de CCS sont le résultat concret du processus de CCS. Ils comprennent un document principal et deux connexes:

- le résumé («la CCS: un aperçu») et
- la mise en correspondance («mapping») du programme stratégique.

Le document principal est concis et compte de 30 à 35 pages.¹ Il est composé d'un résumé, de six parties (voir l'encadré 1) et, si nécessaire, de quelques annexes. Un glossaire des acronymes utilisés devra y être inclus.

Note: les termes «document principal» et «document de CCS» sont utilisés indifféremment dans le présent guide.

Encadré 1: structure du document

Vue d'ensemble

1. Introduction
2. Défis concernant la santé et le développement, caractéristiques de la politique, de la stratégie ou du plan sanitaire national et des autres initiatives
3. Coopération et partenariats en faveur du développement
4. Examen de la coopération de l'OMS lors du dernier cycle de la CCS
5. Programme stratégique de coopération de l'OMS
6. Mise en œuvre du programme stratégique: implications pour le Secrétariat de l'OMS

Annexes (s'il y a lieu)

Glossaire des abréviations et des acronymes

¹ Voir la [référence 9](#) du CD-ROM.

L'équipe de la CCS élaborera également les documents suivants:

- **«La CCS: un aperçu» est un résumé de deux pages qui présente les principaux aspects de la CCS.¹ Il reprend pour l'essentiel les sections 1, 2, 3 et 5 du document de CCS. Ce résumé pourra être mis à jour tout au long du cycle de la CCS.**
- **Une mise en correspondance («mapping») du programme stratégique (priorités stratégiques et domaines principaux) avec les objectifs stratégiques et les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation (OWER) du PSMT 2008-2013 de l'OMS.²**

1 Voir la [référence 10](#) du CD-ROM.

2 Voir la [référence 4](#) du CD-ROM.

Vue d'ensemble

Section 1

Vue d'ensemble

Longueur préconisée: 2 pages

Il s'agit d'un résumé concis du document, chargé de:

- mettre en exergue les grandes priorités sanitaires nationales;
- présenter les conclusions du dialogue qui s'est déroulé lors du processus de la CCS; et
- présenter le Programme stratégique de coopération de l'OMS, à la lumière de ses avantages comparatifs.

Section 1

Introduction

Longueur préconisée: 1 à 2 pages

Cette section énonce les principes qui sous-tendent la CCS et montre que celle-ci est au cœur de la politique de l'OMS en faveur des pays.

Elle présente:

- le cadre de politique générale de l'OMS (PGT et PSMT) ainsi que les orientations et les priorités régionales et sous-régionales;
- les valeurs et principes qui sous-tendent la CCS, tels que présentés dans la première partie de ce guide;
- la situation actuelle du pays, laquelle explique le calendrier choisi pour formuler la CCS;
- les caractéristiques particulières du processus de CCS, notamment les personnes rencontrées et les principales actions entreprises.

Section 2

Section 2

Défis concernant la santé et le développement, caractéristiques des NHPSP et des autres initiatives

Longueur préconisée: 8 à 10 pages

Cette section s'attache à présenter les problèmes et les défis nationaux en matière de santé et de développement en se basant sur un examen complet des documents de référence et données essentielles collectés dans le pays. Les éventuels écarts entre les données présentées et celles provenant d'autres sources doivent être mentionnés de même que les sources d'information.

Les outils et les ressources nécessaires à l'examen du secteur sanitaire et des parties prenantes se trouvent sur le CD-ROM joint.¹ Le document «UNDAF Technical Guidance on Country Analysis» (pp. 15-27) est particulièrement utile.

Divers indicateurs (tendances et taux, disparités, inégalités) peuvent être utilisés. Dans la mesure du possible, ces données doivent être ventilées, au moins par sexe, afin de mettre en évidence les problèmes de santé en lien avec les droits de l'homme et la parité hommes-femmes ainsi que leurs causes sous-jacentes et/ou premières. Des cartes, des graphiques et des encadrés sont, s'il y a lieu, utilisés à des fins de synthèse. L'annexe 1 propose une liste des indicateurs éventuels.

Cette partie du document de CCS comprend sept sous-sections:

- contexte macroéconomique, politique et social;
- autres déterminants principaux de la santé;
- situation sanitaire de la population;
- réponses nationales face aux problèmes sanitaires
 - politiques, stratégies et/ou plans sanitaires nationaux
 - systèmes et services sanitaires, et réponses apportées par les autres secteurs;
- contribution du pays à l'action sanitaire mondiale;
- similitudes avec les autres pays;
- exposé sommaire de la section 2.

¹ Voir la [référence 11](#) du CD-ROM.

2.1 Contexte macroéconomique, politique et social

Cette sous-section analyse les déterminants suivants ainsi que leur incidence sur la situation sanitaire de la population et sur l'état du secteur de la santé:

- description des crises, s'il y a lieu;
- démographie et caractéristiques de la population;
- situation socioéconomique;
- régime politique et gouvernance, y compris réforme du secteur public et des institutions et rôle des principales parties prenantes, dont la société civile.

2.2 Autres déterminants principaux de la santé¹

Cette sous-section s'intéresse aux autres principaux déterminants de la situation sanitaire, en particulier les facteurs environnementaux, culturels et comportementaux. Sont notamment abordés:

- la répartition des revenus et le niveau de pauvreté;
- les déterminants socioculturels (par exemple ceux liés à l'éducation, à l'appartenance sexuelle, aux violences, aux comportements ou pratiques alimentaires et nutritionnels et autres facteurs de risque liés aux modes de vie);
- les déterminants environnementaux (par exemple eau et assainissement, gestion des déchets, sécurité sanitaire des aliments, qualité de l'air, sécurité, conditions de travail et risques professionnels, risque d'épidémie et vulnérabilité aux catastrophes).

2.3 Situation sanitaire de la population

Cette sous-section examine la situation sanitaire de différents segments de population et comprend une analyse de la mortalité et de la morbidité. Sont notamment traités:

- la charge des maladies transmissibles;
- la charge des maladies chroniques et non transmissibles, notam-

.....
¹ Voir la [référence 2](#) du CD-ROM.

ment les traumatismes et les troubles mentaux, les maladies liées aux modes de vie et aux facteurs comportementaux;

- la santé tout au long de la vie: santé génésique et sexuelle; santé de l'enfant et de l'adolescent, santé des personnes âgées;
- santé environnementale, notamment l'eau, l'assainissement, la gestion des déchets, la sécurité sanitaire des aliments et la qualité de l'air;
- la santé des groupes de populations vulnérables, notamment les autochtones et les communautés difficilement accessibles.

2.4 Réponses nationales face aux problèmes sanitaires

Cette sous-section examine la façon dont le pays fait face aux problèmes sanitaires, en se concentrant sur l'équité en matière de santé parmi les groupes vulnérables et dans le cadre plus général du développement.

Politiques et processus nationaux de développement

Le cadre général de développement, notamment les processus et politiques, est succinctement présenté. Les éléments suivants sont en particulier abordés: existence d'une stratégie de réduction de la pauvreté, engagement du pays à atteindre les OMD, état de préparation aux crises et aux situations d'urgence.

Politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux

Un NHPSP est un document ou un ensemble de documents qui présente la situation du développement sanitaire d'un pays (contexte, vision, objectifs, dépenses prioritaires et principales interventions). Il donne également des orientations sur la manière d'atteindre les objectifs, s'agissant notamment des OMD relatifs à la santé, de l'application du Règlement sanitaire international de 2005 et de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Les aspects suivants du NHPSP sont abordés:

- cohérence des stratégies et plans avec la situation sanitaire;
- niveau d'appropriation du processus de développement par le pays;
- existence de systèmes de financement, d'exécution et de gestion, notamment de mécanismes de suivi et d'évaluation.

La plupart des États Membres disposent de NHPSP mais ceux-ci varient considérablement dans leur nature et leur portée. Il convient de noter que soutenir l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des NHPSP relève des fonctions principales de l'OMS. L'importance donnée à l'action des pays sert de fil conducteur à la collaboration de l'OMS avec les autres organismes des Nations Unies et les autres partenaires.

2.5 Systèmes et services sanitaires et réponses des autres secteurs

Cette sous-section s'intéresse à la situation et aux tendances du système et des services de santé, notamment en matière de qualité, de couverture et d'accessibilité, de sécurité, de viabilité et d'organisation. On y trouve en particulier:

- un résumé du système de santé et une analyse de ce dernier abordant des aspects tels que la prestation de services, l'information, les technologies et produits médicaux, le personnel de santé, le financement, la direction et la gouvernance («pilotage»);
- une analyse des réponses apportées par les autres secteurs pour traiter les autres déterminants de la santé.

2.6 Contribution du pays à l'action sanitaire mondiale

En fonction de la situation du pays, cette sous-section de la CCS pourrait s'intéresser aux éléments suivants:

- les données d'expérience, les connaissances et les recherches disponibles dans le pays ainsi que les enseignements permettant d'améliorer la résilience et de contribuer au développement de la santé dans d'autres pays et au niveau mondial;
- la capacité à fournir aux autres pays un soutien financier et technique pour le développement sanitaire (le soutien technique englobe la logistique, les ressources humaines, le transfert de technologies et les ressources en matière de recherche).

2.7 Similitudes avec les autres pays

L'équipe détermine les principales similitudes existant avec d'autres pays en matière de développement économique, sanitaire et technologique. Cela permet de faciliter les échanges de données d'expérience et la coopération (par exemple coopération Sud-Sud).¹

2.8 Résumé de la section 2

Cette sous-section résume les principaux défis, réalisations et possibilités en matière de santé mis en exergue à la section 2 de la CCS, lesquels serviront de base au programme stratégique.

Tableau 1: principaux défis, réalisations et possibilités en matière de santé: format du résumé de la section 2 de la CCS

Principaux défis, réalisations et possibilités en matière de santé	
Réalisations/possibilités	<ul style="list-style-type: none"> • à remplir par l'équipe développant la CCS • ...
Défis	<ul style="list-style-type: none"> • à remplir par l'équipe développant la CCS • ...

¹ Voir la [référence 12](#) du CD-ROM.

Section 3

Section 3

Coopération et partenariats en faveur du développement

.....
Longueur préconisée: 2 à 3 pages
.....

La section 3 analyse les rôles joués par les principaux partenaires du développement, les ressources qu'ils ont affectées et les domaines qu'ils soutiennent.

Les principes de l'efficacité de l'aide – appropriation, alignement, harmonisation, gestion axée sur les résultats et responsabilité mutuelle – servent de cadre à l'analyse de la coopération et des partenariats de développement dans le pays.

L'équipe collecte et examine des informations sur les aspects présentés ci-après.

3.1 Environnement de l'aide dans le pays

Cette sous-section présente brièvement l'environnement de la coopération pour le développement dans le pays et indique la place occupée par le développement sanitaire.

3.2 Examen des contributions des parties prenantes¹

Cette sous-section analyse les approches actuellement adoptées par **les principaux partenaires du développement** sanitaire pour aider le pays. Ces partenaires sont notamment des organismes des Nations Unies, des organismes bilatéraux et multilatéraux, des initiatives et des partenariats mondiaux en faveur de la santé, des banques de développement et des institutions financières internationales, des représentants de la société civile et des organisations non gouvernementales, des groupes communautaires, des établissements universitaires et des centres partenaires.

.....
¹ Voir la [référence 11](#) du CD-ROM.

L'équipe s'intéresse aux éléments suivants:

- les différentes contributions des partenaires, leurs avantages comparatifs et les réponses qu'ils ont apportées aux défis présentés à la section 2, à l'appui de la NHPSP;
- le respect des principes d'efficacité de l'aide par les partenaires, notamment:
 - la mesure dans laquelle la coopération technique et les aides au secteur de la santé sont en harmonie avec les politiques, les stratégies, les plans et les cycles de planifications nationaux; et
 - la mesure dans laquelle les partenaires utilisent et renforcent leurs systèmes nationaux;
- l'existence de «stratégie de sortie», s'il y a lieu.

3.3 Coordination et efficacité de l'aide dans le pays

Cette sous-section de la CCS porte sur l'appropriation par les pays des processus d'établissement des priorités nationales et de planification ainsi que sur le rôle de chef de file joué par le gouvernement en matière de coordination de l'aide.

L'équipe examine les éléments suivants:

- programmes de partenariat pour le développement déjà en place sur le plan sectoriel et intersectoriel, en particulier en matière de développement sanitaire (secteur de la santé) et aspects connexes tels que la coordination et la division du travail;
- mécanismes existants pour suivre, évaluer et examiner les flux d'aide, les décaissements, l'exécution et les résultats;
- mesure dans laquelle ces programmes et mécanismes permettent d'éviter les doublons et favorisent l'harmonisation et la coopération en comblant les principales lacunes;
- rôle et relations de l'OMS dans ces programmes de partenariats et dans le cadre général de l'efficacité de l'aide, en conduisant cette analyse sur la base de l'avantage comparatif de l'Organisation et des exigences qu'induit pour elle l'environnement de l'aide nationale.¹

Un tableau résumant les contributions des différents partenaires pourrait si nécessaire être présenté en annexe.²

1 Voir la [référence 11](#) du CD-ROM.

2 Voir la [référence 13](#) du CD-ROM.

3.4 Situation sur le plan de la réforme des Nations Unies et du processus BCP/UNDAF

Cette sous-section présente la situation du pays sur le plan de la réforme des Nations Unies – *Unis dans l'action*¹ – et de l'UNDAF.

L'équipe s'intéresse aux aspects suivants:

- les résultats obtenus dans le domaine de la santé, notamment grâce à l'UNDAF;
- les contributions multisectorielles de l'équipe de pays des Nations Unies pour obtenir de meilleurs résultats sanitaires conformes à la NHPSP;
- les modalités de coordination de l'équipe de pays des Nations Unies et:
 - l'existence ou non d'un groupe thématique sur la santé;
 - le degré d'implication des ministères (en particulier celui de la santé) dans les groupes thématiques; et
 - le rôle de l'OMS.

3.5 Résumé de la section 3

En se basant sur l'analyse présentée ci-dessus, l'équipe:

- dégage les principaux problèmes, défis et possibilités en matière de partenariats, de coordination et d'efficacité de l'aide dans le pays; et
- définit les orientations de l'OMS pour collaborer avec les partenaires au cours du prochain cycle de la CCS.

Tableau 2: Principaux défis, réalisations et possibilités en matière de coopération en faveur du développement: format du résumé de la section 3 de la CCS

Principaux défis, réalisations et possibilités en matière de santé
Réalisations/possibilités <ul style="list-style-type: none"> • à remplir par l'équipe développant la CCS • ...
Défis <ul style="list-style-type: none"> • à remplir par l'équipe développant la CCS • ...

¹ Voir la [référence 11](#) du CD-ROM.

Section 4

Section 4

Examen de la coopération de l’OMS au cours du dernier cycle de la CCS

Longueur préconisée: 3 à 4 pages

Cette section présente la coopération de l’OMS avec le pays au cours du dernier cycle de la CCS, en vue de guider l’élaboration du programme stratégique de la prochaine CCS.

Pour obtenir les informations nécessaires, on examine en particulier le soutien et l’influence de l’OMS sur le plan de l’élaboration, de l’exécution, du contrôle et de l’évaluation de la NHPSP.

L’examen de la coopération de l’OMS comprend une *analyse externe à visée qualitative* et une *analyse interne*.

4.1 Examen de la coopération de l’OMS avec les parties prenantes

L’examen externe de la coopération de l’OMS au titre du cycle de la CCS s’intéresse au rôle et à la contribution de l’Organisation dans les efforts nationaux visant à améliorer la santé de la population. Il se fonde essentiellement sur les données et vues communiquées par les principales parties prenantes.

L’examen vise à déterminer si l’OMS, avec les autres organismes des Nations Unies et les autres partenaires, est parvenu à atteindre ses objectifs de développement sanitaire dans le pays, notamment les OMD.

Ce processus, principalement d’ordre qualitatif, est mené dès que possible:

- au cours de la seconde moitié du cycle de la CCS; et
- en utilisant un mécanisme d’examen national existant.

Il comprend différentes composantes, présentées ci-après.

4.1.1 Réunions avec les parties prenantes


Les réunions avec les parties prenantes peuvent prendre différentes formes: entretiens avec les principaux interlocuteurs, réunions au sein de l'organisation et avec les autres organismes, séminaires, groupes de réflexion, ateliers et journées d'étude.

Les parties prenantes comprennent les principaux partenaires du développement (notamment sanitaire) dans le pays, le gouvernement, d'autres organismes des Nations Unies, des organismes multilatéraux et bilatéraux, des organisations de la société civile et non gouvernementales, des groupes communautaires, des établissements universitaires et des centres partenaires.

Les réunions permettent de connaître les vues des partenaires en utilisant un ensemble d'indicateurs clé de performance (voir le cadre présenté ci-dessous).

4.1.2 Cadre utilisé pour collecter et analyser les vues des partenaires

Par le biais des réunions, l'équipe rassemble puis analyse des informations concernant:

- 
- a. la contribution apportée par l'OMS pour renforcer l'appropriation nationale, c'est-à-dire l'encadrement et le contrôle par le pays de l'élaboration, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation de la NHPSP;
 - b. l'adéquation du travail de l'OMS avec les priorités sanitaires nationales et ses contributions à la réalisation des OMD et des objectifs subséquents, qui:
 - correspondent aux priorités stratégiques définies dans la CCS en cours, ou
 - ne relèvent pas du programme stratégique;
 - c. les domaines où la contribution de l'OMS a été sollicitée mais s'est révélée insuffisante pour parvenir aux objectifs définis;
 - d. l'OMS en tant que membre de l'équipe de pays des Nations Unies;
 - e. l'OMS en tant qu'intermédiaire de la santé pour les partenaires et les différents secteurs;
 - f. les domaines dans lesquels l'OMS possède un avantage comparatif et sur lesquels elle devrait se concentrer et ceux dont elle devrait se désengager lors du prochain cycle de la CCS.

Les principaux indicateurs de performance susceptibles d'être utilisés pour l'examen externe sont choisis dans la liste présentée à l'annexe 2.

4.1.3 Résumé des principaux résultats

L'équipe fait une synthèse des résultats de l'examen externe, laquelle servira de référence au prochain programme stratégique.

Le résumé met également en exergue les facteurs qui ont facilité et/ou entravé les activités de coopération de l'OMS.

L'équipe utilise le cadre ci-contre (a-f, voir sous-section 4.1.2) comme modèle pour cette partie du document.

4.2 Examen interne (doit être mené lorsque la CCS est renouvelée)

L'examen interne de la coopération de l'OMS au titre du cycle de la CCS s'intéresse au degré de mise en œuvre du programme stratégique. Il s'attache également à déterminer si les priorités stratégiques, le(s) plan(s) de travail et l'affectation des ressources humaines et financières sont cohérents.

L'examen vise à identifier les éléments opérationnels internes qui ont eu une incidence sur la capacité de l'OMS à influencer le développement sanitaire dans le pays.

Cet examen à la fois quantitatif et qualitatif est mené:

- le plus tôt possible lors du processus de la CCS;
- principalement par le biais des documents disponibles dans les bureaux de pays et de consultations internes, en tenant compte des résultats de l'examen externe.

L'équipe entreprend à ce titre une évaluation interne, présentée ci-après.

4.2.1 Évaluation interne

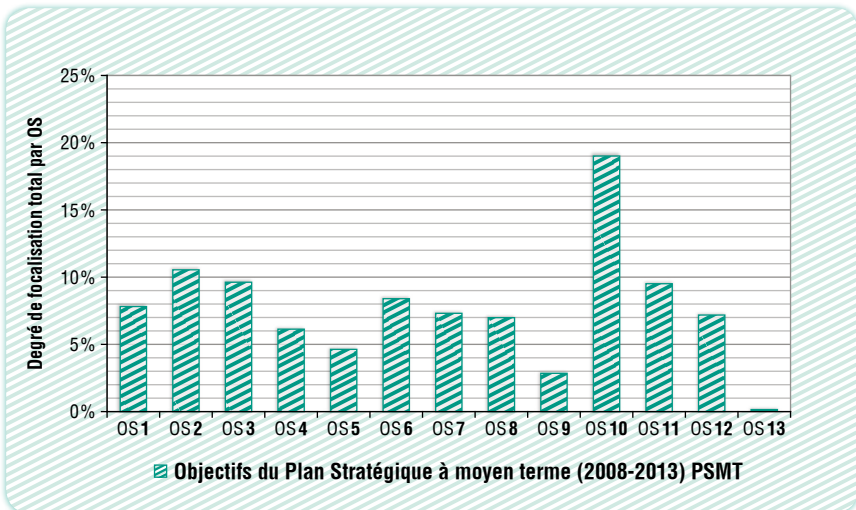
L'évaluation interne procède d'une consultation conduite parmi les membres de l'équipe de pays. Elle consiste également en une analyse

des documents disponibles dans les bureaux de pays (plans de travail, budgets et plans des activités conjointes) et tient compte des résultats de l'examen externe.

4.2.2 Cadre pour la collecte et l'analyse des données

Grâce à l'examen des documents et à la consultation interne, l'équipe rassemble et analyse des données sur les aspects opérationnels ayant eu une incidence sur l'exécution du programme stratégique. Elle utilise à cette fin les résultats de la mise en correspondance («mapping») de la CCS avec le PSMT (voir figure 3).

Figure 3: Mise en correspondance de 132 CCS avec les objectifs stratégiques du PSMT: vue d'ensemble



Voir l'annexe 4 pour une présentation des 13 objectifs stratégiques du PSMT.

L'équipe analyse en profondeur la **cohérence entre les priorités de la CCS tout au long du cycle et:**

- les priorités des politiques, stratégies et/ou plans sanitaires nationaux (NHPSP)
- les résultats de l'UNDAF dans le domaine de la santé
- la structure et le(s) plan(s) de travail du bureau de pays
- l'avantage comparatif de l'OMS

- e. l'affectation des:
 - ressources humaines (connaissances et compétences du personnel);
 - ressources budgétaires;
 - moyens de terrain (connectivité, équipement, logistique et infrastructure)
- f. le soutien apporté par d'autres niveaux du Secrétariat
- g. les efforts de mobilisation des ressources (financements et coopération avec les Nations Unies et les autres partenaires).

L'analyse porte également sur:

- le niveau d'exécution de chaque priorité stratégique, en mettant en exergue les principales réalisations; et
- les facteurs positifs et/ou obstacles ainsi que les enseignements tirés de l'expérience, dont il faut tenir compte pour élaborer le prochain programme stratégique et qui pourraient être communiqués à l'ensemble du Secrétariat.

L'équipe choisit à l'annexe 2 les indicateurs de performance qui orienteront l'examen interne.

4.2.3 Synthèse des principaux résultats

L'équipe fait une synthèse des résultats de l'examen interne, laquelle servira de référence au prochain programme stratégique.

La synthèse met également en exergue les facteurs qui ont facilité et/ou entravé la coopération de l'OMS.

L'équipe utilise le cadre des sous-sections 1 et 2 de l'examen interne (voir a–f à la sous-section 4.1.2 et a–b à la sous-section 4.2.2) pour structurer cette partie du document

Les résultats et les conclusions des examens interne et externe font l'objet d'une synthèse qui orientera les activités de coopération de l'OMS au titre du prochain programme stratégique.

Section 5

Section 5

Programme stratégique pour la coopération de l’OMS

Longueur préconisée: 6 à 8 pages

Le programme stratégique consiste en un ensemble de priorités stratégiques sous-tendant la coopération de l’OMS dans un pays donné, priorités qui ont été approuvées conjointement avec les autorités dudit pays et viennent soutenir la politique, la stratégie et/ou le plan sanitaire national.

La formulation du programme stratégique est au cœur du processus de la CCS. Pour chaque priorité, l’équipe détermine les principaux domaines d’action et approches stratégiques tels que définis ci-dessous.

Les «**priorités stratégiques de la CCS**» désignent les priorités de haut niveau à moyen terme dans la coopération de l’OMS avec le pays. C’est sur elles que l’Organisation affectera la majorité de ses ressources au titre du cycle de la CCS. Chaque priorité identifiée apporte une contribution spécifique à la réalisation d’une priorité de santé nationale.

Les «**principaux domaines d’action**» sont les principaux domaines («**quoi**») relevant de chaque priorité stratégique, sur lesquels l’OMS va particulièrement se concentrer. Le langage de chaque «principal domaine d’action» reflète l’action prévue pour la réalisation de la priorité stratégique.

Les «**approches stratégiques**» désignent les moyens («**comment**») que l’OMS dans son ensemble va déployer dans ces domaines, en mettant en œuvre ses fonctions essentielles et en profitant des possibilités qui s’offrent à elle (partenariats, notamment).

5.1 Fixer les priorités afin d'élaborer le programme stratégique

L'équipe **définit les priorités avec les plus hautes instances du gouvernement et avec ses partenaires**, en particulier les autres organismes des Nations Unies.

Dans les situations d'urgence, le programme stratégique traitera les besoins immédiats du pays en matière de santé et de développement sanitaire en se basant sur des analyses de la vulnérabilité et des risques et sur les fonctions qui incombent à l'OMS dans de telles situations (voir l'annexe 3).

L'équipe définit le programme stratégique de la CCS en **opérant des choix stratégiques**.

5.1.1 Éléments à prendre en compte:

- défis sanitaire et de développement définis à la section 2 de la CCS;
- résultats des consultations et du dialogue stratégique menés avec les principales parties prenantes, en vue de dégager des complémentarités et de limiter les doublons, en se basant sur la section 3 de la CCS;
- enseignements tirés de l'examen du cycle de la CCS en cours, présenté à la section 4 de la CCS;
- état des lieux de la politique, stratégie et/ou plan sanitaire national (NHPSP);
- enseignements tirés de l'expérience des pays et éléments susceptibles de contribuer au développement sanitaire dans les autres pays et à l'échelle mondiale.

5.1.2 Critères à appliquer:

- possibilités de développement des capacités nationales;
- éventuelle incidence à plus long terme sur les stratégies et objectifs nationaux;
- avantage comparatif et fonctions essentielles de l'OMS;
- ampleur des problèmes, vulnérabilité de certains groupes sociaux et disparités;
- engagements internationaux du pays;
- capacité nationale de réaction face aux problèmes sanitaires;
- capacité nationale à apporter une aide aux autres pays.

5.2 Définir le programme stratégique

L'exercice d'établissement des priorités présenté à la sous-section 5.1 fournit les informations nécessaires à l'élaboration du programme stratégique.

5.2.1 Introduction

L'équipe commence par faire un résumé succinct des résultats de l'exercice d'établissement des priorités.

5.2.2 Le programme stratégique

Le programme stratégique détermine entre 3 et 5 priorités stratégiques, les principaux domaines d'action qui s'y rattachent et les approches mises en œuvre (voir l'encadré 2 pour un exemple de programme stratégique et le CD-ROM pour une liste de contrôle de la qualité¹).

1. **Les priorités stratégiques (de 3 à 5 au maximum)** se fondent sur l'exercice d'établissement des priorités, comprenant la «capacité installée» du bureau de pays, l'appui potentiel des autres services de l'Organisation et les ressources à disposition et susceptibles d'être mobilisées.
 - 1.1 **Les principaux domaines d'action (de 2 à 3 au maximum)** doivent, dans la mesure du possible, respecter le schéma SMART (objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis). Ils relèvent directement des priorités stratégiques. L'équipe devra mettre au point des indicateurs appropriés pour permettre un suivi et une évaluation continus des résultats atteints.
 - 1.1.1 **Les approches stratégiques (de 2 à 3 au maximum)** font le lien entre les fonctions essentielles concernées et les domaines d'action.

¹ Voir la [référence 14](#) du CD-ROM.

<p>1. PRIORITÉ STRATÉGIQUE: contribuer à renforcer les capacités du système sanitaire en vue d'améliorer les politiques, la planification et la fourniture de services.</p>	
<p>1.1 Principal domaine d'action: soutenir l'élaboration d'un plan national exhaustif pour le secteur de la santé.</p>	
<p>1.1.1 Approche stratégique: apporter un soutien technique et de politique générale pour mener une évaluation globale du secteur de la santé, laquelle servira de base de travail.</p>	<p>1.1.2 Approche stratégique: faciliter le processus de consultation des parties prenantes, nécessaire à l'élaboration et à la mise au point définitive du plan.</p>
<p>1.2 Principal domaine d'action: aider le gouvernement à renforcer les moyens nationaux pour la production locale de médicaments, vaccins et autres fournitures.</p>	
<p>1.2.1 Approche stratégique: apporter un soutien technique et de politique générale en vue de renforcer les capacités nationales à contrôler la qualité des médicaments et du matériel, une importance particulière étant accordée aux procédures d'achat et à la sûreté de la manipulation dans les entrepôts centraux et des provinces.</p>	<p>1.2.2 Approche stratégique: inciter le Ministère de la santé publique à mobiliser des ressources pour renforcer les capacités à mettre en œuvre de bonnes pratiques de fabrication et assurer ainsi la conformité de la production locale.</p>

5.3 Validation du programme stratégique de la CCS à la lumière des priorités des politiques, stratégies et/ou plans sanitaires nationaux (NHPSP)

Cette sous-section présente les liens entre le programme stratégique de la CCS et les priorités de la NHPSP.

Lorsqu'un élément du programme stratégique ne peut être mis en relation avec une priorité du NHPSP existant, l'équipe devra fournir une note explicative.

S'il y a lieu, l'équipe peut utiliser la matrice A comme modèle (tableau 3).

Tableau 3: Matrice A: mise en correspondance des priorités stratégiques de la CCS avec les priorités de la politique, stratégie et/ou plan sanitaire national (NHPSP)

Priorités stratégiques de la CCS		Priorités des NHPSP
1	Soutenir: <ul style="list-style-type: none"> – l’intensification des interventions prioritaires – le renforcement du système sanitaire dans le contexte des soins de santé primaires ...	Améliorer l’accès à des services de santé de qualité ...

5.4 Validation du programme stratégique de la CCS à la lumière des résultats et produits de l’UNDAF

Cette sous-section met en exergue les liens entre le programme stratégique de la CCS et les résultats de l’UNDAF.

Lorsque la CCS se déroule avant le BCP/UNDAF, les priorités stratégiques de la CCS servent de base au processus BCP/UNDAF et à la définition des résultats sanitaires attendus.

Lorsqu’un élément du programme stratégique ne peut être mis en relation avec les résultats et produits de l’UNDAF, l’équipe devra fournir une note explicative.

S’il y a lieu, l’équipe peut utiliser la matrice B comme modèle (voir le tableau 4).

Tableau 4: Matrice B: mise en correspondance des priorités stratégiques de la CCS et des résultats de l'UNDAF¹

	Priorités stratégiques de la CCS	Principaux résultats de l'UNDAF	Principaux produits de l'UNDAF
1	Soutenir le renforcement des systèmes sanitaires nationaux dans le contexte des soins de santé primaires ...	Principal résultat de l'UNDAF: les politiques, les investissements et les changements institutionnels permettent l'accès à des services sociaux de qualité, atteignant ainsi les objectifs de la stratégie nationale de développement et de démarginalisation économiques (NEEDS 2). Cela permet également de concrétiser progressivement les OMD (santé, éducation de base, salubrité de l'eau et de l'environnement; prévention, traitement et soins du VIH/SIDA) ...	Principal produit de l'UNDAF: le gouvernement fédéral et les États peuvent utiliser des approches fondées sur les preuves pour formuler des politiques et élaborer des plans permettant de proposer de meilleurs services sociaux, dotés d'objectifs clairs et budgétés, et des plans financiers réalistes et transparents ...

5.5 Validation du programme stratégique de la CCS à la lumière des objectifs stratégiques du PSMT

Les priorités stratégiques et les principaux domaines d'action de la CCS sont comparés aux résultats escomptés de l'Organisation (OWER) et aux objectifs stratégiques (OS) du PSMT par le biais de l'outil de mise en correspondance («mapping»), ce qui servira de base à la prochaine planification de l'OMS.

¹ Voir la [référence 8](#) du CD-ROM.

Section 6

Section 6

Mise en œuvre du programme stratégique: implications pour l'ensemble du Secrétariat

Longueur préconisée 3-4 pages

Dans chaque pays, lors du processus de CCS, l'analyse approfondie et l'élaboration subséquente du programme stratégique permettent de redéfinir le rôle de l'OMS et de réévaluer la nature et la portée de sa présence et de ses activités de coopération.

Cette section commence par une brève introduction sur la situation du pays, le rôle attendu de l'OMS et sa présence, tels que définis précédemment. Elle examine les aspects suivants:

- les pré-requis, sur les plans du rôle et de la présence de l'OMS, pour une mise en œuvre efficace du programme stratégique par l'ensemble du Secrétariat; et
- la manière dont la CCS sera utilisée, contrôlée et suivie.

6.1 Rôle et présence de l'OMS au titre du programme stratégique

Les pays, grâce au soutien de l'OMS et d'autres partenaires, ont une capacité de plus en plus grande à répondre aux besoins de santé de leurs populations. La croissance économique a cependant été plus soutenue dans certains d'entre eux, qui ont donc pu davantage contribuer au développement sanitaire des autres pays.

Différentes formes de coopération se sont ainsi développées en plus des relations Nord-Sud: coopération Sud-Sud ou triangulaire par exemple.

L'OMS doit s'adapter à cette évolution en modifiant son rôle, sa présence, ses politiques et ses pratiques.

L'équipe définit le rôle et la présence de l'OMS en suivant les principes suivants.

6.1.1 Rôle de l'OMS

Le **rôle** attendu **de l'OMS** dans l'exécution du programme stratégique est fonction de plusieurs éléments:

- le soutien requis par le pays en matière d'élaboration, de mise en œuvre et de contrôle des NHPSP;
- la capacité du pays à venir en aide aux autres États Membres;
- les fonctions essentielles¹ de l'OMS;
- le rôle et la contribution des autres partenaires; et
- l'avantage comparatif de l'OMS.

Dans les pays, l'OMS est chargée de fournir des **conseils techniques et de politique générale** et joue le rôle de **coordinateur et d'intermédiaire de confiance**. Elle facilite la contribution des partenaires aux **NHPSP** et coordonne les actions internationales **de santé publique** afin d'obtenir des **résultats sanitaires** plus équitables, notamment par la réalisation des **Objectifs du Millénaire pour le développement**.

Ce rôle est susceptible de varier en fonction de la situation du pays: l'Organisation peut mener des politiques de soutien en amont aussi bien qu'orienter l'aide opérationnelle en cas de circonstances exceptionnelles.

6.1.2 Présence de l'OMS

Il est convenu de la nature et des limites de la **présence de l'OMS** ainsi que ses **capacités fondamentales** à s'acquitter de ses fonctions. Sous la supervision du chef de bureau de pays, l'équipe de la CCS détermine quels éléments devront figurer dans cette section du document CCS. Si nécessaire, l'équipe préparera un mémorandum interne donnant des détails complémentaires.

Plusieurs critères liés à la situation du pays aident à définir la présence de l'OMS, notamment:

- les ressources du pays en matière de santé et les moyens de terrain («capacité installée»);
- les ressources humaines et les compétences disponibles, les possibilités de formation offertes par les universités et les autres établissements;
- la contribution des partenaires et leur engagement à soutenir le programme stratégique;

¹ Voir la [référence 15](#) du CD-ROM.

- les capacités fondamentales de l’OMS, définies comme combinaison de compétences, de savoir-faire, de capacités logistiques, d’infrastructures et de ressources financières qui, conjuguées à des systèmes et à un environnement favorables, sont nécessaires aux activités de coopération de l’OMS dans le pays telles que définies dans le programme stratégique de la CCS;
- la capacité de l’OMS à soutenir la mise en œuvre du programme stratégique (y compris les moyens dont disposent les centres collaborateurs, les centres d’excellence, les bureaux sous-régionaux et régionaux et le Siège);
- la disponibilité des ressources de l’OMS;
- l’avantage comparatif de l’OMS et sa capacité à mobiliser des ressources humaines et financières supplémentaires pour exécuter le programme stratégique.

La **présence de l’OMS** dans les pays, qu’elle **dispose ou non** d’un bureau de pays, lui permet de **s’engager concrètement** à l’appui des **NHPSP**. La notion de présence de l’OMS se réfère aux activités menées dans le pays par le **Secrétariat dans son ensemble**.

6.2 Utilisation de la CCS

Une fois la CCS établie par le biais des procédures d’approbation appropriées...

Le bureau de pays:

- diffuse largement le document CCS au gouvernement et aux autres partenaires qui travaillent dans et avec le pays;
- se fonde sur les priorités de la CCS pour réviser les plans de travail existants et élaborer ceux à venir;
- met en correspondance les priorités de la CCS avec les OS du PSMT pour la prochaine planification de l’OMS;
- utilise, avec le soutien nécessaire, le contenu de la CCS (sections 2 et 5) pour élaborer la composante sanitaire de l’UNDAF et des autres programmes partenaires, en tenant dûment compte de la contribution des partenaires;¹
- utilise la CCS pour mener des actions de sensibilisation à la santé et mobiliser des ressources.

¹ Voir la [référence 16](#) du CD-ROM.

Les bureaux régionaux et le Siège:

- diffusent largement le document CCS et le résumé à l'ensemble des départements et des divisions de l'OMS ainsi qu'aux autres partenaires et parties prenantes concernées, notamment en utilisant des approches innovantes (journées de pays, par exemple), les cérémonies de lancement officiel, des séminaires-déjeuners et les sites Internet et intranet;
- s'assurent que les échanges techniques avec le bureau de pays et le gouvernement sont cohérents et se fondent sur les priorités de la CCS;
- veillent à ce que les priorités de la CCS soient utilisées pour préparer les plans stratégiques et opérationnels, s'agissant notamment des budgets et de l'allocation des ressources;
- utilisent les CCS pour sensibiliser aux activités menées par l'OMS dans les pays et mobiliser des fonds à ce titre.

6.3 Contrôle et évaluation de la CCS

Le Secrétariat dans son ensemble, et en particulier le bureau de pays, suit la contribution de l'OMS aux partenariats dans un souci de complémentarité.

Comme l'indique la section 4 de la partie 3 de ce guide, le Secrétariat procède également à un examen de la CCS à mi-parcours ou en fin de cycle, lequel devra coïncider avec les autres examens nationaux pertinents.

Les enseignements tirés du contrôle et de l'évaluation des CCS peuvent être partagés avec d'autres pays, en particulier ceux appartenant aux mêmes groupes.



Annexes

Annexe 1

Principaux indicateurs de santé

Ces indicateurs ne sont donnés qu'à titre illustratif. Les indicateurs quantitatifs, notamment, ne constituent que des exemples des données qui peuvent être présentées et analysées. En effet, les pays sont libres de transmettre toutes les informations qu'ils souhaitent, y compris ou non les indicateurs ici énumérés. Lorsque cela est possible, l'utilisation de données ventilées – par exemple par situation géographique, âge ou sexe – permettra de rendre compte des tendances et inégalités observées dans le secteur sanitaire et de faire une analyse plus poussée à la section 2 du document de CCS.

Situation sanitaire de la population

Morbidité, mortalité et couverture des services de santé

Mortalité

- espérance de vie à la naissance, par sexe
- taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes
- taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes
- taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (probabilité de décéder avant l'âge de 5 ans) pour 1000 naissances vivantes
- taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes
- taux de mortalité par cause (par exemple, paludisme, tuberculose et VIH/SIDA) pour 100 000 personnes
- distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans (en pourcentage)

Morbidité – données sur la prévalence des maladies, ventilées si possible.

- prévalence de la tuberculose pour 100 000 personnes
- incidence annuelle de la tuberculose pour 100 000 personnes
- prévalence du VIH parmi les adultes de plus de 15 ans, pour 100 000 personnes

- prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans
- nombre de cas confirmés de poliomyélite

Couverture des services de santé

- couverture des soins prénatals (en pourcentage)
- pourcentage d'accouchements pratiqués par un personnel de santé qualifié
- pourcentage de nouveau-nés protégés contre le tétanos maternel à leur naissance
- couverture vaccinale des enfants de 1 an (en pourcentage)
- pourcentage d'enfants âgés de 6 à 59 mois ayant reçu une supplémentation en vitamine A
- pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées
- pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant été traités pour de la fièvre avec un antipaludique
- pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes de maladie respiratoire aiguë ayant été conduits dans une infrastructure sanitaire
- pourcentage d'enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhées ayant bénéficié d'une thérapie de réhydratation orale
- prévalence de la contraception par sexe (en pourcentage)
- couverture des femmes enceintes atteintes du VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale afin d'éviter une transmission mère-enfant (en pourcentage)
- couverture des personnes souffrant de l'infection à VIH à un stade avancé bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale (en pourcentage)
- taux de détection de la tuberculose dans le cadre de l'approche DOTS (en pourcentage)
- pourcentage de réussite du traitement de la tuberculose par l'approche DOTS

Autres déterminants principaux de la santé

- taux d'alphabétisation des 15-24 ans, par sexe (en pourcentage)
- ratio net des inscriptions à l'école primaire (en pourcentage)
- ratio net des inscriptions dans des établissements secondaires (en pourcentage)

- part des femmes occupant un emploi rémunéré en dehors du secteur agricole
- pourcentage des enfants entre 0 et 5 ans dont le rapport taille-âge se situe à moins de deux écarts-type en dessous de la médiane des normes OMS de croissance de l'enfant
- pourcentage des enfants entre 0 et 5 ans dont le rapport poids-taille se situe à moins de deux écarts-type en dessous de la médiane des normes OMS de croissance de l'enfant
- proportion de la population bénéficiant d'un accès viable à une source d'eau de qualité
- proportion de la population ayant accès à un meilleur assainissement
- nombre de personnes touchées par des catastrophes ou des crises (type d'événement, date)
- allègement de la dette au titre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés
- proportion de l'aide publique au développement (APD) affectée à la santé, en pourcentage de l'APD totale
- proportion de l'APD allouée aux services sociaux de base (éducation de base, soins de santé primaires, nutrition, eau et assainissement sûrs)

Systèmes et services sanitaires

Politiques, planification, contrôle et financement en matière de santé

- grands principes (par exemple accès universel gratuit), stratégies, plans et dispositifs de soins de santé (par exemple, ensemble minimum d'activités)
- organisation et fonctionnement du système d'information sanitaire, notamment disponibilité et qualité des informations et des données
- dépenses totales de santé en pourcentage du PIB
- dépenses publiques générales de santé, en pourcentage des dépenses totales de santé
- dépenses privées de santé, en pourcentage des dépenses totales de santé
- dépenses publiques générales de santé en pourcentage des dépenses publiques totales
- dépenses de santé financées par des ressources extérieures en pourcentage des dépenses totales de santé

- dépenses de sécurité sociale pour la santé en pourcentage des dépenses publiques générales de santé
- total des dépenses de santé par habitant au taux de change moyen (\$US)
- total des dépenses de santé par habitant en dollars internationaux
- total des dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (\$US)
- total des dépenses publiques de santé par habitant en dollars internationaux

Personnel de santé, infrastructures, lits d'hôpitaux et produits médicaux *(Si possible, distinguer les données relatives aux zones urbaines et rurales)*

- nombre de médecins et densité pour 10 000 habitants
- effectif du personnel infirmier et des sages-femmes et densité pour 10 000 habitants
- effectif du personnel de dentisterie et densité pour 10 000 habitants
- effectif du personnel de pharmacie et densité pour 10 000 habitants
- nombre d'agents travaillant pour l'environnement ou la santé publique, et densité pour 10 000 habitants
- nombre d'agents de santé communautaires et densité pour 10 000 habitants
- nombre d'employés de laboratoires médicaux et densité pour 10 000 habitants
- nombre d'autres employés des services de santé et densité pour 10 000 habitants
- rapport personnel infirmier et sages-femmes/médecins
- personnel de santé pour 10 000 habitants en fonction du type d'emploi (secteurs public ou privé) et de la situation géographique
- taux annuel de nouveaux diplômés médicaux (docteurs, infirmiers et sages-femmes) pour 100 000 habitants
- lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants
- disponibilité des médicaments traceurs
- pour les listes principales de médicaments, rapport entre le prix local et le prix de référence international

Annexe 2

Liste des indicateurs pouvant être utilisés pour les examens externe et interne de la coopération de l'OMS au titre du dernier cycle de CCS

Domaines à examiner avec les parties prenantes extérieures	Exemples d'indicateurs
<p>Contribution apportée par l'OMS pour renforcer l'appropriation nationale, c'est-à-dire l'encadrement et le contrôle par le pays de l'élaboration, de l'exécution et de l'évaluation de la NHPSP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'OMS a aidé le pays à mener sa NHPSP. • L'OMS a soutenu concrètement la mise en œuvre de certains axes prioritaires des NHPSP. • L'OMS a apporté une aide aux autorités nationales pour élaborer et appliquer un cadre ou une stratégie de contrôle et d'évaluation de l'exécution des NHPSP.
<p>Adéquation du travail de l'OMS avec les priorités sanitaires nationales et les contributions apportées à la réalisation des OMD et des objectifs subséquents qui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • correspondent aux priorités stratégiques définies dans la CCS en cours • ne relèvent pas du programme stratégique (par exemple, intervention d'urgence) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'OMS a élaboré les priorités de ses CCS en collaboration avec les autorités et tous les autres partenaires et parties prenantes concernées.* • L'OMS a contribué à la réalisation des OMD liés à la santé. • L'OMS a rapidement adapté la CCS et les plans de travail nationaux pour faire face aux changements.*
<p>Harmonisation des procédures et processus de l'OMS avec ceux du pays</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque fois que cela était possible et approprié, l'OMS s'est basée dans ses programmes sur les procédures nationales de budget. • Chaque fois que cela était possible, l'OMS a utilisé dans ses programmes les systèmes nationaux d'achat. • Chaque fois que cela était possible, l'OMS a utilisé les procédures nationales de communication des informations financières.* • Chaque fois que cela était possible, l'OMS a utilisé les dispositifs prévus par les pays, par exemple en matière de contrôle.*

<p>Domaines où l'intervention de l'OMS était nécessaire mais insuffisante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'OMS a soutenu les domaines où son intervention était nécessaire. • Les procédures de gestion, de financement et d'achats de l'OMS ont permis une mise en œuvre efficace.*
<p>L'OMS en tant que membre de l'équipe de pays des Nations Unies</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'OMS a collaboré avec les autres organismes partenaires de l'équipe de pays des Nations Unies dans l'identification et l'exécution des priorités de la CCS, à l'appui des NHPSP. • L'OMS semble avoir répondu aux attentes de ses partenaires. • L'OMS a complété l'action des autres partenaires sans qu'il n'y ait de doublon.* • Les activités et plans de travail de l'OMS ont rendu compte des priorités transversales que sont par exemple l'égalité des sexes et les droits de l'homme.* • Le personnel international est resté suffisamment longtemps dans le bureau de pays pour entretenir des partenariats fructueux.*
<p>L'OMS en tant qu'intermédiaire de la santé entre les partenaires (dans leur ensemble) et les différents secteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'OMS s'est pleinement acquittée de sa fonction d'intermédiaire entre l'ensemble des partenaires et les différents secteurs, en vue d'apporter le meilleur soutien technique aux NHPSP. • L'OMS a apporté sa contribution précieuse au dialogue sur les politiques, mené avec les autorités et les partenaires du secteur sanitaire et entre les secteurs.* • L'OMS a respecté les vues des parties prenantes lors dudit dialogue.* • Les plans de travail ont recommandé d'inclure les problématiques sanitaires à l'ensemble des politiques.* • L'OMS a collaboré avec succès avec ses partenaires dans l'exécution des axes prioritaires de la CCS. • L'OMS s'est associée au gouvernement pour mobiliser des fonds destinés à la santé, notamment en collaborant avec les Nations Unies et les autres partenaires. • L'OMS a communiqué en temps opportun des données sur les problématiques sanitaires aux autorités et aux partenaires.

<p>Domaines dans lesquels l’OMS possède un avantage comparatif et sur lesquels elle devrait se concentrer, et/ou domaines dont elle devrait se désintéresser au cours du prochain cycle de la CCS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L’OMS apporte son soutien à l’ensemble des domaines. Cet appui devrait se fonder sur le mandat de l’OMS, ses fonctions essentielles, et être fonction de la situation du pays. • Il existe des domaines dans lesquels l’OMS possède un avantage comparatif et elle leur apporte un soutien suffisant. • L’OMS a utilisé les résultats du pays – présentés par exemple dans les rapports d’audit interne et externe et dans les rapports nationaux d’examen conjoint – pour identifier de nouveaux domaines de coopération.* • L’OMS a pris toutes les mesures nécessaires à l’égard des activités les moins efficaces du précédent cycle.* • L’OMS a pris en compte le(s) avantage(s) comparatif(s) des autres partenaires du développement de la santé lorsqu’elle a décidé quels domaines elle soutiendrait en priorité.
--	--

Domaines nécessitant un examen interne	Exemple d’indicateurs
La cohérence entre les priorités de la CCS tout au long du cycle et:	
<ul style="list-style-type: none"> • Priorités des politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Les priorités de la CCS cadrent avec les NHPSP.
<ul style="list-style-type: none"> • Résultats de l’UNDAF liés à la santé • Relations avec les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats de l’UNDAF liés à la santé se sont inspirés des priorités établies dans la CCS. • Certaines priorités stratégiques de la CCS se retrouvent dans la composante sanitaire de l’UNDAF. • Les résultats de l’examen mené avec les parties prenantes extérieures cadrent avec la conception interne des activités de l’OMS.
<ul style="list-style-type: none"> • Structure et le(s) plan(s) de travail du bureau de pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Les plans de travail du bureau de pays correspondent aux besoins réels sur le plan de l’exécution des axes prioritaires de la CCS.
<ul style="list-style-type: none"> • Allocation des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> • Les procédures de passation de marchés de biens ou de services étaient, la plupart du temps, rapides, efficaces et efficaces*

<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines (connaissances et compétences du personnel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le personnel international de l'OMS est resté suffisamment longtemps dans le bureau de pays pour entretenir des partenariats fructueux.* • Les connaissances et compétences du personnel du bureau de pays ont permis d'exécuter avec succès les axes prioritaires de la CCS.
<ul style="list-style-type: none"> • Budget 	<ul style="list-style-type: none"> • Les dotations budgétaires étaient en lien avec les priorités de la CCS. • Les dotations budgétaires étaient en lien avec les résultats escomptés du plan de travail.*
<ul style="list-style-type: none"> • Moyens de terrain (connectivité, équipement, logistique et infrastructures) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les infrastructures de TIC étaient adaptées à l'exécution du programme stratégique et du/ des plan(s) de travail. • Les équipements et les infrastructures ont favorisé le bon fonctionnement du bureau.
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien apporté par d'autres niveaux du Secrétariat 	<ul style="list-style-type: none"> • Le soutien technique général des bureaux régionaux et sous-régionaux et du Siège était approprié et apporté en temps opportun. • L'aide des bureaux régionaux et sous-régionaux et du Siège en matière de gestion et d'administration était appropriée et fournie en temps opportun.
<ul style="list-style-type: none"> • Efforts de mobilisation de ressources (fonds et coopération avec les Nations Unies et les autres partenaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • L'OMS s'est associée aux autorités pour mobiliser des fonds destinés à la santé, notamment en collaborant avec les Nations Unies et les autres partenaires. • L'OMS a mobilisé des fonds pour exécuter les axes prioritaires de la CCS. • Les délais nécessaires pour collecter les fonds n'ont pas eu de répercussions sur le(s) plan(s) de travail.*
<ul style="list-style-type: none"> • Niveau d'exécution de chaque priorité stratégique, en mettant en exergue les principales réalisations; 	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque priorité de la CCS a été mise en œuvre comme prévue. • Des réalisations importantes (une ou deux) peuvent être identifiées pour chaque priorité de la CCS .
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs positifs et/ou obstacles ainsi que les enseignements tirés de l'expérience, dont il faut tenir compte pour élaborer le prochain programme stratégique et qui pourraient être communiqués à l'ensemble du Secrétariat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque cela était nécessaire, l'OMS a rapidement adapté la CCS et les plans de travail nationaux pour répondre aux changements et aux enseignements de l'expérience.*

OMD: Objectifs du Millénaire pour le développement; UNDAF: Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement.

Remarque: les indicateurs suivis d'un astérisque* sont basés sur l'étude effectuée en 2010 par le réseau de mesure des performances des organisations multilatérales (MOPAN) sur les micro-indicateurs de performance clés.

Annexe 3

Fonctions essentielles de l'OMS

Fonctions essentielles de l'OMS¹

1. Jouer le rôle de **chef de file** dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire;
2. Fixer les priorités de la **recherche** et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles;
3. Fixer des **normes et des critères**, encourager et surveiller leur application;
4. Définir des **politiques conformes** à l'éthique et fondées sur des données probantes;
5. Fournir un **appui technique**, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles;
6. **Surveiller** la situation sanitaire et évaluer les tendances.

Fonctions essentielles de l'OMS dans les situations de crise et d'urgence:²

1. apprécier les problèmes de santé et évaluer les besoins;
2. coordonner l'action commune en faveur de la santé;
3. combler les manques essentiels en matière d'intervention sanitaire; et
4. renforcer les capacités des systèmes de santé.

¹ Source: onzième Programme général de travail

² Source: WHO CAP Compendium, Health, disponible à l'adresse <http://www.who.int/hac/donorinfo/cap2005/en/>

Annexe 4

Objectifs stratégiques du PSMT

OS1	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles
OS2	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme
OS3	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle
OS4	Réduire la morbidité et la mortalité, et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé
OS5	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques
OS6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque
OS7	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme
OS8	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement
OS9	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable
OS10	Renforcer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles
OS11	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation
OS12	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le Onzième programme général de travail
OS13	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

Annexe 5

Liste des références présentées sur le CD-ROM

PARTIE 1

- Référence 1: [les valeurs fondamentales de la constitution de l'OMS](#)
- Référence 2: [glossaire](#)
- Référence 3: [principes essentiels du processus d'élaboration de la CCS](#)
- Référence 4: [méthodologie utilisée pour aligner le programme stratégique de la CCS sur le PSMT](#)

PARTIE 2

- Référence 5: [constitution de l'équipe de la CCS et rôle des membres](#)
- Référence 6: [cadre régissant les missions de la CCS dans les pays](#)
- Référence 7: [analyse critique](#)
- Référence 8: [définir le programme stratégique de la CCS](#)

PARTIE 3

- Référence 9: [liste de contrôle pour la rédaction et la mise en forme du document de CCS](#)
- Référence 10: [consignes et modèles pour préparer le résumé de deux pages «la CCS: un aperçu»](#)
- Référence 11: [outils et ressources pour l'analyse du secteur de la santé et des parties prenantes](#)
- Référence 12: [regrouper les bureaux de pays de l'OMS pour plus d'efficacité](#)
- Référence 13: [«Unis dans l'action»](#)
- Référence 14: [liste de contrôle pour le programme stratégique](#)
- Référence 15: [exemple de cadre de référence indiquant l'importance accordée aux fonctions essentielles par les principaux domaines d'action](#)
- Référence 16: [comment se servir de la CCS pour élaborer l'UNDAF](#)



**Organisation
mondiale de la Santé**

Organisation mondiale de la Santé
Département Action en faveur des pays
20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

Tél.: +41 22 791 21 11
Fax: +41 22 791 31 11

countryfocus@who.int
www.who.int/countryfocus/fr

ISBN 978 92 4 250018 9



9 789242 500189