

# Réseau des unités d'appui aux pays 2005

## Partenariat pour la santé



Action en faveur des pays



Organisation  
mondiale de la Santé



## Remerciements

Le présent rapport a été préparé en commun par les membres du Réseau des Unités d'appui aux pays. Ce réseau comprend l'Unité de la coopération techniques avec les pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, l'Unité d'appui aux pays du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, l'Unité de planification et de coordination des programmes au Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, la Division de l'appui aux pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, le Bureau du Sous-Directeur régional au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, l'Unité de développement et d'exécution des programmes au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, et le Département Action en faveur des pays au Siège de l'OMS.

© Organisation mondiale de la Santé 2006

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 22 791 485; adresse électronique: [bookorders@who.int](mailto: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](mailto: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 dispositions voulues 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.

# Acronymes

AFRO	Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique
AMRO	Bureau régional de l’OMS pour les Amériques
CAMS	Système de gestion de l’activité dans les pays
CCA	Bilan commun de pays
CCO	Département Action en faveur des pays
CCS	Stratégies de coopération avec les pays
CPC	Bureau de coordination des programmes dans les Caraïbes
CSU	Unité d’appui aux pays
DFID	Département du Royaume-Uni pour le Développement International
DPM	Directeur de la gestion des programmes
ECHO	Service d’Aide Humanitaire de la Commission européenne
EIP	Bases factuelles et information à l’appui des politiques de santé
EMRO	Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale
EURO	Bureau régional de l’OMS pour l’Europe
FCH	Santé familiale et communautaire
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GFATM	Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GLC	Comité d’apprentissage mondial
GLP	Programme d’encadrement mondial
GPN	Réseau mondial privé
HAC	Action sanitaire en situation de crise
HDS	Politique et développement sanitaires et services de santé
HHR	Santé et droits de l’homme
IOM	Organisation internationale pour les migrations
ITT	Technologies de l’information et télécommunications
JPRM	Programme conjoint de missions d’évaluation
LO	Agents de liaison
OCHA	Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PRP	Département Planification, coordination des ressources et suivi des résultats
PRSP	Document stratégique de réduction de la pauvreté
RPM	Gestion du programme régional
SEARO	Bureau régional de l’OMS pour l’Asie du Sud-Est
SIDA	Agence suédoise de coopération au développement international
SWAp	Approche sectorielle
UNCT	L’équipe des Nations Unies dans le pays
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l’aide au développement
UNDG	Groupe de développement des Nations Unies
UNOPS	Bureau des Nations Unies pour les services d’appui aux projets
UNHCR	L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’enfance
USAID	L’Agence Américaine pour le Développement International
VIH/SIDA	Virus de l’immunodéficience humaine/Syndrome d’immunodéficience acquise
VSAT	Abréviation de very small aperture terminal
WFP	Programme Alimentaire Mondial
WHA	Assemblée mondiale de la Santé
WPRO	Bureau régional de l’OMS pour le Pacifique occidental
WR	Représentant de l’OMS

# Table des matières

## Partie 1

### VUE D'ENSEMBLE

1.1	Introduction	6
1.2	Rencontres du Réseau des unités d'appui aux pays	7
1.3	Bilan du Réseau des unités d'appui aux pays	8
1.4	Stratégies de coopération avec les pays	19
1.5	Suivi des progrès et des résultats	24
1.6	Collaboration en réseau avec d'autres unités et départements	27
1.7	Rapport sur les ressources financières	28
1.8	Défis et orientations futures	30

## Partie 2

### PARTENARIATS ET COORDINATION AU NIVEAU DES PAYS

2.1	Tableau de la situation	34
2.2	Exemples de situations nationales	36
	Albanie	36
	Bangladesh	37
	Burundi	38
	Chine	40
	Érythrée	41
	Ghana	42
	Haïti	43
	Kirghizistan	44
	Namibie	46
	Viet Nam	47

Les principaux rapports et documents figurent sur le CD-ROM.

# ACTION EN FAVEUR DES PAYS

Placer les pays au cœur de l'action de l'OMS



## NOTRE CONCEPTION

*Nous devons faire ce qu'il faut. Nous devons le faire là où il le faut. Et nous devons le faire comme il le faut. Nous mettons aujourd'hui les pays à leur juste place: au cœur de l'action de l'OMS.*

LEE Jong-wook, Directeur général, 21 juillet 2003

Partie I

**Vue d'ensemble**

## 1.1 Introduction

Le Réseau des unités d'appui aux pays (CSU) a été lancé en novembre 2003, au moment où se tenait à Genève (Suisse) la troisième réunion mondiale des Représentants et Chargés de liaison de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Sa création reposait sur le besoin de disposer d'une instance ou d'une enceinte permettant de tenir sur des questions précises des débats, dialogues et accords au sein de l'Organisation. Cette instance a permis que s'instaurent une communication et une collaboration verticales et horizontales, en rassemblant l'ensemble de l'OMS autour de la politique en faveur des pays.

Le Réseau se compose de sept éléments. Les six Régions de l'OMS possèdent chacune une unité d'appui aux pays; leur histoire et leurs aspects organisationnels et administratifs diffèrent quelque peu d'une Région à l'autre, mais elles poursuivent toutes le même but: appuyer les Bureaux de l'OMS dans les pays et leur action. Le Département Action en faveur des pays, au Siège de l'OMS, en constitue le septième élément.

Le présent rapport est le troisième de son espèce; le premier couvrait la période 2002-2003, et le deuxième l'année 2004. Ce Rapport du Réseau des CSU pour 2005 vise à donner au lecteur une vue d'ensemble des réalisations du Réseau au cours de cette année. Il fournit en outre des informations concernant:

- le degré d'avancement de la politique d'appui aux pays;
- les moyens de la renforcer encore avec le soutien de partenaires essentiels, internes et externes à l'Organisation.

Le rapport 2005 se divise en deux parties:

**La Partie I** décrit l'avancement général de l'action menée par le Réseau des CSU dans le cadre de la politique en faveur des pays, en s'attardant sur les principaux faits et résultats de 2005. On y trouvera également une situation à jour des ressources financières du Réseau, ainsi qu'un bref exposé des perspectives et orientations du futur.

**La Partie II**, centrée sur le thème des partenariats et de la coordination, brosse le tableau des tendances et expériences présentes de l'alignement et de l'harmonisation, en particulier au niveau national. Cette partie du rapport a été suscitée par le courant actuel du développement international, qui réforme les modes d'attribution de l'assistance et de l'aide internationales par le système des Nations Unies, les autres organisations multilatérales, les initiatives internationales de santé comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et la communauté des organismes bilatéraux de développement. Ces changements entraînent d'importantes conséquences pour toutes les organisations impliquées dans l'aide au développement, et l'OMS n'y fait pas exception. L'Organisation tout entière va devoir adapter sa position, au niveau mondial comme à celui des pays. Ce en quoi certains verront une menace pourra être perçu par d'autres comme une ouverture de nouveaux champs d'action. Il sera donc ici question des événements en cours au niveau des pays, et notamment de l'action de ceux qui tirent parti de ces possibilités nouvelles.

## 1.2 Rencontres du Réseau des unités d'appui aux pays

Dès sa création, le Réseau des CSU s'est fait connaître par diverses manifestations de nature, d'ampleur et d'approche diverses. La rencontre des CSU à Copenhague, en 2004<sup>1</sup>, avait pour objet global de formaliser le processus des Stratégies de coopération avec les pays (CCS): le Guide des CCS, dans sa version définitive, a été le produit concret de cette réunion. La rencontre du Caire, toujours en 2004<sup>2</sup>, était principalement consacrée à un sujet plus proche des programmes: comment utiliser la politique en faveur des pays en tant que moyen de promouvoir et de faciliter le renforcement des systèmes sanitaires au niveau national. Ces deux rencontres ont joué un rôle essentiel pour donner un élan au développement de ces deux domaines. Cette

démarche événementielle s'est poursuivie en 2005, avec deux nouvelles rencontres des CSU, l'une à Saint-Domingue (République dominicaine)<sup>3</sup> et l'autre à Montreux (Suisse)<sup>4</sup>. Sans perdre leur caractère thématique, ces deux dernières rencontres du Réseau CSU ont donné lieu à des débats et décisions portant sur un certain nombre de questions relatives au plan de travail dans le domaine d'activité *Présence de l'OMS dans les pays* (SCC). La réunion de Saint-Domingue s'est en outre penchée pour la première fois explicitement sur le rôle et les responsabilités du Réseau. Elle a ainsi permis de préciser le rôle propre que joue le Réseau dans l'élaboration d'une stratégie visant à promouvoir et à faciliter la mise en œuvre de la politique en faveur des pays.

1. The Copenhagen Report – Revisiting the country cooperation strategy. The CSU Network Meeting, 3–5 mars 2004.
2. The Cairo Report – Country focus and health systems development. The Second CSU Network Meeting, 3–5 août 2004.
3. The Santo Domingo Report – The third meeting of the Country Support Unit Network, 31 mai–2 juin 2005.
4. The Montreux Report – The fourth meeting of the Country Support Unit Network, octobre 2005.

### Troisième rencontre du Réseau des unités d'appui aux pays Saint-Domingue (République dominicaine), mai-juin 2005

À la suite des deux premières rencontres du Réseau CSU, à Copenhague et au Caire, la troisième s'est tenue à Saint-Domingue (République dominicaine) pour examiner des questions plus internes. Lors de cette rencontre, l'un des principaux débats a porté sur la définition des fonctions du Réseau et sur le rôle des différents niveaux de l'Organisation dans l'amélioration du service aux pays. Le rôle du Réseau étant considéré comme évolutif, cette rencontre a constitué l'occasion de revenir et d'insister à nouveau sur ce rôle du Réseau et de ses partenaires constitutifs, tout en le renouvelant.



### Quatrième rencontre du Réseau des unités d'appui aux pays Montreux (Suisse), octobre 2005

Cette quatrième rencontre du Réseau CSU s'est donné pour thème: *l'harmonisation et l'alignement au niveau des pays*. Ce thème a été retenu à la suite de demandes de Représentants et Chargés de liaison de l'OMS, qui souhaitaient des éclaircissements internes quant à la position de l'OMS sur les changements qui se produisent au niveau des pays par rapport à l'aide internationale au développement, à la Déclaration de Paris et à la réforme des Nations Unies.

Parmi les principaux résultats obtenus par les groupes de travail de cette réunion, on note la révision d'une proposition de stratégie du Réseau CSU visant à renforcer la capacité des équipes dans les pays à traiter les questions d'harmonisation et d'alignement à ce niveau. Une prochaine publication, *L'alignement et l'harmonisation à l'OMS: cadre d'action dans les pays*, est prévue et apportera des précisions sur l'ensemble de cette stratégie.



## 1.3 Bilan du Réseau des unités d'appui aux pays

### La discussion sur la politique en faveur des pays à la 116<sup>ème</sup> session du Conseil exécutif



Un rapport intitulé *Bureaux de l'OMS dans les pays* et action en faveur des pays a été rédigé et présenté à la 116<sup>ème</sup> session du Comité exécutif, en mai 2005. Tout en dressant l'état des lieux des six composantes de la politique en faveur des pays (voir ci-dessous), ce document tentait également de relier l'application de cette politique aux autres processus en cours dans l'Organisation afin d'améliorer le fonctionnement général du Secrétariat, en insistant sur le processus de décentralisation destiné à renforcer l'influence de l'OMS sur la santé et le développement au niveau des pays.

La politique en faveur des pays axe les opérations de l'OMS sur les besoins des États Membres au niveau national. Le succès de cette politique est lié à d'autres processus de l'OMS, et notamment à l'adaptation des ressources visant à accroître l'impact de l'Organisation sur la santé et le développement au niveau national, en aidant les pays à développer leur propre système de santé. Les six composantes qui permettent de suivre les progrès réalisés sont les suivantes:

1. **stratégies de coopération avec les pays;**
2. **compétences essentielles et capacités des équipes de pays;**
3. **soutien technique et programmatique intégré fourni par les bureaux régionaux et le Siège;**
4. **moyens d'action efficaces des bureaux de pays;**
5. **gestion du savoir et flux d'information entre les pays;**
6. **collaboration avec les organisations du système des Nations Unies et les partenaires pour le développement.**

### **MESURES À PRENDRE EN PRIORITÉ POUR RENFORCER LA POLITIQUE EN FAVEUR DES PAYS**

Les mesures à prendre en priorité pour renforcer l'impact de la politique en faveur des pays sont les suivantes:

- La stratégie de coopération avec les pays servira à entamer un dialogue stratégique sur la coopération de l'OMS avec les États Membres, et notamment l'identification des principales compétences indispensables à la coopération technique et la définition de la présence essentielle adaptée à chaque pays.
- Des critères et approches communs seront déterminés pour mettre en place et maintenir une présence essentielle dans les pays, y compris l'appui des centres collaborateurs de l'OMS, afin que les fonctions essentielles de l'Organisation soient remplies comme convenu avec les États Membres, y compris les travaux normatifs et la collaboration interpays.
- Les plan et budget uniques pour les pays seront exécutés dans le cadre du processus ordinaire de l'OMS en matière de budgétisation et de gestion afin de fournir un soutien technique intégré aux États Membres.
- Les mécanismes de responsabilisation des bureaux de l'OMS dans les pays ayant trait à la gestion des ressources, au respect des avis techniques et à la qualité du soutien technique seront améliorés.
- Un système sera conçu pour suivre les résultats de l'OMS au niveau des pays, et notamment son influence, sur le programme de santé publique, avec le concours des partenaires clés, ainsi que sa contribution aux résultats sanitaires des États Membres.

### **La riposte du Réseau des unités d'appui aux pays au séisme et au raz-de-marée en Asie du Sud**

En réaction au séisme et au raz-de-marée catastrophiques qui ont frappé l'Asie du Sud et une partie de l'Afrique le 26 décembre 2004, le Réseau des CSU a prêté son assistance aux pays affectés. Le Département Action en faveur des pays s'est pleinement engagé dans le soutien aux opérations de secours d'urgence et aux actions de reconstruction coordonnées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO) et, au Siège, par le Département Action sanitaire en situation de crise (HAC). Les Bureaux régionaux ont détaché du personnel hautement qualifié auprès des pays concernés pour des périodes considérables. Le Département Action en faveur des pays tout entier a été mis à la disposition du Département HAC dans les jours qui ont immédiatement suivi la catastrophe.

### **L'enquête mondiale sur la présence de l'OMS dans les pays**

De mars à mai 2005, le Réseau des CSU a mené une enquête mondiale sur la présence de l'OMS dans les pays, dans le cadre du groupe de travail commun de l'OMS sur la présence de l'Organisation dans les pays conduit par les directeurs de la gestion des programmes. Cette enquête visait à

rassembler des informations concernant les Bureaux et Sous-bureaux de l'OMS dans les pays; les fonctions des équipes OMS de pays; la participation aux processus nationaux du secteur santé et aux équipes des Nations Unies dans les pays; les priorités de la coopération technique de l'OMS; ainsi que les ressources humaines et les budgets. Le taux de réponses à l'enquête a atteint 100%<sup>5</sup>, et les résultats en ont été publiés dans le rapport *WHO country presence 2005* (qui figure sur le CD-ROM). Il s'agit là d'une réalisation marquante, qui dresse pour la première fois un tableau global de la présence actuelle de l'OMS dans les pays.



5. Les données ont été fournies par 144 Bureaux de l'OMS dans les pays, quatre bureaux de pays basés au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, un bureau spécial dans les Territoires palestiniens occupés, et un bureau de terrain à la frontière entre le Mexique et les États-Unis d'Amérique.

## **Permettre un meilleur fonctionnement des Bureaux OMS dans les pays en renforçant les communications**



### **Tous les Bureaux dans les pays de la Région OMS de l'Afrique sont connectés au Réseau mondial privé**

Une importante étape a été franchie en 2005 dans le domaine de l'amélioration des communications, avec l'accès de tous les Bureaux dans les pays de la Région OMS de l'Afrique au Réseau mondial privé (GPN). Par l'intermédiaire du Département Action en faveur des pays, le Réseau des unités d'appui aux pays a pleinement en-

couragé et soutenu cette initiative, menée à bien par les départements Technologies de l'information et télécommunications du Siège et du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO). Le Département Action en faveur des pays a en outre assuré le financement de l'installation du GPN dans 27 bureaux de pays.

### **EMRO: Améliorer les communications et l'échange d'informations**

Le Système de gestion de l'activité dans les pays (CAMS) a été mis sur pied pour aider les Bureaux de l'OMS dans les pays dans l'administration et la gestion de leur travail, et dans le suivi de l'application des programmes collaboratifs de l'Organisation. Ce système a été déployé dans 13 Bureaux de l'OMS, où des formations ont été organisées. Le CAMS servira au cours de la prochaine période biennale de moyen de communication et d'échange d'informations entre les Bureaux de l'OMS et le Bureau régional.

On a en outre constitué une base de données d'évaluation des bureaux dans les pays, qui permet de définir les besoins au niveau des pays.

---

## **Une nouvelle ère de communication pour la Région de l'Afrique**

Le GPN aura été installé dans 46 bureaux de l'OMS dans les pays de la Région de l'Afrique d'ici à la mi-décembre 2005, et on observe d'ores et déjà d'importantes améliorations dans la fréquence et la qualité des communications entre les Bureaux dans les pays, le Bureau régional et le Siège. Conséquence des tarifs réduits des appels internationaux passés sur le GPN, les bureaux dans les pays ne payent plus qu'un prix très inférieur à celui qu'ils devraient normalement régler à un opérateur local pour leurs appels internationaux. Le GPN permet en outre aux bureaux dans les pays d'intensifier le partage des connaissances et les échanges d'informations concernant la santé avec les autres Bureaux dans les pays et les institutions partenaires. L'efficacité des Bureaux de l'OMS dans les pays s'en trouve renforcée dans les défis concernant la santé, et notamment en cas d'urgence sanitaire. Grâce au GPN, il est désormais facile de joindre le personnel de l'OMS par téléphone, courrier électronique ou parfois vidéoconférence. De même, l'OMS peut contacter le monde entier avec facilité, et de façon plus fiable et moins coûteuse. Imagine-t-on ce que pourrait apporter le GPN s'il était élargi aux centres de santé et aux consultations des pays en développement ?

Getachew Sahlu  
Département ITT, AFRO  
novembre 2005

## Le Groupe de travail commun de l'OMS sur la «présence dans les pays»: rapport d'enquête, résultats et prochaines étapes

L'action visant à élaborer une politique actualisée sur la présence de l'OMS dans les pays constitue un processus constant et évolutif. La question a dans un premier temps été discutée avec les Directeurs de la gestion des programmes (DPM) au cours d'une réunion à Copenhague, en octobre 2004. Un groupe de travail commun de l'OMS a ensuite été constitué en janvier 2005, composé de représentants des trois niveaux de l'Organisation. Ce groupe a examiné les travaux antérieurs de l'Organisation visant à définir sa présence dans les pays, rassemblé des informations sur la présence actuelle de l'OMS dans les pays, et proposé un ensemble de critères et une démarche permettant de déterminer la présence souhaitable de l'OMS dans les pays.

À la suite de discussions réunissant le groupe de travail, le Réseau des CSU et les DPM, les activités du groupe ont été présentées en deux parties:

- La première, *Current picture of WHO country presence*, dresse pour la première fois un état des lieux mondial de la présence de l'OMS dans les pays, sur la base d'une enquête organisée par le Réseau des CSU et menée en collaboration avec tous les Bureaux de l'OMS dans les pays. Ce rapport contient en outre des renseignements sur les Représentants et Chargés de liaison de l'OMS, provenant de données extraites du Système d'information des Représentants de l'OMS. Les DPM ont jugé ce rapport extrêmement utile en ce qu'il établit une première situation mondiale, et ont recommandé que l'information soit régulièrement mise à jour et communiquée à l'ensemble de l'Organisation.
- La seconde, *A proposal on criteria and approaches for defining WHO country presence*, a fait l'objet de débats approfondis entre les DPM lors de leur réunion à Lima, en octobre 2005. Ils ont recommandé que cette proposition de politique soit développée dans un document séparé adressé aux Organes directeurs,

présentant clairement une approche institutionnelle de la présence de l'OMS dans les pays quant aux processus budgétaires, d'application et d'évaluation.

À la suite des recommandations des DPM, un sous-groupe composé de représentants de chaque région et du Siège a été constitué pour élaborer ce nouveau document; il a tenu sa première réunion en janvier 2006. Il a été convenu que le document de politique devrait être stratégique, concis, prescriptif, et favorable à une plus grande uniformité dans l'approche proposée pour définir la présence de l'OMS dans les pays. Le document sera axé d'une part sur des questions d'actualité (comme l'harmonisation et l'alignement, la réforme des Nations Unies, les mécanismes de financement, le système de gestion basé sur les résultats, le plan stratégique à moyen terme et le programme de travail général), et d'autre part sur des questions spécifiques à la présence dans les pays (comme la composition de cette présence, et les modalités de sa définition par rapport aux CCS et à l'approche basée sur les besoins, à la diversité régionale, aux objectifs stratégiques à moyen terme, et au budget programme).

Ce sous-groupe adopte pour ses travaux un fonctionnement très participatif et ouvert. Des partenaires et d'autres organisations ont participé à des groupes spéciaux organisés au Siège et dans les Bureaux régionaux. Un document définitif sera présenté à la 119<sup>e</sup> session du Conseil exécutif, en janvier 2007.



## Réalisations régionales des unités d'appui aux pays

### De Nairobi à Maputo: le renforcement des capacités des Bureaux OMS dans les pays pour améliorer l'appui aux États Membres

Compte tenu des enseignements du «processus de Nairobi»<sup>6</sup>, en 2005, le nouveau Directeur régional pour l'Afrique a décidé de lancer un programme de réorganisation de **toutes** les équipes de l'Organisation dans la Région OMS de l'Afrique (soit 46 Bureaux), en commençant par réunir trois séminaires à Accra, Brazzaville et Nairobi, en vue de fournir aux Représentants de l'OMS et à leurs Chargés d'administration les compétences et connaissances requises. Les participants

(HRS) d'AFRO et du Siège.

En mai 2005, le Directeur régional pour l'Afrique et les directions de trois Groupes de l'OMS (Bases factuelles et information à l'appui des politiques, Santé familiale et communautaire, Administration) ont décidé d'organiser pour 2006-2007 un exercice de planification conjoint Pays/Région/Siège dans 13 pays africains (**Angola, Congo, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie**). Il s'est déroulé à Maputo (Mozambique) les 31 août et 1er septembre 2005, avec pour but d'améliorer l'information en retour fournie par le Bureau régional. *L'objectif général* de cette réunion consistait à élaborer une stratégie institutionnelle intégrée aux trois niveaux de l'Organisation dans son appui aux pays, dans le but de promouvoir la couverture et l'accès universels par le renforcement des capacités de l'OMS dans les pays, de soutenir le développement des systèmes nationaux de santé, et de renforcer les interventions essentielles. Les objectifs spécifiques consistaient à trouver une conception commune de la couverture et de l'accès universels et du rôle de l'OMS dans leur réalisation, ainsi qu'à adopter les priorités déterminées par les 13 pays au cours de la période biennale 2006-2007, faisant l'objet d'un soutien d'AFRO et du Siège.

Désormais appelé «processus de Maputo», ce processus se poursuit aujourd'hui avec la création de groupes de travail mixtes AFRO-Siège, consacrés à des thèmes comme les questions de gestion, la présence de l'OMS dans les pays, ou l'assistance technique et la couverture universelle. L'expérience des groupes de travail s'est avérée extrêmement payante, en suscitant un intérêt marqué de la part des Bureaux dans les pays, du Bureau régional et du Siège. En entretenant le dialogue à chaque niveau de l'Organisation et entre eux, le «processus de Maputo» s'est imposé comme mode de travail innovant pour améliorer l'état de santé dans la Région de l'Afrique.



y étaient guidés au long du processus de réorganisation de leurs équipes de pays, pour leur permettre de travailler sur l'ensemble des programmes en se concentrant sur les priorités adoptées dans les CCS. Les Représentants pouvaient dès lors mettre leurs équipes au courant, et planifier le processus de réorganisation. La CSU/AFRO et le Département Action en faveur des pays au Siège ont apporté leur plein concours à cet exercice, en étroite collaboration avec les Départements Ressources humaines

6. On trouvera davantage de précisions in *WHO support to countries for scaling up essential interventions towards universal coverage in Africa: The Maputo Report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

---

## **L'état des expériences de réorganisation des Bureaux dans les pays de la Région de l'Afrique: vers de nouveaux modes de travail au niveau des pays**

Depuis que s'est déroulée en juillet-août 2005 la série de trois séminaires de réorganisation, plus de 25 Bureaux dans les pays ont fourni à leur personnel une information complète à l'occasion de retraites et de réunions à ce propos. La plupart de ces pays ont d'ores et déjà émis de nouvelles propositions de changements structurels de nature à renforcer la cohésion et l'intégration en vue de faciliter l'exécution du programme de coopération technique. La collaboration entre niveaux et domaines d'activité est elle aussi plus prononcée que jamais auparavant. Les documents de CCS sont largement accessibles sur le site Web de l'OMS et sur l'intranet. Il s'agit manifestement là d'étapes majeures pour la Région, conformément à l'esprit du processus de Nairobi et de l'initiative de Maputo qui s'en est suivie.

### **Ghana**

Le Bureau de l'OMS dans le pays s'organise en cinq Groupes, dont le personnel se réunit à intervalles réguliers pour discuter des divers domaines d'activité. Ce processus, qui met en avant le partage d'informations, la planification conjointe et l'esprit d'équipe, permet d'assurer un appui coordonné et d'éviter les doubles emplois. En outre, diverses catégories de personnels ont bénéficié de programmes de formation destinés à renforcer leur capacité d'améliorer la qualité du travail accompli. Ces programmes comprennent une formation à la planification et à la gestion des projets, des cours de français, la gestion des fichiers et l'administration des archives, et la gestion des transports et la conduite préventive.

### **Kenya**

Le Bureau de l'OMS dans le pays s'organise en trois Groupes, sur la base des domaines d'activité en rapport et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La planification du déroulement des activités mixtes est permanente, et s'accompagne d'un processus de suivi conjoint pour lequel les Groupes ont élaboré une batterie de rapports techniques qui sont communiqués au cours de réunions techniques bihebdomadaires. Le Bureau de l'OMS dans le pays a également amélioré le partage des ressources disponibles, en ceci qu'en cas de manque de fonds dans un domaine pour une activité donnée, des ressources peuvent être prélevées dans d'autres domaines d'activité après accord du Représentant dans le pays et du point focal.

### **Seychelles**

Un dispositif de planification très efficace réunit actuellement le Bureau de liaison de l'OMS, le ministère de la santé, ainsi que les services sociaux et autres partenaires. Des réunions ont lieu à intervalles réguliers au plus haut niveau du ministère pour faire le point sur les obstacles rencontrés et définir les moyens de les surmonter. Le risque de doubles emplois est donc faible, voire inexistant. Un exemple récent de collaboration entre l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) est celui d'une évaluation de matériels pédagogiques sur le VIH/SIDA et de la préparation d'un Colloque de l'Océan Indien sur le VIH/SIDA qui s'est tenu en novembre 2005.

### **Swaziland**

Lors d'une retraite du personnel, en septembre 2005, l'équipe de l'OMS dans le pays a noté que la Stratégie de coopération avec le pays accordait une priorité marquée à une «approche par les maladies» des problèmes de santé. On a avancé qu'il serait nécessaire de créer un milieu favorable, dans lequel la population serait en mesure de prendre en charge sa propre santé; de renforcer les systèmes de santé, en levant les contraintes structurelles, de gestion et de ressources humaines qui s'opposent à la santé; et de consacrer des efforts supplémentaires à la promotion de la santé. Abordant la question d'un mode de travail amélioré et plus stratégique, l'équipe a étudié les moyens de focaliser davantage les plans de travail 2006-2007, en resserrant le nombre des domaines d'activité afin de parvenir à une approche plus stratégique.

---

## L'action de mobilisation des ressources menée par le Réseau des unités d'appui aux pays dans les cinq pays prioritaires de l'Organisation panaméricaine de la Santé/ Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS)

### Généralités

L'action de mobilisation recouvre les domaines suivants:

- élaboration par la CSU et présentation au Département de l'OMS Action en faveur des pays d'une proposition de mobilisation de ressources en faveur des cinq pays prioritaires (Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua). Cette proposition, financée, visait à appuyer l'élaboration des CCS, à affecter des Chargés de programme, et à améliorer la connectivité en Guyana et Haïti;
- affectation de conseillers techniques à l'initiative «3 millions d'ici 2005» sur le VIH/SIDA en Guyana et Haïti;
- aide à l'élaboration de propositions au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme en Guyana et Haïti;
- élaboration et présentation de propositions au partenariat Commission européenne/OMS, en matière de santé et développement, de grossesse à moindre risque, d'alerte et de riposte aux épidémies, et d'appui à la coopération avec les pays en Guyana et Haïti.
- Participation active à l'ONUSIDA (groupe thématique du système des Nations Unies sur le VIH/SIDA en Bolivie), et notamment à la stratégie «3 millions d'ici 2005».
- Des fonds ont été apportés par l'Agence suédoise de développement international (SIDA) pour promouvoir l'extension de la protection sociale en matière de santé.
- À la demande du ministère de la santé et des sports, et sur un financement des pays nordiques, l'OPS/OMS fournit une assistance technique pour l'acquisition d'équipements médicaux destinés aux campagnes de vaccination, ainsi que de véhicules (ambulances).
- Grâce à des fonds français, l'OPS/OMS appuie le ministère de la santé et des sports dans l'organisation et le fonctionnement de laboratoires d'entomologie.
- À l'aide de fonds brésiliens et par l'intermédiaire des Bureaux de l'OPS/OMS en Bolivie et au Brésil, le programme de lutte contre le VIH/SIDA en Bolivie bénéficie d'une coopération technique portant notamment sur le traitement antirétroviral et le don de médicaments.



### Bolivie

- Les fonds du projet de budget programme régulier de l'OPS/OMS pour la période biennale 2004-2005 s'élevaient à US\$ 3 000 000. Les fonds extrabudgétaires pour la même période atteignaient US\$ 2 500 000. Les fonds extrabudgétaires correspondent à 80% du budget ordinaire.
- Des fonds extrabudgétaires sont octroyés par la Banque interaméricaine de développement (Renforcement de la surveillance épidémiologique et lutte contre la maladie de Chagas).
- Le Département du Royaume-Uni pour le Développement International (DFID) octoie des ressources à la prévention et à la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose.

### Guyana

- OMS: renforcement des capacités techniques en épidémiologie, gestion des programmes, santé de la mère et de l'enfant, VIH/SIDA (avec accent sur l'initiative «3 millions d'ici 2005»), et lutte contre le paludisme (par l'affectation d'un conseiller Faire reculer le paludisme);
- Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de la proposition au Fonds mondial;
- Coopération technique avec les pays (TCC): prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (IMCI) et VIH/SIDA, entre autres domaines;
- Service d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO), gouvernement des États-Unis d'Amérique et DFID: riposte aux catastrophes.

**La politique en faveur des pays et le programme de travail général**

Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental (WPRO) a organisé en septembre 2005, à Bangkok (Thaïlande), une consultation birégionale sur le 11ème programme de travail général, visant à recueillir les réactions des partenaires basés en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental au contenu de ce projet et au processus de préparation du document. La réunion a été financée par le ministère de la santé et des affaires sociales du gouvernement suédois; organisée dans le cadre d'un large processus consultatif actuellement mené auprès des pays et des partenaires, elle a constitué un très bel exemple de réussite en matière de collaboration interrégionale.

Quarante-deux personnes ont assisté à cette réunion, dont 14 représentants des partenaires de la Région du Pacifique occidental et 17 de la Région de l'Asie du Sud-Est. Les participants y ont été invités en respectant un équilibre dans la répartition géographique et entre les disciplines.

Si l'importance pour l'OMS d'établir un programme de travail général a recueilli un assentiment général, les participants ont souligné la nécessité d'une approche plus spécifique aux pays, en particulier pour aborder les besoins des groupes marginalisés. L'analyse présentée dans le document actuel a été jugée solide, mais on a estimé que l'exposé des actions futures devrait être renforcé. Les conclusions de la consultation ont été incorporées au projet de 11ème programme de travail général présenté au Conseil exécutif en janvier 2006.

**SEARO: des Journées nationales pour élaborer les plans d'action de l'OMS dans les pays**

Une série de journées nationales ont été organisées, auxquelles ont participé des représentants des ministères de la santé concernés et de tous les niveaux de l'OMS.

Ces journées nationales visent à favoriser:

- une planification conjointe entre les différents niveaux de l'OMS et le ministère de la santé concerné, afin de garantir que

les plans d'action dans les pays soient basés sur leurs besoins;

- une meilleure connaissance de ces besoins aux niveaux des Régions et du Siège, et leur engagement à cet égard.

Tous les niveaux ont par la suite vivement recommandé d'organiser des «journées nationales» non seulement pour la planification des programmes, mais aussi à des fins de suivi.

**SEARO: des délégations de pouvoirs accrues en faveur des Bureaux dans les pays**

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est a délégué aux Bureaux dans les pays des pouvoirs accrues. Les Représentants de l'OMS dans les pays peuvent désormais approuver des contrats plus importants, délivrer des autorisations de déplacements internationaux, et recruter du personnel professionnel à court terme. Cette décision a permis aux Bureaux dans les pays d'agir plus rapidement pour répondre aux besoins des pays, et de réduire les procédures administratives. Lors de l'évaluation des effets de ces changements, il a été observé que cet accroissement des pouvoirs devrait s'accompagner de mesures de soutien et de renforcement des Bureaux dans les pays. Ceux-ci ont par exemple besoin de meilleurs fichiers de consultants à court terme, et de formations aux procédures administratives pour assurer la conformité avec celles de l'Organisation. La délégation renforcée a en outre contribué à recentrer le rôle des Conseillers régionaux sur des tâches plus techniques (appui et suivi) en allégeant leur implication dans les autorisations administratives. De nouveaux travaux restent nécessaires pour améliorer les capacités des Bureaux dans les pays et les fonctions d'appui du Bureau régional, ainsi que pour renforcer la responsabilité et les aptitudes des Bureaux dans les pays afin de mieux évaluer leur fonctionnement.

**EURO: une stratégie par pays pour le renforcement des systèmes de santé**

L'élaboration de la «phase suivante de la stratégie par pays d'EURO pour le renforcement des systèmes de santé» représente un important pas en avant dans la capacité d'appuyer les États Membres d'une manière globale, liant assistance technique, action dans les pays et mesures concernant les systèmes de santé. La stratégie a été présentée à la 55ème session du Comité régional, et l'Initiative sur les systèmes de santé a été lancée. Une conférence ministérielle sur l'amélioration de l'administration générale des systèmes de santé est également prévue pour 2008.

**EMRO: le renforcement de la présence de l'OMS au niveau des pays**

Des efforts considérables ont été consentis en matière de renforcement de la présence de l'OMS dans les pays dans la Région de la Méditerranée orientale, à la suite de l'achèvement des documents de CCS et des résultats observés de leur application. Ils ont porté notamment sur le recrutement de Chargés de programme nationaux pour renforcer l'appui aux systèmes de santé dans les pays, le recrutement de Chargés d'administration internationaux pour améliorer la gestion des services d'appui, la construction, l'extension et la modernisation de locaux et d'installations, le recrutement de personnel informaticien, et l'amélioration des équipements GPN, VSAT<sup>7</sup> et de télécommunications dans bon nombre de pays de la Région.



La Division de l'appui aux pays (EURO)

**EURO: un renforcement de la présence dans les pays pour améliorer les opérations au niveau national**

Le renforcement de la présence de l'OMS dans les pays a permis de gérer et d'administrer plus efficacement les opérations à ce niveau. Des mesures importantes ont été prises aux niveaux de la Région et des pays pour faciliter les actions dans les pays. Il en est résulté une amélioration des dispositions contractuelles dans les Bureaux de pays. On a en outre accordé une attention particulière à la formation des équipes de pays en matière de gestion des opérations dans les pays et des systèmes de santé.

7. Abréviation de *very small aperture terminal*, station terrestre employée dans les communications par satellite de données et de signaux vocaux et vidéo, à l'exclusion de la télédiffusion.

## La communication sur la politique de l'OMS en faveur des pays

L'action en faveur des pays est une politique de l'Organisation qui consiste à mieux servir les pays en fonction de leurs besoins. Ce sens n'apparaît cependant pas toujours clairement au sein du Secrétariat, ni chez ses partenaires. Des entretiens avec des fonctionnaires des trois niveaux de l'OMS ont confirmé un manque de perception claire de ce qu'entraîne l'action en faveur des pays. La question de l'élaboration d'une stratégie de communication a fait l'objet de discussions approfondies lors des deux rencontres du Réseau des CSU en 2005. Cette stratégie a été définie en 2005, à l'aide de compétences fournies par l'unité de communication de l'OPS/OMS.

Si la stratégie reconnaît l'importance de communiquer des messages sur la politique en question, il est tout aussi important, voire davantage, d'illustrer les *aspects appliqués* de la politique en faveur des pays, pour parvenir à une conception commune et susciter l'adhésion et la prise en charge.

On évoquera ainsi des exemples de changements concrets intervenus depuis la mise en place de cette politique, en en considérant les composantes suivantes:

- **stratégies OMS de coopération avec les pays** – évaluation des besoins des pays et définition d'axes stratégiques;
- **planification conjointe et élaboration d'Un plan et d'Un budget par pays** reflétant l'appui et les contributions de tous les niveaux de l'OMS aux pays;
- **documents et principes normatifs** répondant aux besoins et prescriptions au niveau des pays;
- **présence de l'OMS dans les pays** suffisante pour assurer une capacité opérationnelle appropriée, avec le soutien de tous les niveaux de l'OMS;
- coordination et collaboration avec les **organismes des Nations Unies** et les **partenaires du développement** au niveau des pays;
- **information et gestion des connaissances** concernant les pays.

### En bref, en 2005...

...une séance sur «L'action en faveur des pays en pratique: le cas du Guyana» s'est tenue lors de l'Assemblée mondiale de la Santé 2005. Cette réunion, à laquelle ont participé le ministre de la santé du Guyana et les principaux partenaires de l'OMS, a fourni une excellente occasion de faire connaître le programme stratégique de l'OPS/OMS en Guyana, les réalisations et les enseignements tirés, et d'inviter les partenaires à un effort collectif visant à améliorer l'état de santé de la population de ce pays, en s'alignant sur les priorités nationales.

...une courte **vidéo sur l'action en faveur des pays** a été produite afin d'illustrer le sens de la politique de l'OMS en faveur des pays. Elle est projetée lors de réunions et dans les séminaires d'accueil des nouveaux personnels.

...un **séminaire-déjeuner sur l'action en faveur des pays** a eu lieu à Genève le 6 octobre 2005, dans le cadre de l'élaboration du 11<sup>e</sup> programme de travail général de l'OMS. Ce séminaire, qui a réuni des fonctionnaires de l'OMS et des partenaires extérieurs, a également vu le lancement de la vidéo sur l'action en faveur des pays.



---

### **Activités et produits à venir:**

**Un portail du Réseau des unités d'appui aux pays est en construction et sera en fonction d'ici à la mi-2006.** Il s'agira d'un espace virtuel de travail en collaboration, conçu et développé en étroite concertation avec l'unité de planification, de suivi et d'évaluation des programmes (PME) d'EMRO. Ce portail donnera accès à des informations utiles, telles que les CCS et leurs documents de base, un livre de bord des visites des Représentants et Chargés de liaison de l'OMS au Siège, des données concernant la présence de l'OMS dans les pays, des liens vers les sites Web existants des Bureaux dans les pays, une base de données des Représentants et Chargés de liaison, des rapports et analyses de situation, la documentation d'entrée en service des Représentants, et des présentations PowerPoint™ pertinentes.

**La vidéo sur l'action en faveur des pays**, en cours de modification, sera complétée d'entretiens avec de hauts responsables des pays et de la direction de l'OMS.

### **Trois types particuliers de produits seront élaborés en relation avec les CCS:**

— **Une feuille de questions-réponses.**

— Des résumés des CCS faisant ressortir pour chaque pays les principaux problèmes de santé et de développement, ainsi que le programme stratégique de l'OMS.

— **Les meilleures pratiques de conception et d'utilisation des CCS.** Les sujets concernant l'utilisation des CCS comprennent: communiquer (promouvoir) le programme stratégique de l'OMS dans un pays donné; mobiliser des ressources et des appuis pour ce programme stratégique à l'intérieur et à l'extérieur de l'OMS; guider la planification de l'action de l'OMS; renforcer la présence de l'OMS dans les pays/guider la réorganisation des Bureaux dans les pays; articuler le programme de l'OMS avec d'autres intervenants au niveau des pays – mettre en avant les CCS en tant qu'instrument essentiel pour l'harmonisation et l'alignement (documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP), approches sectorielles (SWAp), Bilans communs de pays (CCA)/Cadre d'aide au développement des Nations Unies (UNDAF)).

Il est prévu que certains de ces produits soient présentés à l'une des réunions d'information techniques parallèles organisées pendant l'Assemblée mondiale de la Santé 2006, à laquelle assisteront certains ministres de la santé, partenaires et fonctionnaires de l'OMS.

## 1.4 Stratégies de coopération avec les pays<sup>8</sup>

Depuis 2000, quelque 130 stratégies OMS de coopération avec les pays ont été formulées avec les États Membres.

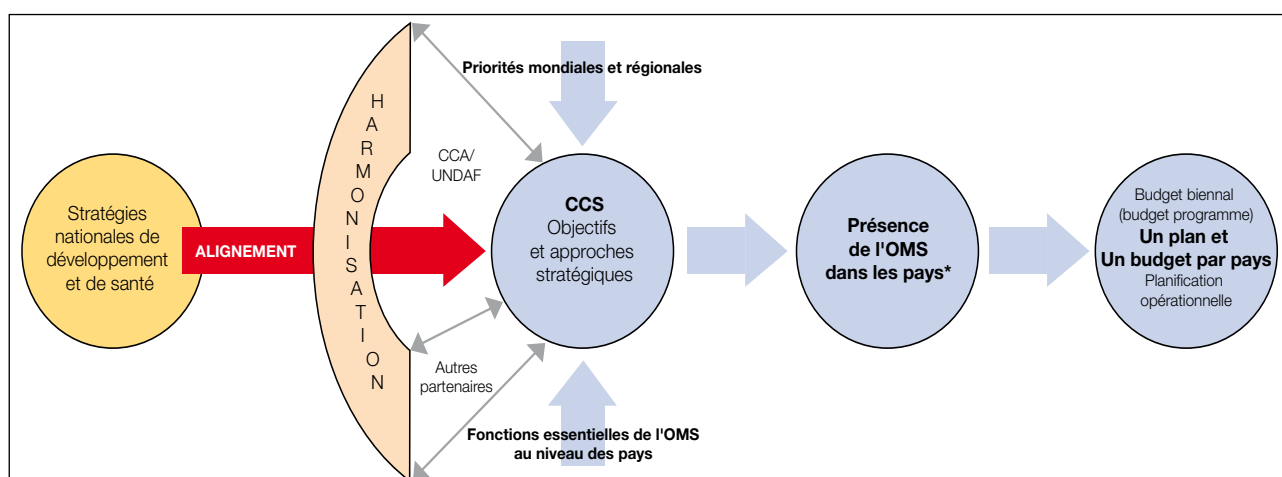
En 2005, des CCS étaient en cours d'élaboration dans les pays suivants: Afrique du Sud (Région OMS de l'Afrique); Colombie, El Salvador, Guatemala, Honduras, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay (Région OMS des Amériques); Afghanistan, Bahreïn, Iraq et Territoires palestiniens occupés (Région OMS de la Méditerranée orientale); et dans 15 pays couverts par le Bureau OMS pour le Pacifique Sud, les Philippines et la Papouasie-Nouvelle-Guinée. En outre, la CCS a été réexaminée en Malaisie (Région OMS du Pacifique occidental). Celle du Sri Lanka a également été réexaminée, et un processus d'élaboration a débuté en Inde et en Indonésie (Région OMS de l'Asie du Sud-Est).

Divers signes montrent clairement que la CCS est désormais largement reconnue par les États Membres et l'OMS comme le prin-

cipal instrument pour établir le programme stratégique à moyen terme de l'OMS au niveau des pays (voir Figure 1). Il s'agit pour l'OMS d'un moyen de s'*aligner* sur les plans et stratégies de santé et de développement des pays (comme les stratégies de réduction de la pauvreté ou les SWAp), et d'*harmoniser* sa coopération avec l'action des organismes des Nations Unies et des autres partenaires du développement.

Il est cependant encore possible d'améliorer la qualité tant du processus que du document, et d'adapter la CCS à un contexte mouvant. Si le «guide» des CCS publié par l'OMS au début de 2005 est utilisé et apprécié, d'autres indications seront nécessaires pour relever les nouveaux défis. Le guide sera donc progressivement complété de mises à jour concernant des stratégies particulières de l'OMS, qui relieront le programme stratégique de l'Organisation à sa présence dans les pays et ajouteront aux CCS une composante de communication. Les stratégies de coopération avec les pays entrent ainsi dans leur «deuxième génération».

**Figure 1: Les stratégies de coopération avec les pays (CCS) en tant qu'instrument essentiel d'harmonisation et d'alignement, et que contribution au processus de planification**



8. Le CCA (Bilan commun de pays des Nations Unies) est une analyse des principales causes de la pauvreté dans un pays programme des Nations Unies, qui constitue un instrument essentiel pour élaborer des processus unifiés au niveau de toute l'équipe des Nations Unies dans le pays. Ce bilan définit les domaines prioritaires dans lesquels les Nations Unies peuvent collectivement jouer un rôle déterminant, et satisfait aux priorités nationales. L'UNDAF (Cadre d'aide au développement des Nations Unies) est le cadre stratégique commun dans lequel s'inscrivent les activités opérationnelles des Nations Unies dans un pays donné.

\* La présence de l'OMS dans les pays désigne les Bureaux de l'OMS dans les pays ou les centres collaborateurs/institutions nationales et le soutien qu'ils reçoivent des différents niveaux du Secrétariat, ainsi que la contribution qu'ils apportent à l'établissement des priorités et programmes aux niveaux régional et mondial.

**Une conférence des donateurs basée sur la stratégie de coopération avec les pays pour les opérations de l'OMS dans les Territoires palestiniens occupés**



Le 22 octobre 2005, l'OMS Rive occidentale et Gaza a organisé une conférence des donateurs pour les opérations de l'Organisation dans les Territoires palestiniens occupés, où a été présentée et discutée la nouvelle CCS 2006-2008 applicable aux Territoires. Cette réunion a eu lieu à Jérusalem, en présence du ministre palestinien de la santé, du ministre délégué et d'un repré-

sentant du ministère de la planification. Les principaux donateurs du secteur santé ont également assisté à la réunion, parmi lesquels des représentants de l'Agence pour le développement international des États-Unis d'Amérique, de l'Agence espagnole de coopération internationale, de la Coopération italienne au développement, de la Commission européenne, du Bureau de représentation irlandais, du Consulat de France, du Consulat de Suède et de la Banque mondiale. Les organismes des Nations Unies suivants étaient également représentés: Office des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans

le Proche-Orient (UNRWA) et Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), ainsi que le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et certaines organisations internationales non gouvernementales actives dans le secteur de la santé.

**Le processus d'extension des stratégies de coopération avec les pays à l'AMRO/OPS**

Parmi les pays proposés comme nouveaux candidats au processus des CCS dans la Région des Amériques, on compte aujourd'hui le Canada et Cuba. Ce processus est reconnu comme une occasion unique de déterminer les avantages comparés de l'OPS/OMS au niveau des pays et de les relier au cadre stratégique de l'Organisation, notamment au «programme inachevé». On a remarqué dans le processus des CCS de nombreux «effets secondaires» positifs, en dehors de la formulation elle-même du programme stratégique de l'OMS dans le pays. La CCS est considérée dans la Région comme un excellent instrument de mobilisation des ressources. Il est toutefois nécessaire d'en expliquer davantage encore le processus, d'en articuler les lignes directrices mondiales et régionales, et de faire largement connaître celles-ci, à la fois en anglais et en espagnol. Il convient d'en souligner le lien avec le processus de planification, ainsi que les relations directes avec les CCA/UNDAF et avec les processus nationaux de santé et de développement. Les CCS devraient guider le cadre stratégique AMRO/OPS 2008-2013, et doivent donc être soutenues par tous les niveaux du Secrétariat afin de parvenir progressivement au plan et au budget uniques au niveau des pays.

**EMRO: une analyse régionale de la stratégie de coopération avec les pays**

En 2004-2005, les documents de CCS ont été achevés pour 17 des 21 pays de la Région de la Méditerranée orientale. Conduit par les Représentants de l'OMS, le processus de préparation de ces documents a bénéficié d'une participation intense et active des Conseillers et Directeurs du Bureau régional ainsi que des membres du Département Action en faveur des pays, au Siège. Ces documents ont servi de base à la préparation des missions conjointes d'examen et de planification des programmes pour 2006-2007. Des évaluations du processus et des résultats des documents de CCS ont été menées avec l'appui d'un consultant extérieur, et leurs conclusions formeront la base d'une consultation régionale au cours de la nouvelle période biennale, visant à améliorer les outils et la méthodologie de préparation en vue de la deuxième génération des CCS dans la Région.

### **WPRO: une collaboration interrégionale pour l'élaboration d'une CCS multipays**

La CCS pour les 15 pays et territoires insulaires couverts par le Représentant de l'OMS pour le Pacifique Sud a été mise au point en collaboration avec l'OPS/OMS, en un processus multipays comparable à celui de la stratégie de coopération sous-régionale pour la Barbade et les pays de l'Organisation des États des Caraïbes orientales, dans la Région OMS des Amériques.

La CCS articule de façon cohérente une vision, une mission et des principes opérationnels pour l'ensemble de l'OMS: le Siège, le Bureau régional et le Bureau sous-régional implanté à Suva (Fidji), avec quatre Bureaux de liaison à Kiribati, dans les Îles Salomon, à Tonga et à Vanuatu. La CCS se fonde sur une évaluation précise des problèmes de développement et des besoins sanitaires dans les 15 pays et territoires du Pacifique. Elle représente un compromis entre les priorités nationales et les orientations et priorités stratégiques régionales et mondiales de l'OMS. Elle constitue un cadre pour la coopération de l'OMS dans et avec les pays concernés, et souligne ce que l'OMS entend accomplir, comment et avec qui.

C'était un pari ambitieux que d'élaborer une stratégie unique pour un groupe de pays très divers, qui en sont à des stades de développement différents et possèdent des systèmes de santé différents, du fait de leurs liens passés et présents avec le Commonwealth, la France et les États-Unis d'Amérique. L'une des difficultés a été de recueillir des données fiables sur la santé et les déterminants de la santé dans des pays aux faibles populations et aux systèmes de santé fragiles. Le personnel d'AMRO a participé à la préparation de la CCS, et cette collaboration a renforcé et enrichi le processus de formulation.

### **Le programme stratégique à moyen terme de l'OMS en Papouasie-Nouvelle-Guinée**

Le programme stratégique de l'OMS en Papouasie-Nouvelle-Guinée, tel qu'il a été formulé dans le cadre du processus de CCS, s'articule suivant trois axes principaux:

- *Une collaboration renforcée pour réduire à un minimum les principales causes de morbidité et de mortalité.* L'OMS entend notamment renforcer son appui à la réduction de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme, à la tuberculose et au VIH/SIDA, et au traitement efficace des problèmes de santé de la mère et de l'enfant.
- *Un développement des systèmes de santé centré sur les districts.* Il s'agit là d'une priorité majeure du gouvernement, ainsi que d'un axe du soutien des autres organismes et partenaires. L'action de l'OMS se concentrera sur l'analyse systématique de moyens innovants pour renforcer les capacités des districts et la prestation efficace des services.
- *Un soutien à l'administration générale nationale et à l'établissement de partenariats.* L'OMS appuiera les dispositifs visant à suivre le fonctionnement général du système de santé et les progrès de la Papouasie-Nouvelle-Guinée vers ses objectifs sanitaires déclarés, avec un accent particulier sur la réduction de la pauvreté.



## **Les stratégies de coopération avec les pays: application, enseignements et perspectives dans la Région de l'Afrique**

### **Rapport du Directeur régional à la Cinquante-cinquième session du Comité régional pour l'Afrique**

Un rapport sur le suivi des orientations données à la 51<sup>ème</sup> session du Comité régional pour l'Afrique visant à élaborer des CCS dans la totalité des 46 États Membres a été présenté à Maputo (Mozambique) en août 2005, à la 55<sup>ème</sup> session du Comité régional. Ce rapport mettait en évidence l'intérêt exceptionnel porté par les États Membres au processus des CCS, son évolution présente, ses enseignements, et les perspectives pour en obtenir le maximum de bénéfices.

#### **Difficultés**

Au chapitre des difficultés à surmonter, on peut mentionner la nécessité de disposer de capacités pour transformer les stratégies en actions méthodiques permettant d'améliorer le fonctionnement et l'état de santé au niveau national; le maintien de la reconnaissance de la CCS comme base de planification, de la définition des résultats attendus et de l'allocation des ressources, compte tenu des nombreux autres intérêts en jeu; une coordination efficace des nombreuses activités, acteurs et programmes du secteur santé, tenant compte en particulier des SWAp, des DSRP et des plans sanitaires nationaux; une intégration pragmatique des programmes verticaux au système sanitaire national, pour parvenir à des prestations de santé cohérentes et obtenir de meilleurs résultats; l'autorité technique de l'OMS au niveau des pays, face à la baisse des ressources budgétaires ordinaires qui financent les activités essentielles en faveur des pays; l'application des CCS au niveau régional, et notamment l'alignement des structures organisationnelles du pays et des Bureaux régionaux afin de refléter les réorientations de programmes définies; la pleine intégration

des CCS au système de décision de l'OMS, et la décentralisation effective des ressources au profit des Bureaux dans les pays; et l'adéquation des systèmes de décision de l'OMS aux demandes de réforme des Nations Unies, spécialement à l'égard des activités conjointes menées en collaboration entre les organismes des Nations Unies et l'équipe de pays.

#### **Perspectives**

Diverses possibilités existent, qui pourraient être exploitées pour tirer le meilleur parti possible des CCS et améliorer les services rendus par l'OMS aux pays de la Région de l'Afrique: la pression active de la part des États Membres pour le renforcement des



systèmes de santé nationaux; la réévaluation de la contribution des programmes de santé verticaux au développement durable de la santé; l'adoption d'une approche systémique de l'exécution des programmes de santé; et le changement des modalités de financement des programmes au niveau des pays, avec un plus grand nombre de donateurs qui s'orientent vers les SWAp et l'aide budgétaire directe.

Les CCS ont été à l'origine des «processus de Nairobi et Maputo» précédemment évoqués.

### Principaux enseignements

- Les consultations approfondies avec des groupes divers et l'échange d'informations au niveau des pays ont joué un rôle essentiel dans le succès de la mise en œuvre des CCS. La participation active des représentants du ministère de la santé a notamment assuré tant la cohérence que l'alignement entre les priorités et orientations des pays et de l'OMS.
- L'implication de tous les membres des Bureaux de l'OMS dans les pays dans l'intégralité du processus de CCS a amélioré la qualité de ce dernier tout en renforçant son appropriation par les intéressés. La consultation et la collaboration constantes entre les trois niveaux de l'Organisation ont renforcé le sentiment d'«une seule OMS» et valorisé le processus de formulation.
- Le manque de coordination dans la planification entre les trois niveaux de l'Organisation et entre les programmes a abouti à des doubles emplois et à des inconséquences au niveau des pays. Les Groupes et divisions techniques du Siège et le Bureau régional doivent collaborer afin d'assurer un appui interdépartemental conjoint aux Groupes dans les pays et de les rendre fonctionnels.
- Pour obtenir des effets plus importants sur la santé, il est essentiel de promouvoir un système de prestation de soins plus intégré et une coordination efficace entre les acteurs de la santé.
- En parallèle aux négociations que poursuit l'OMS avec ses partenaires en vue d'intervenir en tant que leur organisme d'exécution au niveau des pays, il convient de mettre en place des systèmes de soutien correspondants afin de renforcer la capacité des Bureaux dans les pays à suivre les opérations, à en assurer la transparence, et à faire preuve d'une plus grande compétence que les autres organismes en matière de santé.
- En dépit de la détermination explicite actuelle de la direction de placer les pays au cœur de l'action de l'OMS, il reste nécessaire d'insister en permanence auprès des programmes pour que les CCS soient entièrement intégrées aux processus de décision de l'OMS.



## 1.5 Suivi des progrès et des résultats

Le Département Action en faveur des pays (CCO) a assuré le suivi des progrès accomplis à ce jour sur les recommandations émises par la Troisième réunion mondiale des Représentants et Chargés de liaison de l'OMS en novembre 2003. En novembre 2005, un rapport succinct indiquait qu'à cette date 17% de ces recommandations avaient été entièrement appliquées, et que des progrès considérables avaient par ailleurs été enregistrés dans 75% des cas.

### Principales recommandations

### Progrès accomplis

L'importance pour tous les pays de disposer d'une CCS liée à un programme de travail et à un budget uniques fait l'objet d'un consensus fort.

La plupart des Régions ont commencé à utiliser la CCS comme base pour planifier les activités dans les pays et l'affectation des ressources; toutefois, la traduction de la CCS en «un plan et un budget de l'OMS par pays», appuyés par les trois niveaux de l'Organisation, reste à réaliser, en raison de certains problèmes liés à un manque d'alignement interne et à la structure de planification globale. On voit cependant un exemple d'avancée important dans le processus de Maputo, qui consiste à étendre les interventions essentielles en vue d'une couverture et d'un accès universels en Afrique. Lors d'une réunion marquante tenue à Maputo (Mozambique) du 31 août au 1er septembre 2005, il a été convenu d'entreprendre une planification commune aux trois niveaux de l'OMS pour 13 pays africains, dans un premier essai de créer une approche intégrée et cohérente de la planification conjointe, et ce dans le cadre d'une extension des interventions essentielles en vue d'une couverture et d'un accès universels aux soins dans ces pays. Il s'agit manifestement là d'une étape majeure vers un nouveau mode de fonctionnement au sein de l'Organisation.

Il est essentiel d'accroître les délégations de pouvoirs en faveur des Représentants et Chargés de liaison de l'OMS.

Le Bureau du contrôleur (CBF), au Siège, examine actuellement les délégations de pouvoirs en matière de programmes et de finances, en collaboration avec les Régions. Cette étude n'est pas encore achevée, mais progresse à un rythme satisfaisant. En mars 2004, le Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est a délégué aux Représentants de l'OMS des pouvoirs supplémentaires, comprenant l'autorisation de recruter du personnel pour des engagements de courte et de longue durée dans les bureaux de pays. La délégation de pouvoirs pour la passation d'accords pour exécution de travaux a été portée à US\$ 50 000. La responsabilité des Bureaux de pays s'en est également trouvée renforcée, car ils doivent assurer le respect des procédures normales dans la préparation et l'exécution de ces contrats.

L'efficacité et les résultats de l'OMS au niveau des pays pourraient être grandement améliorés si les Bureaux de l'OMS fonctionnaient en tant que centres de gestion budgétaire.

Le Bureau d'information en début et fin d'engagement (BCO) de l'OMS est en train d'élaborer un mécanisme pour le système mondial de gestion. Il est prévu de le mettre en place progressivement à partir de 2007.

Le cadre de mobilisation des ressources de l'OMS est en préparation et devrait être mis au point et présenté au Directeur général avant la fin de 2005. Un groupe de travail impliquant l'ensemble de l'OMS a été constitué pour faire avancer le dossier. Ce cadre sera largement diffusé pour permettre de définir les moyens de renforcer les efforts de mobilisation des ressources aux niveaux des Régions et des pays.

Afin que l'OMS fasse corps en tant qu'organisation, il est essentiel d'améliorer la compréhension des rôles et responsabilités des différentes composantes de l'Organisation, et de renforcer les communications.

Ces dernières années ont vu s'accroître la tendance à moderniser et à renforcer l'outil informatique et à améliorer la connectivité dans l'ensemble de l'Organisation. La stratégie de connectivité dans les pays a été élaborée conjointement par les personnels des Départements Technologies de l'information et télécommunications au Siège et dans les Bureaux régionaux, afin d'établir le cadre de l'extension du réseau mondial privé (GPN) de l'OMS aux Bureaux dans les pays<sup>9</sup>. À la fin de novembre 2005, les six Bureaux régionaux et 85 Bureaux dans les pays étaient raccordés au GPN, 56 autres se trouvant en phase de mise en œuvre. Des progrès remarquables ont notamment été accomplis dans la Région OMS de l'Afrique, où tous les Bureaux étaient munis d'installations VSAT en octobre 2005.

**Principales recommandations****Progrès accomplis**

Des investissements importants sont nécessaires pour renforcer les capacités et compétences en ressources humaines des Bureaux dans les pays.

Tous les Représentants de l'OMS ont participé au programme d'encadrement mondial (GLP) de l'OMS (qui entre dans sa deuxième phase en 2006), consacré au renforcement des compétences de gestion et d'encadrement à partir du modèle de compétences OMS, afin de guider les changements dans l'Organisation. Le GLP est l'une des principales initiatives lancées par le Directeur général en vue d'accroître l'efficacité et la responsabilité parmi les cadres et dirigeants de l'OMS, ce qui améliorera d'autant les performances techniques. En outre, des fonds sont maintenant affectés à tous les Bureaux régionaux pour le développement du personnel. Une partie de ces fonds ont également été affectés au développement du personnel dans les Bureaux de pays. Le Comité d'apprentissage mondial (GLC) a récemment examiné les rapports des Régions concernant l'emploi des fonds de développement du personnel en 2004–2005. Tout comme le GLP, le développement du personnel des Bureaux dans les pays comprend le cours mondial de rédaction efficace, dont 40% des bénéficiaires proviennent des pays; des séances organisées par les Bureaux régionaux à l'intention des personnels administratifs des Bureaux dans les pays; et des séminaires sur les compétences techniques. Après avoir étudié ces dispositions, le GLC a observé qu'il convenait d'agir plus fermement pour assurer que la formation du personnel des Bureaux dans les pays soit organisée et planifiée de façon plus stratégique et systématique. Il conviendra d'expérimenter des méthodes d'enseignement autres que les réunions face-à-face, afin de déterminer leur faisabilité. Des occasions pourront en outre se présenter d'élaborer des programmes communs à plusieurs Régions dans certains domaines prioritaires.

Amélioration de la participation à l'équipe des Nations Unies dans le pays et des partenariats.

Un ensemble d'outils et de directives visant à améliorer l'appui de l'OMS aux stratégies nationales de développement et autres processus de coordination ont été élaborés en collaboration avec les autres unités techniques concernées. Ils comprennent:

- *Document d'orientation sur les activités de l'OMS liées au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme;*
- *WHO harmonization and alignment: key resources;*
- *Guide to WHO's role in sector-wide approaches to health development;*
- *WHO harmonization and alignment: a framework for country action.*

La dernière version du document *WHO and the United Nations Development Group (UNDG)* a été transmise par le Département de la Gouvernance à toutes les Régions en octobre 2005.

D'importants travaux sont en outre en cours pour construire des capacités et renforcer l'aptitude des Bureaux de l'OMS dans les pays à gérer les questions relatives à l'harmonisation des actions de l'OMS avec les partenaires des pays et à l'alignement vis-à-vis des politiques et stratégies nationales.

9. On trouvera tous les détails concernant l'application de la stratégie de connectivité dans les pays dans le "Plan de développement de la connectivité au GPN dans les pays", document en cours d'élaboration. Ce plan se fondera sur les plans des Bureaux régionaux (qui indiquent où, quand, comment et par qui les Bureaux dans les pays seront raccordés au GPN) pour connecter les Bureaux dans les pays.

### **Le groupe de travail interrégional sur l'évaluation des prestations de l'OMS au niveau des pays**

Le suivi et l'évaluation se sont sensiblement améliorés à l'OMS. Les activités de l'Organisation font l'objet d'un suivi régulier dans le cadre de la gestion basée sur les résultats. L'OMS a pour la première fois établi une évaluation de la période biennale 2002-2003, présentée aux Organes directeurs. Le Secrétariat procède en outre à des audits et évaluations sur des questions spécifiques.

Toutefois, certaines initiatives extérieures (l'étude d'Oslo, le Réseau pour l'évaluation des performances des organisations multilatérales (MOPAN), le Multilateral Effectiveness Framework du DFID britannique (MEFF)) et de récents débats des organes directeurs ont fait apparaître la persistance de lacunes dans les systèmes existants pour ce qui concerne l'évaluation des performances de l'OMS au niveau des pays. À la 116<sup>ème</sup> réunion du Conseil exécutif, les États Membres ont assigné l'action prioritaire suivante au Département Action en faveur des pays et aux Bureaux de l'OMS dans les pays (EB 116/6, Point 5.2. mai 2005):

*«Un système sera conçu pour suivre les résultats de l'OMS au niveau des pays, et notamment son influence sur le programme de santé publique, avec le concours des partenaires clés, ainsi que sa contribution aux résultats sanitaires des États Membres.»*

La question a été discutée au sein du Réseau OMS des unités d'appui aux pays (CSU) lors de sa troisième rencontre (Saint-Dominique, 31 mai–2 juin 2005), puis avec les unités concernées au Siège de l'Organisation (par exemple le Département Planification, coordination des ressources et suivi des résultats, les Services de contrôle interne et le

Département Changements opérationnels). Il paraît nécessaire de compléter la panoplie des outils existants pour mieux évaluer l'action du Secrétariat de l'OMS dans son ensemble: l'action du Bureau dans le pays et l'appui apporté par le Bureau régional et le Siège pour atteindre les objectifs par pays. L'OMS devra se concentrer davantage sur sa contribution à l'état de santé et de développement du pays, et faire fond sur les expériences réussies dans les Régions et pays. Il lui faudra pour cela **mieux utiliser les instruments existants, s'harmoniser avec les partenaires, et s'aligner sur les axes et calendriers nationaux.**

Un **groupe de travail Régions/Siège** a été constitué pour élaborer une approche répondant à ces besoins. Une première réunion a eu lieu en décembre 2005. Le groupe, qui aura une durée d'existence limitée, est convenu des tâches (ce qui est à faire), de la démarche (comment le faire), et enfin des responsabilités (quelles unités existantes de l'OMS seront chargées des différentes tâches). Après avoir rempli son mandat, le groupe présentera son rapport au Conseil exécutif en janvier 2007, puis se dissoudra.

## 1.6 Collaboration en réseau avec d'autres unités et départements

**T**ravaux en matière d'alignement, d'harmonisation et de coordination avec les partenaires. Le Réseau des CSU a étroitement collaboré avec les **Départements de la Gouvernance (GOV)**<sup>10</sup> et **OMD, santé et politique de développement (HDP)**<sup>11</sup> dans les domaines de l'alignement, de l'harmonisation et de la coordination avec les partenaires.

Aux côtés de GOV et de HDP, le Département participe à diverses instances traitant de la réforme des Nations Unies, de l'harmonisation et de l'alignement en tant qu'appui aux programmes de pays et que groupes d'assurance de qualité. La valeur ajoutée du Réseau réside en un processus à double sens:

- recueillir les informations fournies par les Représentants et les équipes de l'OMS dans les pays concernant la rapide évolution de la réforme des Nations Unies, et notamment de la réforme du système du Coordonnateur résident des Nations Unies;
- aider les départements concernés à combler les lacunes relatives aux positions de politique de l'OMS, aux communications, aux recommandations et au renforcement des capacités des équipes de pays.

Un certain nombre de documents de recommandations et de positions (voir le CD-ROM) ont été réalisés en collaboration étroite avec HDP et GOV pour faciliter l'action des équipes dans les pays.

### **Département Planification, coordination des ressources et suivi des résultats (PRP)**

Un processus conjoint de planification a été systématiquement entrepris avec le Département PRP, axé notamment sur «Un plan et Un budget de l'OMS par pays», à partir de la CCS. Cette collaboration devra être renforcée pour pouvoir aborder la question complexe du suivi des résultats des équipes

dans les pays, en faisant appel aux **Services de contrôle interne** et au **Département Changements opérationnels**. En août 2005, on a mené une analyse rapide de 116 CCS dont les résultats ont éclairé le 11<sup>ème</sup> programme de travail général (2006-2015) et les objectifs du plan stratégique à moyen terme de l'OMS pour 2008-2013.

### **Département Ressources humaines (HRS)**<sup>12</sup>

Le Département Action en faveur des pays travaille en étroite collaboration avec le Département HRS dans divers domaines tels que le processus de sélection des Représentants de l'OMS, la gestion des données sur la présence de l'Organisation dans les pays et l'établissement d'un système mondial, l'appui aux Régions pour la réorganisation et le renforcement des capacités des équipes de pays, et la participation au processus de sélection des Coordonnateurs résidents du Système des Nations Unies.

### **Action sanitaire en situation de crise (HAC)**

L'articulation avec HAC se renforce: tous les aspects de la politique de l'OMS en faveur des pays sont en jeu dans les différentes crises que HAC a pour responsabilité première de gérer. Il a été convenu de poursuivre une action commune en matière de préparation aux urgences, et d'appui aux pays en transition entre la réhabilitation et le développement à plus long terme. En 2005, l'ensemble du Département Action en faveur des pays a été mobilisé en appui à HAC pour faire face à la crise provoquée par le raz-de-marée en Asie du Sud. Un fonctionnaire a été détaché auprès de HAC pour contribuer à la gestion des opérations d'urgence au sein du Bureau au Niger, confronté à l'aggravation de la crise alimentaire.



10. Avec effet au 30 novembre 2005, le Département Gouvernance (GOV) a été renommé Département Organes directeurs et relations extérieures (GER).

11. Avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2006, HDP a fusionné avec le Département Politiques et fonctionnement des systèmes de santé pour former le Département Politiques, développement et services de santé (HDS).

12. Avec effet au 23 mars 2006, le Département Ressources humaines (HRS) a été renommé Département Gestion des ressources humaines.

## 1.7 Rapport sur les ressources financières

À la fin de la période biennale 2004-2005, le domaine d'activité «Présence de l'OMS dans les pays (SCC)» n'avait pas atteint son objectif de recettes de US\$ 37,5 millions en «Autres sources», figurant au budget programme pour 2004-2005.

Le montant total des contributions extrabudgétaires mises à la disposition du domaine d'activité SCC a atteint environ US\$ 20 millions, dont 17% ont été dépensés au

Siège et environ 83% transférés du Département Action en faveur des pays pour couvrir les activités dans les six Régions et dans les pays (voir Figure 2). La Région EURO est parvenue à lever un financement extrabudgétaire supplémentaire de US\$ 0,5 million, s'ajoutant au montant reçu du Siège.

La Figure 3 indique les principales contributions à la «Présence de l'OMS dans les pays» en 2004-2005.

**Figure 2:** Transferts du Département Action en faveur des pays aux Régions de l'OMS en 2004-2005

**AFRO:** Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique;

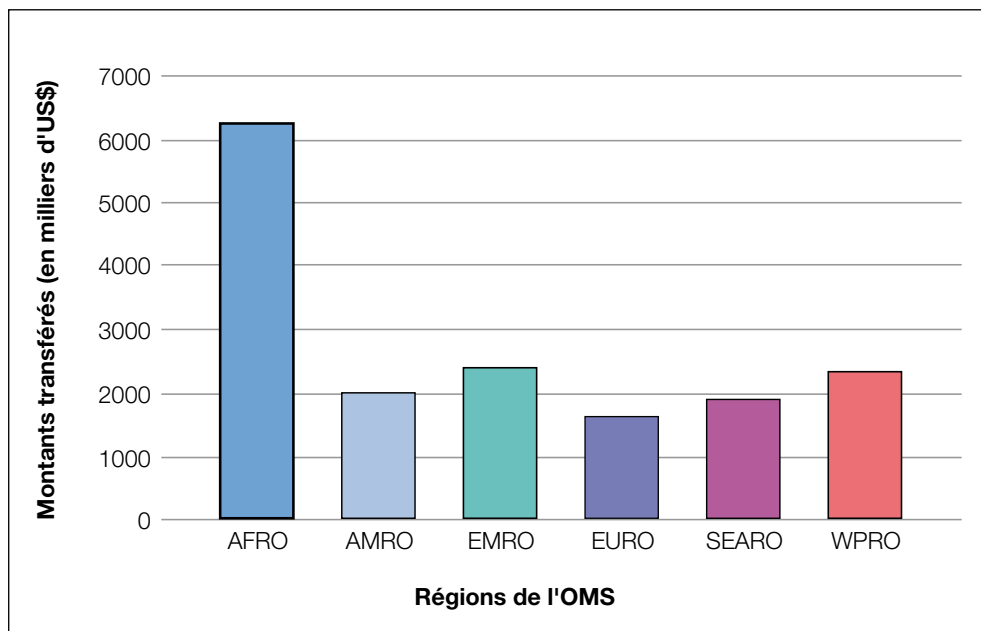
**AMRO:** Bureau régional de l'OMS pour les Amériques;

**EMRO:** Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale;

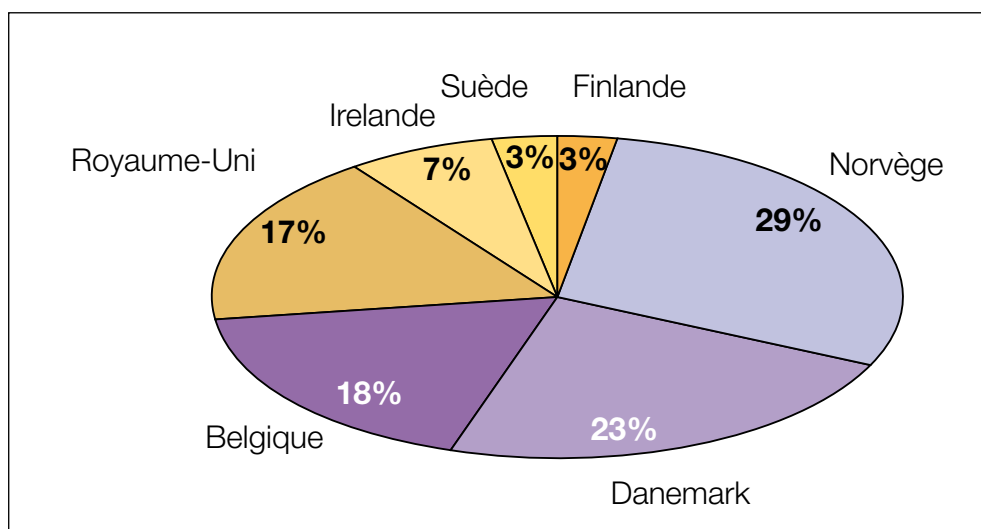
**EURO:** Bureau régional de l'OMS pour l'Europe;

**SEARO:** Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est;

**WPRO:** Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental



**Figure 3:** Contributions des partenaires au domaine d'activité SCC en 2004-2005



*Utilisation des fonds*

- L'un des grands succès enregistrés dans la Région OMS de l'Afrique en 2004-2005 a été celui du projet de connectivité GPN. Le Département Action en faveur des pays a joué un rôle important dans cette réussite, en finançant les coûts locaux dans 27 pays, pour un montant de US\$ 1,6 millions. Une autre activité importante a consisté à financer des activités correspondant aux priorités des CCS sur la base des plans de travail reçus de 11 pays, à hauteur de US\$ 1,2 millions environ.
- Dans la Région OMS des Amériques, US\$ 700 000 ont été consacrés à la mise en œuvre d'activités essentielles recensées dans les CCS des cinq pays prioritaires: Bolivie, Guyana, Haïti, Honduras et Nicaragua, ainsi qu'au Bureau de coordination des programmes dans les Caraïbes (CPC). En outre, quelque US\$ 500 000 ont été dépensés pour construire des capacités et renforcer l'unité d'appui aux pays.
- Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, US\$ 1,6 millions ont servi à renforcer l'unité d'appui aux pays et à fournir un soutien au processus de CCS dans 17 pays.
- Dans la Région OMS de l'Europe, US\$ 1,4 millions sont allés au renforcement de l'unité d'appui aux pays et au renforcement des capacités de 28 Bureaux dans les pays.
- Dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, l'activité s'est principalement concentrée sur le renforcement de l'unité d'appui aux pays, qui a bénéficié de US\$ 1,3 millions.
- La Région OMS du Pacifique occidental a consacré l'essentiel de ses fonds à financer le renforcement de la présence en Chine, en République démocratique populaire lao, dans les îles du Pacifique Sud, aux Philippines, à Samoa, en Malaisie et au Viet Nam. Globalement, US\$ 1,2 millions ont été employés à cette fin.



### **Le Réseau des unités d'appui aux pays aide le Bureau de l'OMS en République populaire démocratique de Corée à obtenir des fonds pour des propositions de projets**

Le Département Action en faveur des pays a aidé le Bureau de l'OMS en République populaire démocratique de Corée à obtenir des fonds du gouvernement norvégien en appui à deux propositions de projet du Bureau dans le pays: l'une concernant un plan de préparation et de réponse à la grippe aviaire, et l'autre visant à renforcer les capacités techniques du Bureau de l'OMS en matière de santé génésique, de santé de l'enfant et de santé communautaire. Il est prévu que le Réseau apporte dans l'avenir une aide plus importante aux Bureaux de l'OMS dans les pays pour de telles actions de mobilisation de ressources.

*L'avenir*

Même avec un transfert d'environ US\$ 16 millions du Département Action en faveur des pays aux six Régions sur la période biennale 2004-2005, le déficit de financement mentionné dans le rapport 2004 du Réseau des CSU a également engendré une insuffisance de fonds pour couvrir les priorités nécessaires au renforcement de la présence de l'OMS au niveau des pays en vue de l'application du programme stratégique de l'OMS dans chaque pays, défini par chacune des CCS. De nombreuses propositions intéressantes ont dû être écartées cette année par manque de fonds. Il est largement démontré que le Réseau des CSU

constitue un instrument puissant pour renforcer l'appui aux Bureaux dans les pays afin de mieux servir les États Membres. Même si l'allocation mondiale de contributions volontaires prévue au budget programme 2006-2007 en faveur du domaine d'activité SCC s'est accrue pour atteindre environ US\$ 60 millions, le pronostic pour la période biennale 2006-2007 demeure incertain. Le maintien de l'action visant à assurer la coopération de l'OMS avec une efficacité accrue dépendra largement de la capacité des différents niveaux du Secrétariat à mobiliser et à canaliser vers ce domaine d'activité des contributions volontaires d'un montant élevé.

## 1.8 Défis et orientations futures

Il est aujourd'hui communément admis que les objectifs du Millénaire pour le développement et ceux des stratégies nationales de réduction de la pauvreté ne seront atteints que moyennant une augmentation massive des ressources visant à améliorer la santé. Tous les partenaires de l'OMS accordent un intérêt et des financements accrus à l'action au niveau des pays et sont en quête de résultats plus visibles et plus mesurables à ce niveau. Cette situation nouvelle renforce la nécessité d'accroître les délégations de pouvoirs et de mettre en place des systèmes assurant la transparence des organisations internationales au niveau des pays. Au sein de l'OMS, cette situation vient rappeler l'importance de disposer de Bureaux dans les pays efficaces et efficients, compte tenu du fait que les besoins d'appui normatif et direct varient considérablement dans le temps et dans l'espace.

Les progrès accomplis sont incontestables, mais la politique de l'OMS en faveur des pays devra être résolument appuyée au plus haut niveau, mieux comprise et mieux mise en œuvre. Un certain nombre de questions restent en suspens:

- La fonction normative de l'OMS et son action au niveau des pays assurée par une présence suffisante doivent être considérées comme complémentaires.
- Conséquence des tendances historiques propres à chaque Région, l'aptitude des Bureaux dans les pays à répondre aux besoins des États Membres est inégale. Les informations relatives à la présence et à l'action de l'OMS dans les pays sont souvent dépassées et dispersées dans tout le Secrétariat. Un énorme effort est nécessaire pour ajuster la présence de l'OMS dans les pays aux besoins des États Membres en fonction de chaque programme stratégique spécifique arrêté d'un commun accord. Par ailleurs, les pressions exercées au plus haut niveau de l'OMS seront utiles au renforcement progressif des fonctions essentielles de l'Organisation au niveau des pays.
- *Le processus des CCS* permet d'établir ce programme stratégique. Il est de plus en plus largement reconnu comme le principal instrument de définition du programme stratégique de l'OMS au niveau des pays, alignant le Secrétariat sur les processus nationaux et harmonisant son action avec celle des autres organismes des Nations Unies dans le cadre du système du Coordonnateur résident. En mettant à profit les avantages comparés de l'OMS dans chaque pays, il reste nécessaire d'étendre le processus pour couvrir tous les États Membres, et d'améliorer le processus d'assurance de qualité dès le stade de la conception, puis au stade de l'articulation avec la planification organisationnelle générale, et jusqu'à celui du suivi de l'exécution.
- *L'objectif d'«Un plan et Un budget de l'OMS par pays»* a été accepté en tant que concept, mais sa mise en œuvre exigera un effort d'intégration accru de la part du Secrétariat, verticalement entre les trois niveaux comme horizontalement au sein de chaque niveau.
- *Le suivi des résultats au niveau des pays* n'est pas encore suffisant pour évaluer pleinement la contribution de l'OMS à l'état de santé dans les États Membres. Des progrès sont cependant en cours avec la mise en place du groupe de travail interrégional sur l'évaluation des prestations de l'OMS au niveau des pays.

## **Le Département Action en faveur des pays et la Revue des orientations stratégiques et des compétences (ROSC)**

Le Département Action en faveur des pays, au Siège, est parvenu au terme de la phase I de sa revue des orientations stratégiques et des compétences, visant à préciser et à renforcer encore son rôle et son mandat. Cet exercice a permis de déterminer pour le département deux orientations stratégiques et quatre fonctions essentielles:

### **Orientations stratégiques**

- La priorité doit aller à la formulation de la politique de l'OMS en faveur des pays, à la sensibilisation, au conseil, à la facilitation, et au suivi de la mise en œuvre.
- Un dialogue permanent et une mise en réseau seront instaurés entre les Bureaux régionaux, les Bureaux dans les pays et les unités du Siège; d'exécutant direct, le Département Action en faveur des pays deviendra médiateur et facilitateur.

### **Fonctions essentielles**

Le Département Action en faveur des pays assumera les fonctions essentielles suivantes:

- **Conseil en matière de politiques**

Articuler la politique de l'OMS en faveur des pays et influencer les autres processus d'élaboration des politiques de l'OMS pour aider le Secrétariat à mieux répondre aux besoins des États Membres.

- **Orientation et facilitation**

Faciliter la formulation et l'extension du processus de CCS en tant qu'instrument d'harmonisation et d'alignement, soutenir les unités régionales d'appui aux pays et les Bureaux de l'OMS dans les pays en matière d'appui technique et à la gestion des équipes de pays, et faciliter le processus de sélection des Représentants de l'OMS et l'action visant à renforcer les compétences et aptitudes des équipes de pays.

- **Suivi et rapports**

Suivre la mise en œuvre de la politique de l'OMS en faveur des pays et ses résultats.

- **Renseignement et partage de l'information**

Rassembler, organiser et diffuser systématiquement dans les pays les informations, connaissances et bonnes pratiques pertinentes.

---

### **Orientations futures ébauchées par la revue des orientations stratégiques et des compétences (ROSC)**

- Les CCS OMS remplissent des critères de qualité élevés et constituent le programme stratégique de toute l'action de l'OMS dans un pays donné. Les objectifs stratégiques des CCS alimentent «Un plan et Un budget de l'OMS par pays». Par leur addition, les CCS influencent les priorités stratégiques de l'Organisation dans son ensemble.
  - Les *systèmes administratifs et de gestion* permettent à l'OMS de jouer efficacement son rôle dans des partenariats de développement sanitaire, en remplissant ses fonctions essentielles dans toute la mesure où elles s'appliquent au niveau des pays.
  - La *présence de l'OMS dans les pays est bien définie et les équipes de pays* sont bien armées pour appliquer le programme stratégique de l'OMS. Elles sont dirigées par un Représentant, un Chargé de liaison ou un Chef de bureau sélectionné au terme d'un processus d'évaluation objectif, qui reçoit une information approfondie à son entrée en service et possède une aptitude suffisante à exercer l'autorité. La mobilité et la rotation au sein de l'Organisation assurent que l'expérience acquise au niveau des pays contribue aux connaissances régionales et mondiales. La présence de l'OMS dans les pays est clairement définie d'une Région à l'autre, et se fonde sur des critères et mécanismes organisationnels transparents.
  - Un *soutien adéquat aux Bureaux dans les pays en matière de politiques et d'orientations normatives, ainsi qu'un appui technique approprié*, sont assurés par les Régions et le Siège et coordonnés par le Représentant, le Chargé de liaison ou le Chef de bureau et son équipe. Les Représentants, Chargés de liaison et Chefs de bureau ont la capacité de mobiliser des compétences internes ou externes à bref délai, et reçoivent en cas d'urgence aiguë un appui immédiat et à plus long terme, intégré et bien coordonné. Eux-mêmes et leurs équipes contribuent à l'élaboration des normes et directives de l'OMS.
  - Les *informations et connaissances* concernant les pays et la présence de l'OMS sont aisément accessibles et bien administrées, tenues à jour par les Bureaux dans les pays eux-mêmes, et font partie d'un réseau mondial d'information. Les Bureaux dans les pays ont un accès aisé et rapide à l'information en rapport avec leur action, auprès de l'OMS et d'autres sources.
  - La *mesure des résultats des équipes de l'OMS dans les pays* est un processus participatif, basé sur les instruments complémentaires existants, qui comprennent une évaluation qualitative de la part des principaux partenaires nationaux et autres.
-

# Partie II

## **Partenariats et coordination au niveau des pays**

## 2.1 Tableau de la situation

Face aux contraintes majeures qui pèsent sur les ressources et à des défis mondiaux toujours plus redoutables, les partenariats entre tous les intervenants ne constituent plus une simple possibilité de choix, mais une nécessité absolue dans le monde complexe d'aujourd'hui. La conception voulant que la santé soit du seul ressort des ministères de la santé est désormais dépassée. Les temps ont changé, et bien d'autres acteurs sont maintenant engagés sur la scène mondiale de la santé et du développement. Les partenariats recèlent des ressources et un potentiel considérables, et peuvent apporter d'immenses avantages à toutes les parties impliquées. Ils permettent d'étendre, d'intensifier et de maintenir les aides au-delà des possibilités qu'aurait un acteur isolé, ainsi que de susciter l'engagement et d'encourager l'appropriation et la responsabilité. On peut prévoir que les embûches et les difficultés seront nombreuses, mais les résultats de l'action en partenariat dépassent de beaucoup la somme des parties: c'est la synergie entre les apports de toutes les parties qui en fait la valeur ajoutée.

Bien des événements se déroulent actuellement au niveau des pays. Les objectifs de développement internationalement adoptés, notamment les OMD, assignent un cadre commun à l'établissement des politiques nationales. On observe une forte tendance incitant les pays à prendre résolument en main les processus de développement et leurs résultats (par exemple les processus des stratégies de réduction de la pauvreté et des approches sectorielles). Les initiatives et alliances mondiales en faveur de la santé existantes et leur multiplication (par exemple l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), Faire reculer le paludisme (RBM) ou le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)) témoignent d'un souci croissant d'apporter une réponse mieux coordonnée et plus groupée aux exigences pressantes de la santé dans le monde. De récentes évolutions au sein des Nations Unies<sup>13</sup>, amenées par le processus de réforme de cette institution, invitent la communauté du développement

international à améliorer la coordination, à agir en harmonie et à réduire les doubles emplois pour renforcer les capacités des pays à prendre en charge leur propre processus de développement. Les récents changements intervenus dans le cadre du Groupe de développement des Nations Unies et du système du Coordonnateur résident, ainsi que le processus dynamique de programmation conjointe suscité par le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement/Bilan commun de pays (UNDAF/CCA), préparent tous le terrain à un nouveau contexte de l'aide caractérisé par les notions de direction et d'appropriation nationales, d'alignement, d'harmonisation, de résultats et de responsabilité mutuelle.

Outre son étroite collaboration avec les gouvernements, l'OMS entretient des partenariats avec diverses institutions, notamment des organismes du système des Nations Unies, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, des organismes bilatéraux et le secteur privé. Les organes directeurs de l'OMS, ses partenaires des Nations Unies et de nombreux autres partenaires ont tous souligné avec force la nécessité que l'OMS s'associe plus étroitement aux processus de réforme des Nations Unies ainsi qu'à l'harmonisation et à l'alignement des activités opérationnelles de développement au niveau des pays.<sup>14</sup> L'OMS prépare à l'heure actuelle une série de notes d'orientation et de documents de positions pour renforcer l'aptitude des équipes dans les pays à saisir plus efficacement les occasions qui se présentent dans les pays en matière de santé et de développement (voir le CD-ROM). De plus, un module de formation est en cours d'élaboration à l'intention de l'OMS et de ses partenaires au niveau des pays, afin d'améliorer et de renforcer leurs capacités à ce sujet, dans la mesure où la question a trait à la santé.

Vu l'importance croissante que prend le phénomène des partenariats, le Forum 2005 de l'OMS a été à juste titre intitulé *Faire fonctionner les partenariats pour la santé*. Si la puissance des partenariats est largement reconnue, le Forum s'est efforcé de démontrer de façon claire ce qu'ils signifient

13. Conférence internationale sur le financement du développement, Monterrey (2002); Déclaration de Rome sur l'harmonisation (2003); Forum de haut niveau sur l'harmonisation, l'alignement et les résultats, Paris (2005).

14. WHA 58.25 Processus de réforme des Nations Unies et rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays

réellement dans le secteur de la santé et en quoi ils contribuent à améliorer la santé des populations, notamment dans les groupes vulnérables et marginalisés. Le Forum a formulé des questions importantes, portant entre autres sur les modes de constitution des partenariats, les éléments de leur succès, la répartition des tâches, les enseignements à tirer de ces exemples et les moyens de les reproduire, et les possibilités d'un approfondissement de ces partenariats et ses modalités éventuelles.

La nébuleuse des partenariats étant en constante expansion, il n'est pas étonnant que la pratique défie toute analyse. Un rapport récemment établi à la demande du Bureau du Pacte mondial des Nations Unies<sup>15</sup> insiste sur le besoin d'une évaluation comparée, à base factuelle, de ce que les partenariats sont susceptibles d'accomplir et des facteurs qui déterminent leur succès. Une telle évaluation serait déterminante pour la mise au point de l'action en partenariat, en permettant de répondre à des questions sur leur pertinence (où les partenariats fonctionnent-ils de façon adéquate ?), leur sélectivité (à quel moment et en quelles circonstances convient-il de s'engager dans un partenariat, et que peut-on y apporter ?) et leur transparence (comment les partenariats peuvent-ils rendre des comptes ?). Il est essentiel d'agir pour combler cette lacune, afin de pouvoir tirer les leçons des réussites comme des échecs. Les expériences menées en partenariat devront être pragmatiques, progressives et dynamiques, s'appuyant autant que possible sur le meilleur usage durable des atouts de chaque partenaire et de ses avantages comparés.

Le choix succinct d'études de cas présentées ci-dessous entend illustrer quelques-unes des contributions concrètes qu'apportent les partenariats à l'action de l'OMS au niveau des pays, et à fournir des exemples de bonnes pratiques d'une réponse coordonnée visant à promouvoir, à résoudre ou à définir comment traiter une question sanitaire donnée à ce niveau. Les cas présentés ici ne sont nullement exhaustifs, et il existe évidemment bien d'autres exemples montrant comment des partenariats efficaces peuvent aboutir à des résultats favorables sur le terrain. Ces instantanés témoignent

de la grande variété de partenariats que l'on observe aujourd'hui, et mettent en lumière le fait que l'on peut, par une collaboration et une coordination stratégiques entre différents acteurs, définir et mettre en œuvre avec succès des approches nouvelles et créatives pour aborder les problèmes de santé. Dans bien des cas, le rôle des autorités nationales dans la coordination des partenariats est mis particulièrement en avant comme exemple de bonne pratique. L'OMS et ses partenaires devraient constamment s'efforcer d'agir pour développer la capacité de direction nationale, en sorte que les pays eux-mêmes prennent en main les divers processus du développement sanitaire national. Il est précisé que cette brève section a pour but de mettre en lumière des réalisations concrètes au niveau des pays dans le contexte plus large des partenariats mondiaux pour la santé, ainsi que certaines des actions entreprises et des perspectives à venir.

Le Réseau des unités d'appui aux pays a entrepris de recueillir d'autres études de cas et réussites de ce genre, afin de favoriser la diffusion et le partage des meilleures pratiques et expériences. Par cet échange de connaissances concernant les types de partenariats qui fonctionnent et les raisons de ces succès, on espère susciter de la part de l'OMS et de ses partenaires un engagement ferme pour créer des modes de collaboration nouveaux et créatifs afin de mieux répondre aux besoins sanitaires des pays.



15. Witte JW, Reinicke W. Business UNusual: facilitating United Nations reform through partnerships. New York, Bureau du Pacte mondial des Nations Unies, 2005.

## 2.2 Exemples de situations nationales

### ALBANIE

#### L'appui stratégique des Nations Unies à la lutte contre le VIH/SIDA en Albanie

**A**u cours de la période 2001-2004, le Groupe thématique des Nations Unies (GTNU) sur le VIH/SIDA, présidé par l'OMS, a joué un rôle visible et considérable par son appui au programme national de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA. Les membres du GTNU comprennent l'**OMS**, le **PNUD**, l'**UNICEF**, le **FNUAP**, le **HCR**, l'**Organisation internationale des migrations (OIM)**, le **Programme alimentaire mondial (PAM)**, et la **Banque mondiale**.

Les trois principales réalisations du GTNU sur le VIH/SIDA dans son appui à l'action nationale de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA en Albanie sont les suivantes:

- aider les contreparties nationales à rédiger la première stratégie nationale pour

la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA;

- faciliter la fourniture de médicaments antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (ici encore, une première);
- contribuer à la coordination de l'activité des partenaires gouvernementaux, non gouvernementaux et internationaux (par l'organisation de la Troisième conférence nationale pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA).

Entre autres activités, le GTNU sur le VIH/SIDA a organisé pendant cette période des réunions, tables rondes et forums avec le gouvernement albanais et des organisations non gouvernementales et internationales, dans le cadre de sa mission consistant à assurer une bonne coordination de l'action internationale et de la riposte à l'épidémie en Albanie. Les partenariats ont joué un rôle important, et devront être encouragés afin que la coopération plurisectorielle de ces quatre années se poursuive dans l'avenir.

Le GTNU sur le VIH/SIDA a renforcé le rôle et amélioré la coordination des organismes des Nations Unies présents dans le pays. La coordination des activités entre les organisations nationales et internationales et l'action continue menée ces dernières années constituent deux facteurs manifestement déterminants du maintien d'une faible prévalence du VIH en Albanie.

*Célébration de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA à Tirana*



## **BANGLADESH**

### **L'OMS et la coordination de l'aide au développement**

---

Le Bangladesh est l'un des pays pionniers de l'utilisation de l'approche sectorielle (SWAp), par laquelle la communauté internationale accepte de mettre ses ressources en commun et de coordonner ses apports techniques dans le cadre d'un plan sectoriel global et d'un plan d'exécution. Une instance dénommée «groupe consultatif local» (GCL) a été créée afin de coordonner les principaux partenaires du développement. L'OMS ne s'est jointe que récemment au GCL, dont elle était membre de certains sous-groupes depuis la constitution du groupe. Parmi ces sous-groupes figurent: le sous-groupe du programme sectoriel santé, nutrition et population (HNPSP); le sous-groupe sur l'eau et l'assainissement; le groupe de travail du GCL sur le développement des Chittagong Hill Tracts; et le sous-groupe du GCL sur l'environnement et les transports.

La nouvelle version de ce programme du secteur santé que constitue le HNPSP, élaborée en étroite collaboration avec l'OMS, sert actuellement de guide de référence à la coordination des apports au programme national de développement pour le secteur santé. L'OMS a maintenu son appui à ce programme en participant activement au groupement santé, population et nutrition.

En tant que membre du GTNU, l'OMS contribue pleinement au dialogue sur le développement du Bangladesh. En outre, elle collabore étroitement et exécute des projets en partenariat avec d'autres organismes des Nations Unies, tout en participant à divers groupes thématiques, groupes thématiques élargis et groupes de travail. Elle a collaboré et contribué à l'exercice UNDAF pour 2001-2005. Les questions traitées étaient relatives au sous-objectif «Promouvoir le droit à la survie».

Par son soutien aux autorités nationales au cours de l'élaboration, de la planification et de la mise en œuvre du HNPSP, sa participation à l'exercice UNDAF et son rôle au sein du GCL et du groupement santé, population et nutrition, le Bureau de l'OMS au Bangladesh garantit la coordination de l'assistance, ainsi que la conformité de l'aide au développement avec les priorités nationales, son alignement et son harmonisation.

## BURUNDI

### **Le partenariat en action: gérer les enjeux sanitaires dans un contexte de transi- tion et préparer la recons- truction**

Le Burundi se remet d'une longue crise après une fin de transition réussie, au troisième trimestre de l'an dernier, qui a marqué le début d'une période d'après crise fragile mais prometteuse. Même si l'on sait que le pays restera confronté pendant un certain temps à d'immenses problèmes humanitaires, les efforts de reconstruction et de développement sont aujourd'hui aiguillonnés par les importants résultats acquis dans le processus de paix.



*Protocole d'entente signé en juillet 2004 par les organismes des Nations Unies (UNICEF, HCR et OMS) au cours d'une cérémonie spéciale sous l'égide du gouvernement du Burundi (ministre du rapatriement et de la réinsertion et ministre de la santé) et de la Représentante spéciale du Secrétaire général des Nations Unies*

Pendant la deuxième partie de la transition, et dans la perspective du retour en masse attendu de réfugiés en provenance de la République-Unie de Tanzanie, l'OMS a défendu, conjointement élaboré, facilité et appuyé le **projet de rapatriement et de partenariat sanitaire** qui vise à améliorer la capacité du système de santé à répondre des besoins et difficultés accrus et à proposer des solutions à un processus de paix déjà complexe et exigeant.

**Le processus**, participatif et ouvert, s'est déroulé avec le soutien d'organismes des Nations Unies (UNICEF, HCR, FNUAP et OMS), d'organisations non gouvernementales et de donateurs du ministère de la santé, et du gouvernement du Burundi. À partir d'une analyse de situation, le proces-

sus a évolué au travers d'une programmation conjointe, avec un plan d'action et une proposition commune des Nations Unies appuyée par les autorités nationales et les donateurs (DFID, ECHO, USAID et la Coopération belge au développement). Des fonds ont été obtenus dans de brefs délais, et le processus a avancé rapidement jusqu'au stade de l'exécution, après avoir été formalisé par un protocole d'entente signé en juillet 2004 par les organismes des Nations Unies au cours d'une cérémonie spéciale sous l'égide du gouvernement du Burundi (ministre du rapatriement et de la réinsertion et ministre de la santé) et du Représentant spécial du Secrétaire général des Nations Unies.

**Le projet vise à:** (i) renforcer le système de santé en assurant la distribution et l'utilisation d'un paquet de soins essentiels dans 210 établissements de santé des 10 provinces les plus touchées; (ii) avec un accès gratuit pour les rapatriés et les personnes les plus vulnérables de la population générale; (iii) améliorer le système d'aiguillage, en prêtant une attention particulière aux soins obstétricaux d'urgence dans les 10 provinces les plus touchées; (iv) mettre en place et faire fonctionner un système d'alerte et de surveillance épidémiologique dans tout le pays; et (v) appuyer le processus préparatoire au développement et à la reconstruction, avec un accent spécial sur la construction de capacités. L'extension aux six autres provinces du pays est prévue dans un deuxième temps.

**La contribution propre de l'OMS** a consisté en un appui technique à la planification stratégique, au développement des capacités, à la supervision, au suivi et à l'évaluation, et à faciliter la coordination entre les partenaires. L'UNICEF était chargé de fournir des médicaments, de l'équipement et un appui nutritionnel; le HCR, de tout le soutien au cours du déplacement des rapatriés, y compris la gestion des postes de transit et la réhabilitation de certains établissements de santé prioritaires; et le FNUAP, d'aligner son assistance sur la stratégie adoptée par le partenariat; les organisations non gou-

vernementales impliquées ont reconnu la nécessité de soutenir cette stratégie et la dynamique du projet en partenariat.

**L'exécution et le suivi** ont été appuyés par un comité directeur et un comité technique, tous deux animés par le ministère de la santé et comprenant tous les partenaires. Le processus d'exécution a bénéficié de missions de terrain conjointes, d'évaluations conjointes et d'un rapport technique commun.

**Une initiative transfrontalière** a été menée en coordination avec les partenaires travaillant dans les camps en République-Unie de Tanzanie. L'OMS au Burundi et le HCR en République-Unie de Tanzanie ont organisé trois réunions transfrontalières sur la santé. Cette initiative avait pour but de coordonner l'action et de faciliter le partage de l'information et des ressources entre les deux pays à l'égard de la santé et des rapatriements. Les rapports sanitaires mensuels du Burundi et de la République-Unie de Tanzanie ont été échangés, ainsi que des informations concernant les épidémies récentes et les services de santé.

#### **Progrès et réalisations:**

- les médicaments, consommables et équipements nécessaires au paquet de soins essentiels ont été mis en place dans les 210 centres de santé des 10 provinces visées;
- les capacités d'environ 400 agents de santé ont été renforcées en matière de prise en charge des soins, de suivi, de gestion des stocks de médicaments et d'audit. Ce renforcement a permis d'utiliser de façon appropriée le «tableau de bord» dans 85% des établissements, et de gérer les stocks de médicaments de manière fonctionnelle dans 88% d'entre eux;
- un système d'aiguillage a été organisé avec la participation des communautés dans cinq provinces, en mettant un accent particulier sur la mortalité maternelle et néonatale; dans cinq autres, les services hospitaliers de chirurgie et d'obstétrique ont été renforcés;
- un système de surveillance et d'alerte épidémiologique a été mis en place, qui

contribue à l'alerte et aux ripostes précoces;

- on dispose aujourd'hui d'une supervision accrue et améliorée, grâce au personnel technique et de terrain de l'OMS et à l'appui logistique des équipes sanitaires provinciales;
- le partenariat a pleinement soutenu le processus d'élaboration de la nouvelle politique sanitaire nationale, qui est déjà validée, ainsi que le plan national de développement sanitaire et la feuille de route de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

**L'un des enseignements** de cette expérience porte sur l'évolution et la **maturation progressive** qui accompagne la construction du partenariat. Avec ce projet rapatriement et santé mené en partenariat, un pas important a été franchi par rapport à l'expérience précédente, qui était beaucoup plus proche d'une coordination/facilitation ponctuelle visant à appuyer des actions convergentes (épidémies, urgences humanitaires, nouveau protocole de traitement du paludisme par une association d'artémisinine), pour aller vers un processus plus formel abordant diverses questions complexes et parfois structurelles. Sans l'expérience précédente, la difficulté aurait sans doute été plus grande encore. Ce partenariat a en outre contribué à fonder un partenariat bien plus large qui aide le ministère de la santé et le Burundi à mettre en œuvre la nouvelle politique de santé et le plan national de développement dans le cadre du processus actuel de préparation du DSRP et, bientôt, dans celui d'une approche sectorielle du secteur santé.

Autre enseignement, on constate que l'appui approprié et opportun fourni par le Bureau régional et le Siège de l'OMS a été déterminant pour garantir et renforcer le rôle, la contribution et la crédibilité de l'OMS dans le pays.

Dernier enseignement mais non des moindres, il est plus facile de lever des fonds au niveau du pays en étant associé à ou soutenu par d'importants partenaires de la santé au travers de mécanismes participatifs et transparents.

## CHINE

### **Création d'un partenariat destiné à appuyer l'action nationale pour atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre la tuberculose avant la fin de 2005 et réduire la charge de la tuberculose**

En 2000, le gouvernement chinois a élaboré un programme national à 10 ans de lutte contre la tuberculose (2001-2010). Ce programme vise à étendre à l'ensemble du pays la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) recommandée par l'OMS, à améliorer la détection des cas, et à accroître le taux de guérison des patients sous traitement antituberculeux. Sous la coordination du ministère de la santé, des partenaires nationaux et internationaux agissent de concert pour appuyer la mise en œuvre d'un plan national unique de lutte contre la tuberculose.



*La mission mixte 2005 sur la tuberculose lors de la présentation de ses conclusions par des experts internationaux et nationaux au ministère de la santé. Les partenaires internationaux présents comprenaient l'OMS, la Banque mondiale, le Fonds mondial, le Bureau des services aux projets des Nations Unies (UNOPS) et la Fondation Damien (Belgique). La réunion était présidée par le vice-ministre Wang Longde.*

Les partenaires ont joint leurs efforts pour mobiliser les ressources nécessaires à l'exécution de ce plan national. Des fonds provenant de différentes sources sont employés de façon complémentaire en soutien à différents aspects du programme national. Des fonds publics, des prêts de la Banque mondiale, des subventions du Département du développement international du Royaume-Uni (DFID) et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont regroupés pour acheter des équipements et subvenir aux coûts opérationnels du programme. Une subvention du Japon permettra de fournir des médicaments antituberculeux gratuits jusqu'en 2005; la distribution de ces médicaments s'effectue en coordination avec celle des médicaments antituberculeux gratuits fournis par le gouvernement chinois.

Les partenaires ont joint leurs efforts pour mobiliser les ressources nécessaires à l'exécution de ce plan national. Des fonds provenant de différentes sources sont employés de façon complémentaire en soutien à différents aspects du programme national. Des fonds publics, des prêts de la Banque mondiale, des subventions du Département du développement international du Royaume-Uni (DFID) et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont regroupés pour acheter des équipements et subvenir aux coûts opérationnels du programme. Une subvention du Japon permettra de fournir des médicaments antituberculeux gratuits jusqu'en 2005; la distribution de ces médicaments s'effectue en coordination avec celle des médicaments antituberculeux gratuits fournis par le gouvernement chinois.

Les partenaires collaborent également en vue d'appuyer l'exécution du programme national de lutte contre la tuberculose. Un comité de coordination interorganisations,

présidé par le ministère de la santé, se réunit tous les six à douze mois pour examiner l'évolution du programme, tous les partenaires effectuent ensemble une mission annuelle de suivi de la tuberculose, et un groupe de travail sur la tuberculose se réunit toutes les quatre à six semaines pour traiter des questions et problèmes concernant la mise en œuvre du programme. Ce groupe de travail, en tant que composante du dispositif de coordination de pays (CCM), supervise en outre l'exécution des projets financés par le Fonds mondial dans le domaine de la tuberculose.

L'OMS fournit un appui au ministère de la santé pour le développement de politiques nationales de lutte antituberculeuse, ainsi qu'une assistance technique au Centre chinois des maladies transmissibles (CDC) et à ses partenaires dans la planification et l'exécution de divers projets de lutte contre la tuberculose. L'Organisation a ainsi aidé la Banque mondiale, le DFID et le gouvernement japonais (Agence japonaise de coopération internationale) à élaborer leurs projets de lutte contre la tuberculose en Chine. L'OMS a été le principal partenaire technique du ministère de la santé dans ses propositions au Fonds mondial pour le financement de trois projets différents contre la tuberculose, toutes trois acceptées. De plus, l'OMS joue un rôle essentiel dans le suivi et l'évaluation du programme national et de divers autres projets de lutte contre la tuberculose, tout en assurant la présidence du groupe de travail national sur la tuberculose.

Ce partenariat a mis la Chine en voie d'atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre la tuberculose en 2005. À la mi-2005, la couverture de la stratégie DOTS atteignait 100% de la population du pays. La détection des cas de tuberculose infectieuse en Chine est passée de 30% des cas estimés en 2002 à 64% en 2004. S'il reste beaucoup à faire avant que la charge de la tuberculose ne se réduise sensiblement, le partenariat actuel donne un espoir à des milliers de patients atteints de tuberculose dans tout le pays, en leur assurant un accès à des services antituberculeux gratuits et vitaux.

## ÉRYTHRÉE

### **L'OMS en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le gouvernement italien et l'Agence pour le développement international des États-Unis d'Amérique (USAID)**

Érythrée se remet de la guerre dans des conditions aggravées par la faiblesse du revenu par habitant et les sécheresses. Le pays est confronté à d'immenses difficultés sanitaires, qui vont des maladies transmissibles et non transmissibles aux problèmes de santé de la mère et de l'enfant – et il ne peut compter ni sur une structure sanitaire nationale affaiblie, ni sur des infrastructures de base insuffisantes, ni sur un accès aux services restreint.

Par l'intermédiaire du ministère de la santé, l'OMS joue un rôle essentiel dans la coordination des activités communes de quatre principaux partenaires et organisations (l'UNICEF, le gouvernement italien, l'USAID et l'OMS) pour répondre aux besoins sanitaires pressants de la population. Ce partenariat fait pleinement appel aux avantages comparés de ses quatre membres. Le Bureau de l'OMS en Érythrée a investi dans l'expertise technique en fournissant du personnel et des consultants, tout en prenant place au sein des comités stratégiques constitués par le ministère de la santé. Grâce à cette démarche, les ressources apportées par les trois autres principaux partenaires et par d'autres donateurs ont été investies de façon stratégique.

L'association de ces facteurs a permis de mener des stratégies rationnelles de lutte contre les maladies, de promotion de la santé et de renforcement du système de



santé, qui ont produit des résultats prometteurs tels que:

- une baisse de 80% en cinq ans de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme;
- la maîtrise et l'élimination de maladies évitables par la vaccination, telles que le tétanos et la rougeole du nouveau-né;
- l'élargissement de l'accès physique aux services de santé de base à au moins 70% de la population.

Au vu des succès évidents rencontrés par ces stratégies, le Bureau de l'OMS dans le pays entend poursuivre l'extension de son partenariat, renforcer la base de son soutien technique, et mobiliser des ressources additionnelles.

*Le partenariat en action à Érythrée*

## GHANA

### Vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement: un plan d'investissement pour le Ghana

**A** la lumière des recommandations formulées dans son rapport par la Commission macroéconomie et santé et publiées par l'OMS en 2001, le gouvernement du Ghana a non seulement accepté ces recommandations mais aussi franchi un pas supplémentaire en y voyant une occasion de présenter son programme de santé comme une ressource pour le développement économique du pays. L'Initiative ghanéenne en macroéconomie et santé (GMHI) a donc été lancée en novembre 2002 en vue d'adapter les recommandations aux conditions locales.

La GMHI est un dispositif national participatif de santé et de développement, destiné à analyser les obstacles à l'utilisation des services sanitaires et liés à la santé et à déterminer les moyens d'accroître l'efficacité des dépenses de santé et d'améliorer les réponses aux besoins des plus défavorisés. En stimulant la collaboration intersectorielle et en privilégiant les données locales, la GMHI vise à:

- mobiliser un soutien politique en faveur de l'augmentation de l'investissement dans les secteurs de la santé et liés à la santé;
- améliorer l'établissement des priorités dans le secteur de la santé;
- guider les décisions d'affectations de ressources à la santé aux niveaux central et périphérique;
- améliorer l'efficacité de l'aide.

La GMHI rassemble les principaux acteurs du secteur santé et des secteurs qui influencent la santé, afin de délibérer et de prendre des positions communes sur les questions pressantes de santé et de développement. Ses membres comprennent des représentants des ministères de la santé, de la planification économique et de la coopération régionale, des finances, des collectivités locales et du développement rural, ainsi que d'organismes apparentés tels que les services de santé

ghanéens, l'agence communautaire de l'eau et de l'assainissement, et l'institut de recherches sociales, statistiques et économiques de l'Université du Ghana. Tous les grands partenaires de la santé au Ghana participent à la GMHI, notamment l'OMS, qui a non seulement facilité le processus mais aussi fourni un soutien technique et financier, le PNUD, l'UNICEF, l'Agence danoise de développement international (DANIDA), le Département du développement international (DFID) du Royaume-Uni, et la Banque mondiale.

En 2005, la GMHI a publié un rapport intitulé *Scaling-up health investments for better health, economic growth and accelerated poverty reduction* qui présente un plan d'investissement chiffré visant à atteindre les OMD liés à la santé dans le cadre de la GMHI. Ce plan d'investissement étaye sa proposition de paquet sanitaire en détaillant les ressources nécessaires, les déficits de financement et l'affectation des ressources, conformément aux priorités exprimées dans les politiques. Le rapport de la GMHI s'aligne sur les exercices de planification achevés et en cours, tels que la stratégie ghanéenne de réduction de la pauvreté, le cadre de dépenses à moyen terme et le programme de travail du ministère (2007-2011). Il a également été demandé aux districts de se baser sur ce rapport pour établir leurs plans et budgets de santé. Plus important encore, le rapport servira d'instrument de sensibilisation pour attirer des ressources supplémentaires vers les secteurs de la santé, de l'eau et de l'assainissement, et à aligner les partenaires du développement sur les priorités sanitaires nationales.

Ce rapport est considéré par les partenaires comme représentatif des meilleures pratiques pour d'autres secteurs, et l'action menée par l'OMS pour faciliter un large partenariat entre le gouvernement (secteurs de la santé, de l'eau et de l'assainissement), le secteur privé, les organismes des Nations Unies et les partenaires bilatéraux sous l'égide du gouvernement, afin d'élaborer un plan d'investissement sanitaire visant à atteindre les OMD liés à la santé, constitue un bon exemple de la manière dont les partenariats efficaces se développent et orientent les programmes sanitaires au niveau des pays.

## HAÏTI

### Des partenariats font naître de nouveaux espoirs

**H**aïti est l'un des cinq pays prioritaires (les autres étant la Bolivie, le Guyana, le Honduras et le Nicaragua) qui font l'objet d'une attention spéciale dans le plan stratégique 2003-2007 de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), dans la volonté d'y améliorer les institutions et infrastructures sanitaires et l'état de santé général.

- En 2004, dans une tentative de restaurer l'ordre constitutionnel et de stabiliser la situation en Haïti, 26 organismes bilatéraux, multilatéraux et des Nations Unies, dont l'OMS, en coordination avec le gouvernement provisoire mis en place pour 17 mois, ont élaboré un cadre intérimaire de coopération (ICF) qui devait se traduire par des projets dont on attendait des résultats tangibles sur la période 2004-2006. Les élections présidentielles organisées le 7 février 2006 ont marqué une étape importante dans le rétablissement de la démocratie. Parmi les objectifs prioritaires de la composante santé de la première phase de l'ICF (2004-2005) figuraient la reprise des activités des hôpitaux et programmes prioritaires du pays, l'accès assuré à 2,5 millions d'Haïtiens à un paquet minimum de services essentiels, le renforcement des capacités de gestion et de coordination du ministère de la santé publique et de la population, et l'amélioration de l'accès aux soins de la population générale et des groupes vulnérables. L'OPS/OMS a joué un rôle important et incontestable dans cet exercice en accueillant et en dirigeant les réunions du groupe de travail et en mobilisant les compétences nécessaires dans le secteur santé. En outre, elle sert de point focal aux donateurs et aux organismes partenaires dans trois des 18 «tables sectorielles» qui constituent les instances d'exécution de l'ICF. Les donateurs ont accepté de prolonger l'ICF jusqu'en décembre 2007, pour leur permettre de maintenir leur soutien au gouvernement nouvelle-

ment élu pendant la délicate phase de stabilisation post-électorale, et d'ouvrir la voie à l'élaboration d'un document stratégique de réduction de la pauvreté, qui faciliterait l'accès du pays à des financements et remises de dettes dont il a si grand besoin.

- L'OPS/OMS a créé un centre d'opérations d'urgence à Gonaïves, et constitué un réseau de partenaires pour venir en aide aux zones les plus touchées (par exemple par la fourniture de produits médicaux, une évaluation de la chaîne du froid ou des évaluations des besoins) et coordonner la riposte des dirigeants à la crise sociopolitique et à la tempête tropicale Jeanne.
- L'OPS/OMS est parvenue à mobiliser au profit d'Haïti plus de US\$ 10 millions en fonds extrabudgétaires. L'essentiel de ces ressources ont été fournies par des partenaires traditionnels pour appuyer une large gamme de projets et initiatives, et comprenaient: une aide de la Banque interaméricaine de développement à un projet de services de base sur le VIH/SIDA; une aide de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) destinée à l'achat de médicaments essentiels et de fournitures médicales; des aides de la Banque mondiale pour des vaccinations, des médicaments essentiels à la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition et le programme de santé scolaire; d'ECHO, pour la réhabilitation du réseau d'adduction d'eau; et de l'USAID, de l'Office for US Foreign Disaster Assistance (OFDA) et de l'Agence suédoise de développement international (SIDA) pour plusieurs projets d'interventions dans les situations d'après-catastrophe.



© A. Waack/PAHO

## KYRGYZSTAN

### **Un partenariat pour renforcer l'élaboration de politiques à bases factuelles au Kirghizistan: du Projet d'analyse des politiques sanitaires au Centre de développement des systèmes de santé**

**E**n 2000 l'OMS, en partenariat avec le DFID, a lancé au Kirghizistan un projet fortement innovant. Il visait à susciter une demande de données factuelles pour la préparation des décisions de politique sanitaire, en démontrant l'utilité de la recherche empirique dans la formulation et la mise en œuvre des politiques.

#### **Le projet et ses activités**

L'équipe du projet se composait d'un groupe de jeunes Kirghiz très motivés, formés à l'analyse des politiques dans le cadre du projet. Celui-ci était géré par un conseiller résident OMS-DFID spécialiste des politiques détaché auprès du ministère de la santé, qui faisait aussi fonction de mentor de l'équipe. Le projet était pleinement incorporé au ministère, dont il fonctionnait comme partie intégrante tout en conservant son indépendance et son objectivité dans ses analyses et son soutien.

Les principales activités du projet portaient sur des recherches concernant des sujets choisis d'un commun accord par le ministère de la santé et l'équipe de recherche, l'élaboration d'indicateurs pour le suivi des résultats du système sanitaire, et l'organisation de fréquentes discussions en séminaires ou tables rondes.

Six ans plus tard, le projet peut se vanter de ses succès dans le développement de capacités locales durables en matière d'analyse des politiques et dans la création d'une demande pour des travaux d'analyse et d'évaluation afin de fonder la prise de décision sur des bases factuelles. Le projet, grâce à sa forte implantation locale, est de-

venu un instrument entièrement intégré au ministère de la santé, qui fournit aux responsables du secteur santé des analyses objectives de questions essentielles et des vues critiques concernant les choix de politiques, et mène des recherches à bases factuelles. Le rôle directeur de l'OMS dans le processus a ajouté aux analyses et recommandations une part d'objectivité, de transparence, de dépolitisation et d'indépendance. L'existence de cette fonction analytique et synthétique objective a permis de créer un climat favorable à l'élaboration de politiques à bases factuelles.

#### **Institutionnalisation et durabilité**

L'approche à bases factuelles de l'élaboration des politiques s'est avérée si précieuse pour le système sanitaire kirghiz que la perspective de la fin du projet a incité le ministère de la santé à envisager la question pourtant difficile de son institutionnalisation immédiate, pour éviter de perdre les activités et capacités développées au cours du projet. C'est pourquoi a été créé en novembre 2005 le Centre de développement des systèmes de santé, dont l'analyse des politiques sanitaires constitue un département central – les quatre autres étant la médecine à bases factuelles, un programme de formation aux politiques et à la gestion sanitaires, des services de bibliothèque, et les technologies de l'information.

#### **Le rôle des partenariats et leurs réalisations**

Le projet, puis le Centre, se sont efforcés de constituer un réseau avec d'autres projets et organisations. C'est ainsi que certains chercheurs du projet se sont rapidement affirmés comme experts sur des questions particulières de politiques (ressources humaines, économie et finances de la santé, etc.), et qu'ils sont devenus des formateurs sollicités pour dispenser les cours de politiques et de gestion de la santé ZdravPlus, appuyés par la Banque mondiale et financés par l'USAID<sup>16</sup>.

L'expérience de la recherche et de l'évaluation acquise par l'équipe est devenue un

16. Dans le cadre du projet ZdravPlus Project, l'Agence pour le développement international des États-Unis d'Amérique (USAID) fournit des ressources afin d'aider les gouvernements d'Asie centrale à améliorer la durabilité financière, l'efficacité et la qualité de leurs soins de santé, tout en préservant un accès équitable. Exécuté par la firme Abt Associates and partners, basée aux États-Unis d'Amérique, le projet ZdravPlus de qualité de la santé publique et des soins primaires en Asie centrale intervient au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan, au Tadjikistan et au Turkménistan.

atout important dès lors que le ministère de la santé a commencé à suivre les résultats sur le terrain des directives concernant la pratique des soins primaires, élaborées avec les associations professionnelles.

De même, une collaboration avec le projet Kirghizistan-Suisse d'appui à la réforme sanitaire, financé par la Coopération suisse au développement (DDC) et qui donne aux communautés locales les moyens de lancer des activités de promotion de la santé, a permis de mener en commun plusieurs études analytiques portant par exemple sur la carence en iode, le sentiment des populations quant à la nouvelle politique de cofinancement des soins, l'élaboration d'un indice de statut socioéconomique à utiliser dans les enquêtes de santé, ou sur l'évaluation de l'efficacité d'un projet de fonds rural pharmaceutique reconstituable.

Le Centre a établi un partenariat avec l'Institut de la Banque mondiale en vue d'adapter et de dispenser des cours modèles dans les pays d'Asie centrale et du Caucase, en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Deux cours modèles régionaux ont déjà eu lieu. Le Centre en dispensera un autre en 2006 sur les systèmes de santé, axé sur les soins de santé primaires et comprenant une version adaptée du cours de la Banque mondiale sur les OMD.

Chacune des activités menées aujourd'hui par le Centre était auparavant un projet appuyé par des donateurs, comportant une date d'achèvement déterminée. La collaboration précédemment décrite entre les projets a facilité l'établissement de bonnes relations de travail au niveau technique, et a favorisé l'instauration d'une coordination systématique entre les donateurs.

### **Enseignements**

L'efficacité éprouvée de ces collaborations a permis de constater que l'institutionnalisation commune de ces activités au sein du Centre de développement des systèmes de santé constitue une base inestimable en termes de durabilité, de construction de capacités et de renforcement institutionnel adapté. En bref, la conception et la mise en place du Centre sur la base d'une addition de projets constitue un bon exemple, qui montre

comment des partenariats menés dans un sens ascendant peuvent aboutir à un modèle durable de renforcement des capacités et institutions, et fait la preuve du succès que rencontrent les partenariats lorsqu'ils s'appliquent au problème omniprésent de la construction de capacités locales.

On trouvera d'autres informations concernant ce partenariat: sur:

<http://eng.hpap.med.kg/>

## NAMIBIE

### **Le Forum de partenaires sur le VIH/SIDA et le fonds de microsubventions**

**E**n 2001, le groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA a facilité la création d'un Forum de partenaires sur le VIH/SIDA, dans le but global d'appuyer les priorités nationales en riposte



*Projet d'Ongendo pour le développement:  
Education communautaire pour le VIH/SIDA, les infections sexuellement transmissibles et pour la tuberculose*

à la propagation de l'épidémie de VIH/SIDA en Namibie. Le Forum de partenaires sur le VIH/SIDA est une assemblée diversifiée, qui rassemble de nombreux acteurs engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA pour coordonner des acteurs du développement, échanger des informations et dialoguer sur les politiques. Il comprend les partenaires du développement suivants: dirigeants des organes gouvernementaux de coordination de la lutte contre le VIH/SIDA et autres hauts responsables gouvernementaux, représentants des organismes des Nations Unies, responsables techniques des missions diplomatiques, et fédérations associatives telles que Lironga Eparu, association nationale de personnes vivant avec le VIH/SIDA, la Coalition des entreprises namibiennes sur le SIDA (NABCOA) et le Réseau namibien des organisations de services contre le SIDA (NANASO). Ce forum est présidé par l'OMS.

Le Forum de partenaires mobilise actuellement des ressources pour soutenir la riposte du gouvernement au VIH/SIDA, principalement au niveau communautaire. Il va de

soi que la participation des communautés et de la société civile, et particulièrement des personnes vivant avec le VIH/SIDA, est essentielle pour répondre à l'ensemble de ces défis. Le Forum de partenaires contribue en outre à détecter les lacunes de l'action, et à proposer des moyens pour les combler. C'est ainsi qu'en août 2002, ses membres ont constitué un Fonds de microsubventions destiné à compléter les mesures nationales en appuyant des interventions dans les communautés par le biais d'organisations non gouvernementales locales et d'organisations à base communautaire. Ces organisations sont invitées à solliciter des fonds en présentant des propositions de projets de qualité. En décembre 2005, cette initiative avait déjà appuyé au total 145 organisations dans les 13 régions de la Namibie. Ces microsubventions sont destinées à organiser des activités de prévention et de soins du VIH/SIDA, à favoriser des initiatives génératrices de revenus telles que les jardins potagers, à fournir un soutien psychologique et social aux orphelins dont les parents sont décédés du SIDA, et à traiter certains aspects liés à la santé des adolescents et à la santé génésique.

Cet exemple montre bien que pour parvenir à un partenariat et à une collaboration satisfaisants, l'implication et la participation complètes de tous les partenaires sont absolument essentielles. L'approche participative consistant à inclure les communautés locales et à leur donner les moyens et la responsabilité de prendre le processus en charge est cruciale pour assurer le succès et la durabilité d'un tel partenariat.

## VIET NAM

### **Un partenariat avec le Parti communiste vietnamien pour la prévention du VIH/SIDA**

La majorité des infections à VIH signalées au Viet Nam affectent des groupes vulnérables tels que les professionnel(le)s du sexe et les utilisateurs de drogues injectables, ce qui implique de mener d'urgence des interventions efficaces de réduction des risques pour assurer à ces groupes un accès à des mesures de prévention. Dans le domaine de la santé publique, l'objectif global de la réduction des risques consiste à éviter autant que possible les comportements à risques. Au Viet Nam, où l'épidémie de VIH se nourrit du partage de seringues entre utilisateurs de drogues, des relations sexuelles non protégées et de la non-utilisation de préservatifs par les professionnel(le)s du sexe avec leurs clients, toute une série de mesures préventives sont à promouvoir. Ces dernières consistent à informer les personnes exposées au risque, et à fournir des aiguilles et seringues propres, des préservatifs, ainsi que des services contre les infections sexuellement transmissibles.

La réduction des risques constitue une «meilleure pratique» pleinement reconnue par l'OMS et le système des Nations Unies comme applicable à la prévention au sein des groupes vulnérables.

Depuis 2003, l'OMS et d'autres intervenants défendent activement les mesures de réduction des risques par l'entremise de la Commission idéologie et culture du Parti communiste. Cette commission joue un rôle



important dans la promotion de principes d'intégration dans le système politique.

En 2005, l'OMS a collaboré avec la Commission pour appuyer l'introduction de la réduction des risques dans la nouvelle loi sur le VIH/SIDA.

Cette action a débouché sur l'intégration d'activités de réduction des risques dans la récente stratégie vietnamienne sur le VIH/SIDA, et certaines mesures de réduction des risques, notamment par les drogues de substitution, sont en discussion à l'Assemblée nationale. On voit là le rôle que peut jouer l'OMS au sein du système politique en parvenant à nouer des partenariats stratégiques visant à promouvoir des interventions sanitaires efficaces.

*Séminaires de consensus et d'information organisés par la Commission idéologie et culture du Parti communiste à Hanoi.*

## Recommandations du Réseau des CSU sur la stratégie OMS d'alignement et d'harmonisation au niveau des pays<sup>17</sup>

**a. L'OMS renforcera son engagement dans l'action mondiale visant à harmoniser et à aligner l'aide internationale.**

**b. L'OMS s'engagera dans la réforme des Nations Unies**, en tant que membre des équipes des Nations Unies dans les pays, afin de maintenir la santé publique parmi les priorités.

**c. La CCS OMS est le principal instrument** d'alignement de l'action de l'OMS sur les priorités nationales.

**d. Le Siège et le Bureau régional apporteront leur appui** aux Bureaux de l'OMS dans les pays pour les aider à définir et à adapter le rôle de l'OMS dans un contexte mouvant.

**e. L'OMS communiquera plus efficacement sur les réformes** auprès des Nations Unies et de la communauté internationale du développement.

**f. L'OMS préparera et tiendra à jour des positions de politiques intégrées aux niveaux mondial, régional et local** concernant son engagement auprès des Nations Unies et autres partenaires du développement au niveau des pays.

**g. Les équipes de l'OMS dans les pays feront connaître à tous leurs partenaires le rôle de l'OMS** aux niveaux national, régional et mondial, afin que tous aient une vision claire du fonctionnement de l'OMS et des avantages qu'elle apporte.

**h. Lorsque les Accords de base avec les États Membres posent problème, l'OMS réexaminera** la situation et fera en sorte que les leçons du processus profitent à l'ensemble de l'Organisation.

**i. L'OMS élabore à l'heure actuelle une stratégie interrégionale visant à renforcer ses capacités dans les pays** pour s'intégrer au processus d'ali-

gnement et d'harmonisation, notamment par la collecte et la diffusion des meilleures pratiques, et par l'information initiale et la formation des équipes.

**j. Les Bureaux régionaux et le Siège entameront un dialogue mondial et régional** concernant les nouveaux partenariats sanitaires, les structures du développement, l'efficacité du développement et les besoins de renforcement des capacités, en s'assurant que les vues des équipes dans les pays soient représentées.

**k. Le Siège fournira de brèves notes d'information aux Bureaux régionaux et aux Bureaux dans les pays** afin de les tenir au courant.

**l. L'OMS réexaminera ses politiques et procédures internes**, et notamment ses systèmes de planification, en 2006–2007, en vue d'améliorer si possible leur synchronisation avec les calendriers nationaux à partir de 2008.

**m. Une politique de l'OMS relative aux bilans communs de pays sera élaborée en 2006**, et un examen interrégional de ses systèmes de planification sera effectué en 2006–2007.

**n. L'OMS suivra les évolutions sous trois angles:**

- en faisant part aux organes directeurs des progrès globalement accomplis dans les domaines évoqués par la Résolution 58.25 de l'Assemblée mondiale de la Santé;
- en suivant l'évolution et la mise en œuvre de la stratégie de renforcement des capacités;
- en élaborant un système interrégional permettant d'évaluer l'efficacité de l'OMS dans les pays, faisant intervenir les équipes des Nations Unies dans les pays et les partenaires du développement.

17. Issues des discussions au cours de la quatrième rencontre du Réseau des unités d'appui aux pays, Montreux (Suisse), 20–21 octobre 2005. The Montreux Report.

## **Principaux documents figurant sur le CD-ROM**

- Document EB 116 sur les Bureaux de l'OMS dans les pays et action en faveur des pays (six langues)
- Réseau des unités d'appui aux pays CSU 2004 (anglais, espagnol, français)
- The Copenhagen Report: Revisiting the Country Cooperation Strategy (anglais)
- The Cairo Report: Country Focus and Health Systems Development (anglais)
- The Santo Domingo Report (anglais)
- The Montreux Report (anglais)
- Rapport de Nairobi (anglais, français)
- Rapport de Maputo (anglais)
- Document d'orientation sur les activités de l'OMS liées au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (anglais, français)
- Harmonization and Alignment Key Resources (anglais)
- A guide to WHO's role in sector-wide approaches to health (anglais)
- WHO Country Presence 2005 (anglais)



**Organisation  
mondiale de la Santé**

World Health Organization – Organisation Mondiale de la Santé  
20, av. Appia – 1211 Genève 27 – Tél. 4122 791 21 11 – Fax. 41 22 791 31 11  
[countryfocus@who.int](mailto:countryfocus@who.int)