



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

Résumé d'orientation



**Organisation
mondiale de la Santé**

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; Résumé d'orientation

© 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

Introduction et méthodes	1
Résumé d'orientation	5
I. Efficacité et innocuité à long terme des dispositifs intra-utérins au cuivre	5
II. Soins maternels et périnataux: traduire les méthodes à base factuelle dans les politiques et les pratiques	8
III. Avortement médicamenteux (non chirurgical)	11
IV. Améliorer la sûreté et l'efficacité de la contraception en Chine	14
V. Synthèse et transfert de connaissances	18
VI. Suivi de la gouvernance, de la gestion, de l'administration et de l'efficacité du HRP	21
Aperçu des conclusions de L'évaluation externe 2003–2007 et des recommandations	24
Annexe 1: Rappel historique et mandat	27

Introduction et méthodes

Introduction

La présente évaluation externe du Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) vise à compléter l'évaluation externe générale portant sur la période 1990–2002 réalisée par Management Sciences for Health et le Centre suisse de santé internationale (Institut tropical suisse). Les résultats de cette précédente évaluation étant jugés toujours valables pour la plupart des activités du Programme, on a choisi, pour la présente évaluation, de mettre en lumière par des études de cas certains domaines dans lesquels les travaux du Programme produisent des biens publics mondiaux (voir le mandat, Annexe 1). Une sixième étude de cas a été ajoutée pour actualiser les informations obtenues précédemment sur la gouvernance, la gestion, l'administration et l'efficacité du Programme.

Les conclusions et recommandations de l'évaluation externe pour la période 1990–2002 étaient fondées sur l'analyse documentaire, l'analyse de publications clés, sept visites de pays et la contribution de plus de 300 informateurs, dont 249 avaient donné des informations détaillées dans le cadre d'entretiens ou de réponses à des questionnaires transmis par courrier électronique. L'évaluation portait sur quatre grandes questions:

- la pertinence et l'efficacité des activités de recherche en santé génésique appuyées par le Programme;
- la diffusion, l'utilisation mondiale et l'effet des résultats de la recherche en santé génésique du HRP;
- le renforcement des capacités de recherche en santé génésique opéré par le HRP et l'utilisation et l'effet de ses travaux dans les pays; et
- la gouvernance, la gestion, l'administration et l'efficacité du HRP.

L'équipe d'évaluation donnait une appréciation très favorable de l'efficacité, de la gestion et de la direction stratégique du HRP. La conclusion générale était que, pendant la période 1990–2002, le Programme avait clairement répondu aux attentes correspondant à sa mission, qui était de coordonner, promouvoir, mener et évaluer la recherche en santé génésique à l'échelle internationale, et que ses principaux objectifs avaient été atteints. Le HRP affirmait sa position de chef de file mondial pour la production de résultats de recherche et la formation de consensus scientifiques permettant de faire avancer les politiques et les pratiques en matière de santé génésique, surtout en ce qui concerne les pays en développement.

Extrait des conclusions de l'évaluation externe 1990–2002

- La contribution du HRP aux biens publics mondiaux comprend notamment l'effet cumulatif de ses activités sur la régulation de la fécondité et la santé génésique, qui conduit à des avantages de santé publique importants pour les femmes, les couples et les enfants du monde entier.
- Le HRP apporte aux autorités sanitaires nationales un soutien unique dans leur action pour améliorer la santé génésique, notamment par ses activités de recherche et de formation à la recherche, en établissant des normes et des lignes directrices et en promouvant l'utilisation des résultats de la recherche dans les politiques et la planification. Si d'autres organisations exercent certaines de ces fonctions, aucune ne peut faire valoir un champ d'action, des capacités, un prestige et une crédibilité comparables que le HRP doit à son ancrage dans l'OMS, sa composition internationale et à ses liens avec les gouvernements.
- Grâce à la crédibilité du HRP et de l'OMS en général, les résultats de la recherche du HRP ont une influence plus grande sur les politiques et les





normes de santé génésique que ceux d'aucune autre organisation.

- Le renforcement des capacités de recherche est l'un des atouts du HRP.
- Le HRP a créé un impressionnant réseau mondial de recherche, particulièrement dans les pays en développement (soutien de 123 centres dans 59 pays en 2000–2001).
- Les résultats de recherche du HRP et des centres qu'il soutient ont sensiblement contribué à façonner les politiques nationales et les pratiques.
- Le coparrainage du HRP est essentiel tant pour des raisons financières que pour son acceptabilité dans le contexte international et à l'égard des autres organisations. Il renforce sa crédibilité en tant que figure de proue dans le domaine de la recherche en santé génésique.
- La gestion globale du HRP est considérée comme efficace et appréciée par les organismes coparrainants et les donateurs.
- Les ressources totales du HRP, toutes provenances confondues, sont en diminution depuis 8 ans, malgré le nombre croissant de ses activités et des priorités auxquelles il doit répondre.

Ces conclusions ont été à l'origine de plusieurs recommandations quant aux améliorations à apporter concernant chacune des grandes questions. L'une des principales recommandations, qui constitue la base de la présente évaluation, était que "le Programme devait continuer à mettre l'accent sur les biens publics mondiaux, s'efforcer de démontrer la contribution de ses travaux aux résultats mondiaux en matière de santé publique et en calculer le coût pour mesurer son efficacité. Les estimations et les projections concernant

le nombre d'avortements et de grossesses non désirées qui ont été évités et les améliorations de la santé génésique obtenues grâce aux méthodes de contraception plus efficaces, à la contraception d'urgence et aux principes directeurs concernant les services permettront de montrer l'importance de la contribution du HRP et son efficacité".

Ce rapport a été approuvé par l'Equipe de surveillance de l'évaluation externe et présenté au Comité Politiques et coordination en juin 2003. Le Secrétariat du HRP a alors défini un plan d'action détaillé pour donner suite aux recommandations qui a été soumis au Comité Politiques et coordination à sa réunion des 30 juin et 1er juillet 2004.

Méthodes utilisées pour l'évaluation portant sur la période 2003–2007

Le financement du HRP par la Banque mondiale, l'une des quatre institutions coparrainantes, est assuré par un de ses organes, la Development Grant Facility (DGF), et arrêté annuellement par le Conseil de la DGF. L'une des conditions pour bénéficier des fonds de la DGF est l'obligation de se soumettre régulièrement à une évaluation externe. Ainsi, lors d'une réunion tenue pour statuer sur l'attribution de fonds pour l'exercice budgétaire 2006, le Conseil de la DGF a demandé qu'une "évaluation indépendante" soit effectuée en 2007. Cette demande a été examinée par le Comité permanent des institutions coparrainant le HRP à sa 54ème réunion, le 1er février 2006. Le Comité permanent a convenu que la nouvelle évaluation indépendante devait être plus limitée que l'évaluation précédente quant au champ et aux questions étudiés. Le Comité a, en particulier, "convenu que la prochaine évaluation externe devait porter sur les effets du HRP sur les biens publics mondiaux", ce qui concorderait avec la proposition du PCC "... de renforcer et de surveiller les mesures

prises en application des recommandations de l'évaluation externe 1990–2002...".

La définition¹ des "biens publics mondiaux" utilisée dans les cinq études de cas techniques, qui figure dans le mandat, est la suivante:

Les biens publics sont généralement définis comme des biens "produisant des avantages caractérisés par la non rivalité (de nombreuses personnes peuvent consommer le bien, l'utiliser ou en profiter en même temps) et la non exclusion (il est difficile d'empêcher ceux qui ne paient pas ce bien de le consommer). Si les avantages d'un bien particulier reviennent à tous les pays ou à un grand nombre d'entre eux, on parle de bien public mondial ou international."

Le Groupe spécial international sur les biens publics mondiaux a tiré de cette définition la définition opérationnelle suivante:

"les biens publics internationaux mondiaux ou régionaux touchent à des questions qui : i) sont jugées importantes pour la communauté internationale, à la fois pour les pays développés et pour les pays en développement; ii) en règle générale, ne peuvent être ou ne sont pas correctement traitées par des pays ou entités agissant isolément; et qui, par conséquent, iii) doivent être abordées collectivement, sur une base multilatérale".

L'équipe chargée de réaliser l'évaluation externe pour la période 2003–2007 était composée Douglas Huber (Management Sciences for

Health) et Claudia Kessler (Centre suisse de santé internationale/Institut tropical suisse) pour la partie coordination générale, supervision des études de cas et de l'étude sur la gouvernance du HRP, et de William Winfrey (Futures Institute) pour les analyses du rapport coût-efficacité et le volet économique des études de cas.

Conformément au mandat, un examen approfondi des biens publics mondiaux ci-après a été effectué (le nom de l'examineur indépendant qui a rédigé les études de cas techniques est indiqué entre parenthèses):

- promotion de la planification familiale – efficacité et innocuité à long terme des DIU à diffusion de cuivre (Roberto Rivera);
- promotion de la planification familiale – amélioration de la qualité des soins dans le cadre de la planification familiale en Chine (Barbara Pillsbury);
- interruption de grossesse médicamenteuse (non chirurgicale) (Jane Norman);
- amélioration de la santé maternelle et néonatale (Affette McCaw-Binns); et
- synthèse et transfert des connaissances (Cynthia Farquhar).

Les cinq études de cas ont été réalisées suivant un modèle d'examen uniforme, conçu par les deux coordinateurs de l'évaluation externe à partir des données fournies par le Secrétariat du HRP, et approuvé par le Comité d'évaluation externe du PCC. La question qui guidait les consultants était la suivante: "Quels changements l'investissement dans le HRP a-t-il entraînés pour le monde, la région ou le pays?" Une personne du HRP a été désignée pour fournir les documents, les coûts des programmes et les données factuelles demandés par les consultants pour chacune des cinq études de cas.



1. Les deux définitions qui suivent sont extraites des Guidelines for Global Program Reviews, du Groupe d'évaluation indépendante de la Banque mondiale, du 24 janvier 2006. Le Groupe était connu jusqu'en novembre 2005 sous le nom de Département de l'évaluation des opérations.



Outre l'analyse documentaire, les consultants ont eu des entretiens approfondis avec les principaux acteurs et ont collaboré avec l'économiste (William Winfrey) qui a aidé à quantifier l'efficacité économique et les effets potentiels sur la santé. L'étude de cas sur la gouvernance a consisté à évaluer les mesures relatives à la gouvernance, la gestion, l'administration et la pérennité prises par le HRP selon son propre plan d'action pour donner suite aux recommandations résultant de l'évaluation externe 1990–1992.

Des réactions et des commentaires sur les études de cas techniques ont été formulées par le Groupe consultatif scientifique et technique lors de sa réunion qui a eu lieu du 19 au 21 février 2008, et reprises par les consultants pour la rédaction finale de leur rapport. Le Comité d'évaluation externe du PCC a donné son accord pour que le rapport intégral sur l'évaluation externe soit soumis au Comité Politiques et coordination en juin 2008 et soit diffusé.

Résumé d'orientation

Résumés des études de cas 2003–2007

On trouvera ci-après des résumés des études de cas présentées in extenso dans le rapport intégral. Outre les résumés, les coordinateurs de l'évaluation ont formulé des conclusions et recommandations générales sur les divers biens publics mondiaux en collaboration avec l'équipe des examinateurs externes et l'économiste.



I. Efficacité et innocuité à long terme des dispositifs intra-utérins au cuivre

Le programme de recherche sur les dispositifs intra-utérins (DIU) a débuté en 1972. Il existait alors de multiples modèles de ces dispositifs, mais leur efficacité et leur innocuité n'avaient pas été établies par des essais cliniques appropriés. La recherche menée par le HRP avait pour but d'apporter des informations sur l'innocuité des DIU, la durée d'efficacité des dispositifs au cuivre, leur mode d'action et leur relation avec l'infection génitale haute. Elle visait aussi à élaborer des principes directeurs pour la prestation de services qui soient universellement acceptables et fondés sur des bases factuelles. Ce double objectif a été à l'origine de l'initiative élargie de recherche sur les DIU du HRP.

Méthodes

Quatre méthodes principales ont été utilisées pour recueillir les informations contenues dans la présente étude de cas: entretiens personnels et communications suivies avec du personnel du HRP à Genève; entretiens avec 21 experts de la recherche et de l'utilisation des DIU couvrant plusieurs régions géographiques et instituts; examen d'un nombre important de documents et de publications du HRP et analyse de données nationales sur l'utilisation des DIU pour estimer l'impact.

Constatations

Les principaux jalons dans l'activité du HRP concernant les DIU ont été :

- la mise en place en 1972 de l'équipe spéciale de travail sur les DIU, qui a fourni au HRP l'infrastructure de recherche dont il avait besoin et a développé le potentiel de recherche des pays en développement pour que ces pays puissent mener une recherche sur d'autres aspects de la santé sexuelle et génésique présentant un intérêt national ou international;
- la communication par la Food and Drug Administration (Etats-Unis) des données d'homologation du dispositif TCu380A relatives à dix ans d'utilisation en 1994; et
- la publication des documents ci-après, devenus les références universelles pour la prestation de services relatifs aux DIU: *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, troisième édition*; *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*; *Outil d'aide à la prise de décisions à l'usage des clients et des prestataires de planification familiale*; et *Family planning: a global handbook for providers*.

L'activité de recherche sur les DIU menée par le HRP de 1972 à 2007 s'est traduite par 21 essais cliniques randomisés et 7 non randomisés, 11 études sur la menstruation, 10 sur le mode d'action des DIU, 7 sur les nouveaux dispositifs, 3 sur les produits de traitement de l'hyperménorrhée, 3 sur des questions particulières d'innocuité et 1 sur les effets démographiques et économiques de



l'utilisation des DIU. Ces études ont donné lieu à 156 publications qui constituent la majeure partie du corps mondial de données scientifiques sur l'innocuité et l'efficacité des DIU.

Les principaux résultats obtenus par le HRP ont été la détermination de la durée de l'effet contraceptif et de l'innocuité des DIU au cuivre; la définition de lignes directrices fondées sur le consensus et universellement acceptées concernant l'utilisation de DIU; la mise en évidence d'un faible risque d'infection génitale haute lié à l'utilisation des DIU; et leur mode d'action.

Le principal bien public mondial a été la reconnaissance du TCu380A comme méthode contraceptive à long terme hautement efficace, élargissant le choix jusque là limité qui s'offrait aux femmes en matière de méthodes contraceptives. On estime qu'entre le démarrage du programme et 2007, le nombre d'utilisatrices de DIU serait passé de 70 à 160 millions, et il paraît raisonnable d'imputer une part importante de cette augmentation au HRP. La recherche du HRP a aussi permis d'établir que le TCu380A agit en premier lieu en empêchant la fécondation et que le risque d'infection génitale haute est faible. De nombreux pays ont inclus dans leurs normes des directives actualisées sur les DIU. L'analyse des données les plus récentes montre que l'augmentation de la durée d'utilisation et du nombre des utilisatrices de DIU peuvent avoir des effets notables sur la santé mondiale et le devenir économique.

Le programme de recherche du HRP est économique. En 1990, 45 scientifiques de 15 pays menaient des études cliniques sur le TCu380A, le TCu220C, Multiload 375, un nouveau DIU sans armature et un DIU implantable post-placentaire. Les dépenses totales de recherche s'élevaient cette année-là à 78 000 dollars, soit une fraction seulement du coût des essais comparables réalisés par d'autres organisations. Le coût de

réalisation des études cliniques de haute qualité a sensiblement augmenté ces dernières années, en raison surtout des exigences liées aux bonnes pratiques cliniques, à l'éthique de la recherche et aux réglementations nationales. L'avantage à cet égard du HRP par rapport aux autres organismes de recherche du secteur public se maintiendra, mais probablement à un niveau moindre. Nous estimons cependant que réaliser des recherches avec le HRP n'obéit pas seulement à des considérations d'économie; le Programme procure des avantages importants pour changer les politiques et les pratiques, notamment sa reconnaissance nationale et internationale et ses relations influentes.

Pour sa recherche sur les DIU, le HRP s'est appuyé efficacement sur les travaux d'autres organisations. En outre, il a collaboré avec de nombreuses organisations nationales et internationales de formation et de prestation de services pour accroître l'impact sanitaire des DIU.

Une attention particulière devra être portée au décalage persistant entre les données scientifiques produites par le HRP ou d'autres organisations et le point de vue des prestataires et du public. Nos entretiens avec des experts des DIU montrent que, dans de nombreux pays, le sentiment est toujours répandu que le TCu380A a moins de dix ans d'efficacité, qu'il empêche l'implantation (et que c'est un moyen abortif) et qu'il provoque une proportion importante d'infections génitales hautes. La recherche concernant les programmes et le passage à la pratique doit être renforcée pour venir à bout de ces obstacles et de ces conceptions erronées.

Nous avons constaté qu'il existait des conceptions différentes du rôle du HRP dans la traduction des résultats de la recherche dans la pratique. Selon certains, le HRP n'est responsable que de la recherche, de la publication et de la diffusion,

tandis que d'autres estiment qu'il devrait aussi avoir la responsabilité d'évaluer les effets sanitaires et économiques de ses activités. C'est un point qu'il faudra clarifier.

Conclusions

1. Les buts du programme de recherche du HRP établi en 1972, qui sont de fournir des informations sur l'innocuité et l'efficacité à long terme des DIU pour les programmes des pays, ont été atteints pleinement et avec succès.
2. Le sentiment qui prévaut est que l'essentiel de la recherche clinique sur les DIU au cuivre est pratiquement terminée, à l'exception peut-être d'une étude clinique supplémentaire sur le rapport entre l'utilisation des DIU et le VIH/sida.



3. Un décalage troublant persiste entre les données scientifiques et les conceptions des prestataires et du public. Ce sujet demandera des efforts renouvelés.
4. Le développement et la mise en place dans les programmes du TCU380A sont le résultat du travail collectif de nombreuses organisations nationales et internationales.

Recommandations

1. Renforcer la stratégie de passage de la recherche à la pratique du HRP/RHR. La persistance d'obstacles d'ordre médical et dans les services continue de limiter l'utilisation des DIU.
2. Définir le niveau d'impact des DIU que le HRP/RHR est chargé d'atteindre. Définir les indicateurs appropriés pour mesurer cet impact.
3. Renforcer la collaboration entre le HRP/RHR² et les bureaux régionaux et bureaux de pays de l'OMS, les autres organisations internationales et les acteurs nationaux pour favoriser le passage de la recherche à la pratique.



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



II. Soins maternels et périnataux: traduire les méthodes à base factuelle dans les politiques et les pratiques

Les travaux menés par le HRP dans le domaine de la santé maternelle et périnatale entre 2003 et 2007 ont inclus des études sur la prévention et la prise en charge de la pré-éclampsie, une évaluation des conséquences pour la mère et le nouveau-né des mutilations génitales et le développement d'une nouvelle approche en matière de soins prénatals. Cette approche, modèle OMS pour l'utilisation d'interventions à base factuelle dans les politiques et les pratiques, associe des activités concernant les bonnes pratiques, la maternité sans risque et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, et intéresse les pays à faible revenu dans lesquels il faut améliorer la santé maternelle (Cinquième objectif du Millénaire pour le développement).

Méthodes

L'évaluation de la nouvelle approche à l'oeuvre a été faite à partir de publications, de rapports techniques, de la littérature "grise" et d'une visite sur place en Thaïlande. Des rencontres avec des responsables des politiques, du personnel soignant et des mères et un questionnaire transmis par courrier électronique pour recueillir des avis d'experts ont permis d'obtenir des renseignements sur l'expérience, les obstacles potentiels et les facteurs favorisant l'utilisation du modèle.

Constatations

Processus

Entre 1991 et 1998, le HRP a mis au point, sur des bases factuelles, un modèle de soins prénatals pour les femmes présentant peu de risques. Ce modèle a été intégré dans un programme de dépistage, d'intervention et de conseils de santé consistant en quatre consultations qui

interviennent, après la première, aux 26e, 32e et 38e semaines. Un essai randomisé par grappes comparant l'efficacité clinique et économique de ce modèle à celle du modèle occidental classique a été réalisé en Arabie saoudite, en Argentine, à Cuba et en Thaïlande. S'appuyant sur les résultats de cet essai publiés en 2001, l'équipe Santé maternelle et périnatale du HRP a contribué, entre 2003 et 2006, à développer cette approche dans la province de Khon Kaen (Thaïlande) en participant à l'élaboration de matériel de formation (*WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model*, traduit en thaï) et d'outils d'apprentissage en ligne, et en parrainant des ateliers de formation.

Produits

Le nouveau modèle s'est révélé équivalent au modèle classique en ce qui concerne les résultats périnataux. Les interventions en consultation ont permis de traiter plus efficacement la syphilis et de réduire sensiblement le nombre de consultations (médiane de cinq contre neuf). Dans une population à faible risque, on a constaté chez les femmes participant à l'essai un taux de pré-éclampsie plus élevé (prévalence: moins de 2 %; odds ratio: 1,26; intervalle de confiance à 95 %: 1,02–1,56) par rapport aux trois aspects maternels étudiés (pré-éclampsie ou éclampsie, anémie du post-partum et infection urinaire), mais aucune différence n'a été observée dans les taux de complication.

Résultats en termes de politiques et programmes et modalités de collaborations

L'aide importante accordée par le Gouvernement thaïlandais à la recherche dans ses politiques publiques favorise la collaboration entre l'université et l'Etat et la création d'un climat propice aux interventions à base factuelle. L'équipe de la province de Khon Kaen a modifié le modèle pour remédier à des problèmes d'ordre psychosocial et logistique et à des inefficacités dans la

composante relative à la promotion de la santé. Pendant la transformation, les parties intéressées (la population et le personnel soignant) ont été informés de la nouvelle approche par différents médias. On s'est attaqué au manque de compétences et les structures médicales ont été équipées pour fournir de nouveaux services. Ce programme doit être étendu à cinq autres provinces en 2008 pour toucher 12 % de la population thaï.

L'équipe d'étude du centre collaborateur de l'OMS de Rosario (Argentine) a mis en place le nouveau modèle ailleurs dans le pays et dans l'Etat du Yap (Etats fédérés de Micronésie). L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a promu ce modèle sous le titre de "soins prénatals spécifiques" en Afrique du Sud, au Ghana et au Kenya. Le modèle est aussi en usage en République unie de Tanzanie et au Zimbabwe. En 2007, le HRP a commencé à le modifier pour l'adapter au contexte africain en y ajoutant de nouvelles composantes, entre autres sur le dépistage, le traitement et les services de consultation sur le sida.

Rapport coût-efficacité et avantages annuels mondiaux attendus

Le modèle comportant quatre consultations est moins coûteux que le modèle standard utilisé couramment, même avec une consultation de plus. Les femmes venant aux consultations consacrent moins de temps et d'argent au suivi de leur grossesse et les coûts supportés par le secteur sanitaire par grossesse ont diminué. Globalement, il serait possible d'économiser 16,4 milliards de dollars chaque année en passant au modèle comportant quatre consultations prénatales, et 5,4 milliards de dollars dans les pays considérés comme ayant une mortalité maternelle moyenne (50 à 500 pour 100 000) ou forte (plus de 500 pour 100 000).

Effets

Selon Stanton C. et coll.³, les soins prénatals ont entraîné, en Afrique, une augmentation du nombre de naissances accompagnées par une personne qualifiée, qui, de 13 %, sont passées à 45 % dans le cas des femmes recevant deux ou trois consultations et à 73 % lorsqu'il y avait quatre consultations ou plus. La possibilité d'avoir des soins prénatals de qualité encourage peut-être les femmes à se présenter aux quatre consultations recommandées et à recourir à une personne qualifiée pour l'accouchement, ce qui offre des perspectives de réduire sensiblement la mortalité maternelle et périnatale à long terme.



3. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. *Journal of Biosocial Science*, 2006, 39:109–120



Conclusions

Points forts

La recherche du HRP a établi la norme mondiale en matière de soins prénatals. Le cadre de suivi des progrès vers le 5e OMD inclut maintenant la recommandation du HRP d'utiliser la proportion de femmes enceintes dans le monde qui se présentent à quatre consultations prénatales comme indicateur de l'accès aux soins prénatals.

Il faut considérer ce modèle comme un cadre qui doit être adapté au contexte local et mis à jour à mesure que de nouvelles bases factuelles apparaissent. Sa validité est démontrée par le fait qu'il fournit des résultats équivalents dans quatre pays en développement, que ce soit entre les mains de sages-femmes, de médecins généralistes ou d'obstétriciens. Il a aussi donné de bons résultats en Afrique où l'on observe normalement une participation aux consultations prénatales plus faible que dans d'autres régions du monde.

Des interventions économiques peuvent être conçues systématiquement et appliquées à grande échelle, permettant de réduire les dépenses individuelles et celles du secteur sanitaire sans risquer de compromettre les résultats, et d'améliorer en même temps les soins, le personnel soignant ayant plus de temps à consacrer aux femmes. Un environnement politique sensible aux approches factuelles facilite le passage de la recherche à la pratique. La présence d'un chef de file est capitale, et un acteur prompt à réagir aux changements réussira mieux à introduire de nouvelles bases factuelles dans les politiques et les pratiques.

Faiblesses

Cette nouvelle approche obligera à modifier les programmes de formation de base des obstétriciens et des sages-femmes. Le risque de sous-diagnostiquer la pré-éclampsie en raison

d'un nombre insuffisant de consultations pendant le troisième trimestre est un problème auquel il faudra remédier car cette affection est un facteur important de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale, surtout dans les pays ayant peu de ressources.

Recommandations

L'équipe de santé maternelle et périnatale du HRP ne comptant que quatre personnes, le HRP devra recourir aux centres collaborateurs, aux institutions et aux réseaux de professionnels de la santé pour diffuser plus largement son expérience, par exemple en parrainant des réunions régionales et en participant à des réunions professionnelles. En travaillant avec des champions locaux, le HRP pourrait atteindre les responsables des politiques et les autorités sanitaires pour développer l'utilisation du modèle.

A l'avenir le HRP pourrait évaluer les effets de cette nouvelle approche sur les systèmes de santé, en particulier dans les pays ayant peu de ressources où la demande peut devenir plus forte. Il pourrait aussi définir et expérimenter des stratégies de promotion de la santé et de changement des comportements, et établir des lignes directrices pour les femmes ayant une grossesse à risque qui se présentent aux consultations ambulatoires.

III. Avortement médicamenteux (non chirurgical)

L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, défini comme étant "une procédure pour mettre fin à une grossesse non désirée, qui est effectuée soit par une personne n'ayant pas les compétences nécessaires, soit dans des conditions non conformes aux normes minimales, ou les deux à la fois", demeure un problème de santé publique majeur. L'avortement médicamenteux, c'est-à-dire provoqué par des médicaments plutôt que par une procédure chirurgicale, est un moyen sûr et efficace qui peut se substituer à l'avortement chirurgical et contribuer largement à réduire les avortements à risque.

Méthodes

L'étude de cas a été effectuée sur la base d'entrevues avec du personnel du HRP et d'autres parties intéressées ainsi que d'une analyse des publications sur l'avortement médicamenteux émanant de l'OMS et d'autres sources. L'examen a porté sur les activités menées de 1997 à 2007.

Constatations

Les activités du HRP visant à lutter contre l'avortement à risque ont notamment consisté à faire connaître ce problème, à réaliser, analyser et publier des essais cliniques sur l'avortement médicamenteux, à élaborer des lignes directrices, et à collaborer au développement du Medabon®. Les dépenses directes du HRP pour la recherche sur l'avortement médicamenteux se sont élevées à 1,7 million de dollars pendant la période de huit ans allant de 1999 à 2007.

Les produits se répartissent en trois catégories: une longue liste de publications originales largement citées, l'enregistrement du Medabon®, et l'ajout de la mifépristone et du misoprostol sur

la *Liste modèle OMS des médicaments essentiels*. A cela s'ajoutent les contributions à des méta-analyses et analyses systématiques, l'organisation de séances lors de conférences et d'ateliers locaux ou régionaux, la définition de nouveaux sujets de recherche et le renforcement des capacités au niveau individuel et institutionnel.

Le HRP a réalisé ses essais cliniques en collaboration avec 15 centres médicaux et trois instituts universitaires, et a travaillé en partenariat public-privé avec la Concept Foundation (organisme sans but lucratif) et l'entreprise pharmaceutique Sun Pharma pour l'enregistrement et la fabrication de Medabon®.

Rapport coût-efficacité (et efficacité financière)

Le prix de Medabon® est sensiblement inférieur au prix dans le secteur public de la mifépristone et du misoprostol, ses composants. L'estimation du nombre des femmes dans le monde qui pourraient se procurer Medabon® au prix anticipé mais ne pourraient pas payer la mifépristone commercialisée par les fabricants actuels et qui, à défaut, recourraient à un avortement à risque, laisse penser qu'un million d'avortements à risque et 3 600 décès maternels pourraient être évités chaque année grâce à l'enregistrement du Medabon® dans les pays où l'avortement est légal. Les dépenses effectuées par le HRP pour l'avortement médicamenteux au cours des huit dernières années pourraient se traduire, en projection, par un coût de 0,95 dollar par avortement à risque évité et un coût de 264 dollars par décès maternel évité.

Résultats et biens publics mondiaux

Les travaux sur l'avortement médicamenteux menés par le HRP pendant les dix dernières années ont essentiellement consisté en essais cliniques. Cinq des sept grands essais cliniques randomisés réalisés dans les pays en développement pendant





cette période l'ont été par le HRP. Il s'agit d'essais de grande qualité, présentant un intérêt évident pour la clinique, et qui ont été menés avec suffisamment de rigueur et de minutie pour être présentés à l'appui de demandes d'autorisation de la mifépristone et du misoprostol. Le fait est inhabituel pour des essais scientifiques, et il faut souligner le mérite du HRP d'avoir atteint ce degré de qualité. Ses essais cliniques ont été cités deux fois plus (les citations sont un indicateur de qualité) que les deux grands essais réalisés par d'autres organisations pendant la même période dans les pays en développement.

De plus, le HRP a diffusé les résultats de ces essais dans des rapports et des lignes directrices factuels pour la clinique, et aidé les gouvernements, par des études stratégiques sur l'avortement en général, à définir des stratégies de mise en place de l'avortement médicamenteux.

Le HRP a aussi collaboré avec la Concept Foundation pour permettre la fabrication, l'enregistrement et la distribution dans le secteur public des pays en développement d'un produit abortif répondant aux critères des bonnes pratiques cliniques et peu coûteux (Medabon®). Cette conception ambitieuse et novatrice a permis de traduire la recherche clinique du HRP dans une formulation dont peuvent bénéficier les pays en développement. L'impact potentiel de ce produit est décrit plus loin.

Effets

Les activités du HRP ont contribué à faire évoluer la santé dans le monde avec une diminution démontrée de la mortalité maternelle de 5,4 % entre 1990 et 2005, et il est probable que la lutte contre l'avortement à risque fera encore baisser la mortalité. La proportion des avortements à risque pour 1000 femmes en âge de procréer a aussi diminué.

Le travail du HRP a jeté les bases d'un environnement qui a le potentiel d'accroître l'accès à l'avortement médicamenteux: Medabon® est maintenant enregistré dans un pays et en attente d'enregistrement dans dix autres. Les travaux du HRP sur le misoprostol permettent de recommander au personnel soignant un schéma thérapeutique sans danger (quoique moins efficace que l'association mifépristone-misoprostol) dans les pays où la mifépristone n'est pas disponible. Lorsque l'avortement médicamenteux à la mifépristone est facilement accessible, environ la moitié des femmes choisissent ce mode d'interruption de grossesse.

Conclusions

Réussites et échecs

La principale réussite du HRP dans ce domaine réside dans ses essais cliniques, conformes aux bonnes pratiques cliniques, qui ont fourni un fonds important de connaissances pour la pratique de l'avortement médicamenteux et ont permis l'enregistrement d'une formulation peu coûteuse. Ses points forts sont la collaboration avec des centres et des chercheurs, ce qui a permis de réaliser ces essais comme prévu avec un petit budget.

Les activités du HRP dans ce domaine ne montrent pas d'échecs apparents ou de faiblesses majeures. La modicité du financement a nécessairement limité le champ d'activité.

Enseignements

La publication rapide est un facteur décisif pour faire passer dans la pratique les activités du HRP. Les données d'excellente qualité issues des essais cliniques doivent maintenant être accompagnées d'études sur les modalités d'introduction du Medabon® dans les pays pour qu'il puisse être utilisé dans toute la mesure autorisée par la législation.

Recommandations

- Les travaux réalisés par le HRP pendant la période 1997–2007 présentent un bon rapport coût-efficacité et sont susceptibles d'entraîner une réduction majeure de l'avortement à risque.
- Le HRP devrait maintenir son rôle de chef de file influent et considéré en facilitant l'adoption de l'avortement médicamenteux pour remplacer les pratiques à risque.
- L'OMS, les autres institutions parrainantes et les membres du Comité Politiques et coordination devraient aider le nouveau Directeur du RHR et du HRP à maintenir les activités de lutte contre l'avortement à risque.
- Maintenant que l'essentiel de la recherche a été fait pour définir un schéma thérapeutique approprié, les activités devraient s'orienter vers ce qui fait obstacle à la mise en place des services et à la synthèse des données.
- La hiérarchie de l'OMS devrait revoir ses procédures internes d'approbation des travaux à publier sur l'avortement, notamment médicamenteux, et fixer des échéances pour réduire autant que possible les délais dus aux modalités d'examen et d'approbation.





IV. Améliorer la sûreté et l'efficacité de la contraception en Chine

Le HRP a une longue tradition de collaboration réussie en Chine. L'OMS jouit dans ce pays d'une grande considération et le HRP bénéficie de son prestige. Depuis 1979, celui-ci a contribué à mettre en place et à consolider un réseau d'instituts de recherche, et à renforcer la capacité des chercheurs chinois dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Actuellement, le HRP favorise un large éventail d'activités de recherche et de développement des capacités qui contribuent stratégiquement à améliorer la qualité des soins, la planification familiale et la santé sexuelle et génésique en Chine.

L'étude de cas s'intéresse à un exemple de cette collaboration ancienne et polymorphe: le rôle du HRP dans l'amélioration de l'innocuité et de l'efficacité des contraceptifs produits en Chine. Le mandat de l'étude prévoit l'examen de son rôle dans le retrait des DIU de moindre efficacité (anneaux en acier inoxydable et en cuivre) et de la pilule mensuelle, en particulier.

Tous les contraceptifs utilisés en Chine sont fabriqués dans le pays. Les DIU, utilisés par

environ 110 millions de femmes, sont le premier moyen contraceptif et représentent près de 50 % de toutes les méthodes utilisées. Une étude déterminante a été réalisée en 1991–1992 pour quantifier les grossesses non planifiées, les avortements et la morbidité gynécologique due à l'utilisation des DIU en acier. Ses auteurs ont fait une projection des avantages sanitaires, économiques et autres qu'entraînerait l'abandon des anneaux en acier au profit des dispositifs en T au cuivre (220C et 380A), et ont fait des recommandations dans ce sens. En 1993, le gouvernement chinois a interdit la fabrication des dispositifs circulaires en acier inoxydable. Les usines en ont alors fabriqué une variante traitée au cuivre qui était encore considérablement moins efficace que le dispositif au cuivre en T recommandé.

La pilule contraceptive mensuelle était le contraceptif oral le plus répandu et le plus couramment utilisé en Chine. L'efficacité de ces produits et leur innocuité à long terme ont été mises en question lors d'un bilan stratégique réalisé à Chongqing. A la suite de ce bilan, des études systématiques ont été réalisées et leurs résultats ont inspiré les décisions récentes en matière d'approvisionnement.

Méthodes

L'étude de cas est appuyée sur une vaste analyse documentaire, une visite d'étude auprès des homologues du HRP en Chine (les entretiens ont eu lieu en chinois et en anglais du 5 au 13 décembre 2007), des entretiens approfondis par téléphone et l'échange de centaines de courriers électroniques avec des informateurs clés, un questionnaire de suivi et les contributions de nombreux examinateurs.



Constatations

Collaboration effective

Les relations de collaboration ont été à l'origine des réalisations du HRP, dont le principal partenaire était la Commission nationale de la population et de la planification familiale de Chine, qui supervise le programme national de planification familiale. Le principal partenaire du HRP pour la recherche était le Shanghai Institute of Planned Parenthood Research (Institut de recherche sur la planification des naissances de Shanghai), auquel le HRP apporte son concours depuis 1979.

Processus

La formule du HRP qui a amené les changements décrits se compose de méthodes de recherche factuelles et de processus auxquels les responsables des politiques sont appelés à participer dès le début. L'approche stratégique du HRP représentait une innovation importante qui consistait à faire participer des responsables de haut niveau aux évaluations sur le terrain menées dans les zones rurales (en 2000), ce qui leur permettait de connaître le point de vue et les avis des prestataires et des clients. Le HRP a ensuite réalisé, en collaboration avec des homologues chinois, sept études systématiques dans lesquelles des responsables ont dû participer à une série de réunions d'experts (années 2002–2004). Ces études ont fourni des bases factuelles sur l'innocuité et l'efficacité des contraceptifs couramment utilisés qui serviront à élaborer les politiques.

Produits

Les produits les plus importants ont été :

- les résultats de la recherche;
- les recommandations selon lesquelles quatre contraceptifs largement utilisés devraient être retirés du programme national de planification

familiale pour des considérations relatives à l'innocuité et l'efficacité: les anneaux au cuivre, la pilule mensuelle, une pilule du lendemain et une pilule journalière.

- un nouveau cadre d'orientation conceptuel pour la qualité générale des services de santé sexuelle et génésique en Chine; et
- une meilleure connaissance, de la part des collaborateurs des services de planification familiale et de santé génésique, des études systématiques et factuelles et de l'amélioration de la contraception à partir des données révélées par l'expérience.

Les autres éléments produits comprennent la définition de nouveaux thèmes de recherche, le développement des capacités individuelles et institutionnelles, des ateliers de formation et de diffusion, et plus d'une douzaine de publications dans des revues anglaises et chinoises faisant autorité.

Rapport coût-efficacité

Ces travaux ont révélé un bon rapport coût-efficacité par rapport aux études menées dans d'autres grands programmes de planification familiale et de santé génésique pour changer les politiques. L'apport financier du HRP dans ce travail a été modeste: les dépenses totales consacrées à l'évaluation stratégique et aux études systématiques ont été de l'ordre de 300 000 dollars pour cinq ans (2000–2004). Aucun élément ne permet de penser que les ressources du HRP auraient pu être utilisées beaucoup plus efficacement.

Résultats et biens publics

Cette collaboration a abouti, en 2004, à la décision de la Commission nationale chinoise de la population et de la planification familiale de retirer les quatre contraceptifs posant problème





du programme national de planification familiale. Ces produits ont été retirés de la liste des achats centralisés de produits contraceptifs et, depuis 2005, ils ne sont plus achetés ni fournis par la Commission nationale. Les résultats de la recherche et les recommandations qui en sont issues ont aussi incité l'Inde (et peut-être la Thaïlande) à ne plus importer la pilule mensuelle chinoise. La publication dans la prestigieuse revue *Contraception* des constatations relatives à la teneur élevée en oestrogènes et à l'innocuité incertaine de cette pilule réduit les chances d'importation officielle par d'autres pays.

Effets

Le retrait des DIU de moindre efficacité et des contraceptifs hormonaux fortement dosés pourrait empêcher des millions de grossesses non planifiées, d'avortements et d'effets secondaires. Nous estimons que la diminution des taux d'avortement rapportés depuis 1991 pourrait être due à trois facteurs principaux: le retrait des anneaux d'acier et de cuivre au profit de DIU au cuivre plus efficaces; les changements intervenus dans les politiques gouvernementales; l'amélioration de la qualité des services de planification familiale fournis. Nous estimons qu'un tiers environ de la diminution du nombre des avortements pourrait être due au retrait des DIU de forme circulaire (environ 1,4 million d'avortements évités en 2007).

Conclusions

- Le retrait des quatre contraceptifs de la liste des achats pour le programme national de planification familiale a été, de la part de la Chine, un acte de première importance, imputable en grande partie à sa collaboration avec le HRP, et qui a entraîné une réduction importante du nombre de grossesses non désirées et d'avortements ainsi que des douleurs et souffrances qui les accompagnent.
- S'il est vrai que l'UNFPA et les autres partenaires ont fourni un appui important à la Chine dans sa recherche d'une meilleure qualité des services de planification familiale et de santé sexuelle et génésique, il est peu probable que le passage de la recherche à la politique et la décision prise en 2004 seraient intervenus au même moment sans la contribution du HRP. La Commission nationale de la population et de la planification familiale et les chercheurs chinois ont déclaré que, sans le HRP, la décision aurait pris beaucoup plus de temps et que le processus aurait été moins rigoureux.
- Le retrait des contraceptifs est toujours en cours, car ces produits continuent d'être fabriqués, ils restent en vente et sont distribués dans certains circuits publics en Chine. Les guides de planification familiale mettent en garde contre l'utilisation de la pilule mensuelle bien qu'elle soit toujours disponible, et il semble que l'on puisse encore se la procurer dans le secteur privé dans des pays voisins.

Recommandations

- Les prochaines actions dans lesquelles le HRP s'engagera devront répondre à des choix stratégiques pour que son investissement ait le maximum d'impact sur la santé. La Commission nationale de la population et de la planification familiale et les chercheurs ont déclaré que ce qu'ils attendaient avant tout du HRP était un soutien technique pour que leur recherche et leurs programmes soient à jour. Le HRP devrait soutenir la recherche inachevée qui a résulté du bilan stratégique de Chongqing et les analyses systématiques (par exemple rationaliser le choix de méthodes contraceptives existantes et reconsidérer l'efficacité et la nécessité d'un contrôle trimestriel des DIU). Le HRP devrait

aider à conceptualiser le programme de recherche et fournir une assistance technique modeste. Il devrait envisager de promouvoir l'utilisation de l'approche stratégique par ses homologues chinois pour évaluer les mesures à prendre pour améliorer la qualité des services d'avortement dispensés.

- L'OMS en général devrait tirer parti de son prestige en Chine pour que seuls les contraceptifs dont l'innocuité et l'efficacité sont avérées soient utilisés en Chine ou exportés, et pour préconiser l'arrêt de la production et le retrait définitif des quatre contraceptifs de toutes les structures sanitaires du pays. Compte tenu de l'adhésion du UNFPA au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et de sa prise de position concernant la fourniture de "contraceptifs de qualité assurée", le HRP et l'OMS devraient utiliser le Programme de partenariat stratégique OMS-UNFPA et les autres liens avec le UNFPA pour aider la Chine à avancer dans cette direction.





V. Synthèse et transfert de connaissances

Cette étude de cas sur la synthèse et le transfert de connaissances par le HRP porte principalement sur la *Bibliothèque de santé génésique* (BSG)⁴ de l'OMS et les analyses systématiques. Le HRP n'a pas établi de définition opérationnelle de l'expression "synthèse et transfert de connaissances". Pour les besoins de l'étude, la "synthèse de connaissances" a été définie comme le tri et l'assemblage de données issues de la recherche pour orienter la prise de décisions cliniques et les politiques sanitaires; le "transfert de connaissances" est défini comme la diffusion et la mise en application de ces données. Le mandat de l'étude était d'évaluer les analyses systématiques, la BSG, les dossiers des médicaments inscrits sur la Liste des médicaments essentiels, les synthèses de données pour les déclarations de consensus et les orientations factuelles.

Méthodes

Des entretiens ont eu lieu avec le personnel concerné du HRP et des organismes contributeurs et avec les utilisateurs des produits du HRP. Les réponses des parties intéressées ont été utilisées pour les sections concernant les apports et les résultats et pour les recommandations. D'autres informations sur les activités du HRP ont été obtenues par l'analyse documentaire et le site Internet du RHR et du HRP.

Constatations

Apports

Les ressources humaines comprennent un salarié à temps plein et un administrateur à temps plein pour

4. La BSG est une compilation électronique des meilleures pratiques en matière de santé sexuelle et génésique et d'autres matériaux intéressant la gestion des services dans ce domaine. Elle est mise à jour chaque année.

toutes les activités de synthèse des connaissances, dont la BSG et les analyses systématiques. La synthèse et le transfert de connaissances étant une activité transversale du Département RHR, la plupart des autres collaborateurs du HRP et du RHR y participent, et il est donc difficile de quantifier les apports de ressources humaines.

Entre 2002 et 2007, les dépenses consacrées à la synthèse de connaissances se sont élevées à 756 931 dollars au total.

Parallèlement, il y a eu des apports financiers dans le cadre de partenariats et de réseaux constitués avec des groupes d'organisations collaboratrices et des organisations non gouvernementales.

Produits

Les principaux produits sont :

- des analyses systématiques concernant les pratiques et les interventions dans le domaine des services de santé sexuelle et génésique, qui sont les éléments servant à constituer la BSG et les orientations du HRP/RHR fondées sur des bases factuelles;
- la production annuelle de la BSG en cinq langues;



- des résumés des données factuelles et des lignes directrices fondées sur les analyses systématiques, par exemple les demandes d'inscription sur la *Liste modèle OMS des médicaments essentiels*;
- des déclarations de consensus sur des questions intéressant les Etats membres de l'OMS;
- le renforcement des capacités par des ateliers et un appui local;
- d'autres résultats dont les *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, le Knowledge Gateway, portail de connaissances de l'Initiative pour l'application des meilleures pratiques (IBP), des notes d'orientation, des notes à l'intention des dispensateurs, des aide-mémoire, le bulletin d'information du HRP *Progrès de la santé sexuelle et génésique* et des communications aux réunions scientifiques.

Modalités de collaboration

Des partenariats ont été constitués avec des centres collaborateurs régionaux (centres de coordination de la BSG), principalement dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, pour les aider à établir les analyses systématiques, à préparer et à diffuser la BSG. La réalisation des analyses systématiques s'appuie sur un arrangement particulier de collaboration avec la Collaboration Cochrane, une organisation internationale qui se consacre à l'établissement d'analyses systématiques de haut niveau. Cet arrangement permet la publication intégrale d'analyses Cochrane dans la BSG.

Rapport coût-efficacité

La réalisation des analyses systématiques par le HRP est d'un coût modique, comparable à celui que l'on observe dans d'autres organismes produisant des analyses Cochrane. Il était inférieur à 20 000 dollars par analyse, l'essentiel du travail étant assuré bénévolement par des experts.

Résultats et biens publics mondiaux

Ces travaux sont utilisés par le Département RHR, par des organisations professionnelles médicales et dans le cadre d'activités mondiales, régionales et nationales pour élaborer des lignes directrices et préparer des changements de politique. Ils ont permis de développer ou d'améliorer les techniques, de définir de nouveaux sujets de recherche et de démarrer de nouveaux essais cliniques. La diffusion mondiale des données produites a contribué à réaliser des documents d'information et de synthèse à base factuelle. Les autres résultats comprennent l'adoption de pratiques confirmées par l'expérience et l'engagement des donateurs et des pays d'utiliser des données produites.

Effets

Les effets de ces travaux sur la santé, la couverture de services et la progression vers les OMD ne peuvent être établis qu'indirectement. Les activités du HRP en matière de synthèse et de transfert des connaissances ont une influence directe sur l'information factuelle, les connaissances servant à l'élaboration des politiques et l'amélioration des services.

Conclusions

Réussites et points forts

- Les produits se développent peu à peu, se diversifient et ont des effets prouvés sur les décisions cliniques et politiques fondées sur les données.
- Le HRP est en mesure de réunir un grand nombre de personnes et d'organisations, ce qui constitue un atout pour l'efficacité économique de ses travaux en matière de synthèse et de transfert des connaissances.
- Les travaux portent sur des questions de santé sexuelle et génésiques d'importance mondiale





qui intéressent particulièrement les pays à revenu faible ou intermédiaire.

- Les collaborateurs de l'OMS comprennent des chercheurs expérimentés et compétents, aptes à diriger des analyses systématiques.
- Selon les recommandations de l'évaluation externe précédente, le HRP utilise de plus en plus souvent les moyens électroniques pour améliorer la diffusion. L'application des stratégies de diffusion prévues permet une utilisation efficace des produits de diffusion des connaissances tels que la BSG et la série sur la santé sexuelle et génésique publiée en 2006 par *The Lancet*.

Points faibles

En raison des moyens financiers limités du HRP, il était inévitable que le nombre et la régularité des analyses ne soient pas toujours optimaux. En plus de s'occuper des analyses systématiques et de la BSG, la petite équipe de l'étude travaillant pour la synthèse et le transfert des connaissances mène des activités de plus en plus diversifiées telles que l'élaboration de lignes directrices et les études de mise en application, ou encore le renforcement des capacités. Il était difficile d'évaluer les effets des activités du HRP dans ce domaine en l'absence d'indicateurs servant à évaluer le travail accompli. On ne connaît pas le coût réel de ces activités.

Enseignements

Les outils fondés sur les données fournis par la synthèse et le transfert de connaissances sont une étape nécessaire mais non suffisante pour induire des changements. L'adoption et l'application sont freinées par de nombreux obstacles auxquels il faut chercher à remédier en nouant des liens de collaboration étroits avec des groupes d'acteurs au niveau des pays. L'absence d'une définition communément acceptée de l'expression "synthèse et transfert de connaissances" dans le cadre du HRP/RHR fait qu'il a été difficile de dresser la liste

complète des produits publiés pendant la période considérée (1997–2007).

Recommandations

- Créer et adopter une définition opérationnelle de la synthèse et du transfert des connaissances afin d'orienter les activités futures dans ce domaine. L'ajout de l'échange de connaissances (approche plus collaborative et plus interactive des relations entre les acteurs et le HRP) dans la définition devrait être envisagé.
- Compte tenu de l'élargissement du champ des activités et de l'accroissement des demandes, constituer un comité consultatif indépendant chargé de fixer les priorités.
- Envisager de créer une unité de recherche sur le passage à la pratique ou de synthèse et transfert des connaissances au sein du Département RHR afin d'élargir les activités et de renforcer le transfert.
- Continuer d'investir dans la formation au niveau national et régional en créant des bourses BSG, un module de formation à l'utilisation de la BSG et une évaluation de toutes les activités éducatives.
- Renforcer la participation du HRP à la formulation de lignes directrices à base factuelle destinées aux pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Adopter des outils tels que les indicateurs de performance pour permettre de mieux suivre et évaluer les effets des activités du HRP en matière de synthèse et de transfert de connaissances.

VI. Suivi de la gouvernance, de la gestion, de l'administration et de l'efficacité du HRP

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/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) en matière de gouvernance, de gestion, d'administration et d'efficacité. Les informations ont été recueillies par le biais d'analyses documentaires et d'entretiens avec divers acteurs.

Constatations

En ce qui concerne l'application des recommandations issues de la précédente évaluation externe, le HRP a bien réagi 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 accomplis. L'une des principales constatations de l'étude est que la plupart des faiblesses et bon nombre des problèmes ont été résolus.

Le changement le plus positif est l'amélioration notable de la situation financière en 2007, avec la 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 recettes 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 recettes 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.

Le HRP a renforcé sa collaboration avec ses partenaires en prônant l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et en plaidant 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.

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 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.

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.

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. Le HRP a depuis longtemps l'habitude de soumettre régulièrement ses activités et son fonctionnement à une évaluation externe.

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'organe 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 dans le cadre du RHR avec le développement des programmes de santé sexuelle et génésique (PDRH) 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 (catégories 2 et 3) aux travaux du Comité Politiques et coordination (PCC) sur les sujets touchant au fonctionnement du Programme et à son évolution sur les aspects techniques. Les suggestions contenues dans l'étude viennent compléter celles déjà envisagées par le HRP.

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 coparrainantes, notamment le UNFPA, 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.
- 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.

Recommandations

- 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 institutions coparrainantes, 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 institutions coparrainantes et les organisations intervenant dans un cadre bilatéral, avec l'aide de conseillers en matière de santé sexuelle et génésique, d'infections sexuellement transmissibles et de parité entre les sexes 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.
- Chercher à définir des modalités améliorées de demande, de traitement, de suivi et de gestion des subventions.
- Demander au Comité d'évaluation éthique de la recherche (ERC) de l'OMS de déléguer la responsabilité de l'examen éthique de la recherche du HRP au Groupe d'examen scientifique et éthique (SERG), qui lui est rattaché, et de désigner le SERG comme un sous-comité de l'ERC.
- Renforcer la capacité de rédaction de propositions et de rapports et de réalisation d'activités de recherche de santé sexuelle et génésique aux niveaux décentralisés, et y associer systématiquement et dès le début les comités consultatifs régionaux et les directeurs de zones.
- 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 pays 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 améliorer son image.



Aperçu des conclusions de L'évaluation externe 2003–2007 et des recommandations



Le HRP reste un chef de file mondial de la recherche en santé sexuelle et génésique et du développement des capacités intéressant en particulier les populations vivant dans des milieux défavorisés. La base factuelle résultant de ces activités de recherche a effectivement servi à faire évoluer les politiques sanitaires et à relever le niveau des pratiques, et ainsi à apporter les améliorations attendues sur le plan sanitaire. Les études de cas qui composent cette évaluation externe montrent que le HRP est bien placé pour continuer à faire progresser les biens publics mondiaux d'une manière économiquement efficace.

Conclusions générales

- La nécessité d'accroître l'utilisation des contraceptifs et de réduire la croissance démographique pour atteindre les OMD, en même temps que la volonté des quatre organisations parrainantes du HRP d'agir en tant que "système unifié des Nations Unies" offrent au HRP d'importantes possibilités stratégiques de maximiser les effets de ses activités sur la santé.
- Les études de cas techniques démontrent que les investissements dans les activités du HRP se sont traduits par une contribution importante à toute une série de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé sexuelle et génésique, tant au niveau mondial que dans de nombreux pays. Les travaux du HRP portent sur des priorités mondiales de santé sexuelle et génésique dont les principaux bénéficiaires sont les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le programme de recherche et les activités du HRP sont intrinsèquement conçus pour produire des biens publics mondiaux.
- En ce qui concerne les principales conclusions et recommandations de l'évaluation précédente, beaucoup de choses ont changé: de nombreux problèmes ont été réglés et sont maintenant résolus. On constate des améliorations notables dans la situation financière, la diversité des ressources, la collaboration entre le HRP et les organismes soucieux comme lui de promouvoir le programme d'action du Caire, et le rôle de la santé sexuelle et génésique dans la réalisation des OMD.
- Le HRP est devenu un chef de file pour plusieurs raisons, notamment le prestige et la crédibilité de l'OMS en tant qu'organisation multilatérale neutre, la capacité du HRP de fixer des normes, le caractère intergouvernemental des travaux et des relations du HRP, les compétences de son personnel et sa longue histoire d'étroite collaboration avec des partenaires.
- Comme cela avait été reconnu dans l'évaluation précédente, il n'existe actuellement aucune autre organisation qui aurait pu être aussi efficace que le HRP dans la recherche qu'il a menée.
- Bien qu'il ne soit pas dans les principales attributions du HRP de transformer la recherche en pratique, les études de cas démontrent que le Programme a effectivement mis à profit ses partenariats et sa collaboration pour diffuser les connaissances. Les études de cas démontrent aussi qu'une diffusion efficace ne va pas automatiquement de pair avec l'adoption des bases factuelles. Le transfert et l'échange de connaissances restent des activités essentielles qui font le trait d'union entre la recherche et ses effets ultimes sur la santé.
- Au niveau des pays (Chine, Thaïlande, Turquie, par exemple) le renforcement des capacités de recherche, la maturité des relations professionnelles et la persévérance dans les efforts ont été les facteurs déterminants pour faire évoluer les choses.
- La capacité du HRP de faciliter l'enregistrement de médicaments dans les pays pauvres

comme dans les riches en communiquant les résultats de sa recherche jusqu'aux fabricants est un exemple frappant de la traduction de la recherche dans l'accès et la pratique. De même, le fait que le HRP a réussi à faire ajouter de nouveaux médicaments sur la *Liste modèle OMS des médicaments essentiels* représente une contribution importante à la santé sexuelle et génésique, notamment pour les pays à faible revenu.

- Le coût des études cliniques a énormément augmenté au cours des dernières années (en raison de l'obligation de respecter les bonnes pratiques cliniques, l'éthique de la recherche et les mesures de réglementation). Il faudra davantage de ressources pour obtenir les mêmes résultats. Si certains des avantages financiers comparatifs du HRP sont susceptibles de diminuer à l'avenir, sa recherche restera compétitive grâce à sa qualité et à ses débouchés potentiels dans le développement de produits et le changement des politiques et des pratiques.
- L'engagement à long terme dans des programmes de recherche stratégique (DIU, avortement médicamenteux et soins maternels et périnataux) demeure important et reste le moyen de fournir des biens publics mondiaux.
- Les travaux du HRP sont économiquement efficaces grâce, entre autres, au fait que le renforcement des capacités a porté ses fruits et grâce à la collaboration efficace du Programme avec des partenaires de recherche nationaux.
- Le HRP a traversé une période financièrement très difficile qui a, temporairement, beaucoup freiné ses activités opérationnelles. Toutefois, les contraintes ont été réparties également sur toutes les priorités, et le HRP n'a pas eu à sacrifier un domaine important d'activité comme la lutte contre l'avortement à risque pour répondre à sa situation financière.
- Le maintien du soutien financier du HRP est justifié, et il est indispensable pour faire avancer la santé sexuelle et génésique dans le monde, compte tenu du rôle reconnu et effectif de chef de file que joue le HRP au sein des Nations Unies.
- Le Directeur sortant du HRP a dirigé avec succès une équipe nombreuse à laquelle il a fait traverser des périodes souvent difficiles, marquées par les contraintes financières, des attaques contre le programme de travail de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), et par un changement de direction et de cap à l'OMS. Il a joué un rôle crucial dans la continuité du succès et la stabilité du HRP.

Recommandations générales

- Collaborer avec les institutions coparrainantes pour atteindre les OMD en soulignant l'importance de la santé sexuelle et génésique pour chacun de ces objectifs.
- Contribuer à intégrer la santé sexuelle et génésique dans les programmes des pays et des régions pour agir effectivement à ces niveaux en tant que "système unifié des Nations Unies".
- Accélérer le démantèlement des barrières qui continuent d'entraver le passage de la recherche à la pratique. Revoir et renforcer les stratégies à l'interface avec le reste du Département RHR pour améliorer le transfert et l'échange de connaissances.
- Mettre au point des stratégies pour que les bases factuelles obtenues soient plus systématiquement utilisées dans les activités des institutions coparrainantes, des donateurs et des pays partenaires afin de maximiser les efforts pour réduire l'écart entre la recherche et la pratique.





- Mettre en évidence les facteurs opérationnels qui empêchent l'adoption des bases factuelles et ceux qui la facilitent. Renforcer la recherche sur le passage à la pratique et le développement des capacités des partenaires des pays dans ce domaine.
- Rédiger régulièrement pour les donateurs des résumés des recherches d'une ou deux pages plutôt que de longs rapports qui sont rarement lus.
- Organiser des débats avec les institutions parrainantes afin de s'assurer que leurs attentes quant à ce que le Programme peut et ne peut pas faire pour répondre aux demandes de soutien des pays sont réalistes. Les collaborateurs de la recherche en santé sexuelle et génésique des pays sont souvent des responsables qui sont mieux à même que le HRP d'apporter des changements dans les politiques et pratiques locales en intervenant directement.
- Concevoir un cadre général d'amélioration de la qualité qui fasse mieux ressortir l'effet des activités du HRP et qui comprenne des indicateurs, notamment des effets, servant à évaluer les activités du Programme. Les indicateurs doivent refléter les spécificités des différents domaines d'activité du HRP tels que la synthèse et le transfert des connaissances. Inclure des indicateurs de processus et de résultat dans les lignes directrices pour suivre l'adoption des produits de la recherche.

Annexe 1

Evaluation externe approfondie 2003–2007 du Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/ Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine Rappel historique et mandat



1. Rappel historique: l'évaluation externe portant sur la période 1990–2002

Le Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine ("le Programme") fait périodiquement l'objet d'une évaluation externe indépendante demandée par le Comité Politiques et coordination (PCC). La plus récente a porté sur les activités du Programme pendant la période 1990–2002 et a été examinée à la 16e réunion du PCC, les 30 juin et 1er juillet 2003. Le résumé d'orientation du rapport d'évaluation externe peut être demandé au Secrétariat du Programme ou téléchargé sur le site de l'Organisation à l'adresse suivante: www.who.int/reproductive-health/management/index_hrp.html.

L'évaluation externe pour la période 1990–2002 a été réalisée par Management Sciences for Health et par le Centre suisse de santé internationale (Institut tropical suisse). Ces organismes, qui ont formé un consortium, ont été choisis à l'issue d'une procédure internationale d'appel d'offres par l'équipe de surveillance de l'évaluation externe mise sur pied par le PCC pour constituer l'équipe d'évaluation externe, guider l'ensemble de l'évaluation et, en particulier, veiller à ce que le rapport d'évaluation couvre intégralement le mandat donné à l'équipe d'évaluation.

L'évaluation externe pour la période 1990–2002 s'articulait autour de quatre grandes questions: 1) la pertinence et l'efficacité de la recherche en santé génésique réalisée avec l'appui du Programme; 2) la diffusion, l'utilisation mondiale et l'effet des résultats de la recherche en santé génésique du Programme; 3) le renforcement des

capacités de recherche en santé génésique opéré par le Programme et l'utilisation et les effets de ses travaux au niveau des pays; et 4) la gouvernance, la gestion, l'administration et l'efficacité du Programme. Les conclusions et recommandations formulées par l'équipe d'évaluation externe étaient fondées sur une analyse documentaire, l'analyse des citations de certaines publications, sept visites dans les pays et sur la contribution de plus de 300 personnes interrogées, dont 249 avaient fourni des renseignements détaillés dans le cadre d'entretiens ou de questionnaires transmis par courrier électronique. Deux études thématiques ont aussi été réalisées (l'une sur la contraception d'urgence, l'autre sur la prise en considération de l'égalité des sexes et du point de vue des femmes); elles ont permis d'avoir une idée plus approfondie de certains aspects des activités du Programme.

Dans son rapport, l'équipe d'évaluation externe approuvait résolument la direction et la gestion du Programme et en donnait une appréciation favorable. La conclusion générale était que, pendant la période 1990–2002, le Programme avait clairement répondu aux attentes correspondant à sa mission principale, qui est de coordonner, promouvoir, mener et évaluer la recherche en matière de santé génésique à l'échelle internationale, et que ses grands objectifs avaient été atteints. Le Programme affirmait sa position de chef de file mondial pour la production de résultats de recherche et la formation de consensus scientifiques permettant de faire avancer les politiques et les pratiques en matière de santé génésique, surtout en ce qui concerne les pays en développement. Le rapport contenait aussi de nombreuses recommandations pour développer encore l'efficacité du Programme. Celui-ci a rendu compte de la mise en oeuvre de



ces recommandations à la 17^{ème} réunion du PCC, les 30 juin et 1^{er} juillet 2004.

2. La proposition d'évaluation externe 2003–2007

2.1 Principe

Le financement du Programme par la Banque mondiale, l'une des quatre institutions qui parrainent le Programme, est assuré par un de ses organes, la Development Grant Facility (DGF), sur décision prise annuellement par le Conseil de la DGF à l'issue d'un examen favorable du rapport d'activité du Programme. L'une des conditions régissant l'octroi de crédits par la DGF est que les bénéficiaires doivent régulièrement faire réaliser une évaluation externe (tous les 3 à 5 ans). Ainsi, à la réunion qu'il a tenue récemment pour statuer sur les subventions pour l'exercice budgétaire 2006, le Conseil de la DGF a demandé, en approuvant l'attribution d'une enveloppe de 2 millions de dollars au Programme, qu'une "évaluation indépendante" soit commencée en 2007 et achevée au plus tard le 30 novembre 2007.

A sa 17^{ème} réunion des 30 juin et 1^{er} juillet 2004, après l'examen des mesures prises par le Programme pour donner suite aux recommandations figurant dans l'évaluation externe de 1990–2002, le PCC "A PROPOSÉ qu'au lieu de procéder à une autre évaluation externe dans les cinq années qui viennent, on s'emploie à renforcer et à suivre les mesures prises pour donner suite aux recommandations de l'évaluation externe 1990–2002, notamment pour la mise en oeuvre de la stratégie pour la santé génésique adoptée récemment par l'OMS".

La demande d'évaluation indépendante faite par le Conseil de la DGF a été examinée à la 54^e réunion du Comité permanent des institutions coparrainant le Programme, le 1^{er} février 2006.

Le Comité permanent a aussi convenu que la nouvelle évaluation indépendante devait être plus limitée quant au champ et aux questions étudiés. En particulier, il a "CONVENU que la prochaine évaluation externe devait porter sur les effets du Programme sur les biens publics mondiaux", ce qui concorderait avec la proposition du PCC "... de renforcer et de suivre les mesures prises pour donner suite aux recommandations de l'évaluation externe 1990–2002...". En effet, l'une de ces recommandations est que "le HRP doit continuer à mettre l'accent sur les biens publics mondiaux, s'efforcer de démontrer la contribution de ses activités aux résultats mondiaux en matière de santé publique et en calculer le coût pour mesurer son efficacité. Les estimations et les projections concernant le nombre des avortements et des grossesses non désirées qui ont été évités et les améliorations de la santé génésique obtenues grâce aux méthodes de contraception plus efficaces, à la contraception d'urgence et aux principes directeurs concernant les services permettront de montrer l'importance de la contribution du HRP et son efficacité."

Le représentant de la Banque mondiale au Comité permanent a salué la proposition de réorienter l'évaluation externe, "soulignant que cette évaluation ne devait pas seulement servir les fins immédiates de la Banque mondiale, mais qu'elle devait aussi permettre de faire mieux connaître le Programme. Elle démontrerait l'impact [du Programme] par l'application des résultats de la recherche réalisée et sa contribution à la réduction de la pauvreté et à la réalisation des OMD". A sa réunion, tenue du 14 au 16 février 2006, le Groupe consultatif scientifique et technique a approuvé l'orientation de l'évaluation proposée par le Comité permanent et a fait des suggestions quant aux "biens publics mondiaux" sur lesquels pourrait porter l'évaluation.



Le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine a été créé en 1972 par l'Organisation mondiale de la santé pour coordonner, promouvoir, mener et évaluer la recherche en santé génésique à l'échelle internationale. Le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour la population et la Banque mondiale se sont associés à l'OMS pour le coparrainer, afin de coordonner la recherche mondiale dans le domaine de la santé génésique. Principal instrument du système des Nations Unies pour la recherche concernant la procréation, le Programme réunit des professionnels de la santé, des décideurs, des scientifiques, des cliniciens et des représentants des consommateurs et de la population locale pour recenser et traiter les priorités de la recherche en vue d'améliorer la santé sexuelle et génésique. Depuis 1998, le Programme est fonctionnellement rattaché au Département Santé et recherche génésiques (RHR) de l'OMS.

Le Programme étudie l'étendue et la nature des problèmes de santé sexuelle et génésique, leurs facteurs déterminants et les interventions nécessaires pour les résoudre ou les atténuer. Son programme de recherche couvre tous les grands problèmes de santé sexuelle et génésique évoqués lors de forums internationaux, notamment à la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de 1995, et aux conférences de suivi qui les ont prolongées cinq ans après. Le Programme mène aussi des activités pour renforcer les capacités des pays en développement afin qu'ils soient en mesure de répondre eux-mêmes à leurs besoins de recherche et de participer à la recherche mondiale sur la santé sexuelle et génésique.

Le Programme oeuvre pour l'utilisation des résultats de la recherche dans les politiques et la planification au niveau national et international, et contribue à l'établissement de règles, de normes, et de lignes directrices – sans oublier les questions éthiques– dans le domaine de la recherche sur la santé sexuelle et génésique. Dans le souci de promouvoir l'équité et les droits en matière de procréation, le Programme fait en sorte que l'égalité entre les sexes, et plus particulièrement le point de vue des femmes, soient pris en considération dans ses activités de recherche et de renforcement des capacités de recherche.

2.2 Champ de l'évaluation

Les biens publics sont généralement définis⁵ comme des biens "produisant des avantages caractérisés par la non rivalité (de nombreuses personnes peuvent consommer le bien, l'utiliser ou en profiter en même temps) et la non exclusion (il est difficile d'empêcher ceux qui ne paient pas ce bien de le consommer). Si les avantages d'un bien particulier reviennent à tous les pays ou à un grand nombre d'entre eux, on parle de bien public

⁵ Les deux définitions qui suivent sont extraites des *Guidelines for Global Program Reviews* du GEI, du 24 janvier 2006. Le GEI est le Groupe d'évaluation indépendante de la Banque mondiale (Département de l'évaluation des opérations jusqu'en novembre 2005).

mondial ou international." De cette définition, le Groupe spécial international sur les biens publics mondiaux a tiré la définition opérationnelle suivante: "les biens publics internationaux mondiaux ou régionaux touchent à des questions qui : i) sont jugées importantes pour la communauté internationale, à la fois pour les pays développés et pour les pays en développement; ii) en règle générale, ne peuvent être ou ne sont pas correctement traitées par des pays ou entités agissant isolément; et qui, par conséquent, iii) doivent être abordées collectivement, sur une base multilatérale". Que ce soit par son mandat, la nature de ses activités ou par son mode opératoire (voir l'encadré), le Programme apporte sans aucun



doute une contribution de premier plan aux biens publics mondiaux.

La présente évaluation se propose de mettre l'accent sur cinq réalisations du Programme, qui répondent à la définition des biens publics mondiaux et se prêtent à une analyse approfondie des apports, des produits, des résultats et, si possible, de l'effet sur la santé sexuelle et génésique, ainsi que de la contribution à la réalisation des OMD, entre autres la réduction de la pauvreté. En général, la préférence a été donnée aux réalisations récentes du Programme (dix dernières années environ). De plus, l'évaluation externe se penchera sur la suite donnée par le Programme aux recommandations issues de la précédente évaluation dans le domaine de la gouvernance, des procédures, de la gestion, l'administration et de l'efficacité. Les cinq biens publics mondiaux retenus sont les suivants :

- promotion de la planification familiale – amélioration de la qualité des soins dans le cadre de la planification familiale en Chine
- interruption de grossesse médicamenteuse (non chirurgicale)
- amélioration de la santé maternelle et néonatale
- synthèse et transfert des connaissances
- promotion de la planification familiale – efficacité et innocuité à long terme des DIU à libération de cuivre

2.3 Conduite de l'évaluation

L'évaluation externe sera réalisée sous la direction de Claudia Kessler (Institut tropical suisse, Centre suisse pour la santé internationale) et de Douglas Huber (Management Sciences for Health), qui examineront aussi les mesures prises par le Programme spécial PNUD/UNFPA/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

pour donner suite aux recommandations formulées à l'issue de la précédente évaluation externe dans les domaines de la gouvernance, la gestion, l'administration et de l'efficacité. Pour chacun des cinq biens publics mondiaux retenus, un expert reconnu dans le domaine concerné sera chargé de procéder à une étude approfondie. En outre, il sera fait appel à un économiste de la santé ayant de l'expérience dans l'étude d'analyses économiques concernant la santé sexuelle et génésique qui apportera son concours pour les cinq examens techniques.