



Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale
de recherche, de développement et de formation à la
recherche en reproduction humaine (HRP)

Suivi de la gouvernance, de la gestion, de l'administration et de l'efficacité : Etude de cas

Examineurs:

Claudia Kessler

Centre suisse pour la santé internationale (Institut tropical suisse), Bâle (Suisse); et

Douglas Huber

Management Sciences for Health, Cambridge, Massachusetts, (Etats-Unis)

Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/ Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine (HRP) Evaluation externe 2003–2007; Suivi de la gouvernance, de la gestion, de l'administration et de l'efficacité: Etude de cas.

© Organisation mondiale de la Santé 2008

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

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

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les 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.

Les opinions exprimés dans cette publication sont ceux de l'équipe d'évaluation externe HRP 2003–2007.

Imprimé en Suisse

Table des matières

Résumé d'orientation	1
Introduction	4
Méthodes	5
Principales constatations et recommandations	6
Conclusions et recommandations générales	31
Liste des abréviations	32
Références	33
Annexe 1: Principales questions posées dans l'étude de la gouvernance	34
Annexe 2: Liste des personnes interrogées lors d'entretiens approfondis, par groupe	35
Annexe 3: Ressources provenant de fondations, de la société civile et de pays donateurs	36
Annexe 4: Evolution des ressources provenant de redevances	40
Annexe 5: Effectif du HRP avant (2004) et après (2006) l'examen de développement stratégique et des compétences de l'OMS (2005)	41
Annexe 6: Fonds influencés par le financement HRP 2002–2007	42
Annexe 7: Coût des réunions des comités de gouvernance du HRP (en dollars)	43
Annexe 8: Comparaison de la gouvernance du TDR et du HRP: principaux aspects	44
Annexe 9: Budget programme 2006–2007 de l'OMS	50
Annexe 10: Informations sur les points de référence	51
Annexe 11: Cadre conceptuel HRP/RHR (cf. évaluation externe précédente)	52

Résumé d'orientation

Objectifs et méthodes

La présente étude de cas a pour but d'évaluer les progrès accomplis dans la mise en application des recommandations formulées à l'issue de la précédente évaluation externe du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) en ce qui concerne la gouvernance. Les informations recueillies pour cette étude proviennent d'analyses et d'entretiens avec diverses parties prenantes.

Constatations

Mise en application des recommandations de la précédente évaluation externe

Le HRP a réagi d'une façon positive aux recommandations issues de la précédente évaluation en créant une équipe spéciale à cet effet. Des mesures adéquates ont rapidement été prises et le Comité Politiques et coordination du HRP a été tenu informé avec une transparence remarquable. Beaucoup de progrès ont été faits dans la suite donnée aux conclusions et recommandations. L'une des principales constatations de l'étude est que la plupart des faiblesses et bon nombre des problèmes ont été résolus.

Base de financement

Le changement positif le plus notable est l'amélioration considérable de la situation financière du Programme en 2007, avec une diversification des sources de revenus. Le HRP a défini des stratégies de mobilisation des ressources qui ont permis d'attirer de nouveaux financements, et plusieurs donateurs ont augmenté leur contribution. Les ressources provenant des pays donateurs ont considérablement augmenté. Bien que de nouvelles fondations aident le HRP, leur part a globalement diminué. Après une période

de pénurie financière importante, les ressources de l'exercice biennal 2006–2007 ont été supérieures au budget, et le HRP a été en mesure de financer les trois niveaux de priorité.

Travail de promotion

Le HRP a renforcé sa collaboration avec ses partenaires pour promouvoir l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et pour que la santé sexuelle et génésique ait une plus grande place dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), contribuant ainsi à l'intégration d'une nouvelle cible de santé génésique dans le 5e OMD.

L'OMS et la gestion du Programme

Lorsque l'OMS a appelé les donateurs bilatéraux à ne plus affecter leur financement à un projet ou programme spécifique, tel le HRP, mais à le verser au budget général, le HRP a subi une perte importante de revenus. De ce fait, le Royaume-Uni, l'un des plus importants donateurs bilatéraux du HRP, est revenu à un financement à objet désigné. Avec la nouvelle direction de l'OMS et compte tenu des changements structurels et administratifs opérés au sein de l'Organisation, le HRP est maintenant en position plus forte, et mieux intégré dans l'OMS en 2007–2008 qu'il ne l'était en 2002. La collaboration entre le HRP au siège de l'Organisation et les structures de l'OMS dans les pays peut encore être renforcée, comme on l'avait déjà constaté en 2003. La décentralisation se poursuit, mais lentement. Il se peut, en fin de compte, qu'elle ne soit pas décisive pour un programme mondial tel que le HRP. Des mesures ont été mises en place pour améliorer l'efficacité des comités de gouvernance et accélérer le traitement des subventions; toutefois, malgré l'utilité de ces mesures, leur effet tangible et objectivement vérifiable sur l'efficacité demeure limité.





Coparrainage

Le coparrainage n'a pas changé depuis 2002–2003. Le PNUD n'a pas fait de donations au HRP pendant la période de l'évaluation. Les efforts actuels d'unification du système des Nations Unies (One United Nations) au niveau des pays sont une occasion de dynamiser le coparrainage, de renforcer les efforts du HRP pour faire passer la recherche dans les politiques et les pratiques et de plaider pour que la santé sexuelle et génésique ait plus de poids dans la réalisation des OMD.

Critères de référence, suivi et évaluation

Les informations données par le HRP sur les critères de référence montrent la bonne progression du Programme par rapport aux principaux indicateurs qui guident ses travaux. Toutefois, par manque sévère de moyens financiers entre 2002 et 2006, le nombre des projets de recherche achevés a diminué, car il s'agit de projets de longue haleine, coûteux, et qui mettent beaucoup de temps à se rétablir après une crise financière. En même temps, l'accroissement de la demande d'orientations à base factuelle a entraîné une production accrue d'analyses systématiques. Le système actuel de suivi reste toutefois complexe et on manque d'indicateurs des résultats et des effets dans plusieurs domaines d'activité, ce qui fait qu'il est difficile d'évaluer les progrès obtenus. Il est dans la tradition du HRP de se soumettre régulièrement à une évaluation externe.

Comparaison avec la gouvernance du TDR

Le Programme spécial (UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS) de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) et le HRP sont les deux programmes de recherche coparrainés que l'OMS héberge et dont elle est l'organisme d'exécution. La gouvernance des deux programmes présentant de nombreuses

similitudes, les synergies et les échanges d'information pourraient être renforcés dans la perspective d'améliorer constamment la gouvernance du HRP, tout en maintenant les liens qu'il entretient avec le développement des programmes de santé sexuelle et génésique (PDRH) au sein du Département Santé et Recherche génésiques (RHR)¹ de l'OMS. De même que pour le TDR, le problème majeur de gouvernance auquel le HRP reste confronté est celui de la participation limitée des pays bénéficiaires (des catégories 2 et 3) aux travaux du PCC sur les sujets touchant au fonctionnement du Programme et à son évolution sur les aspects techniques. Les suggestions contenues dans le rapport viennent compléter celles déjà envisagées par le HRP.

Une sélection des conclusions

- Le HRP a réagi activement aux recommandations issues de l'évaluation externe de 1990–2002.
- La situation financière du HRP s'est sensiblement améliorée après plusieurs années de grave pénurie financière.
- Le coparrainage s'est maintenu en l'état de 2002–2003. Le PNUD s'est engagé activement dans les travaux du Programme mais n'a pas encore repris ses contributions financières.
- L'intégration de la santé sexuelle et génésique dans le 5e OMD a été efficacement soutenue par le HRP et les institutions parrainantes, notamment le FNUAP, le PNUD (dans le cadre du Projet du Millénaire) et l'OMS.
- Le HRP a atteint ses objectifs de référence ou a bien progressé dans cette voie sauf pendant la période de pénurie financière.

1. Le Département Santé et recherche génésiques (RHR) comprend HRP ainsi qu'une composante s'intéressant au développement des programmes de santé sexuelle et génésique (PDRH).

- Le système de suivi reste complexe et divers domaines manquent d'indicateurs clairs de résultats et d'effets.
- La gestion décentralisée des subventions a favorisé l'appropriation du processus au niveau local mais l'a sans doute ralenti.
- Il existe un potentiel important d'échange d'information et d'enseignement mutuel entre le HRP et le TDR, les deux programmes coparrainés de l'OMS.
- Les pays membres bénéficiaires devraient participer plus activement aux réunions du Comité Politiques et coordination. Le HRP a des projets pour améliorer leur participation.
- Chercher à définir des modalités améliorées de demande, de traitement, de suivi et de gestion des subventions.



Une sélection des recommandations pour améliorer la gouvernance de HRP

- Voir quelles seraient les possibilités d'élargir la composition du Comité Politiques et coordination pour qu'y soient représentés non seulement les pays qui versent une contribution financière et les organismes parrainants, mais aussi des partenaires d'organisations multilatérales et certaines fondations.
- Etablir des liens entre les activités mondiales et locales du HRP et les programmes réalisés dans les pays par les organismes parrainants et les organisations intervenant dans un cadre bilatéral, avec l'aide de conseillers en matière de santé sexuelle et génésique présents dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS et dans les instituts de recherche locaux.
- A court terme, maintenir et développer le financement à affectation réservée par les pays donateurs. A long terme, l'OMS doit donner aux donateurs des preuves crédibles que le fait de verser leur contribution au budget général n'entraînera pas une perte de financement pour le HRP, et qu'elle apportera au Programme un soutien financier prévisible et durable.
- Renforcer la capacité de rédaction de propositions et de rapports et de réalisation d'activités de recherche sur la santé sexuelle et génésique aux niveaux décentralisés, et y associer systématiquement et dès le début les comités consultatifs régionaux et les directeurs de secteurs.
- Les directeurs du TDR et du HRP devraient se réunir formellement à intervalles réguliers pour mettre en commun leur expérience et leurs idées sur la gouvernance.
- Mettre au point une stratégie et des lignes directrices pour faire davantage participer les membres des catégories 2 et 3 aux travaux du Comité Politiques et coordination.
- En accord avec le nouveau cadre stratégique de l'OMS et le cadre de suivi s'y rapportant, trouver des indicateurs, y compris pour mesurer les effets, permettant d'évaluer les activités du HRP dans différents secteurs par rapport aux situations de départ et aux cibles définies.
- Envisager la création d'un poste de suivi et d'évaluation ou obtenir le concours temporaire d'un expert pour renforcer le cadre de suivi et la collecte et la présentation des données pour rendre compte plus efficacement des résultats du HRP aux partenaires, organisations parrainantes et donateurs.
- Donner un nouveau nom au HRP pour qu'il soit clairement identifié et pour faciliter les relations publiques.

Introduction



L'évaluation externe précédente, qui portait sur la période 1990–2003, contenait des recommandations concernant la gouvernance, la gestion, l'administration et l'efficacité. Les principales mesures recommandées étaient les suivantes (pour le texte intégral, voir le rapport final):

- réactiver le coparrainage;
- élargir et diversifier la base de financement active, notamment parmi les fondations, les partenariats public-privé, les institutions publiques et les recettes des produits;
- rendre les comités de gouvernance plus efficaces en réduisant le nombre des réunions et des participants et en regroupant les fonctions lorsque c'est possible;
- renforcer les comités consultatifs régionaux et encourager les collaborateurs du domaine de la santé sexuelle et génésique à participer plus directement aux activités des bureaux régionaux;
- les membres des organes consultatifs du HRP, notamment le Comité Politiques et coordination et le Groupe consultatif scientifique et technique, devraient faire davantage de promotion de la santé sexuelle et génésique dans les événements mondiaux;
- étudier la possibilité de décentraliser une partie de l'administration et du suivi dans les régions et les pays;
- revoir les procédures de traitement des demandes de subventions pour les rendre plus efficaces et plus rapides;
- développer les échanges, la participation et la collaboration entre le personnel du HRP et des autres domaines d'activité du siège de l'OMS et les bureaux de régions et de pays. Les

directeurs régionaux, leurs collaborateurs et les bureaux de pays devraient jouer un rôle plus actif de soutien du HRP et de renforcement des partenariats à tous les niveaux de l'OMS pour favoriser la recherche sur la procréation et la recherche connexe.

Selon les termes du mandat de l'évaluation externe, la présente étude sur la gouvernance a pour but de réunir une documentation sur les progrès réalisés, de commenter les mesures de suivi et de mettre en lumière d'autres questions importantes qui pourraient se poser, principalement en ce qui concerne la gouvernance. Les évaluateurs ont étudié dans quelle mesure le HRP avait mis en oeuvre les Mesures de suivi en cours ou proposées et les solutions possibles présentées au Comité Politiques et coordination des 30 juin et 1er juillet 2004 dans un document intitulé "Follow-up actions to the external evaluation of HRP for 1990–2002" (Mesures de suivi de l'évaluation externe du HRP portant sur la période 1990–2002).

Méthodes

Les moyens utilisés pour obtenir des informations ont été l'analyse documentaire, des entrevues ou entretiens par téléphone semi-structurés menés par Claudia Kessler et Douglas Huber, et une petite enquête réalisée par courriel auprès des membres du Comité Politiques et coordination de la catégorie 2². On trouvera à l'annexe 1 l'appareil d'entretien avec les principales questions posées, et à l'annexe 2 la liste des personnes interrogées. Les principaux groupes de personnes interrogées et le nombre des personnes interrogées dans les entretiens sont les suivants:

- Secrétariat du HRP et autres collaborateurs au siège de l'OMS (7);
- présidents des groupes consultatifs régionaux (3);
- présidents du Groupe d'examen scientifique et éthique, du Groupe consultatif scientifique et technique, du Comité Politiques et coordination et du Groupe consultatif sur les droits humains et l'approche genre (4);
- représentants des organismes parrainants (6, OMS incluse);
- représentants de donateurs bilatéraux (4);
- représentants de fondations donatrices (2);
- représentants de membres du Comité Politiques et coordination de la catégorie 2 (pays bénéficiaires) (3);
- représentants des bureaux régionaux de l'OMS (1); et
- le Directeur du TDR et le responsable du Groupe Relations extérieures et organes directeurs de l'OMS.

En dépit de plusieurs tentatives, les évaluateurs n'ont pas réussi à interroger, comme ils l'escomptaient, d'autres interlocuteurs membres de fondations, des bureaux régionaux ou des groupes consultatifs régionaux de l'OMS. Pour inclure le point de vue et les suggestions des représentants de pays concernés, ils ont procédé à une petite enquête par courrier électronique auprès des membres du Comité politiques et coordination des catégories 2 et 3. Sur la base de la liste des participants à la réunion 2007 du Comité, un questionnaire d'une page a été envoyé à 19 représentants de pays. Malgré deux rappels, trois seulement ont répondu. Une évaluation quantitative n'a certes pu être effectuée, mais les réponses ont donné des informations qualitatives utiles. Lors de l'évaluation externe de 2003, 249 personnes avaient donné des renseignements détaillés lors d'entretiens ou en réponse à un questionnaire envoyé par courrier électronique, ce qui représentait un bon échantillon d'acteurs qui s'étaient prononcés sur des questions de gouvernance.

Dans la plupart des cas, une transcription des entretiens a été adressée aux personnes interrogées pour correction et validation. Nous appuyant sur notre expérience de l'évaluation précédente et en tenant compte des sources d'information, nous avons comparé et choisi les points de vue les plus représentatifs et formulé des recommandations.



2. Catégorie 2: pays bénéficiaires choisis par les comités régionaux de l'OMS; catégorie 3: autres partenaires intéressés, qui se composent actuellement de pays bénéficiaires.

Principales constatations et recommandations



3.1 Coparrainage

Le HRP est organisé sur une base de coparrainage. Le PNUD, le FNUAP, l'OMS et la Banque mondiale le coparrainent depuis 1988. Au moment de la dernière évaluation, le fait le plus préoccupant était que le PNUD n'était plus actif depuis 1996, ni du point de vue financier, ni dans les échanges sur les aspects techniques ou la gouvernance. L'accord de coparrainage du HRP, défini dans le protocole d'accord, exprime l'engagement des organismes parrainants mais sans constituer un contrat ayant force d'obligation légale.

Conformément aux recommandations de l'évaluation précédente, le HRP a publié une brochure intitulée *Améliorer la santé sexuelle et génésique par la recherche: un investissement pour l'avenir*, qui met en lumière les avantages résultant d'un investissement dans le Programme. Pour renforcer ce message, des réunions ont eu lieu régulièrement, y compris à haut niveau, avec les organismes parrainants, et ont permis de remédier à l'un des problèmes auxquels le HRP est confronté. Il faut en effet des contacts constants et répétés pour que les organismes de coparrainage restent sensibilisés et engagés dans un contexte de forte mobilité du personnel.

La structure de coparrainage s'est maintenue et a pris de l'importance avec les efforts faits récemment pour unifier le système des Nations Unies au niveau des pays (one United Nations). Le coparrainage du Programme a fourni au Royaume-Uni un argument pour justifier le retour à un financement à objet désigné, "le HRP n'étant pas simplement l'OMS" (voir l'annexe 3.3).

Malgré les efforts constants et les contacts à haut niveau répétés, le Programme n'a pas réussi à obtenir des fonds du PNUD. Celui-ci a toutefois été représenté aux deux réunions précédentes du Comité Politiques et coordination et aux réunions

du Comité permanent, et a été l'hôte d'une de ces réunions. Ce geste est perçu comme un signe positif, et la création récente d'un centre officiel de liaison avec le HRP au sein de l'équipe OMD du PNUD à New York est encourageante. L'intégration dans le cinquième OMD des cibles de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) s'est faite dans de bonnes conditions de collaboration entre le PNUD et le HRP. Les autres organisations parrainantes comprennent bien que la santé n'est pas une priorité pour le PNUD, mais compte tenu de l'importance de la santé sexuelle et génésique pour la réalisation des OMD et des activités du HRP dans le domaine du VIH et du sida, ils aimeraient que le PNUD s'engage pleinement, y compris sur le plan financier. Les activités du HRP contribuent manifestement à la réalisation des OMD, du 3^e au 6^e, ainsi qu'au 1^{er}, au 2^e et au 8^e. Les OMD donnent aux organismes parrainants une occasion de s'engager davantage.

Le PNUD coparraine aussi le TDR auquel il ne verse pas non plus de contribution financière. Les personnes interrogées étaient partagées sur le point de savoir si le PNUD devait continuer à coparrainer le HRP s'il ne lui versait pas de contribution financière. Certains estimaient que le financement était indéniablement une condition préalable du coparrainage, tandis que d'autres, dont le Secrétariat du Programme, voyaient en revanche l'intérêt de garder le PNUD dans le groupe, même sans apport financier. Le PNUD aide à faire connaître le HRP et la santé sexuelle et génésique, à promouvoir des activités plus étroitement liées entre la santé sexuelle et génésique et le VIH/sida. En outre, il joue un rôle crucial dans la coordination de l'exécution des programmes des organisations des Nations Unies dans les pays. Il a récemment commandé une évaluation de ses partenariats. En raison du changement du directeur de la division, les

résultats ne sont pas encore publiés. Le Secrétariat du HRP espère toutefois qu'une décision favorable sera prise concernant le financement.

Pour que le HRP présente plus d'intérêt pour les organisations parrainantes, certaines personnes interrogées ont estimé qu'il devrait fournir plus d'appui sur le terrain, et notamment des liaisons avec les programmes des pays.

Le HRP n'a pas réussi à susciter de nouveau coparrainage. Toutefois, le Secrétariat a essayé de déterminer quels pourraient être les partenaires éventuels:

- *l'UNICEF*: il existe des liens naturels forts entre les activités du HRP et l'initiative de l'UNICEF pour le choix et l'espacement des grossesses et pour l'amélioration de la survie de l'enfant. Les autres organismes ont appelé à une collaboration directe entre le HRP et l'UNICEF (même en l'absence d'un coparrainage) pour préconiser un intervalle de trois ans au moins entre les naissances, et ceci afin d'améliorer les chances de l'enfant de vivre en bonne santé et de réduire la morbidité et la mortalité maternelles. Bien que l'UNICEF coparraine le TDR, la forte influence des Etats-Unis sur cette organisation et les susceptibilités politiques entourant les questions de santé sexuelle et génésique et d'avortement font qu'il est peu probable que l'UNICEF devienne un partenaire financier du HRP;
- *l'ONUSIDA* est déjà un programme coparrainé, dont l'OMS est une organisation parrainante. On ne voit pas encore clairement comment l'ONUSIDA pourrait devenir organisme parrainant du HRP;
- le *Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme*: le HRP a fait des démarches officielles auprès du Fonds mondial et a organisé des exposés techniques. D'après son règlement, les institutions des Nations

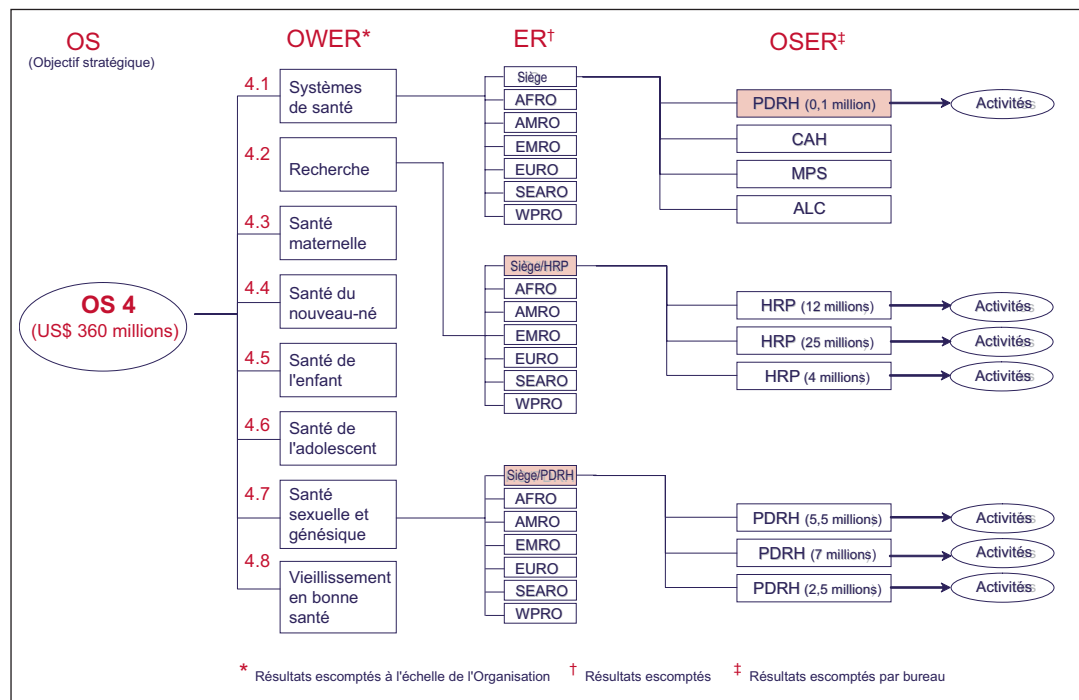
Unies ne peuvent recevoir des subsides de sa part et le personnel de l'OMS ne peut faire partie de son Groupe d'examen technique, mais le HRP a aidé à plusieurs reprises des Etats membres à préparer leurs propositions pour le Fonds mondial, même sans avoir reçu son appui financier pour ces actions de renforcement des capacités. Des collaborateurs du HRP et du RHR ont incité le Fonds à accepter et à encourager des propositions prévoyant de lier la santé sexuelle et génésique et la lutte contre le VIH/sida dans la série 7.

Certains des principaux pays donateurs et des organismes parrainants s'alarment de voir que la contribution de l'OMS elle-même stagne. L'une des organisations parrainantes a déclaré que le HRP "était depuis trop longtemps l'enfant mal-aimé de l'OMS". Les personnes interrogées ont estimé que l'OMS devait fournir un soutien financier durable et prévisible au Programme, indépendamment de ce que font les autres organismes parrainants ou les donateurs. Un autre parrain s'est félicité de ce que la nouvelle direction de l'OMS engageait plus fermement l'Organisation à l'égard du Programme, comme l'a confirmé le Secrétariat du HRP. Le Fonds fiduciaire du HRP est une entité budgétaire clairement définie du budget programme 2008–2009 de l'OMS qui, selon le Secrétariat, confère au Programme un statut plus enviable que les autres partenariats de l'OMS. L'existence du Fonds fiduciaire en tant qu'entité distincte permet aux donateurs d'affecter plus facilement leur financement. Dans le plan stratégique à moyen terme (2008–2013) de l'OMS, qui contient 13 objectifs stratégiques, près de 90 pour cent des activités du HRP font partie de l'objectif stratégique 4, alors que les activités du TDR, par exemple, se répartissent dans deux objectifs (figure 1).





Figure 1. Budget programme 2008–2009 de l'OMS



3.1.1 Conclusions et recommandations

Conclusions

- Le HRP a donné suite aux recommandations issues de l'évaluation de 2003, selon lesquelles il devait maintenir et revitaliser son statut de programme coparrainé et obtenir des fonds supplémentaires. Le coparrainage a été maintenu, mais la dynamisation n'a réussi que dans une mesure limitée. Des contacts ont été pris avec des organismes susceptibles de compléter le coparrainage et les possibilités de collaboration ont été étudiées.
- Le HRP s'est efforcé d'obtenir la participation de ses coparrains, particulièrement du PNUD. Il a coopéré sur le plan technique et collaboré avec le PNUD pour intégrer la nouvelle cible relative à la santé génésique dans les OMD, ce qui représente un résultat de première importance. Le partenariat avec le PNUD, même en

l'absence de contribution financière de sa part, est d'un grand intérêt pour le HRP sur le plan de la collaboration.

- L'engagement de l'OMS à l'égard du Programme était ambigu jusqu'à l'arrivée du Directeur général actuel. S'il reste relativement stable sur le plan financier, la réaffectation des contributions des pays donateurs importants au détriment du HRP pendant la phase de financement général a laissé l'impression qu'il manquait de fermeté à ce moment là. Avec l'arrivée du nouveau Directeur général, les organismes parrainants et les donateurs perçoivent mieux l'engagement de l'Organisation, et les donateurs se félicitent de cette nouvelle tournure.
- La démarche visant à agir en tant que "système des Nations Unies unifié" ouvre une fenêtre sur la réactivation du coparrainage du HRP.

Recommandations

- Renouveler les efforts pour obtenir de l'OMS comme des autres organisations parrainantes un engagement institutionnel large, qui se soit pas strictement individuel. Les réunions de haut niveau sont un pas dans la bonne direction.
- Obtenir de l'OMS qu'elle s'engage à fournir un financement prévisible au HRP afin d'éviter les brusques chutes de revenus connues dans le passé et de ne pas donner l'impression qu'il y a une ambiguïté dans le soutien accordé au Programme.
- Le Programme ne devrait pas être incité à continuer de chercher activement de nouveaux organismes multilatéraux de coparrainage. A moins qu'un coparrainage ne paraisse envisageable, il devrait plutôt consacrer ses efforts à maintenir le statut de coparrainage actuel et à obtenir le versement d'une contribution financière par le PNUD.
- Voir quelles seraient les possibilités d'élargir la composition du Comité Politiques et coordination pour y inclure des partenaires d'organisations multilatérales et certaines fondations. Il pourrait être nécessaire de modifier le Protocole d'accord à cet effet.
- Renforcer les liens entre les activités mondiales et locales du HRP et les programmes réalisés dans les pays par les organisations parrainantes et les donateurs bilatéraux avec l'aide des conseillers en matière de santé sexuelle et génésique des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS et des instituts de recherche locaux

3.2 Base de financement

3.2.1 Ressources

De 2002 à 2005, le HRP a traversé une grave crise financière dont les effets se sont fait sentir

jusqu'en 2006. Le "silence général" imposé à tous a aussi affecté le versement de fonds par les Etats-Unis à partir de 2002, bien que le Gouvernement américain soit resté un donateur pour le RHR. La perte des ressources provenant des Etats-Unis a coïncidé avec une décision de l'OMS d'adopter un système de versements aux ressources générales ou "flexifonds". Il s'agit de contributions sans objet désigné et sans affectation particulière versées par les Etats membres à l'OMS et qui sont affectées aux programmes de l'Organisation à la discrétion du Directeur général. L'OMS s'est évertuée à convaincre d'autres gouvernements encore de verser des flexifonds plutôt que des contributions volontaires à affectation désignée comme ils le faisaient habituellement. L'effet de cette décision sur les revenus du HRP est illustré, à l'annexe 3, par l'exemple des contributions du Royaume-Uni. Comme le demandait l'OMS, le Royaume-Uni est passé, à la fin des années 1990, des fonds à affectation désignée à des flexifonds, ce qui a détourné du HRP une grande partie de sa contribution. Le financement qui avait culminé à 3 millions de livres pour l'année 1992 n'était plus que de 3 000 livres en 2006. De même, des fonds ont été perdus pour le HRP lorsque le gouvernement finlandais est passé aux flexifonds en 2007. En 2006, le Royaume-Uni a recommencé à réserver sa contribution au HRP, ce qui a provoqué une augmentation spectaculaire du financement du Programme.

Le Programme a réagi à ses difficultés financières en se mobilisant pour trouver des ressources. Un cadre chargé des relations extérieures a été recruté à plein temps en mars 2005 pour collecter des fonds, établir de nouveaux contacts et entretenir les liens avec les donateurs et les organismes parrainants, une démarche applaudie par les acteurs qui ont été interrogés. Ce poste est maintenant un poste à durée déterminée. Une documentation a été créée à l'intention des





donateurs, l'utilisation des fonds a été présentée d'une manière plus rationnelle, et l'attention aux donateurs s'est améliorée. Lors de la réunion du Comité Politiques et coordination de 2007, on a rapporté que l'on avait fait connaître le HRP à 21 fondations (9 aux Etats-Unis et 12 en Europe), et que trois tables rondes avaient été organisées, si bien que l'ensemble des dons des fondations avaient atteint 1 908 549 dollars en 2006. Une table ronde organisée à Genève au début de 2007 a réuni 17 missions diplomatiques présentes sur place, s'ajoutant aux neuf réunions d'information organisées en 2006 à l'intention des Etats membres (*Suivi des recommandations du PCC(19), rapport 2007 au Comité Politiques et coordination*). D'autres tables rondes ont eu lieu avec des fondations des Etats-Unis en 2005, 2006 et 2007, lors desquelles le HRP a reçu un soutien précieux de certains de ses donateurs bilatéraux et des fondations donatrices.

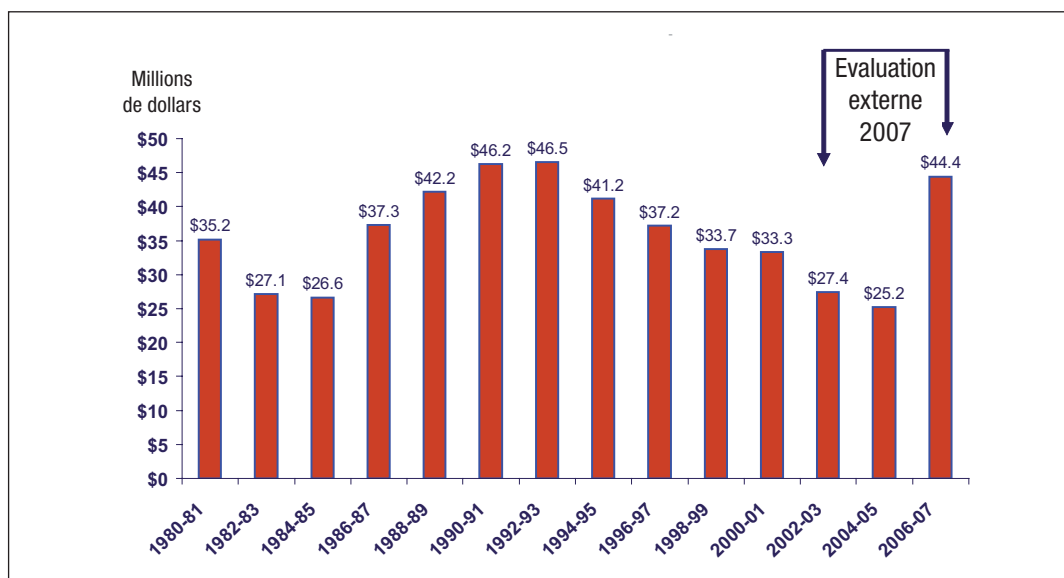
En janvier 2007, le HRP a lancé une stratégie de mobilisation de ressources. Plusieurs personnes interrogées parmi les fondations et les organisations parrainantes estiment que le HRP est doué d'une habileté stratégique et d'une efficacité exceptionnelles dans ses approches administrative, technique et scientifique. Un organisme parrain a déclaré que, "sur une échelle de 1 à 10, le HRP mériterait 7 ou 8" pour l'amélioration de sa situation financière. La somme de ces efforts a donné des résultats remarquables, comme le montre la figure 2. L'annexe 3 établit une comparaison détaillée de la répartition des revenus selon leur source entre l'exercice biennal 2006–2007 et l'exercice 2000–2001.

Le HRP a réussi à attirer de nouveaux donateurs, et plusieurs donateurs actuels ont augmenté leur contribution au Programme (voir l'annexe 3.2). Le Programme a, en particulier, réussi à attirer trois nouveaux pays donateurs, à savoir la France, la

Finlande et le gouvernement flamand de Belgique, ainsi que de nouvelles fondations. Le nombre de pays donateurs est passé de 12 pendant l'exercice biennal de référence à 15. Il est regrettable que le HRP n'ait toujours pas convaincu l'Allemagne de redevenir donateur. Toutefois, l'essentiel de l'augmentation des ressources vient d'un soutien accru de la part des donateurs bilatéraux et des fondations donatrices actuels.

La répartition des ressources provenant des principales catégories de donateurs a considérablement changé au fil des ans. La part des pays donateurs est passée de 47 % en 2000–2001 à 67 % en 2006–2007, tandis que celle des organisations parrainantes et autres institutions des Nations Unies a légèrement diminué, comme le montre la figure 3. Les ressources apportées par les fondations, la société civile et le secteur privé ont beaucoup diminué et sont passées de 28 à 15 %, en raison principalement d'une diminution du financement de la Fondation Bill & Melinda Gates. En 1999, le HRP a reçu un don de 10 millions de dollars pour cinq ans. Actuellement, la Fondation définit une nouvelle stratégie et n'est plus, depuis quelques années, un donateur aussi influent dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Comme on le voit à l'annexe 3.1, d'autres fondations ont sensiblement augmenté leur contribution financière en faveur du Programme. Les personnes interrogées ont proposé que le HRP analyse de près la nouvelle stratégie de la Fondation Bill & Melinda Gates et mette au point un plan démontrant la contribution et les avantages des actions du HRP pour cette stratégie. Les entretiens avec des collaborateurs d'autres fondations ont fait apparaître que certaines étaient disposées à coopérer avec le HRP pour définir des stratégies propres à convaincre d'autres fondations, dont celle de Bill & Melinda Gates. Cela pourrait être utile au HRP du fait que les réseaux de fondations qui soutiennent la santé

Figure 2. Evolution des revenus du HRP de 1980 à 2007

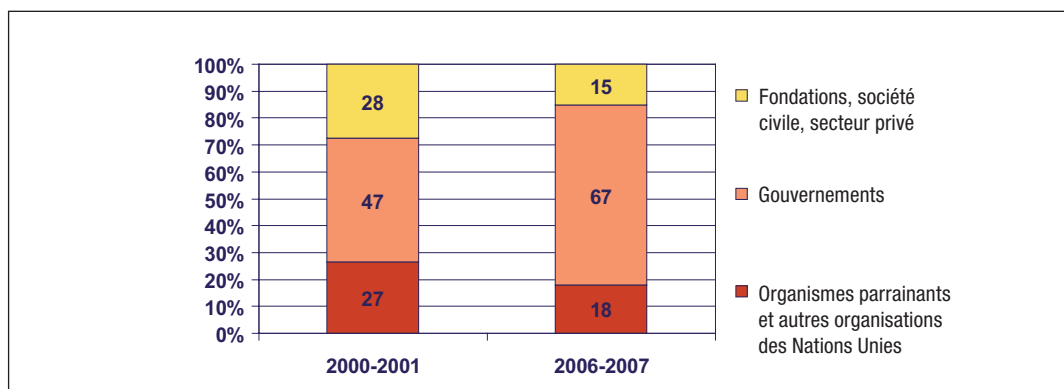


sexuelle et génésique entretiennent des relations étroites entre eux et connaissent mutuellement leurs priorités.

Une fondation a aidé le HRP en finançant le détachement au sein du RHR de deux médecins spécialistes de la planification familiale de l'Université de Caroline du Nord (Etats-Unis) pour une période de deux ans avec chevauchement. Selon le Secrétariat du HRP, ce détachement a bien fonctionné et mérite d'être considéré comme un mécanisme de soutien utile pour le Programme.

Les Etats-Unis étaient le plus gros donateur bilatéral du HRP en 2000–2001, mais ce sont les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et le Royaume-Uni qui viennent en tête des pays donateurs en 2006–2007 (pour les détails, voir l'annexe 3). L'augmentation notable des fonds destinés spécifiquement ou versés directement au Programme par ces pays et le doublement en 2007 de la contribution plus modeste de la Suisse témoignent de l'intérêt que porte la communauté

Figure 3. Répartition des ressources du HRP par catégorie de donateurs. Comparaison des exercices 2000–2001 et 2006–2007





des donateurs qui soutient le HRP à la santé sexuelle et génésique mondiale.

Fait sans précédent, l'exercice biennal en cours a aussi été marqué par le versement d'une contribution de 100 000 dollars par un donateur particulier. Le HRP entend prochainement faire une campagne de mobilisation de fonds auprès de fondations de taille moyenne d'Europe et des Etats-Unis, auprès de donateurs particuliers, et par Internet.

Le secteur privé commercial reste une source de fonds mineure. Le HRP est la seule entité de l'OMS qui tire des recettes de redevances (voir l'annexe 4). Cette source de revenus, qui ne dépasse pas 1 % des ressources totales depuis 2003, s'élevait en 2006 à 104 213 dollars, somme qui sera complétée par d'autres versements de Gedeon Richter. Elle a diminué en termes absolus et par rapport aux exercices de 2002 et antérieurs. Deux sources de redevances subsistent: la collaboration avec Gedeon Richter et l'utilisation d'un logiciel de statistique pour l'analyse des essais randomisés par groupes. Ce logiciel, conçu par le HRP, est maintenant commercialisé. Les redevances perçues auprès de Gedeon Richter proviennent de la réalisation par le HRP d'essais concernant l'utilisation et la posologie de l'Escapelle®, lévonorgestrel administré en dose unique comme contraceptif d'urgence. Le HRP perçoit des redevances sur les ventes dans le secteur privé (seulement). Il a réussi à négocier un prix préférentiel pour les pays à faibles ressources (environ 0,25 dollar par boîte pour le secteur public, contre 40 à 50 dollars dans le secteur privé aux Etats-Unis). Bien que les recettes provenant de cette source soient négligeables, elles montrent que le HRP peut réaliser des travaux répondant aux critères des entreprises privées en matière de recherche et développement, de qualité et d'efficacité. Le Programme envisage d'étudier plus avant les possibilités d'établir d'autres relations

tout en respectant les principes directeurs de l'OMS et en évitant des conflits d'intérêt. Les représentants de certains donateurs se sont félicités des compléments de revenus tirés de ces sources, pour autant que les entreprises partenaires n'exerçaient pas trop d'influence sur les activités stratégiques et techniques du HRP, que la charge administrative imposée au Secrétariat restait limitée et que l'on évitait les conflits d'intérêt. Le HRP doit rester neutre de garder une distance appropriée par rapport au secteur privé en ce qui concerne le développement de nouveaux produits. Certains ont désapprouvé, dans leurs réponses, cette source de revenus.

La masse du financement du HRP (93 % en 2006) est constituée par des fonds de base, d'affectation non spécifiée. Seulement 7 % (soit 1,85 million de dollars provenant de 16 sources en 2006) sont destinés à une affectation spéciale, suivant les "conditions d'acceptation des contributions à objet désigné". La plupart proviennent de fondations et d'organisations de la société civile.

3.2.2 Trésorerie

Compte tenu de la réduction radicale des revenus, le HRP a eu beaucoup de difficultés à gérer la trésorerie de manière à éviter l'interruption des projets ou les retards d'exécution pendant la période de 2002 à 2006, et les conséquences pour le programme de travail ont été extrêmement fâcheuses. Les contrats et les subventions de recherche ont été retardés, des visites d'appui technique dans les pays et d'autres activités du Programme ont dû être annulées. Les réductions ont touché les activités correspondant aux priorités budgétaires de 1er niveau, tandis que celles correspondant aux niveaux de priorité 2 et 3 n'ont pu être réalisées. Le Programme a dû licencier du personnel et recourir massivement à du personnel temporaire. La situation est restée critique pendant encore une partie de l'année 2007 jusqu'à ce

qu'un redressement s'amorce. Pour la première fois, le HRP a pu annoncer au Comité Politiques et coordination de 2007 des prévisions de ressources supérieures au budget qui lui permettaient de réaliser les projets correspondant aux trois niveaux de priorité.

Les figures 4 et 5 montrent les dotations budgétaires pour les lignes de dépenses de

l'exercice biennal 2006–2007, sur la base d'un budget total de 38 798 000 dollars pour la période, et l'évolution des revenus du HRP par rapport au budget approuvé sur plusieurs exercices.

Le redressement de la situation financière et la Revue des orientations stratégiques et des



Figure 4. Exécution du budget du HRP (Dépenses) en 2006–2007, par secteur budgétaire

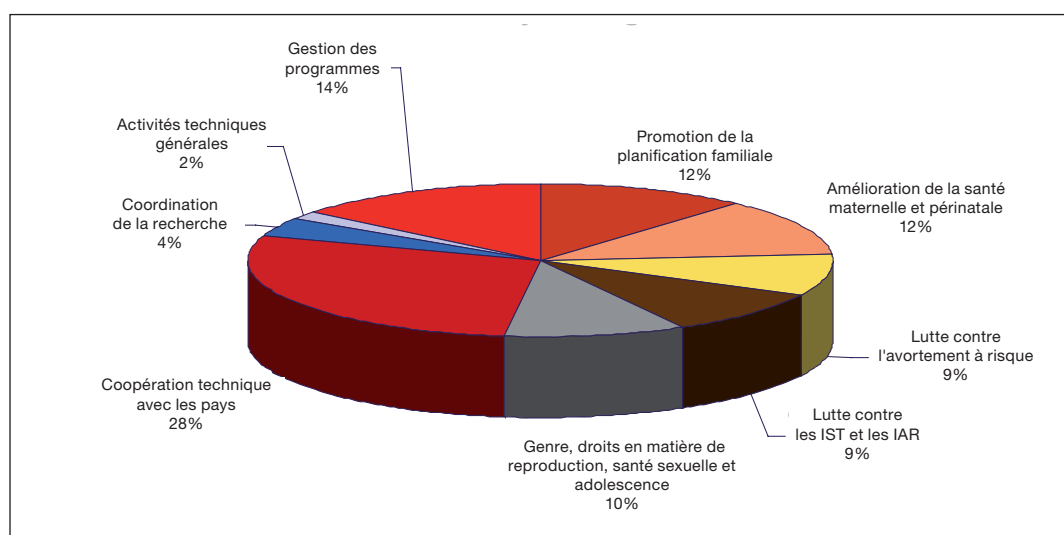
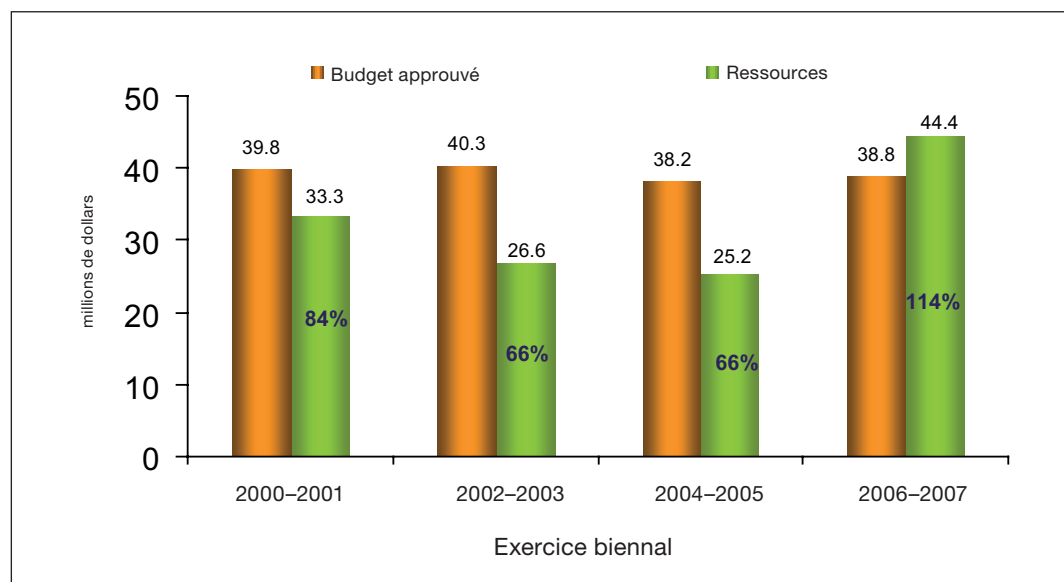


Figure 5. Ressources et budgets approuvés du HRP – Exercices 2000–2001, 2002–2003, 2004–2005 et 2006–2007





compétences réalisée par l'OMS en 2005 ont entraîné de profondes transformations dans la composition du personnel du Département. L'effectif total a diminué de 27 personnes mais compte davantage de postes à durée déterminée (actuellement 92 % du total) et une proportion plus élevée de cadres de la catégorie professionnelle (actuellement 62 %) que de personnel des services généraux (38 %). On trouvera à l'annexe 5 des détails sur l'évolution des effectifs du département. Les changements relatifs au Programme sont comparables à ceux observés au niveau du Département.

Conjuguée à un affaiblissement du dollar par rapport au franc suisse, l'augmentation du nombre de postes à durée déterminée et de la proportion de cadres a entraîné des hausses de coûts. L'effectif global ayant diminué, le HRP a réussi à rester proche du plafond de dépenses de personnel fixé par le Comité Politiques et coordination pour l'exercice 2006–2007.

3.2.3 Fonds influencés par le financement HRP

Le HRP a non seulement réussi à attirer des fonds pour ses propres opérations, mais a aussi été un catalyseur en procurant un appui pour des initiatives dans le domaine de la santé sexuelle et génésique financées ou exécutées par ses partenaires. Les fonds dits "influencés par le financement HRP" concernent à la fois des projets dans lesquels le HRP crée un partenariat avec partage des dépenses ou contributions en nature et des projets réalisés entièrement pour le compte d'une autre organisation. Le rapport présenté en 2007 au Comité Politiques et coordination (point 8.3 de l'ordre du jour) donne intégralement la liste des collaborations comportant des fonds procurés avec l'aide du HRP, qui témoigne de la diversité des sources de financement de ces activités. On voit

à l'Annexe 6 l'évolution positive observée pendant la période de l'évaluation. On ne manquera pas de souligner que tout bilan de ce type repose sur des estimations, et que le montant total des fonds du HRP utilisés pour attirer les autres financements est très modeste. En 2006–2007, environ 1 million de dollars ont permis d'obtenir 4,7 millions de dollars de fonds grâce au financement HRP, soit un ratio de 1:4,7, concernant un total de 22 projets.

3.2.4 Conclusions et recommandations

Conclusions

- La capacité de fonctionnement du HRP a été compromise pendant les années de réduction substantielle des ressources.
- Grâce à sa créativité, le HRP a réussi à inverser la tendance à la baisse de ses ressources, et mérite d'être félicité pour ces efforts.
- L'investissement réalisé en recrutant un cadre à temps plein chargé des relations extérieures pour mobiliser des ressources s'est révélé productif et a été très apprécié par les personnes interrogées et les membres du PCC.
- Pour la première fois depuis de nombreuses années, le HRP a fait état, pour l'exercice 2006–2007, de ressources supérieures au budget, ce qui lui a permis de couvrir les trois niveaux de priorité.
- Les pays donateurs fournissent une proportion croissante des ressources budgétaires du HRP, mais cela ne devrait pas inciter les organismes parrainants à diminuer leurs apports financiers.
- Le HRP a obtenu, par ses mises de fonds, le financement de certains de ses projets, témoignant de l'intérêt que portent d'autres organisations, des gouvernements et des institutions à la collaboration avec le HRP.

- Le HRP travaille aujourd'hui avec un personnel dont la composition est plus appropriée et plus adéquate, comportant une proportion plus importante de cadres professionnels et de postes à durée déterminée. Malgré la hausse des dépenses de personnel due à la baisse du dollar américain, le HRP a réussi à maintenir ces dépenses proches du plafond fixé par le Comité Politiques et coordination.

Recommandations

- Pour le moment, maintenir et développer le versement de fonds à objet désigné par les pays donateurs. A plus long terme, l'OMS doit donner aux donateurs des preuves crédibles que le fait de verser leur contribution au budget général n'entraînera pas une perte de ressources pour le HRP.
- Rester prudents dans la création de ressources provenant de redevances, et veiller à la neutralité, l'objectivité et l'indépendance à l'égard de toute pression commerciale.
- Augmenter les fonds obtenus par le financement HRP compte tenu de l'intérêt porté par d'autres institutions et des gouvernements à une collaboration avec le Programme.
- Poursuivre les relations extérieures avec les fondations et les autres donateurs afin de garantir le financement.
- Définir, en collaboration avec le personnel de fondations donatrices, des démarches auprès d'autres fondations.
- Bien positionner le HRP par rapport à la nouvelle stratégie de la Fondation Bill & Melinda Gates concernant la santé sexuelle et génésique.

3.3 Activités des membres des organes consultatifs du HRP dans le domaine de la promotion

Les auteurs de la précédente évaluation avaient recommandé que les membres du Comité Politiques et coordination, du Groupe consultatif scientifique et technique et des autres organes consultatifs du Programme prennent plus d'initiatives pour promouvoir le programme de travail concernant la santé sexuelle et génésique. Cette recommandation s'inscrivait dans le contexte difficile du tournant du siècle, marqué par les attaques de plusieurs parties prenantes contre le Programme d'action du Caire et par les coupes sévères opérées par le gouvernement des Etats-Unis dans le financement du HRP.

Les personnes interrogées ont reconnu que le HRP avait largement contribué à relever l'importance accordée à la santé sexuelle et génésique dans l'ordre du jour mondial. Les données scientifiques produites par le HRP permettent d'étayer le travail de promotion des pays donateurs. Les membres du Comité Politiques et coordination ont la réputation d'être plus au fait des connaissances scientifiques et du discours mondial sur la santé sexuelle et génésique. Dans leurs réponses, plusieurs personnes ont indiqué qu'une annonce ou un résumé scientifique avait toujours plus d'impact s'il émanait de l'OMS que de n'importe quelle autre institution de santé mondiale.

La recherche et le travail d'information fait par le HRP pour lutter contre l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses sont très appréciés dans les réponses. Pour certaines fondations des Etats-Unis, le travail accompli dans ce domaine par le HRP est l'une des raisons majeures de faire des dons au Programme. Un organisme parrainant a dit qu'il était important de recruter un nouveau directeur qui soit prêt à défendre l'action menée





par le Programme contre les avortements à risque. Beaucoup de personnes interrogées encouragent le HRP à "rester vrai et à continuer de prendre position" dans des domaines sensibles importants pour la santé publique, estimant qu'il le fait admirablement.

L'ajout de nouvelles cibles et de nouveaux indicateurs de santé sexuelle et génésique dans le cadre de suivi des OMD est considéré comme une étape importante que le HRP a largement contribué à franchir. La publication d'une série d'articles dans *The Lancet*, décrite plus en détail dans l'étude de cas sur la synthèse et le transfert de connaissances (chapitre 6), constitue aussi un succès du travail de promotion. Avec le soutien de ses partenaires et en étroite coopération avec les organismes parrainants et les donateurs bilatéraux, le HRP a obtenu l'intégration des objectifs de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (1994) dans le 5e des OMD. Ils ont aussi aidé le HRP à organiser des tables rondes réunissant les donateurs actuels et des donateurs potentiels et ils ont participé activement aux réunions du Comité exécutif de l'OMS et au Congrès mondial de la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO). Plusieurs donateurs bilatéraux du HRP ont permis de réduire les différences d'accès à des conditions de soin décentes et ont permis la création du fonds d'action pour l'avortement médicalisé de la Fédération internationale pour la planification familiale. Les articles parus dans *The Lancet*, tirés de contributions de plusieurs membres du Groupe consultatif scientifique et technique et du Comité Politiques et coordination, ont été cofinancés avec des fonds extrabudgétaires provenant de donateurs bilatéraux et de fondations et publiés avec le soutien de partenaires, notamment au Forum mondial pour la recherche en santé de 2006.

Un organisme parrainant a exhorté le HRP à jouer un rôle plus actif pour promouvoir les composantes sanitaires du programme d'action de la famille "unifiée des Nations Unies". Cette plateforme offre des possibilités de faire mieux connaître la santé sexuelle et génésique et de développer des alliances dans ce domaine. La famille des Nations Unies devrait être plus attentive au mandat que recèle la nouvelle cible de santé génésique intégrée aux OMD et plus sensible à l'importance de la santé sexuelle et génésique pour atteindre tous les OMD. Le Programme coparrainé est lui-même considéré comme un bon exemple de réalisation du 8e OMD, relatif à la constitution de partenariats déterminants pour la santé et le développement.

3.3.1 Conclusions et Recommandations

Conclusions

- Les membres du Comité Politiques et coordination et du Groupe consultatif scientifique et technique ont joué leur rôle dans le travail de promotion, selon les recommandations contenues dans l'évaluation de 2003. Ils ont défendu, en leur nom propre, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et contribué à faire en sorte que le débat sur les politiques à suivre à l'échelle mondiale ait des résultats positifs. Ils ont aussi collaboré avec le HRP en signant ou cosignant des articles importants sur la santé sexuelle et génésique et la planification familiale parus dans des revues scientifiques de premier plan.
- La recherche menée par le HRP trouve de plus en plus d'applications dans les politiques et les pratiques grâce aux organisations parrainantes, à mesure que le principe du "système unifié des Nations Unies" se concrétise. C'est déjà ce qui se produit, dans une certaine mesure, avec

l'utilisation des déclarations du HRP et de l'OMS comme principes de base des positions prises par d'autres organisations parrainantes.

- Certains donateurs aident le HRP parce qu'il prend position et fournit des bases scientifiques valables concernant des questions importantes de santé sexuelle et génésique que d'autres jugent trop sensibles pour leur organisation.
- La collaboration entre le HRP et ses organismes parrainants, notamment le FNUAP, le PNUD (dans le cadre du Projet du Millénaire) et l'OMS, a largement contribué à l'intégration de la santé sexuelle et génésique dans le 5^e OMD.

Recommandations

- Collaborer avec le PNUD pour que la santé sexuelle et génésique soit intégrée plus activement dans les autres OMD et appeler à un soutien financier pour ces éléments.
- Chercher comment exploiter au mieux le principe de "système unifié des Nations Unies" pour promouvoir la santé sexuelle et génésique, en entretenant des relations avec les organismes parrainants, les représentants dans les pays et les régions et les instituts de recherche des pays.
- Aider le nouveau directeur du HRP à défendre le Programme d'action de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (1994), notamment en prenant fermement position sur l'avortement pratiqué dans des conditions dangereuses.
- Le HRP et ses organismes parrainants devraient tirer parti du fait qu'il est de plus en plus largement admis que la croissance démographique et la santé sexuelle et génésique, y compris la planification familiale, sont des aspects importants pour tous les OMD. Ils trouveraient ainsi une excellente occasion de promouvoir la santé sexuelle et génésique et de

développer le rôle du HRP (et de ses coparrains) dans la réalisation des OMD.

3.4 Efficacité des comités de gouvernance

Pour répondre aux critiques formulées dans la précédente évaluation et tenir compte des difficultés de financement qu'a connues le Programme, le Secrétariat a établi un groupe de travail spécial chargé de passer en revue le fonctionnement des comités de gouvernance. En conséquence, certains changements, dont les plus notables sont décrits ci-après, ont été apportés à ces comités pour les rendre plus efficaces.

- Les tableaux de spécialistes n'ont plus de réunions séparées mais se réunissent avec le Groupe d'examen scientifique et éthique.
- Les comités stratégiques, qui avaient été créés pour donner des orientations stratégiques à moyen terme en fixant des priorités, ne se réunissent plus physiquement et leurs échanges sont assurés par les moyens électroniques. Le nouveau plan stratégique à moyen terme (2010–2015) sera élaboré en exploitant les synergies avec d'autres événements et avec les réunions prévues entre les acteurs.
- Le Groupe consultatif sur l'approche "genre" (depuis renommé le Groupe consultatif sur les droits humains et l'approche genre) ne s'est pas réuni en 2006 en raison des contraintes financières.
- Les réunions du Groupe consultatif scientifique et technique sont plus axées sur les domaines qui ont besoin d'orientations. Les réunions du STAG portent, en alternance, une année sur des questions stratégiques d'avenir, l'autre sur le travail accompli, les activités en cours et les budgets. En 2006, pour des raisons budgétaires, la participation à la réunion a été réduite ainsi que sa durée.





- SEARO et WPRO ont commencé, il y a trois ans, à grouper les réunions de leur comité consultatif régional avec celles des responsables des programmes et des politiques. Ces réunions, largement financées par les gouvernements hôtes, font participer les acteurs régionaux et nationaux du domaine de la santé sexuelle et génésique. Elles ont permis de passer de la recherche à la pratique.
- La présence du Président du Comité Politiques et coordination en qualité d'observateur aux réunions du Comité permanent a été jugée utile.

Nous sommes préoccupés par le fait que, selon les règles de fonctionnement du Groupe consultatif scientifique et technique (STAG), plusieurs membres dont le Président et le Vice-président actuels, seront remplacés à l'automne 2008 en même temps, malheureusement, que le Directeur du HRP.

On verra, à l'annexe 7, que la rationalisation des réunions des comités de gouvernance s'est accompagnée d'une réduction des coûts (qui s'élevaient à 1,2 million de dollars pour l'exercice biennal le plus récent contre 1,4 million de dollars au départ). Le nombre absolu de réunions a diminué, bien que leur nature n'ait pas changé. L'augmentation des coûts liés à plusieurs réunions entre 2001 et 2007 s'explique principalement par la fluctuation du cours d'échange du franc suisse et du dollar. Le budget et les comptes du HRP étant établis en dollars, une appréciation du franc suisse, quoique modeste, a provoqué une hausse du coût de l'organisation des réunions ordinaires, exprimé en dollars, de l'ordre de 40 % pour la période.

Les entretiens avec certains représentants des pays donateurs et organismes parrainants montrent que, si la gouvernance du Programme est généralement perçue comme bien organisée et bien gérée, les procédures sont encore considérées comme lourdes. Plusieurs personnes interrogées

voient des améliorations possibles. En même temps, elles ont mis au crédit du Programme son sens de la responsabilité et sa transparence. Un représentant s'interrogeait sur la nécessité de maintenir un groupe consultatif distinct sur les droits humains et l'approche "genre", estimant que la question des sexes pourrait faire partie de toutes les activités du Programme, tandis que d'autres ont insisté sur l'importance de ce groupe. L'opinion la plus répandue était que la suppression de l'un quelconque des organes existants ne résoudrait pas les problèmes qui subsistent.

Pour dynamiser les organes de gouvernance, les personnes interrogées ont souligné la nécessité d'un renouvellement régulier des membres et d'un panachage équilibré entre les membres expérimentés et les nouveaux membres plus jeunes, capables d'apporter du "sang neuf".

Les autres améliorations suggérées consisteraient à réduire l'échange de rapports entre les différents organes et à définir plus clairement le profil de chaque comité. On a proposé que les documents de réunion soient envoyés plus tôt aux membres du Comité Politiques et coordination. On a aussi suggéré de réduire le travail du personnel et le coût d'impression des documents en invitant tous les délégués à apporter les documents qu'ils ont eux-mêmes imprimés. Les rapports devraient, en général, être plus concis.

Certains s'interrogent sur le point de savoir si le Comité Politiques et coordination a actuellement une composition adéquate, en nombre et en qualité, pour exercer le rôle qui lui est dévolu de gérer précisément et de donner des conseils stratégiques. Une personne interrogée a cité l'UNITAID (<http://www.unitaid.eu/fr/Gouvernance.html>) comme exemple d'une gouvernance plus sobre. L'UNITAID ne compte que trois organes directeur, consultatif et administratif: le conseil d'administration composé de 11 membres, chargé

de prendre les décisions (l'équivalent en plus petit du Comité Politiques et coordination), un Forum consultatif qui sert de plateforme de discussion, de promotion et de mobilisation de fonds et qui est doté de fonctions voisines de celles du Groupe consultatif scientifique et technique, et un petit secrétariat qui n'absorbe que 0,81 % du budget total. Le Secrétariat est hébergé par l'OMS. L'UNITAID et le HRP ont des mandats distincts et des besoins différents en termes de gouvernance, mais le fait que les programmes soient tous deux situés dans les murs de l'OMS pourrait permettre au Secrétariat du HRP et au Comité Politiques et coordination d'étudier de plus près la gouvernance de l'UNITAID afin de repérer les mécanismes et les structures pouvant présenter un intérêt pour le HRP.

La question de la participation plus étroite des représentants des pays est examinée plus loin, au point 3.8.

3.4.1 Conclusions et recommandations

Conclusions

- Le Secrétariat a pris au sérieux les recommandations de la précédente évaluation externe et apporté une série de changements dans le but de réduire les réunions des comités de gouvernance et de les rendre plus efficaces.
- Aucun des organes de gouvernance n'a été supprimé.
- Les principaux changements ont consisté à regrouper les réunions et à organiser une réunion du Groupe consultatif scientifique et technique en effectif réduit en 2006.
- Ces changements ont permis des économies mineures qui ont été effacées par les fluctuations des cours du dollar et du franc suisse.

Recommandations

- Reproduire, lorsque c'est possible, le modèle réussi des réunions conjointes des groupes consultatifs régionaux et des responsables des politiques et des programmes dans d'autres régions.
- Prévoir une période de transition difficile avec le remplacement de plusieurs membres du Groupe consultatif scientifique et technique, dont le Président et le Vice-président, qui coïncidera avec celui du Directeur du Programme, et s'y préparer.
- Revoir la durée du mandat des membres des comités de gouvernance et faire un panachage entre les membres ayant de l'ancienneté et de l'expérience et les membres plus jeunes, porteurs d'innovation.
- Envoyer plus tôt les documents de préparation aux membres du Comité Politiques et coordination et ne distribuer la plupart des informations et de la documentation que sous forme électronique.
- Continuer à étudier la gouvernance de l'UNITAID et les adaptations possibles au HRP.

3.5 Traitement des subventions et examen éthique

Le traitement des subventions diffère légèrement selon qu'il s'agit de renforcer la recherche nationale ou de réaliser une étude d'intérêt mondial. Dans le premier cas (renforcement des capacités), le directeur de secteur au siège du HRP reçoit la proposition et envoie un résumé à deux examinateurs de groupes consultatifs régionaux. Toutes les propositions comportant une recherche sur des sujets humains ou des animaux qui sont financées par le HRP sont soumises à un examen éthique. Les subventions de recherche, y compris au niveau national, sont traitées au siège du HRP.





L'évaluation précédente avait fait ressortir des délais dans le traitement des subventions.

Trois mesures ont été prises pour remédier à ce problème. On a, en quelque sorte, simplifié la procédure en regroupant les réunions des tableaux de spécialistes et du Groupe d'examen scientifique et éthique pour un examen à la fois technique et éthique. Le traitement électronique des contrats mis en place en 2007 a amélioré l'efficacité et permis d'écartier le risque de perte physique des contrats au cours de leur traitement dans les différents services. L'examen éthique des propositions est maintenant effectué par le Groupe d'examen scientifique et éthique en réunions plénières ou mini réunions, ainsi que par échange de courrier électronique si cela s'avère nécessaire dans l'intervalle.

Globalement, cette approche a été jugée favorablement, bien qu'elle semble avoir exigé plus de coordination entre les secrétariats des deux groupes et entraîné un surcroît de travail pour les examinateurs, qui doivent présenter leur rapport avant les réunions. Le traitement de certaines subventions, à l'exclusion de celles destinées à des projets de recherche, a été décentralisé, ce qui paraît avoir ralenti la procédure. Toutefois, cette impression n'a pu être vérifiée objectivement parce que le système actuel ne permet pas de savoir combien de temps est consacré au traitement des subventions, et le premier enregistrement n'intervient parfois que des mois après le dépôt de la demande. À la différence du TDR où une seule personne est chargée de l'enregistrement des données, cette tâche est effectuée au HRP par différents responsables de projets sans uniformité. Compte tenu de la prochaine mise en service d'Oracle à l'OMS, il est probable que le HRP étudiera de nouvelles possibilités de gérer les contrats de recherche à l'avenir.

La principale préoccupation qui demeure en ce qui concerne le traitement des subventions est celle des deux étapes de l'examen éthique. Le HRP a mis en place une procédure d'examen éthique longtemps avant le reste de l'OMS. Lorsque, par la suite, l'OMS a institué un comité d'évaluation éthique de la recherche (l'ERC) pour l'ensemble de l'Organisation, les propositions adressées au HRP ont aussi dû être soumises à ce comité. Le HRP estime que les questions éthiques liées à la santé sexuelle et génésique sont spécifiques et qu'elles requièrent des compétences spécifiques. En même temps, la charge de travail de l'ERC augmente. Il ne semble pas que ce soit le moment de dissoudre le Groupe d'examen scientifique et éthique (SERG). Sachant qu'il n'y a pas eu de différences importantes entre les conclusions du SERG, celles des tableaux de spécialistes et celles de l'ERC en 2006–2007, le Comité Politiques et coordination a recommandé que la répétition de l'examen soit supprimée et que le SERG, en étant désigné comme sous-comité de l'ERC, soit chargé de l'examen éthique des propositions présentées au HRP.

Actuellement, une approbation éthique est aussi requise au niveau local. On pourrait envisager de décentraliser intégralement l'examen éthique dans les régions. Cela nécessiterait de renforcer les capacités et pourrait avoir des répercussions négatives. Les valeurs religieuses et morales pourraient, en effet, exercer une influence néfaste sur les normes éthiques. La décentralisation pourrait être un objectif à long terme mais ne constitue pas actuellement une solution pratique.

Un audit interne des procédures d'examen éthique est en cours à l'OMS pour étudier le problème de la répétition. Les résultats et les recommandations seront examinés lors d'une réunion début mars.

3.5.1 Conclusions et recommandations

Conclusions

- Le HRP a mis en place des mesures pour accélérer le traitement des demandes de subventions. Si certaines, tel le traitement électronique des contrats, ont produit des améliorations certaines, dans l'ensemble, ces mesures n'ont pas eu d'effets concluants sur l'accélération des procédures.
- Le système TRIMS³ actuel ne s'est pas révélé efficace pour la gestion des données, et l'enregistrement des données, effectué par plusieurs personnes, n'est pas homogène. L'enregistrement par une seule personne, au TDR, semble mieux fonctionner que le système pratiqué par le HRP.

Recommandations

- Chercher des systèmes mieux adaptés pour suivre le traitement des subventions et la gestion des projets.
- Institutionnaliser une procédure plus formelle de présentation des travaux de recherche, telle qu'un système d'accès protégé par mot de passe sur Internet, qui permette de rechercher électroniquement une proposition ou un projet.
- Continuer à faire progresser la recommandation du Comité Politiques et coordination selon laquelle le Comité d'évaluation éthique de la recherche (ERC) de l'OMS devrait transférer la responsabilité de l'examen éthique des projets de recherche concernant la santé sexuelle et génésique au Groupe d'examen scientifique et éthique du HRP.

3.6 Administration, décentralisation et collaboration avec les régions et les autres entités et instances de l'OMS

3.6.1 Administration et décentralisation

La décentralisation de l'administration a été réalisée principalement en ce qui concerne la gestion des données, la gestion de certains fonds (dont l'utilisation est planifiée conjointement par les conseillers en matière de santé sexuelle et génésique des bureaux régionaux et par les directeurs de secteur du HRP) et en associant plus étroitement les niveaux décentralisés au suivi.

Par une décision prise lors de la réunion des présidents des groupes consultatifs régionaux, en février 2004, il a été convenu que les subventions destinées aux centres d'orientation des services seraient administrées par les bureaux régionaux de l'OMS et que les bureaux de pays participeraient au suivi des subventions de développement institutionnel à long terme. Les rapports annuels des centres et les rapports sur les symposiums sont maintenant communiqués aux bureaux de pays et aux bureaux régionaux (*Mesures de suivi de l'évaluation externe du HRP pour la période 1990–2002, Rapport au PCC, 2004*). En 2007, le Secrétariat a rapporté que la gestion décentralisée des subventions avait favorisé une plus grande appropriation, au prix parfois d'un ralentissement du processus.

Actuellement, les données sont gérées dans les pays pour ce qui concerne 36 % des études multicentriques réalisées avec l'aide du HRP. L'objectif est de porter ce chiffre à 55 % d'ici à la fin de 2009, ce qui représentera une partie importante du renforcement des capacités de recherche. Le HRP souligne qu'il importe de maintenir le contrôle et la gestion centralisés des



3. Le système de gestion interne de TDR-RHR.



grosses subventions de recherche d'intérêt mondial pour garantir la qualité scientifique et le niveau éthique des études. Cela vaut d'autant plus pour les études concernant de nouveaux médicaments ou dispositifs dont les données peuvent servir à constituer des dossiers d'enregistrement.

La décision prise par l'OMS de transférer progressivement les crédits budgétaires du siège aux régions et aux pays ne s'applique pas au HRP. Cette exception protège le rôle de chef de file mondial de la recherche et les fonctions normatives du Programme. Même ainsi, les sommes transférées à toutes les régions ont fortement augmenté. Elles ont été utilisées pour des activités, des réunions ou des conférences organisées dans les régions ou les pays et n'ont servi qu'exceptionnellement à financer la recherche du HRP. Les transferts ont plus que doublé en 2006–2007 (703 419 dollars) par rapport à 2002–2003 (259 692 dollars), mais ils représentent moins de 2 % du budget du Programme si on les compare au budget total de l'exercice biennal de 38,8 millions de dollars. Au niveau périphérique, bon nombre des personnes interrogées perçoivent encore le HRP comme un programme extrêmement centralisé dont les décisions sont prises et les fonds gérés essentiellement au siège. Comme dans l'évaluation externe de 2003, certaines personnes interrogées ont estimé que c'était une chose raisonnable et nécessaire compte tenu du caractère mondial du Programme et de ses activités de recherche.

Juin 2008 apportera de profonds changements dans le système de gestion de l'OMS avec la mise en place d'une gestion générale fondée sur Oracle et l'informatisation de toutes les fonctions de gestion administrative. Le Secrétariat du HRP espère pouvoir assurer une transition harmonieuse avec le nouveau système. Le fait que la mise en place n'intervienne qu'en juin plutôt qu'au début de l'année civile ne facilitera pas les choses. En

outre, plusieurs tâches de gestion seront déléguées au nouveau centre de l'OMS à Kuala Lumpur. Ces changements coïncident avec le début d'un nouvel exercice biennal, période particulièrement délicate pour la gestion de trésorerie du fait que les contributions des donateurs ne commencent généralement à arriver que vers le milieu de l'année.

3.6.2 Groupes consultatifs régionaux

On ne signale aucun changement majeur dans le fonctionnement des groupes consultatifs régionaux. Ces groupes ont, au niveau décentralisé, un rôle analogue à celui du Groupe consultatif scientifique et technique.

Le personnel des bureaux régionaux est toujours encouragé à participer pleinement aux travaux des groupes consultatifs régionaux en tant que membres de droit, les frais encourus étant pris en charge par le Programme. Les présidents des groupes consultatifs régionaux participent aux réunions du Groupe consultatif scientifique et technique pour assurer la prise en considération des points de vue et des besoins régionaux. Ils jugent le travail et les responsabilités écrasants et les moyens à leur disposition très limités. Certains centres de recherche bien établis guident et conseillent des institutions plus jeunes dans leur pays ou ailleurs. La formation et le conseil prodigués ainsi à titre informel et bénévole sont l'un des atouts de l'action de renforcement à long terme des capacités menées par le HRP dans les pays.

3.6.3 Relations du HRP avec les autres entités et les instances décentralisées de l'OMS

Le HRP est régulièrement invité à présenter ses travaux aux réunions annuelles des bureaux régionaux organisées pour les représentants de l'OMS dans les pays, aux réunions des comités

consultatifs régionaux pour la recherche sur la santé de l'OMS et à celles de l'Equipe spéciale régionale africaine de Santé maternelle, néonatale et infantile. Selon le Secrétariat, la collaboration entre le Programme et les conseillers de santé génésique des bureaux régionaux s'est grandement améliorée, notamment grâce à des visites communes sur le terrain, à la participation des directeurs de secteur du HRP, des membres des groupes consultatifs régionaux, des conseillers en santé génésique des régions et des pays et des responsables nationaux des programmes dans le suivi, et à l'organisation d'ateliers. Les renouvellement fréquent du personnel a parfois freiné les progrès. L'autre problème récurrent vient de ce que les collaborateurs des bureaux régionaux et des bureaux de pays ont la plupart du temps d'innombrables responsabilités et beaucoup de programmes à leur charge, ce qui leur laisse peu de temps pour s'occuper de la recherche. En outre, le personnel des régions et des pays est souvent peu familiarisé avec la recherche concernant la santé sexuelle et génésique. De temps en temps, des régions demandent l'aide du HRP pour renforcer les capacités de recherche dans ce domaine. L'EMRO recrute un spécialiste avec l'appui financier du Département RHR. Le manque de relations avec les bureaux de pays est imputable à plusieurs facteurs parmi lesquels les réductions budgétaires, les compressions de personnel et la diminution des ressources disponibles pour les subventions de recherche.

Le HRP est convaincu que la nouvelle structure de l'OMS définie dans le Plan stratégique à moyen terme 2008–2013 l'aidera à s'intégrer plus pleinement encore dans l'Organisation. Etant donné que les diverses entités partagent les mêmes objectifs, le dialogue et la collaboration ne peuvent qu'être renforcés. Des groupes de travail thématique interdisciplinaires ont été créés (par exemple sur la circoncision masculine, la

vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) ou la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant) et le HRP y joue un rôle actif. Le RHR tient des réunions hebdomadaires pour renforcer les liaisons entre VIH et santé sexuelle et génésique, et organise des missions communes avec d'autres départements. Le Réseau d'Afrique francophone pour la télémédecine est un bon exemple de collaboration très ouverte. Des sessions de formation sur la santé sexuelle et génésique par Internet ont été organisées dès 2006 grâce à l'équipement de vidéo conférence de l'OMS, avec la participation du personnel du HRP, du RHR et d'autres départements du siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS, et des experts enseignants de centres collaborateurs et des groupes consultatifs régionaux. Ces formations ont été bien accueillies par les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

3.6.4 Conclusions et recommandations

Conclusions

- Le Secrétariat a constaté que la décentralisation de la gestion des subventions entraînait une plus grande appropriation au niveau local, mais parfois accompagnée d'un ralentissement considérable du processus. En l'absence d'un système de traçage permettant de quantifier la durée du processus, cette impression ne peut être vérifiée objectivement.
- La centralisation des décisions sur les programmes de recherche est acceptée au niveau régional comme nécessaire pour certains essais multicentriques, et elle est parfois souhaitable lorsque les priorités des pays sont soumises à l'influence de facteurs externes défavorables à la conduite d'une recherche valable.
- Les données relatives à 36 % des essais multicentriques sont gérées au niveau des pays,





et il est prévu que cette proportion soit portée à 55 % d'ici 2009.

- Malgré quelques premiers succès dans l'amélioration de la collaboration entre le siège et les instances décentralisées, il y a encore matière à renforcer les liens entre le HRP et les bureaux de pays en particulier, bien que l'on reconnaisse que certains bureaux régionaux ou bureaux de pays n'aient pas le personnel compétent.
- Les fonctions des groupes consultatifs régionaux n'ont pas foncièrement changé, et ces instances jouent un rôle important analogue à celui du Groupe consultatif scientifique et technique au niveau central.

Recommandations

- Poursuivre les efforts pour améliorer la collaboration, la communication et la participation des conseillers de santé sexuelle et génésique des bureaux de pays et des bureaux régionaux. Veiller à ce que les priorités telles que la lutte contre l'avortement à risque soient mieux ancrées au niveau des pays et des régions.
- Renforcer la capacité de rédiger des propositions et des rapports et de mener des études sur la santé sexuelle et génésique au niveau décentralisé. Le cas échéant, s'assurer systématiquement, dès le début, la participation des groupes consultatifs régionaux et les directeurs de secteur. Continuer d'associer le personnel des pays et des régions à la recherche d'établissements collaborateurs.

3.7 Comparaison de la gouvernance du HRP et du TDR

Une petite étude a été réalisée pour comparer la gouvernance du HRP à celle du Programme spécial (UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS) de recherche et de formation concernant les maladies

tropicales (TDR). Le lecteur se reportera à l'annexe 8 pour les constatations et les recommandations détaillées.

3.7.1 Conclusions et recommandations

Conclusions

- Ni le principal organe de gouvernance du HRP ni celui du TDR n'ont un membre de plein droit qui représente une fondation, une autre entité non gouvernementale ou une organisation privée à but lucratif.
- Les questions relatives à la participation des représentants des pays bénéficiaires aux réunions du Conseil conjoint de coordination et du Comité Politiques et coordination et à leur renouvellement sont traitées au point 3.8.1.
- L'expérience de la décentralisation des réunions du Conseil conjoint de coordination du TDR dans les régions s'est révélée positive. La participation aux réunions organisées hors de Genève a été satisfaisante mais n'a inclus qu'un petit groupe choisi de membres du personnel du TDR, puisqu'il fallait contenir les frais de voyage dans des limites raisonnables. Les réunions dans les régions permettent aussi d'observer directement les actions de recherche réalisées dans le pays hôte, ce qui permet de se faire une idée plus juste des réalités sur le terrain. La réunion 2008 du Comité Politiques et coordination aura lieu pour la première fois hors de Genève, à Buenos Aires.
- Etant donné qu'il s'agit dans les deux cas de programmes spéciaux de recherche coparrainés, et hébergés par l'OMS qui en est l'organe d'exécution, le TDR et le HRP ont des spécificités communes et des points de ressemblance concernant leur gouvernance. Les différences entre les deux programmes justifient, certes, des différences

de gouvernance et de procédures, mais les synergies pourraient être améliorées.

- Le site web du TDR (<http://www.who.int/tdr/about/governance/default.htm>) donne un excellent aperçu de la gouvernance de ce programme, avec des illustrations graphiques très explicites et la possibilité d'avoir, au besoin, des précisions sur les informations données. Le site du HRP comprend bien une page sur la gouvernance (<http://www.who.int/reproductive-health/management/index.html>), mais qui propose essentiellement des rapports exhaustifs et ne permet pas d'avoir simplement les caractéristiques générales de la gouvernance du Programme. Beaucoup de partenaires du HRP (par exemple le personnel OMS des régions et des pays, les gouvernements des pays bénéficiaires et les scientifiques) ont des difficultés à comprendre qui est le HRP par rapport au RHR et à l'OMS.

Recommandations

- Les directeurs du TDR et du HRP devraient se rencontrer formellement et régulièrement pour échanger des informations sur les questions et les difficultés que pose la gouvernance de leurs programmes et les leçons à en tirer. Les principaux domaines de collaboration pourraient être les relations administratives et stratégiques entre les Programmes au sein de l'OMS et les possibilités de renforcer la dimension régionale et la représentation de leur gouvernance.
- Envisager d'inviter une ou plusieurs fondations à devenir membre de droit du Comité Politiques et coordination dans la catégorie 3 ou celle des membres permanents.
- Le Président du Comité Politiques et coordination est invité à suivre le débat qui a lieu au sein du Conseil conjoint de coordination sur les positions des groupes constitués parmi les membres et à évaluer l'intérêt qu'il peut présenter pour le PCC.
- A l'instar de la gouvernance du TDR, le Comité permanent du HRP pourrait s'élargir en admettant à ses réunions un représentant du Groupe consultatif scientifique et technique et du Comité Politiques et coordination. Il devrait examiner si le Protocole d'accord permet aux présidents de ces comités d'y avoir le statut de conseiller ou de membre de droit.
- Il est vivement recommandé au HRP de suivre l'exemple du TDR et de mettre sur son site web des illustrations et des informations faciles d'accès et explicites concernant sa structure et sa gouvernance.

3.8 Autres questions relatives à la gouvernance

3.8.1 Participation accrue des représentants des pays des catégories 2 et 3

Comme on le verra à l'annexe 8, le Comité Politiques et coordination du HRP se heurte aux mêmes problèmes de participation insuffisante aux activités et de renouvellement trop rapide des représentants des pays bénéficiaires que le Conseil conjoint de coordination du TDR. Beaucoup des personnes interrogées ont fait état du rôle minime joué par les pays bénéficiaires au Comité Politiques et coordination, soulignant que c'était l'une des grandes faiblesses de la gouvernance du HRP.

Pour remédier à ces carences, le HRP formule les stratégies suivantes (voir les détails à l'Annexe 8):

- faire participer plus activement les directeurs régionaux et les représentants de l'OMS dans les pays à la sélection des délégués;
- donner aux membres davantage d'informations avant les réunions;





- développer les services de traduction pour les représentants qui ne sont ni anglophones, ni francophones; et
- décentraliser en alternance les réunions dans les régions.

Les personnes peu nombreuses qui ont répondu à l'enquête auprès des membres de la catégorie 2 ont dit que, selon la position qu'occupent les délégués et le rôle qu'ils jouent dans leur pays, et selon la volonté qu'ils ont de faire part des informations et des enseignements aux autres acteurs importants de leur pays, les avantages qu'ils retirent ne se traduisent pas automatiquement par des avantages pour leurs pays.

D'après les réponses reçues, les avantages pour les délégués pourraient être une meilleure connaissance des objectifs, des stratégies et de la dynamique du HRP, une approche plus large de l'analyse des problèmes et des difficultés que posent la santé sexuelle et génésique et les droits en la matière, et une meilleure connaissance des intérêts et de l'engagement politique des donateurs. Pour les pays, les avantages pourraient être de trouver dans ces réunions une occasion de sensibiliser à la fois le HRP et les donateurs aux problèmes nationaux qui requièrent une coopération internationale, d'avoir des échanges sur leurs expériences respectives, de faire avancer les stratégies permettant de mieux utiliser les données factuelles dans les politiques, de présenter leur contexte et leurs priorités dans le domaine de la santé sexuelle et génésique et de participer aux décisions concernant les projets et l'affectation des ressources.

3.8.2 Conclusions et recommandations

Conclusions

- La faible participation aux réunions et le renouvellement fréquent des représentants des pays bénéficiaires de la catégorie 2 continue de faire sérieusement obstacle à une contribution équilibrée à la gouvernance du Programme. Le Secrétariat a défini des stratégies pour remédier à cette faiblesse.
- L'idée d'organiser les réunions du Comité Politiques et coordination en alternance à Genève et dans une régions est saluée comme une heureuse initiative qui devrait contribuer à améliorer la participation des acteurs des pays bénéficiaires et à rendre leurs préoccupations et leurs réalités plus visibles.

Recommandations

- S'inspirer des instruments du TDR, adaptés aux besoins du HRP, pour formuler un projet de stratégie et des directives visant à accroître la participation des pays des catégories 2 et 3 au Comité Politiques et coordination, et les examiner et les valider à la réunion 2008 du PCC. Ces instruments devraient comprendre des orientations claires sur les critères et la procédure de sélection afin de faire en sorte que les pays soient valablement représentés par des personnes de formation technique et scientifique ayant accès aux instances de décision, et que ces personnes soient convenablement informées dans leur pays avant les réunions.

En outre, le Comité devrait envisager certaines des stratégies appliquées ou envisagées par le Conseil conjoint de coordination du TDR parmi les suivantes:

- Promouvoir les contacts avec les bureaux et comités régionaux et renforcer leur rôle dans le

choix, l'information et le suivi des représentants des Etats membres, ainsi que dans le choix de représentants appropriés des pays.

- Organiser une réunion préliminaire des pays bénéficiaires présidée par un membre faisant partie de ces pays.
- Inviter les membres et les bureaux régionaux à présenter des questions de santé sexuelle et génésique lors des réunions du PCC ou organiser des visites de projets dans les pays hôtes lorsque les réunions se tiennent hors de Genève.
- Créer un réseau électronique de représentants des pays bénéficiaires et d'autres représentants régionaux et mettre en place un système d'accompagnement des nouveaux membres par leurs collègues afin d'assurer la continuité des discussions entre eux et une meilleure préparation des réunions.
- Rappeler aux représentants qu'ils doivent représenter leur pays et la région et informer les gouvernements et les instances régionales des activités relatives au HRP.
- Le TDR prend à sa charge les frais de participation au Conseil conjoint de coordination d'un représentant de chaque bureau régional et, conformément à la nouvelle stratégie définie pour accroître la participation, ce représentant informe les représentants des gouvernements de sa région. Une séance de bilan est aussi organisée en fin de session.

3.9 Suivi, évaluation et comptes rendus concernant les points de référence

Le HRP utilise les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation avec leurs indicateurs pour rendre compte de ses activités à l'OMS et à l'Assemblée mondiale de la santé. Actuellement, ce rapport

n'est pas communiqué au Comité Politiques et coordination, ni aux organismes parrainants. La Banque mondiale accepte le rapport technique annuel et le document présentant les faits marquants de l'année pour éviter de multiplier les rapports parallèles. De l'avis de l'un des organismes parrainants, le cadre de suivi du HRP laisse à désirer.

Pendant l'exercice 2006–2007, le HRP a consacré ses activités à six objectifs (les objectifs de l'OMS en matière de santé sexuelle et génésique définis dans le programme de travail à moyen terme du RHR pour la période 2004–2009) et six résultats escomptés liés à neuf indicateurs de produits et de résultats (cf. Annexe 9). En outre, les thèmes de travail ont été organisés autour de 215 produits, presque tous liés à des jalons de suivi posés à fin 2006 et fin 2007. Une évaluation interne de ce qui a été accompli par rapport aux jalons est effectuée systématiquement. Les progrès relatifs aux produits sont rapportés dans le document annuel "Faits marquants".

L'Annexe 10 montre les progrès accomplis par rapport aux principaux indicateurs (extrait des *Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation mondiale de la Santé*) utilisés par le HRP comme points de référence pour ses travaux. En ce qui concerne les études achevées entre 2004 et 2007, les contraintes financières auxquelles le HRP a dû faire face expliquent le taux relativement faible d'achèvement (47 études achevées contre 80 fixées comme cible, soit 59 %). Pour ce qui est des analyses systématiques, en revanche, le HRP a largement dépassé la cible (30 analyses) puisqu'il en a réalisé 55 au cours des quatre années écoulées. Le HRP a aussi dépassé la cible en ce qui concerne les nouveaux centres de recherche ayant bénéficié d'un soutien pour le développement institutionnel. Le nombre de pays ayant revu leur législation, leur réglementation ou leur politique





en matière de santé sexuelle et génésique a été six fois plus élevé que l'objectif fixé. Toutes ces activités ont pâti du manque de ressources, mais les études sont généralement longues et coûteuses, et il faut aux activités de terrain plus de temps pour se rétablir. Les activités liées à l'analyse systématique ont bénéficié de l'insistance de l'OMS sur les orientations fondées sur des données factuelles, qui a relancé la demande d'analyses.

A partir de 2008, les anciens produits seront remplacés par un ensemble de produits et d'activités simplifiés pour harmoniser la planification des activités du HRP avec la nouvelle approche de l'OMS en matière de planification et de programmes. Les produits et les activités seront suivis plus systématiquement à partir de 2008 grâce au système informatique de l'OMS dérivé d'Oracle. Ainsi, les jalons auront disparu mais les activités du Programme seront suivies d'une manière beaucoup plus systématique.

Le programme de travail de 2008–2009 reprend les six objectifs de santé sexuelle et génésique. Toutefois, en même temps, les nouveaux objectifs stratégiques et les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation s'appliqueront aux activités du HRP. Dans la phase de transition de 2008–2009, le HRP utilisera à la fois le nouveau et l'ancien cadre de résultats escomptés pour le suivi et les comptes rendus. Ainsi, chaque produit figurant au budget du Programme est rattaché à l'objectif stratégique et au résultat escompté à l'échelle de l'Organisation correspondants pour qu'il soit plus facile de rendre compte de l'exercice biennal en cours. On craint cependant, tant à l'OMS qu'à l'extérieur, que la nouvelle méthode de programmation par objectif stratégique et par résultat escompté à l'échelle de l'Organisation soit si différente de l'approche précédente par domaine d'activité qu'il devienne pratiquement impossible de dégager une tendance

(par exemple le niveau global de dépenses concernant la santé sexuelle et génésique).

Depuis de nombreuses années, le HRP est régulièrement soumis à des évaluations externes. Il y a eu cinq évaluations générales du Programme (en 1978, 1982, 1989, 2003 et 2007) et, dans l'intervalle, des évaluations approfondies de domaines spécifiques.

Les études thématiques montrent toutes que le HRP ne dispose pas actuellement d'un ensemble d'indicateurs et de données de départ qui permettraient de suivre et d'évaluer facilement les résultats et les effets des activités du Programme dans les différents domaines.

3.9.1 Conclusions et recommandations

Conclusions

- Il est dans la tradition du HRP de se soumettre régulièrement à une évaluation externe.
- Le HRP a utilisé jusqu'à il y a peu un système de suivi complexe. Les informations produites servaient avant tout à la direction interne, et peu d'entre elles étaient reprises dans les rapports officiels destinés aux organismes parrainants ou au Comité Politiques et coordination.
- Le suivi et l'établissement des états financiers restent très bons.
- Le HRP a eu de bons résultats si l'on considère les progrès accomplis par rapport aux critères de référence fixés. Toutefois, la période de pénurie financière a eu un retentissement prolongé sur le taux d'achèvement des projets de recherche.
- Le passage au nouveau cadre stratégique de l'OMS et son cadre de suivi, auxquels le HRP adhère, s'accompagnera d'une grande incertitude pendant la phase de transition. Le HRP aura la tâche difficile de devoir produire

des informations utiles permettant d'établir des comparaisons entre l'avant et l'après changement. Ce passage peut être considéré comme une chance pour revoir le système de suivi et d'évaluation, plutôt compliqué, et le rendre plus opérationnel.

- Il manque actuellement au HRP un système de suivi et d'évaluation permettant d'assurer un suivi efficace des résultats et des effets de ses activités dans les différents domaines. En utilisant les OMD comme indicateurs d'effets, il sera difficile d'attribuer des effets quelconques aux activités du HRP car ces indicateurs n'évoluent que dans la longue durée.

Recommandations

- Le HRP devrait consulter les organismes qui le coparrainent pour concevoir un système de suivi et d'information fiable et concis qui s'intègre dans les nouvelles orientations de l'OMS tout en produisant des informations de meilleure qualité sur les résultats et les effets des activités du Programme.
- Il conviendrait d'envisager la création d'un poste à temps plein ou à temps partiel qui serait pourvu par un spécialiste de l'évaluation, ou d'obtenir le concours d'un spécialiste externe à court terme. Ce spécialiste pourrait consolider le cadre de suivi et d'évaluation et aider à rassembler des données sur les indicateurs. Un système de suivi renforcé servira plus tard à démontrer l'efficacité et à satisfaire aux exigences d'information et d'évaluation.

3.10 Le HRP et les communications par Internet

Suivant une recommandation issue de l'évaluation précédente, le HRP a développé ses communications par Internet et continue de le faire. Il dispose d'un site très vaste, où l'on trouve des normes et des lignes directrices et qui a reçu

2,7 millions de visites estimées au cours des 11 premiers mois de 2007. Le nombre de documents téléchargés pendant la même période a atteint le chiffre remarquable de 1,4 million.

En collaboration avec le consortium pour l'application des meilleures pratiques (IBP), le HRP a créé le *Knowledge Gateway*, ou portail de connaissances, qui est un outil électronique interactif donnant accès aux pratiques fondées sur des bases factuelles, à des lignes directrices et à d'autres publications, qui touche aujourd'hui 190 pays et compte 18 000 membres de diverses "communautés de pratique". Les membres peuvent échanger des expériences et des enseignements et participer à des débats en ligne sur des sujets techniques ou des programmes concernant la santé sexuelle et génésique.

Le HRP a aussi instauré l'usage habituel d'Internet pour communiquer les documents de réunion par des liens protégés par mot de passe. La pratique, qui ne concernait d'abord que les réunions du Comité Politiques et coordination et du Comité consultatif scientifique et technique, a ensuite été étendue à tous les autres organes consultatifs et à toutes les grandes réunions techniques, grâce à la technologie "Sharepoint". Elle permet de transmettre en toute sécurité les documents d'information et programmes de travail confidentiels pour les réunions et d'informer les participants.

3.10.1 Conclusions et recommandations

Conclusions

- Le HRP a effectivement mis en application la proposition faite lors de l'évaluation externe 1990–2002, qui consistait à utiliser l'Internet pour faciliter la diffusion des documents pour les réunions de gouvernance et les réunions techniques.





- Les communications par Internet, qui ont connu un essor considérable, ont été utilisées par des millions de visiteurs et permis de télécharger plus de 1,4 million par an de documents sur la santé sexuelle et génésique. Le site interactif *Knowledge Gateway* est ouvert à 190 pays et compte 18 000 membres de communautés de pratique. Ce sont là des résultats remarquables.

et les priorités techniques plutôt que par les donateurs.

Recommandations

- Continuer à entretenir et renforcer les sites de diffusion des documents, qui connaissent un grand succès, et le portail de connaissances de l'IBP qui s'adresse aux communautés de pratique dans le domaine de la santé sexuelle et génésique.

3.11 Autres commentaires et opinions des personnes interrogées sur la gouvernance du HRP

- "La structure de gouvernance du HRP est parmi les plus efficaces que je connaisse." (commentaire d'un organisme parrainant)
- Les rapports concis, les faits marquants de l'année et les bulletins d'information contenant des informations synthétiques sont bien accueillis par les donateurs. Les rapports volumineux ne sont pas lus.
- Les personnes interrogées ont estimé la transparence et la justification comme étant très bonnes, voire exemplaires.
- Le personnel du Secrétariat du HRP est très attentif aux partenaires et aux collaborateurs qui ne sont pas représentés au Comité Politiques et coordination, ce qui est exemplaire et fortement apprécié.
- Les donateurs estiment qu'ils peuvent faire entendre leur voix dans le Programme. Certains soulignent que le programme d'activités devrait être dicté par le HRP, les pays bénéficiaires

Conclusions et recommandations générales

Pour faciliter la lecture, la plupart des conclusions et recommandations ont été présentées dans les sections concernées. Elles ne sont pas reprises ici, où nous présentons des conclusions et recommandations générales finales.

- Le HRP a réagi très positivement aux recommandations issues de l'évaluation précédente. Le Secrétariat a promptement créé une équipe spéciale chargée de leur donner suite. Des mesures appropriées ont rapidement été prises et la transparence avec laquelle le Comité Politiques et coordination a été tenu informé du processus mérite d'être saluée.
- Lorsque l'on considère les principales conclusions et recommandations de l'évaluation précédente, beaucoup de changements ont été apportés et beaucoup de problèmes sont maintenant résolus, comme le montre la présente étude. Les différences les plus notables sont la situation financière, la diversification des sources de revenus, la solidarité du HRP et de ses partenaires pour faire prévaloir le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), et le rôle accru de la santé sexuelle et génésique dans les OMD.
- Comme on l'avait déjà constaté en 2003, une collaboration plus efficace et plus étroite entre le siège du HRP et les instances dans les pays reste parmi les objectifs à atteindre.
- La décentralisation se poursuit, mais lentement. Il se peut, en fin de compte, qu'elle ne soit pas essentielle pour un programme mondial tel que le HRP.
- La rapidité de traitement des demandes de subventions et l'efficacité de la gouvernance peuvent encore être améliorées.
- Le Programme devrait se donner un nouveau nom plus propice aux relations publiques et à une plus grande notoriété. A l'instar du TDR,

un nom descriptif simple pourrait être envisagé tel que "Recherche en santé génésique" ou "Programme de recherche sur la procréation humaine". Cette tâche pourrait être confiée au nouveau directeur.

- Les rôles différents du HRP et de l'instance plus large du RHR devraient être précisés pour les partenaires. Le cadre conceptuel concis défini par le HRP pour l'évaluation externe précédente (Annexe 10) pourrait être actualisé et réutilisé dans ce contexte.



Liste des abréviations



EMRO	Bureau régional (OMS) de la Méditerranée orientale
ERC	Comité (OMS) d'évaluation éthique de la recherche
GAP	Groupe consultatif sur les droits humains et l'approche genre
HRP	Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
OWER	Résultat escompté à l'échelle de l'Organisation (OMS)
PCC	Comité Politiques et coordination
PDRH	développement des programmes de santé sexuelle et génésique
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RHR	Département Santé et Recherche génésiques
SEARO	Bureau régional de l'Asie du Sud-Est
SERG	Groupe d'examen scientifique et éthique
STAG	Groupe consultatif scientifique et technique
TDR	Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VPH	Virus du papillome humain
WPRO	Bureau régional du Pacifique occidental

Références

External evaluation of the UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). Final report. (Document non publié, 1 juillet 2003; disponible de HRP).

OMS (2007). Implementation of programme budget 2006–2007; mid-term review. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (WHO/PRP/07.3).

OMS (2005). RHR Programme budget 2006–2007. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (WHO/RHR/05.12).

OMS (2005). HRP Programme budget 2006–2007. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (WHO/WHO/RHR/HRP 05.13).

OMS (2007). UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction proposed budget 2008–2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (WHO/RHR/07.11).

OMS (2006). Twenty-third meeting of the Scientific and Technical Advisory Group; 14–16 February 2006, Geneva, Switzerland. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (RHR/STAG(23)/2006).

OMS (2004). Follow-up actions to the External Evaluation for Policy and Coordination Committee, 2004. Geneva, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (document interne non publié).

OMS (2006). Follow-up to Policy and Coordination Committee (19) recommendations for the Policy and Coordination Committee. Geneva, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (internal unpublished document).

Compte rendu de la réunion du personnel. 3 juillet 2007.

Organigramme du RHR, 2007.

Protocole d'accord du HRP.

Graphiques et listes compilés par le Secrétariat à la demande de l'équipe d'évaluation externe et figurant dans le rapport et ses annexes.

OMS (2003). Programme budget 2002–2003: performance assessment report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (Document PBPA/2002–2003).

OMS (2007). Proposed programme budget 2006–2007. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (Document PPB/2006–2007).



Annexe 1. Principales questions posées dans l'étude de la gouvernance



Coparrainage

Le coparrainage a-t-il été maintenu et revitalisé? Les avantages ont-ils été précisés et rendus plus tangibles?

Le HRP a-t-il réussi à attirer de nouveaux donateurs ou organismes de coparrainage, par exemple de nouvelles fondations, de nouvelles institutions gouvernementales?

Le développement de produits a-t-il engendré de nouvelles recettes? Quels sont le pour et le contre des sources de revenus de ce type?

Gouvernance du HRP

Le nombre des réunions de comités et de participants a-t-il été réduit? Dans l'affirmative, quelles conséquences cela a-t-il eu en termes d'économies ou d'efficacité?

A-t-on regroupé des fonctions et rendu les délibérations plus efficaces?

Quel statut les groupes consultatifs régionaux ont-ils actuellement et quel est leur rôle?

Les collaborateurs des bureaux régionaux sont-ils associés plus directement aux activités des groupes consultatifs régionaux concernant la santé sexuelle et génésique?

Quel rôle les membres du Comité Politiques et coordination et du Groupe consultatif scientifique et technique ont-ils joué dans la promotion de la santé sexuelle et génésique lors de manifestations internationales?

Gestion du HRP: efficacité et efficience des programmes

Quelles mesures ont été prises pour continuer à décentraliser les fonctions d'administration et de suivi?

Quels sont les changements apportés au traitement des subventions de recherche qui ont eu des effets sur l'efficacité et la rapidité des procédures? Comment ces changements ont-ils amélioré l'efficacité et la rapidité?

Dans quelle mesure le HRP a-t-il réussi à susciter de nouveaux financements qui lui permettent de s'acquitter de son mandat (programme de travail, niveaux de priorité)?

Coopération et collaboration à l'intérieur et à l'extérieur de l'OMS

Les collaborateurs du HRP se sont-ils efforcés de mieux connaître les opérations menées par l'OMS à d'autres niveaux (région et pays) et d'y participer, et avec quel résultat?

Quels efforts ont été faits pour informer les bureaux régionaux des activités du HRP?

Les échanges et la collaboration au sein de l'OMS se sont-ils développés?

Comment a évolué le soutien des directeurs régionaux au HRP?

Souhaitez-vous faire d'autres suggestions sur les possibilités d'améliorer l'efficacité de la gouvernance du HRP?

Dans quelle mesure la gouvernance et la gestion du Programme sont-elles: transparentes par les informations données sur le Programme; claires par la définition des rôles et responsabilités; suffisamment justifiées à l'égard des donateurs, des pays bénéficiaires, des scientifiques, des professionnels et des autres acteurs?

Annexe 2. Liste des personnes interrogées lors d'entretiens approfondis, par groupe

Organismes parrainants

PNUD

Maha El-Adawy, Conseiller pour les politiques dans le domaine de la santé, Equipe de soutien à la réalisation des OMD; Bureau des politiques de développement

UNFPA

Purmina Mane, Directeur exécutif adjoint (Programme)

Hedia Belhadji, Directeur adjoint, Division du soutien technique

Lindsay Edouard, Conseiller technique principal, Division de la santé reproductive

OMS

Daisy Mafubelu, Sous-directeur général, Santé familiale et communautaire

Banque mondiale

Khama Rogo, Spécialiste et conseiller principal du secteur Santé; Population et santé de la reproduction

Secrétariat du HRP

Paul Van Look, Directeur, Département Santé et Recherche génésiques

Catherine d'Arcangues, Coordinateur, Bureau du Directeur

Mike Mbizvo, Coordinateur, Bureau du Directeur

Craig Lissner, Coordinateur, Gestion du Programme

Alexis Ntabona, Coordinateur, Coopération technique avec les pays, Santé sexuelle et génésique

Heli Bathija, Responsable de secteur, Régions Afrique et Méditerranée orientale

Katherine Ba-Thike, Responsable de secteur, Régions Asie et Pacifique

Comités du HRP

Président du Groupe consultatif scientifique et technique

Timothy Hargreave, Président du Groupe d'examen scientifique et éthique (communication par courrier)

Sharad Iyengar, Coprésident du Groupe consultatif sur les droits humains et l'approche genre

Représentants des donateurs bilatéraux

Pays-Bas: Elly Leemhuis, Président du Comité Politiques et coordination, Conseiller principal en santé génésique, Division de la politique sociale, Ministère des affaires étrangères

Norvège: Berit Austveg, Ancien Président du Comité Politiques et coordination, Conseiller principal, Norad (communication par courrier)

Suède: Viveka Persson et Pär Svensson, Division des sciences humaines pour le développement social, SAREC (SIDA)

Royaume-Uni: John Worley, Responsable d'équipe, Programme RCH (DFID)

Représentants des membres de la catégorie 2 du Comité Politiques et coordination¹

Fondations

Fondation Ford: Barbara Klugman, Responsable des programmes

Fondation William et Flora Hewlett: Nicole Gray, Responsable des programmes, Santé de la procréation

Présidents des Groupes consultatifs régionaux

Wagida Anwa, Afrique et Méditerranée orientale

Sylvia Guendelman, Amériques

Mainmunah A. Hamid, Asie et Pacifique

Conseillers des bureaux régionaux en santé génésique

Dr Ardi Kaptiningsih, Conseiller régional en santé génésique, SEARO



¹ Le taux de réponse à l'enquête étant faible parmi les répondants représentant la catégorie 2 du Comité Politiques et coordination, et par mesure de confidentialité, les noms des trois répondants ne sont pas inclus dans cette liste.

Annexe 3. Ressources provenant de fondations, de la société civile et de pays donateurs

Tableau 1. Contributions au HRP par fondations et par pays en 2000–2001 et 2006–2007

Fondations, société civile	Contribution totale (USD)	
	2000–2001	2006–2007
Donateur anonyme	0	1 350 000
Fondation Bill & Melinda Gates	4 000 000	184 000
Fondation David et Lucile Packard	2 020 000	538 000
Fondation Ford	230 000	800 000 ^a
Fondation John D. et Catherine T. MacArthur	50 000	50 000
Fondation March of Dimes	0	53 000
Fondation Rockefeller	220 000	0
Fondation William et Flora Hewlett	150 000	886 000
HLSP Ltd.	0	88 000
Ipas	0	22 000
Peninsula Community Fondation	0	100 000
Program for Appropriate Technology	5 000	0 ^b
Reproductive Health Alliance Europe	41 000	0
Réseau universitaire international de Genève	0	102 000
Université du Michigan	0	81 000
Wallace Global Fund	0	75 000
Wellcome Trust	25 000	0
Sous-total fondations et société civile	6 741 000	4 329 000
Pays		
Allemagne	457 000	0
Canada	523 000	345 000
Chine	110 000	110 000
Commission des Communautés européennes	0	480 000
Espagne	20 000	56 000
Etats-Unis	5 000 000	0
Finlande	0	118 000
Flandre (Belgique)	0	444 000
France	0	129 000
Inde	70 000	70 000
Mexique	7 000	7 000
Norvège	2 465 000	3 677 000
Pays-Bas	3 450 000	11 763 000
Royaume-Uni	1 089 000	8 390 000
Suède	2 085 000	4 038 000
Suisse	301 000	725 000
Thaïlande	0	40 000
Sous-total pays	15 577 000	30 427 000

^a A confirmé l'approbation d'un don de 800 000 dollars pour deux ans

^b Versement de 104 846 dollars au Département Santé et recherche génésiques



Tableau 2. Comparaison des cinq premiers pays et des cinq premières fondations donateurs en 2000–2001 et 2006–2007

	Pays	Contribution (US\$)		Fondation, société civile	Contribution (US\$)
2000–2001					
1	Etats-Unis	5 000 000	1	Fondation Bill & Melinda Gates	4 000 000
2	Pays-Bas	3 450 000	2	Fondation David et Lucile Packard	2 020 000
3	Norvège	2 465 000	3	Fondation Ford	230 000
4	Suède	2 089 000	4	Fondation Rockefeller	220 000
5	Royaume-Uni	1 089 000	5	Fondation William et Flora Hewlett	150 000
2006–2007					
1	Pays-Bas	11 763 000	1	Donateur anonyme	1 350 000
2	Royaume-Uni	8 390 000	2	Fondation William et Flora Hewlett	886 000
3	Suède	4 038 000	3	Fondation Ford	800 000
4	Norvège	3 677 000	4	Fondation David et Lucile Packard	538 000
5	Suisse	725 000	5	Fondation Bill & Melinda Gates	184 000





Tableau 3. Contributions nouvelles ou augmentées en 2006–2007

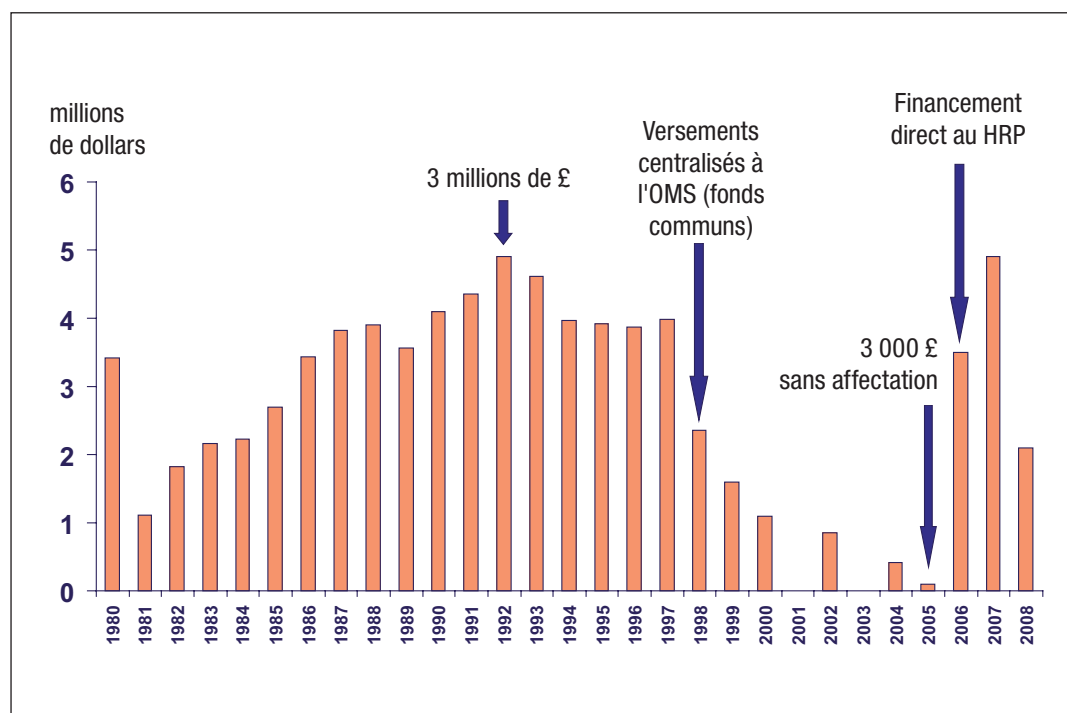
Contributions nouvelles:	
CG Therapeutics	
Finlande	
Fondation MacArthur	
Fondation March of Dimes	
France	
HLSP Ltd.	
Inde	
Peninsula Community Foundation	
Réseau universitaire international de Genève	
Wallace Global Fund	

Contributions augmentées¹:	
Donateur anonyme	↑ ↑
Donateur anonyme	↑
Donateur anonyme	↑
Fondation Hewlett	↑
Fondation Packard	↑
Norvège	↑
Pays-Bas	↑ ↑
Royaume-Uni	↑ ↑
Suède	↑
Suisse	↑ ↑
Université du Michigan	↑

¹ ↑ = Contribution augmentée

↑ ↑ = Contribution fortement augmentée

Tableau 4. Evolution des contributions versées par le Royaume-Uni au HRP depuis 1980 et effet du mécanisme de versement des fonds au budget général



Annexe 4. Evolution des ressources provenant de redevances



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ressources totales	17 968 000	15 297 000	14 377 000	13 031 000	13 324 000	11 830 000	23 371 000	13 715 000
Redevances								
Update Software Ltd.			3070	1070	364	1274	1081	
Gedeon Richter ^a						49 312	103 132	68 403
Schering	304 300	410 915	318 661	96 293	42 294			
John Wiley & Sons Ltd.					276			
Women's Capital Corporation	50 000	100 000	100 000					
Total	354 300	510 915	421 731	97 363	42 934	50 586	104 213	68 403
Part des redevances dans les ressources totales	1,97%	3,34%	2,93%	0,75%	0,32%	0,43%	0,45%	0,50%

^a Seule une partie (14 321 dollars) des redevances de Gedeon Richter pour 2005, 2006 et 2007 a été perçue. Le solde devrait être versé début 2008.

Annexe 5. Effectif du personnel avant (2004) et après (2006) l'examen de développement stratégique et des compétences de l'OMS (2005)

Les chiffres concernent le RHR, mais l'évolution de l'effectif du HRP coïncide avec celle de l'effectif total du Département.



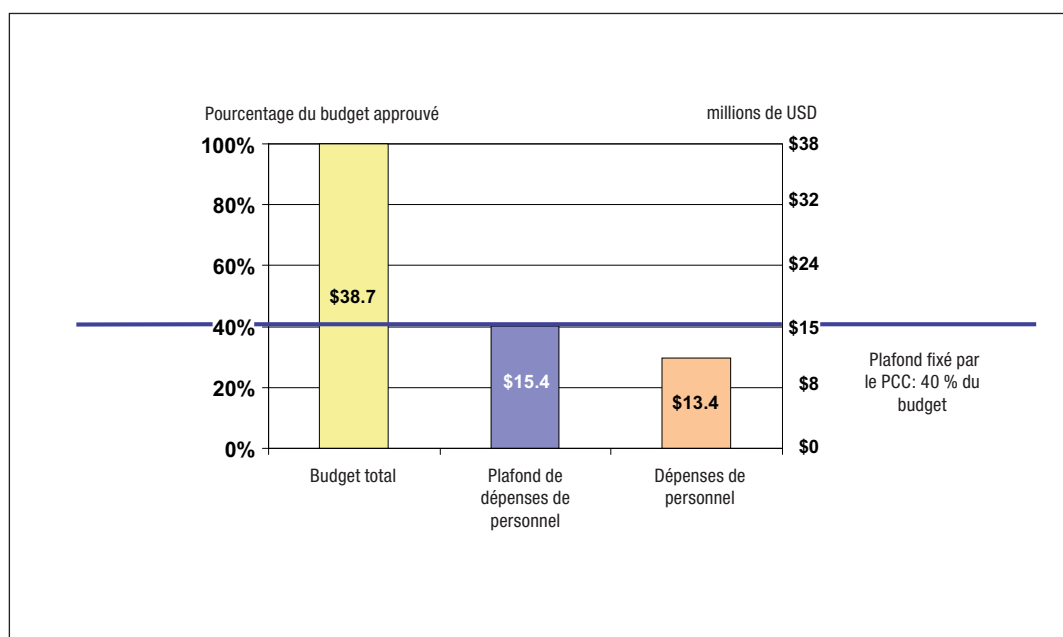
Effectif total	Postes à durée déterminée	Postes temporaires	Effectif total
Effectif total en 2004	62 (56%)	48 (44%)	110
Total net des postes en 2006	76 (92%)	7 (8%)	83
Variation	+14	-41	-27

Postes à durée déterminée	P ¹	SG ²	Total
Postes occupés en 2004	29 (47%)	33 (53%)	62
Postes supprimés	0	9	9
Postes vacants à pourvoir	9	4	13
Postes à créer	9	1	10
Total net des postes en 2006	47 (62%)	29 (38%)	76

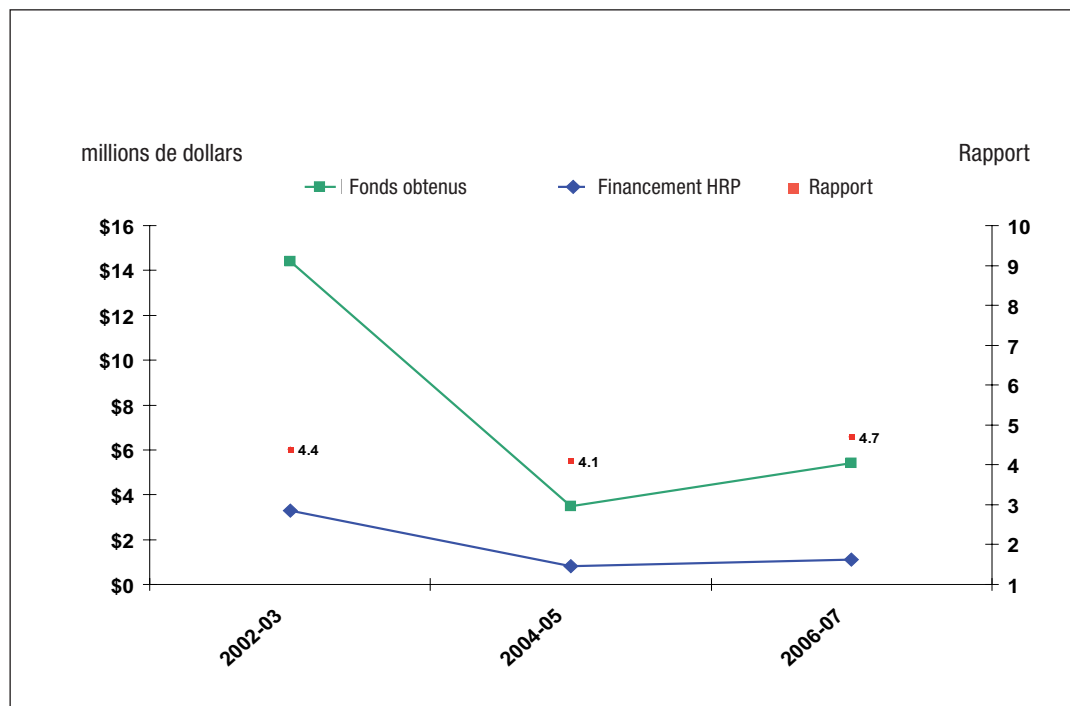
¹ Postes dans la catégorie "Professionnel"

² Postes dans la catégorie "Services généraux"

Dépenses de personnel du HRP en 2006–2007



Annexe 6. Fonds influencés par le financement HRP 2002-2007



Remarque: projections pour l'exercice 2006-2007 arrêtées en juin 2007.

Annexe 7. Coût des réunions des comités de gouvernance du HRP (en dollars)

	2002–2003	2006–2007
Comité Politiques et coordination	176 359	222 159
Groupe consultatif scientifique et technique	187 139	140 352
Groupe d'examen scientifique et éthique	222 930	262 560
Groupe consultatif sur l'approche "genre" ¹	81 509	54 842
Comité permanent	7 385	3 569
Groupe consultatif régional – Amériques	37 795	137 717
Groupe consultatif régional – Afrique et Méditerranée orientale	70 416	95 467
Groupe consultatif régional – Asie et Pacifique occidental	86 943	104 934
Groupe consultatif régional – Europe	53 759	
Comité stratégique de promotion de la planification familiale	48 807	
Comité stratégique pour une grossesse à moindre risque	46 476	
Comité stratégique de lutte contre les infections sexuellement transmissibles	50 351	
Comité stratégique de lutte contre l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité	53 364	
Tableau de spécialistes pour la recherche sociologique	106 754	122 617
Tableau de spécialistes pour la recherche fondamentale et biomédicale	86 826	14 978
Tableau de spécialistes pour la recherche épidémiologique	115 651	7 943
Tableau de spécialistes pour le développement des programmes nationaux	0	59 783
Total	1 432 464	1 226 921



¹ Depuis renommé Groupe consultatif sur les droits humains et l'approche genre

Annexe 8. Comparaison de la gouvernance du TDR et du HRP: principaux aspects



1. Historique et points communs

Le HRP a été créé en 1972 et a servi de modèle pour la création du TDR en 1975. Le principe du coparrainage a été mis en place au TDR puis au HRP, en 1988, sous l'impulsion de José Barzelatto, alors directeur du HRP et précédemment chargé du renforcement des capacités de recherche au TDR. Le protocole d'accord du HRP entre les organismes parrainants a été calqué sur celui du TDR.

La gouvernance des deux programmes présente de nombreuses ressemblances: tous deux ont un organe directeur (le Comité Politiques et coordination (PCC) pour le HRP et le Conseil conjoint de coordination (JCB) pour le TDR), un

comité permanent chargé de surveiller la gestion et le financement des programmes, composé des quatre organismes parrainants, et un Groupe consultatif scientifique et technique (STAG) pour le HRP, appelé Comité consultatif scientifique et technique (STAC) dans le cas du TDR. Les deux programmes, bien que coparrainés, sont hébergés par l'OMS qui en est l'organisme d'exécution, et leur personnel, y compris leurs directeurs, sont membres du personnel de l'OMS.

De plus, un Directeur général adjoint est Coordinateur du TDR. Cette fonction a été exigée par la Banque mondiale, principalement, lorsqu'elle a accepté de parrainer le Programme.

	Conseil conjoint de coordination (TDR)	Comité Politiques et coordination (HRP)
Représentants des pays donateurs (gouvernements) ^a	12	11
Représentants des pays bénéficiaires (gouvernements) (choisis par les comités régionaux de l'OMS)	12 ^b	14 ^c
Autres parties intéressées (actuellement, des pays)	6	2
Organismes parrainants	4	4
Membre permanent supplémentaire (Fédération internationale pour la planification familiale)		1
Total	34	32

^a Au Comité Politiques et coordination, la catégorie 1 inclut les pays qui ont versé les contributions les plus importantes pendant l'exercice biennal écoulé. Au Conseil conjoint de coordination, les représentants des gouvernements sont choisis par les gouvernements et organismes bailleurs; il n'y a aucune condition relative au montant des versements et, de fait, les bailleurs choisissent depuis quelques années plus de donateurs des pays d'endémie comme membres du Conseil conjoint de coordination.

^b Comprend deux représentants par région OMS.

^c Comprend quatre représentants pour la région Afrique, deux pour les Amériques, trois pour l'Asie du Sud-Est, un pour l'Europe et trois pour le Pacifique occidental.

2. Principales différences dans la gouvernance et points à mettre en lumière dans l'évaluation externe

2.1 Conseil conjoint de coordination (JCB) et Comité Politiques et coordination (PCC)

La composition des deux organes directeurs varie légèrement.

Le Comité permanent du TDR et le Conseil conjoint de coordination se sont penchés sur la question de la gouvernance, entre autres après la parution du rapport sur le quatrième examen externe du TDR. Plusieurs options pour la gouvernance du TDR ont été présentées au Conseil lors de sa session de 2007, et celui-ci a décidé: i) de maintenir la définition actuelle des "parties coopérantes"; ii) de permettre la libre constitution de groupes entre les gouvernements membres du Conseil qui contribuent aux ressources du Programme; iii) d'augmenter la participation au Conseil des représentants des pays d'endémie et autres représentants régionaux; iv) de porter de 3 à 4 ans la durée du mandat de tous les membres du Conseil; v) de ne rien changer au rôle du Comité permanent; vi) de continuer à renforcer les relations entre le Conseil conjoint de coordination, le Comité consultatif scientifique et technique, le Secrétariat du TDR et l'OMS; et vii) de veiller à ce que le Comité permanent se tienne informé des activités de l'OMS pour déterminer si un accord de services administratifs dont elle serait l'institution d'exécution est nécessaire. Les organisations parrainantes doivent donner leur accord pour que le protocole d'accord puisse être modifié de manière à intégrer les recommandations ii) et iv). A la demande du Conseil conjoint de coordination, le Comité permanent étudie la question du recrutement de candidats du secteur privé et d'organisations non gouvernementales, l'intérêt et la possibilité d'avoir des positions de

groupes prises par les autres parties coopérantes intéressées, l'intérêt et la possibilité de laisser les groupes se former librement plutôt que de les définir à l'avance, et la question d'un mandat de deux ans pour le Vice-président du Conseil conjoint de coordination. Le Comité permanent présentera ses recommandations au Conseil lors de sa prochaine session, en juin 2008.

Aucun des organes de gouvernance ne compte actuellement parmi ses membres de plein droit une fondation, une autre entité non gouvernementale ou une association sans but lucratif, à l'exception de la Fédération internationale pour la planification familiale qui est membre permanent du Comité Politiques et coordination du HRP. Le TDR a eu une fondation parmi les membres de son Conseil conjoint de coordination. Des discussions sur la composition sont en cours au TDR, comme nous l'avons dit plus haut. Selon le paragraphe 2.2.3 du Protocole d'accord du TDR, toute partie coopérante, y compris les entités autres que les gouvernements, peuvent demander à devenir membre. De même, le protocole d'accord du HRP permettrait d'inclure une fondation ou autre entité non gouvernementale parmi les autres parties intéressées. Il faudrait définir la procédure de choix de ces entités. Les critères de sélection pourraient limiter ou non aux seules entités versant une contribution financière la possibilité d'être partie intéressée. Ce point n'est pas, selon l'article 2.2.3 du Protocole d'accord du TDR, une condition préalable pour être membre du TDR. Le point intéressant le Comité Politiques et coordination est celui des positions de groupe entre les membres, dont débat le Conseil conjoint de coordination.

Comme nous venons de le mentionner à propos du TDR et plus haut dans le présent rapport, les Programmes connaissent tous deux le problème du manque de participation active et du





renouvellement trop rapide des représentants des gouvernements des pays bénéficiaires.

Pour préparer l'examen des options de gouvernance du TDR lors de la réunion du Conseil conjoint de coordination de 2007, un document a été élaboré sur les principaux éléments de la stratégie destinée à accroître le rôle des pays d'endémie et des autres représentants régionaux dans le Conseil conjoint de coordination (voir l'Annexe 3 du document du Conseil conjoint de coordination concernant le point 6 de l'ordre du jour sur les options de gouvernance du TDR). Ces éléments sont les suivants: i) renforcer la participation des bureaux et des comités régionaux; ii) accroître la participation nationale; iii) accroître la participation individuelle; et iv) divers autres points. On trouvera ci-après un extrait des points les plus susceptibles d'intéresser le HRP et le Comité Politiques et coordination.

- Les bureaux et les comités régionaux auront un rôle largement accru dans la sélection, l'information et le suivi des représentants des Etats membres. Avant la session du Conseil conjoint de coordination, chaque bureau régional informera les représentants de sa région des principales questions régionales intéressant la réunion. Les relations étroites entre le bureau régional et les délégués des pays prennent la forme de visites d'information avant et après les réunions et de comptes rendus.
- En complément de la réunion d'information organisée pour tous les nouveaux membres la veille de la réunion du Conseil conjoint de coordination, comme celle qu'organise le Comité Politiques et coordination, une avant-réunion se tient avec les pays d'endémie (non membres de l'OCDE) sous la présidence d'un membre du Conseil représentant un pays d'endémie et avec l'aide du Secrétariat du TDR, pour permettre l'examen préalable de certaines questions.
- Les membres et les bureaux régionaux sont invités à donner des informations sur l'état de certaines maladies et les capacités de recherche dans leur pays et leur région et à participer activement aux délibérations du Conseil.
- Un réseau d'échanges électroniques sera constitué entre les représentants des pays d'endémie et les autres représentants régionaux, et complété par un système d'accompagnement confraternel des nouveaux représentants pour assurer la continuité des débats entre les réunions et une meilleure préparation des réunions.
- Les membres représentant les pays sont informés de leur devoir de représenter leur pays et leur région au Conseil et d'informer leur gouvernement et l'organisation régionale de ce qu'ils font dans le cadre du TDR.
- Le Conseil a décidé de porter de 3 à 4 ans la durée du mandat de ses membres.
- Le TDR prend à sa charge les frais de participation aux réunions du Conseil d'un représentant de chaque bureau régional.
- Le Conseil a approuvé des lignes directrices pour la désignation des représentants par les comités régionaux de l'OMS, qui devraient contribuer à ce que les délégués soient convenablement choisis et préparés pour leur mission.

S'inspirant des stratégies examinées au TDR, le HRP pourrait envisager les stratégies ci-après pour renforcer le Comité Politiques et coordination:

- Renforcer la participation des directeurs régionaux de l'OMS et des représentants des pays au choix des délégués, en remplaçant la désignation selon l'ordre alphabétique effectuée lors des réunions des comités régionaux par une procédure fondée sur des critères rigoureux.

Cela voudrait sans doute dire que le Directeur du HRP et d'autres responsables du Secrétariat se rendent dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays et assistent systématiquement aux réunions des comités régionaux.

- Réunions préliminaires d'information des membres du Comité Politiques et coordination: actuellement, une réunion d'information de 2 heures est proposée l'après-midi précédant le début de la réunion. Prolonger cette réunion permettrait sans doute aux nouveaux membres de mieux connaître le Programme et le fonctionnement du Comité, mais il serait difficile d'organiser une réunion d'une journée entière la veille de la réunion à cause de celle du Comité permanent, à laquelle assistent les responsables du Secrétariat du HRP.
- Envoyer plus tôt les documents de préparation des réunions aux membres et aux observateurs.
- Renforcer les services de traduction pour les représentants de gouvernements non anglophones et non francophones.
- Décentraliser en alternance les réunions dans les régions (une année à Genève, une année dans une région) et y inclure des visites de terrain (en prolongeant la durée de la réunion, portée à trois jours), et en choisissant la région en concertation avec le TDR. En 2008, la réunion du Comité Politiques et coordination aura lieu en Argentine et celle du Conseil conjoint de coordination au Brésil.
- Le Secrétariat du HRP et le président et vice-président du Comité Politiques et coordination devraient étudier en détail la stratégie et les lignes directrices du TDR. En s'inspirant de ces instruments adaptés pour le HRP et en s'appuyant sur l'enquête auprès des acteurs de la catégorie 2 réalisée pour la présente évaluation, le Secrétariat pourrait établir un projet de stratégie et de lignes directrices pour

associer plus activement les membres des catégories 2 et 3 aux délibérations du Comité Politiques et coordination, projet qui serait examiné et validé par le Comité à sa réunion de 2008.

La décentralisation des réunions vers les régions entraînera des frais supplémentaires pour le HRP (déplacement du personnel du Secrétariat) et limitera le nombre de personnes du Secrétariat qui peuvent y assister. Elle pourrait aussi limiter la représentation de certains gouvernements de pays donateurs bilatéraux. Elle ne devrait pas avoir de retentissement sur celle des gouvernements bénéficiaires puisque leurs frais de voyage sont pris en charge par le Programme. L'expérience du TDR (la réunion du Conseil conjoint de coordination au Brésil sera la cinquième à s'être tenue hors de Genève) montre que la participation aux réunions décentralisées est normale. La participation du Secrétariat du TDR est généralement limitée au niveau du coordinateur et inclut le Directeur, le Coordinateur du Programme spécial, le responsable Relations extérieures et gouvernance, le personnel travaillant pour le Conseil et le Conseiller juridique de l'OMS.

2.2 Comité permanent

Le Comité permanent du HRP se compose des quatre organisations parrainantes; le Directeur du HRP et le Secrétariat assistent aussi à ses réunions qui ont lieu trois fois par an.

Le Comité permanent du TDR est composé des quatre organisations parrainantes. Participent de droit à ses réunions le Directeur du TDR (et le responsable Relations extérieures et gouvernance avec d'autres membres du personnel en nombre limité si cela se justifie) et le Président et le Vice-président du Conseil conjoint de coordination. Y participent également le Président du Comité consultatif scientifique et technique et trois





membres cooptés du Conseil (un représentant les membres de l'OCDE et deux représentant les pays d'endémie membres, dont un les pays d'Afrique subsaharienne). Il n'a pas été nécessaire de modifier le Protocole d'accord pour inclure les participants de droit. Le Comité permanent se réunit trois fois par an.

Le Comité permanent du HRP aurait peut-être avantage à avoir une composition plus large en permettant au Groupe consultatif scientifique et technique et au Comité Politiques et coordination d'être représentés (présidents, vice-présidents) à ses réunions. Le PEEC (Comité de l'évaluation externe du PCC) de l'évaluation actuelle et de la précédente a suivi cette composition élargie. La question a été débattue récemment par le Comité permanent, mais la modification du Protocole d'accord qui, en l'état, ne permettrait pas d'accorder le statut de membre de plein droit, suscite des réticences. Il conviendrait de déterminer si le Protocole d'accord permet d'accorder celui de conseiller ou de membre de droit aux présidents du Groupe consultatif scientifique et technique et du Comité Politiques et coordination.

2.3 Comité ou Groupe consultatif scientifique et technique

Le Groupe consultatif scientifique et technique du HRP (STAG) compte de 15 à 18 membres représentant un large éventail de disciplines biomédicales et autres et se réunit une fois par an. Les présidents du Groupe consultatif sur les droits humains et l'approche genre (GAP) et du Comité Politiques et coordination, les présidents des groupes consultatifs régionaux et du Groupe d'examen scientifique et éthique (SERG) participent aussi aux réunions du STAG. Le Secrétariat du HRP y est représenté par une délégation nombreuse. Sont invités à y assister des membres d'autres unités de l'OMS (par exemple des départements

Politique et coopération en matière de recherche, VIH/sida, ou du TDR) et d'autres organismes de recherche (par exemple le Forum mondial pour la recherche en santé).

Le STAG a récemment changé d'optique et conseille le Comité Politiques et coordination sur le plan stratégique en étant plus tourné vers l'avenir et moins rétrospectif (en faisant alterner réunions plénières et réunions stratégiques plus ciblées). Ses réunions ont lieu en février, avant celle du Comité Politiques et coordination, de sorte que son rapport, qui est un rapport technique, peut être utilisé par les membres du Comité Politiques et coordination pour préparer leurs contributions.

Le Comité consultatif scientifique et technique du TDR (STAC), composé de 15 à 21 scientifiques choisis en fonction de leurs compétences scientifiques ou techniques, tient une réunion annuelle. Les membres sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable. Pendant l'élaboration de la nouvelle stratégie du TDR, les sous-groupes du STAC se sont réunis autant que de besoin. Des critiques ayant été formulées dans le projet de rapport intérimaire du sous-comité du Conseil conjoint de coordination pour l'examen de la gouvernance du TDR, des mesures sont maintenant prises pour renforcer les relations et la communication entre le STAC, le secrétariat du TDR et le Conseil conjoint de coordination. Le Président et le Vice-président du Conseil assistent aux réunions du STAC et le Président du STAC à celles du Conseil. Comme nous l'avons mentionné précédemment, tous trois assistent d'office aux réunions du Comité permanent. Les présidents des comités consultatifs scientifiques et techniques des départements de lutte contre les maladies de l'OMS sont invités à la prochaine réunion du STAC, en février 2008, et cette politique sera poursuivie. En outre, depuis 2007, un représentant de chacun des bureaux régionaux de l'OMS est invité aux

frais du TDR. Sont aussi invités les directeurs des départements concernés de l'OMS dont le HRP et le Département Politique et coopération en matière de recherche. Depuis 2007, un point est inscrit à l'ordre du jour pour permettre aux directeurs des bureaux régionaux et des départements de lutte contre les maladies d'actualiser leurs conceptions des besoins en matière de recherche.

Au HRP, les relations entre le Groupe consultatif scientifique et technique (STAG) et le Comité Politiques et coordination (PCC) sont très étroites et très constructives, et les communications avec le Programme fréquentes. Plusieurs participants des réunions du STAG assistent aux réunions du PCC (présidents du STAG, du GAP et du SERG) et lui présentent les principales conclusions de leurs réunions. Le Président du PCC assiste aux réunions du STAG. Le HRP pourrait voir si l'on pourrait renforcer la compréhension mutuelle et la collaboration en invitant des représentants des bureaux régionaux aux réunions.

2.4 Autres questions

2.4.1 Echanges entre le HRP et le TDR sur la gouvernance

Actuellement, rien ne prévoit formellement des rencontres régulières et des échanges entre les deux directeurs sur leurs questions, leurs problèmes ou leur expérience en matière de gouvernance. L'utilisation des procédures et documents fondamentaux des deux Programmes et les échanges à ce sujet pourraient être améliorés. Les directeurs se rencontrent dans d'autres groupes de l'OMS, mais ils pourraient envisager d'avoir régulièrement des réunions bilatérales pour traiter de la gouvernance et de la direction et la gestion des programmes. Les deux Programmes pourraient se communiquer leurs rapports d'évaluation et d'autres documents clés d'intérêt réciproque. Des mesures de ce type pourraient renforcer l'enseignement mutuel et l'échange de

connaissances et rendre ainsi plus efficace la gouvernance des deux Programmes. Selon le TDR, les relations se sont développées au cours des dernières années, depuis que l'OMS tente de revoir sa stratégie. Le principal sujet d'intérêt commun, ce sont les modalités des relations administratives et stratégiques entre les Programmes au sein de l'OMS. La coopération pourrait aussi servir à renforcer la dimension et la représentation régionales de leur gouvernance.

2.4.2 Transparence de la gouvernance et de l'organisation

Le site Internet du TDR donne un excellent aperçu de la structure de sa gouvernance (<http://www.who.int/tdr/about/governance/default.htm>), avec des illustrations graphiques simples et la possibilité d'avoir des informations complémentaires. Le site Internet du HRP a aussi une page sur la gouvernance (<http://www.who.int/reproductive-health/management/index.html>), où le visiteur trouve de nombreux rapports mais aucune information immédiate sur la gouvernance du Programme. Compte tenu du fait que beaucoup de partenaires du HRP (personnel de l'OMS dans les régions et les pays, gouvernements de pays bénéficiaires, scientifiques) ont du mal à comprendre qui est le HRP par rapport au RHR et à l'OMS, nous recommandons au HRP d'ajouter sur son site des illustrations et des informations simples et explicites concernant sa structure et sa gouvernance.



Annexe 9. Budget programme 2006–2007 de l'OMS

Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation dans le domaine de la santé génésique

RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION	INDICATEURS	BASES	CIBLES
1. Fourniture d'une orientation et d'un soutien adéquats pour améliorer les soins de santé sexuelle et génésique dans les pays en diffusant des normes fondées sur des données factuelles et des politiques correspondantes et de lignes directrices techniques et gestionnaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de documents d'orientation nouveaux ou actualisés destinés à soutenir les efforts déployés au niveau national pour améliorer la santé sexuelle et génésique, validés et diffusés dans les pays 	Portefeuille d'instruments et de normes	8 nouveaux ou actualisés
2. Mise à disposition de données, produits et technologies nouveaux d'intérêt national et/ou mondial afin d'améliorer la santé sexuelle et génésique, et renforcement des capacités de recherche le cas échéant.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'études achevées sur les questions prioritaires liées à la santé sexuelle et génésique • Nombre d'examen systématiques nouveaux ou actualisés portant sur les meilleures pratiques, politiques et normes de soins • Nombre de nouveaux centres de recherche renforcés grâce à un soutien au développement institutionnel intégral 	<p>Base de connaissances actuelles</p> <p>Portefeuille d'examen systématiques</p> <p>Plus de 100 centres bénéficiant du soutien du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine depuis 1972</p>	<p>40 nouvelles études</p> <p>15 examens systématiques nouveaux ou actualisés</p> <p>6 nouveaux centres</p>
3. Fourniture d'un soutien politique et technique aux pays concernant la conception et l'application de plans généraux qui permettront de mettre en place des soins de santé sexuelle et génésique de grande qualité, d'élargir l'accès à ces services, de renforcer les ressources humaines et d'accroître les moyens de suivi et d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays visés dotés de stratégies et de plans nouveaux ou actualisés pour renforcer la mise en place de soins de santé sexuelle et génésique de grande qualité et d'élargir l'accès à ces services • Nombre de pays ayant achevé des études de recherche opérationnelle pour évaluer les diverses approches • de la fourniture de soins de santé sexuelle et génésique de grande qualité 	20	20 autres
4. Fourniture d'un soutien technique adéquat aux pays pour obtenir une meilleure santé sexuelle et génésique par l'intermédiaire de mesures prises par les individus, les familles et les communautés.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays visés mettant au point de nouvelles interventions ou affinant les interventions existantes afin de favoriser la prise de mesures aux niveaux individuel, familial et communautaire et améliorer ainsi la santé sexuelle et génésique 	0 (nouveau domaine)	5
5. Renforcement de la capacité des pays de recenser les obstacles opposés par la réglementation à la fourniture de soins de santé sexuelle et génésique de grande qualité.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays visés ayant révisé leurs lois, réglementations et politiques nationales en vigueur concernant la santé et les droits sexuels et génésiques 	2	3
6. Mobilisation et coordination de l'action entreprise au niveau international pour atteindre les objectifs internationaux en matière de développement relatifs à la santé génésique, y compris la surveillance mondiale.	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport mondial sur les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de développement internationaux portant sur la santé génésique soumis à l'Assemblée de la Santé 	1	2

Annexe 10. Informations sur les points de référence

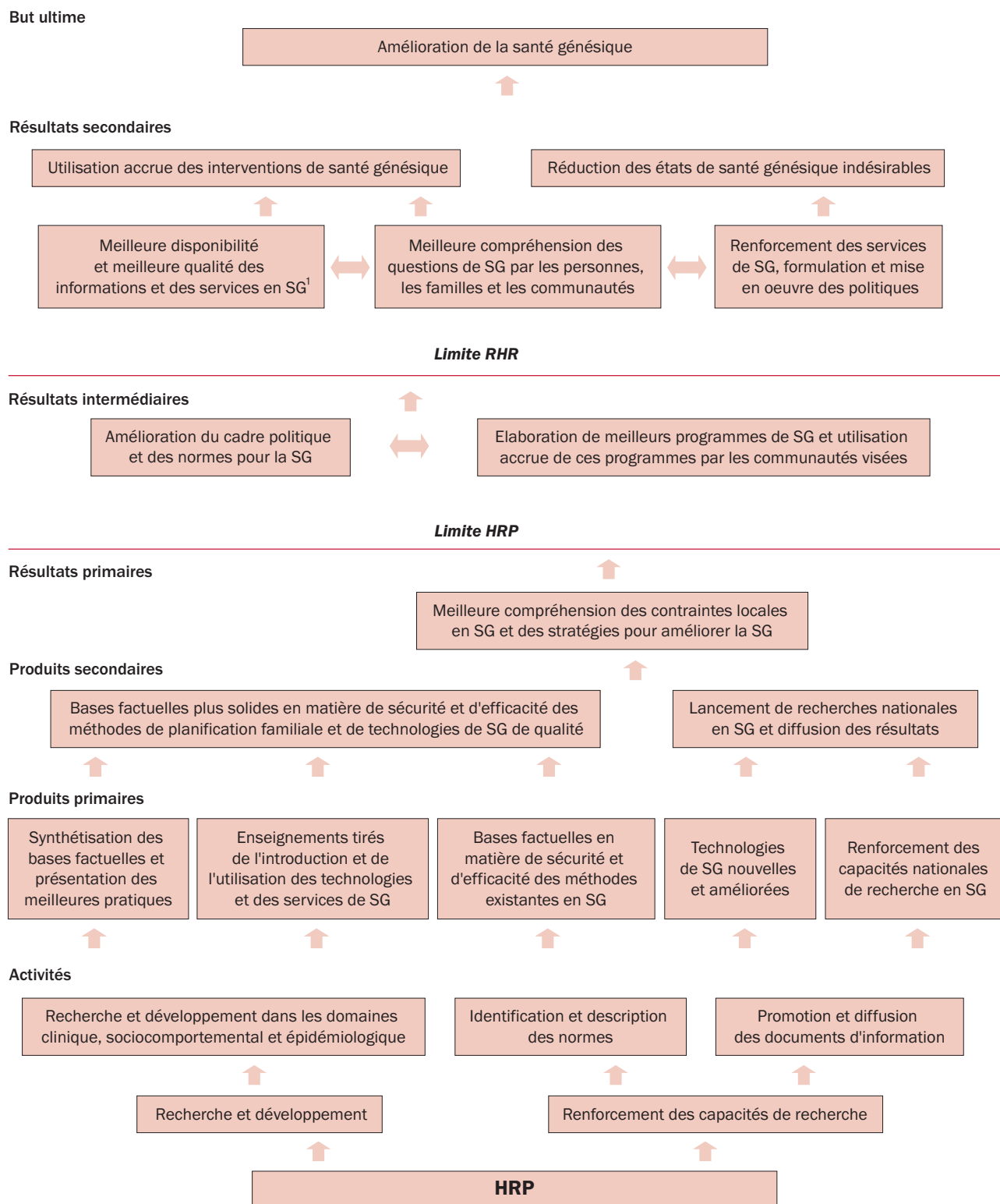
Indicateur	Base	Cible 2004–2007	Réalisation fin 2005	Réalisation fin 2007
Nombre d'études terminées sur les questions prioritaires de santé génésique (ER 2) ¹	Base de connaissances	80 études	19 terminées	47 terminées
Nombre d'analyses systématiques nouvelles ou actualisées sur les bonnes pratiques, les politiques et les normes de soin (ER 2)	Portefeuille d'analyses systématiques	30 analyses systématiques nouvelles ou actualisées	19 analyses	55 analyses nouvelles ou actualisées réalisées au siège et dans les bureaux régionaux
Nombre de pays réalisant une recherche opérationnelle pour évaluer les méthodes de fourniture de soins de santé de qualité dans le domaine génésique (ER 2 – 2004–2005; ER 3 – 2006–2007)	Bases de connaissances nationales	15 pays (cible 2004–2005)	11 pays	Utilisation de cet indicateur arrêtée
Nombre de nouveaux centres de recherche renforcés par le soutien général de développement institutionnel (ER 2)	Plus de 100 centres aidés par le HRP depuis 1972	6 nouveaux centres cible 2006–2007)	Indicateur ajouté dans le courant de l'exercice 2006–2007	15 nouveaux centres de recherche renforcés en 2006–2007
Nombre de pays ciblés ayant revu leur législation, leur réglementation et leurs politiques en matière de santé sexuelle et génésique (ER 5)	2 pays	3 pays (cible 2006–2007)	Indicateur ajouté dans le courant de l'exercice 2006–2007	18 pays

Source: Appréciation de l'exécution du budget programme 2004–2005; Appréciation de l'exécution du budget programme 2006–2007 (en préparation).

¹ ER= Résultat escompté.



Annexe 11. Cadre conceptuel HRP/RHR (cf. évaluation externe précédente)



¹ SG = Santé génésique