



Étude sur la **coordination** de la riposte à la **COVID-19** dans les contextes humanitaires

Rapport final





Étude sur la coordination de la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires

Rapport final

Table des matières

Remerciements	viii
Abréviations.....	ix
Résumé analytique	x
Partie I. Contexte, portée, objectifs et méthodologie de l'étude	1
Contexte du projet.....	1
Objectifs	1
Principales questions de l'étude.....	2
Méthode et limites de l'étude	2
Approche générale	2
Cadre analytique et matrice d'analyse	2
Partie II. Résultats, conclusions et recommandations	11
Critère 1 : Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques relevées au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et des interventions humanitaires dans le secteur de la santé ?.....	12
Thème 1.1 : Quelles sont les adaptations apportées aux structures de coordination pendant la riposte à la COVID-19 (aux niveaux national et infranational) ?.....	12
Conclusions concernant le thème 1.1 : Quelles sont les adaptations apportées aux structures de coordination pendant la riposte à la COVID-19 (aux niveaux national et infranational) ?	31
Thème 1.2 : Quels sont les facteurs favorables ou les obstacles à l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci (aux niveaux national et infranational) ?.....	34
Conclusions concernant le Thème 1.2 : Quels sont les facteurs favorables ou les obstacles à l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci (aux niveaux national et infranational) ?	44
Recommandations relatives au critère 1	46
Critère 2 : Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques influant sur la participation des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 aux niveaux national et infranational ?.....	49
Thème 2.1 : De quelle manière les partenaires du groupe sectoriel pour la santé contribuent-ils à la riposte à la COVID-19 dans le cadre des plans de préparation et de riposte nationaux des ministères de la santé (souvent appelés les « plans-piliers » de la riposte) ainsi que des interventions du groupe sectoriel pour la santé ?	49
Conclusions concernant le thème 2.1 : De quelle manière les partenaires du groupe sectoriel pour la santé contribuent-ils à la riposte à la COVID-19 dans le cadre des plans de préparation et de riposte nationaux des ministères de la santé (souvent appelés les « plans-piliers » de la riposte) ainsi que des interventions du groupe sectoriel pour la santé ?.....	56
Thème 2.2 : Quels facteurs ont facilité ou entravé la contribution efficace des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires ? ...	57
Résultats concernant le thème 2.2 : Quels facteurs ont facilité ou entravé la contribution efficace des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires ?.....	64
Recommandations relatives au critère 2	65

Critère 3 : De quelle manière les différents mécanismes de coordination ont-ils facilité ou entravé la riposte à la COVID-19 (tant en leur sein qu'entre eux), en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires ? 67

Thème 3.1 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure d'atteindre les objectifs du plan de réponse humanitaire global et des plans de réponse humanitaire pour faire face aux effets de la pandémie de COVID-19 sur les populations touchées par une crise humanitaire (ou sur l'ensemble de la population) ? 67

Conclusions concernant le thème 3.1 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure d'atteindre les objectifs du plan de réponse humanitaire global et des plans de réponse humanitaire pour faire face aux effets de la pandémie de COVID-19 sur les populations touchées par une crise humanitaire (ou sur l'ensemble de la population) ? 82

Thème 3.2 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure de respecter les principes humanitaires et de protéger l'espace humanitaire ? 84

Conclusions concernant le thème 3.2 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure de respecter les principes humanitaires et de protéger l'espace humanitaire ? 86

Recommandations relatives au critère 3 : De quelle manière les mécanismes de coordination ont-ils facilité ou entravé la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires ? 87

List of Annexes 89

Liste des figures

Figure 1. Nombre de réponses au recensement en ligne	5
Figure 2. Processus d'analyse des données.....	8
Figure 3. Groupe sectoriel pour la santé formellement activé au sein de l'architecture de la coordination de l'action humanitaire au sens large (Guide du groupe sectoriel pour la santé 2020).....	12
Figure 4. Mécanismes nationaux de coordination de l'action humanitaire	13
Figure 5. Mécanismes infranationaux de coordination de l'action humanitaire.....	13
Figure 6. Mécanismes de coordination gouvernementale de la riposte à la COVID-19 au niveau national	14
Figure 7. Mécanismes de coordination gouvernementale au niveau infranational	14
Figure 8. Utilisation des COUSP au niveau national	15
Figure 9. Utilisation des COUSP au niveau infranational	15
Figure 10. Des changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale se sont-ils produits dans les domaines suivants ?	16
Figure 11. Des changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire se sont-ils produits dans les domaines suivants ?	16
Figure 12. Quand les changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale se sont-ils produits au niveau national ?	17
Figure 13. Quand les changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire se sont-ils produits au niveau national ?	17
Figure 14. Les changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale signalés se sont-ils également produits au niveau infranational ?	18
Figure 15. Les changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire signalés se sont-ils également produits au niveau infranational ?	18

Figure 16. Quand les changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale se sont-ils produits au niveau infranational ?	19
Figure 17. Quand les changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire se sont-ils produits au niveau infranational ?	19
Figure 18. Ampleur des changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale au niveau national	20
Figure 19. Ampleur des changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire au niveau national.....	20
Figure 20. Adéquation des changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale au regard de l'évolution de la situation/des besoins croissants au niveau national	20
Figure 21. Adéquation des changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire au regard de l'évolution de la situation/des besoins croissants au niveau national	20
Figure 22. Dans quelle mesure ces changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale ont-ils été utiles pour la riposte au niveau national ?	21
Figure 23. Dans quelle mesure ces changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire ont-ils été utiles pour la riposte au niveau national ?	21
Figure 24. Rôles et responsabilités du personnel du ministère de la santé chargé de la coordination de la riposte à la COVID-19	21
Figure 25. Rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination de l'action humanitaire	21
Figure 26. Exigences en matière de gestion de l'information concernant les ministères de la santé.....	22
Figure 27. Exigences en matière de gestion de l'information aux fins de la coordination de l'action humanitaire.....	22
Figure 28. Interface entre le gouvernement et les structures humanitaires	24
Figure 29. Interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures de coordination de l'action humanitaire	24
Figure 30. Capacité du gouvernement/ministère de la santé à assurer la coordination	25
Figure 31. Capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé.....	25
Figure 32. Interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l'équipe d'appui à la gestion des incidents de l'OMS	26
Figure 33. Financement de l'action humanitaire dans le domaine de la santé (hors COVID-19).....	26
Figure 34. Orientation(s) technique(s) élaborée(s) en réponse à la COVID-19	27
Figure 35. Changements intervenus en matière de niveau et de type de participation des partenaires aux différents mécanismes de coordination.....	49
Figure 36. Domaines dans lesquels des changements ont été signalés quant au niveau et au type de participation des partenaires aux différents mécanismes de coordination.....	49
Figure 37. Période au cours de laquelle les changements ont eu lieu.....	50
Figure 38. Les changements relatifs à la participation des partenaires se sont-ils également produits à l'échelle infranationale ?	50
Figure 39. Quand les changements relatifs à la participation des partenaires à l'échelle infranationale se sont-ils produits ? ...	50
Figure 40. Ampleur des changements au niveau national	51
Figure 41. Mesure dans laquelle les changements ont été perçus comme adaptés à l'évolution de la situation et à l'augmentation des besoins au niveau national.....	51
Figure 42. Dans quelle mesure les changements ont-ils été bénéfiques à la riposte au niveau national ?	51
Figure 43. Types de plans stratégiques élaborés en riposte à la pandémie de COVID-19 (total de 24 pays)	67
Figure 44. Ces plans stratégiques étaient-ils appropriés ?	68
Figure 45. Les plans stratégiques ont-ils permis de faire bénéficier les populations touchées par une crise humanitaire des services liés à la COVID-19, en particulier au niveau infranational ?.....	68

Liste des tableaux

Tableau 1. Aperçu du cadre analytique.....	3
Tableau 2. Entretiens avec des informateurs clés, par pays.....	6
Tableau 3. Documents étudiés dans le cadre de l'examen des données secondaires, par pays	7
Tableau 4. Nombre de participants aux ateliers nationaux	8
Tableau 5. Total des points de données, par pays et par critère.....	9
Tableau 6. Points de données à l'issue de l'examen des données secondaires, par pays et par critère.....	9
Tableau 7. Points de données à l'issue des entretiens avec des informateurs clés, par pays et par critère.....	9
Tableau 8. Mesures d'adaptation concernant la coordination gouvernementale au niveau national en 2020.....	28
Tableau 9. Mesures d'adaptation concernant la coordination gouvernementale au niveau infranational en 2020	29
Tableau 10. Mesures d'adaptation concernant la coordination de l'action humanitaire au niveau national en 2020	29
Tableau 11. Mesures d'adaptation concernant la coordination de l'action humanitaire au niveau infranational en 2020	30
Tableau 12. Mesures d'adaptation concernant la coordination de l'action humanitaire au niveau national à compter de 2021 ...	31
Tableau 13. Mesures d'adaptation concernant la coordination de l'action humanitaire au niveau infranational à compter de 2021	31
Tableau 14. Coordination gouvernementale – niveau national – changements relevés.....	34
Tableau 15. Coordination gouvernementale – niveau infranational – changements relevés	35
Tableau 16. Coordination de l'action humanitaire – niveau national – changements relevés	35
Tableau 17. Coordination de l'action humanitaire – niveau infranational – changements relevés	38
Tableau 18. Coordination gouvernementale – niveau national – obstacles	39
Tableau 19. Coordination gouvernementale – niveau infranational – obstacles	40
Tableau 20. Coordination de l'action humanitaire – niveau national – obstacles.....	40
Tableau 21. Coordination de l'action humanitaire – niveau infranational – obstacles.....	43
Tableau 22. Coordination gouvernementale – niveau national – partenaires locaux et internationaux – facteurs favorables... 58	58
Tableau 23. Coordination de l'action humanitaire – niveau national – partenaires locaux et internationaux – facteurs favorables.....	59
Tableau 24. Coordination de l'action humanitaire – niveau infranational – partenaires locaux et internationaux – facteurs favorables.....	60
Tableau 25. Coordination gouvernementale – niveau national – partenaires locaux et internationaux – facteurs défavorables.....	61
Tableau 26. Coordination de l'action humanitaire – niveau national – partenaires locaux et internationaux – facteurs défavorables.....	62
Tableau 27. Coordination de l'action humanitaire – niveau infranational – partenaires locaux et internationaux – facteurs défavorables.....	63
Tableau 28. Éléments des différents plans stratégiques ayant bien fonctionné (ou n'ayant pas bien fonctionné)	69
Tableau 29. Coordination des mécanismes en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire – problèmes.	76
Tableau 30. Mécanismes de coordination gouvernementale – niveaux national et infranational – problèmes	76
Tableau 31. Mécanismes de coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – problèmes	77
Tableau 32. Mécanismes de coordination gouvernementale – niveaux national et infranational – bonnes pratiques	78
Tableau 33. Mécanismes de coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – bonnes pratiques.....	78
Tableau 34. Coordination gouvernementale – niveaux national et infranational – problèmes.....	79
Tableau 35. Coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – problèmes.....	80
Tableau 36. Coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – facteurs favorables	81

Tableau 37. Coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – bonnes pratiques	81
Tableau 38. Coordination de l'action humanitaire – problèmes	85
Tableau 39. Coordination de l'action humanitaire – facteurs favorables.....	85
Tableau 40. Coordination de l'action humanitaire – bonnes pratiques	86

Remerciements

La présente étude, mandatée par le Groupe sectoriel mondial pour la santé, a été menée par une équipe de recherche de The Operations Partnership, composée d'Yves-Kim Creach (chef d'équipe), Helen Leidecker (consultante principale) et d'experts techniques, dont Paula Samson et Patrice Chataigner. L'équipe a bénéficié des contributions d'analystes, d'éditeurs et de graphistes juniors.

L'équipe tient à remercier les membres du groupe directeur qui ont supervisé l'étude et fourni de précieux retours tout au long du processus, à savoir Haley West (OIM), Alexis Schmid (Harvard Humanitarian Initiative), Eileen Morrow (ICVA), Laura Cardinal (Ready Initiative), Teresa Zakaria (OMS) et Hani Haidar (Groupe sectoriel mondial pour la santé).

Eba Pasha et Donatella Massai, du Groupe sectoriel mondial pour la santé, ont apporté leur appui à la mise en œuvre de l'étude.

L'équipe souhaite en outre remercier l'ensemble des coordonnateurs du groupe sectoriel pour la santé, ainsi que leurs équipes et leurs collègues, qui ont facilité le déroulement de l'étude au niveau national.

Dr Muhammad Fawad Khan (coordonnateur du groupe sectoriel pour la santé, Yémen)

Mme Chipo Takawira (coordonnatrice du groupe sectoriel pour la santé, Territoire palestinien occupé)

Azret Stanislavovich Kalmykov (coordonnateur du groupe sectoriel pour la santé, Damas, Syrie)

Muhammad Shafiq (coordonnateur du groupe sectoriel pour la santé, frontière avec la Syrie)

Naseer Nizamani (coordonnateur du groupe de travail sur la santé, nord-est de la Syrie)

Dr Kais Al Dairi (coordonnateur du groupe sectoriel pour la santé, Soudan)

Dr Jamshed Tanoli (coordonnateur du groupe sectoriel pour la santé, Afghanistan)

Dr Laura Osorio (coordonnatrice provisoire du groupe sectoriel pour la santé, Colombie)

Francis Tabu (coordonnateur du secteur de la santé, Cox's Bazar, Bangladesh)

Nous remercions également toutes les personnes qui ont pris part aux entretiens et ont participé aux ateliers nationaux.

Abréviations

AFRO	Bureau régional pour l'Afrique
CIRC	Comité international de la Croix-Rouge
COUSP	centre d'opérations d'urgence de santé publique
CPI	Comité permanent interorganisations
EMRO	Bureau régional de la Méditerranée orientale
EPI	équipement de protection individuelle
GHC	Groupe sectoriel mondial pour la santé
GHRP	Plan de réponse humanitaire global
HCT	équipe de pays pour l'action humanitaire
HeRAMS	Système de surveillance de la disponibilité des ressources et services de santé
MHNT	équipe mobile de santé et de nutrition
MSF	Médecins Sans Frontières
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PNDV	plan national de déploiement et de vaccination
PRH	plan de réponse humanitaire
RCCE	communication relative aux risques et mobilisation de la population
SEARO	Bureau régional de l'Asie du Sud-Est
SPRP	Plan stratégique de préparation et de riposte
WASH	eau, assainissement et hygiène

Résumé analytique

La présente étude a pour objectif d'examiner et de mieux cerner la manière dont la coordination des ripostes à la maladie à coronavirus (COVID-19), y compris le maintien des services de santé essentiels, a été assurée dans les contextes humanitaires. Elle vise à mettre en lumière les bonnes pratiques et les stratégies éprouvées, ainsi que les problèmes relevés, séparément ou collectivement, par les différentes structures de coordination créées en appui aux ripostes à la COVID-19, pendant et après l'exécution du Plan de réponse humanitaire global COVID-19 (2020). Elle recense en outre les structures de coordination en place dans les différents contextes humanitaires et décrit la manière dont elles ont été adaptées.

Principales questions de l'étude

1. Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques relevées au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et des interventions humanitaires dans le secteur de la santé ?
2. Quelles sont les bonnes pratiques adoptées par les partenaires du groupe sectoriel pour la santé et quels sont les problèmes auxquels ils font face pour contribuer à la coordination de la riposte à la COVID-19 aux niveaux national et infranational ? Les résultats doivent également rendre compte des différentes expériences des organisations non gouvernementales (ONG)/partenaires nationaux et internationaux.
3. De quelle manière les différents mécanismes de coordination ont-ils (séparément ou collectivement) facilité ou entravé la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires ?

Contexte du projet

Face à la menace sans précédent qui pèse sur la santé publique mondiale et la stabilité socioéconomique, en particulier dans les pays touchés par des crises humanitaires, le Groupe sectoriel mondial pour la santé a renforcé son appui à la coordination au niveau national et a fourni des orientations opérationnelles et techniques adaptées au contexte afin d'assurer la mise en œuvre efficace du Plan stratégique de préparation et de riposte pour lutter contre la COVID-19 (SPRP) 2020 (1) et du Plan de réponse humanitaire global 2020, (2) puis des SPRP 2021 et 2022, (3) (4) ces orientations étant désormais vouées à faire partie intégrante des futurs plans de réponse humanitaire. Elles permettent d'atténuer les effets directs de la COVID-19 et de maintenir les activités humanitaires en cours dans le domaine de la santé, en particulier les services de santé essentiels.

Méthode et limites de l'étude

Approche globale

The Operations Partnership a été chargé de réaliser l'étude au nom du Groupe sectoriel mondial pour la santé. L'étude, conçue avec le concours et sous l'égide d'un groupe directeur relevant de l'équipe spéciale de lutte contre la COVID-19 du Groupe sectoriel mondial pour la santé, adopte une approche globale afin de fournir une analyse éclairant les changements et les mesures à prendre, s'il y a lieu, tout en faisant montre de transparence et de redevabilité envers les parties prenantes.

La mise en œuvre de l'étude a été guidée par deux principes clés, l'objectivité et la qualité des données. Étayés par des processus systématiques de collecte et d'analyse des données, ces principes garantissent la validité et la fiabilité de l'analyse et des recommandations.

Cadre analytique et matrice d'analyse

Un cadre analytique a été mis au point pour veiller à l'alignement des données récoltées sur les objectifs de l'étude ; il définit et structure clairement la collecte, le traitement et l'analyse des données. Des indicateurs ont été créés pour classer les principaux résultats à l'aune des critères correspondants. Pour chaque indicateur, les données ont été ventilées par période, par niveau (national/infranational) et par type de mécanisme de coordination.

Méthodes et outils de collecte de données

Parmi les méthodes qualitatives et quantitatives de collecte de données utilisées figurent un recensement en ligne, des entretiens avec des informateurs clés et un examen des données secondaires ; les données ont fait l'objet de processus de triangulation et de vérification.

Collecte de données primaires

Un recensement en ligne et des entretiens avec des informateurs clés ont permis de recueillir des données primaires. L'équipe a mené des entretiens approfondis à distance avec des informateurs clés dans le cadre de sept études de cas de pays : Afghanistan, Bangladesh (Cox's Bazar), Colombie, République arabe syrienne, Soudan, Territoire palestinien occupé et Yémen. L'équipe s'est appuyée pour ce faire sur des guides d'entretien prédéfinis, consistant en des questions ouvertes adaptées à chaque type d'informateur clé. L'équipe a mené 87 entretiens approfondis à distance avec des informateurs clés dans ces sept pays. Le recensement consistait en un questionnaire en ligne composé de 37 questions, adressé à des intervenants présents dans 31 pays ; 25 réponses complètes et 6 partielles ont été reçues. Une description détaillée de chaque méthode de collecte de données est présentée ci-dessous.

Examen des données secondaires

Un examen des données secondaires approfondi a été mené pour passer en revue 1 062 documents présentant ou mentionnant le groupe sectoriel pour la santé et les structures de coordination existant au sein de l'OMS, les groupes sectoriels nationaux pour la santé et le gouvernement de chacun des sept pays. Le cas échéant, des documents de portée internationale ont également été soumis à un examen. L'analyse des données a suivi une approche cohérente et systématique.

Limites

Compte tenu de la portée de la présente étude, le degré de détail des informations obtenues se situe au niveau infranational. Les données probantes recueillies ne sont pas statistiquement représentatives, car l'étude a recours à plusieurs méthodes utilisant des données quantitatives et qualitatives. Pour atténuer cet état de fait, la sélection des pays a été basée sur la diversité des contextes. En outre, une analyse a permis de recenser les sujets unanimement couverts et des ateliers de validation ont été organisés dans les sept pays et au sein du groupe directeur afin de garantir la pertinence des résultats. Loin de constituer une évaluation formelle, l'étude s'attache à mettre en avant les enseignements tirés et non à rendre pleinement compte des performances.

Conclusions

Critère 1 : Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques relevées au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et des interventions humanitaires dans le secteur de la santé ?

Thème 1.1 : Quelles sont les adaptations apportées aux structures de coordination pendant la riposte à la COVID-19 (aux niveaux national et infranational) ?

L'enquête cartographique a permis de recenser les plateformes de coordination mises en place par les gouvernements et les ministères de la santé, ainsi que les plateformes humanitaires. La liste des équipes spéciales, présidentielles ou relevant des ministères de la santé, d'autres structures apparentées, et des groupes, entre autres interministériels, a été dressée ; les centres d'opérations d'urgence de santé publique utilisés par les équipes spéciales, les plateformes de coordination de l'action humanitaire ou les groupes de travail sur la COVID-19 ont été recensés concernant le groupe sectoriel pour la santé, le groupe de coordination intersectoriel et les équipes de pays pour l'action humanitaire. S'agissant des gouvernements et du groupe sectoriel pour la santé, les questions portant sur les changements, leur ampleur, leur adéquation et leur éventuelle utilité ont été regroupées par thèmes principaux : rôles et responsabilités des personnes chargées de la coordination, exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte, niveau et type de participation des partenaires, capacité à assurer la coordination, interface avec d'autres structures de coordination, et structures de financement.

Mécanismes de coordination gouvernementale

Niveau national

- La principale mesure d'adaptation mise en lumière par le recensement en ligne et les études de cas de pays en 2020 est la création de mécanismes de coordination nationaux, dont des équipes spéciales/comités de coordination de la lutte contre la COVID-19 relevant des niveaux de décision les plus élevés au sein des gouvernements, à savoir le cabinet présidentiel ou le bureau du Premier Ministre. Les études de cas révèlent qu'au plus fort de la crise les réunions de ces mécanismes sont devenues quotidiennes grâce à l'adoption rapide de modalités en ligne.
- Parmi les autres plateformes de coordination mises en place, citons les équipes spéciales des ministères de la santé accueillant des partenaires extérieurs (89 %) et les plateformes de coordination interministérielles (74 %), ainsi que les comités scientifiques, les dispositifs chargés de la gestion de la quarantaine et les équipes spéciales pour la vaccination.
- Les centres d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP), déjà en service avant la pandémie, ont été mis à contribution aux niveaux national (56 %) et infranational (60 %) en appui à la coordination de la riposte à la COVID-19 dans la plupart des pays.
- La plupart des plateformes de coordination étaient en place en 2020 et ont continué à l'être en 2021, bien que dans une moindre mesure en ce qui concerne la coordination gouvernementale par rapport à la coordination de l'action humanitaire. Cela porte à croire qu'en cas de pandémie future provoquée par un agent pathogène nouveau, des approches similaires seront nécessaires, y compris la coordination dans des domaines techniques spécifiques au moyen, par exemple, d'un comité scientifique ou d'équipes spéciales pour la vaccination.
- La création des mécanismes de coordination interministériels mise en lumière par les études de cas et le recensement en ligne montre que les gouvernements ont intégré le caractère multisectoriel de la crise.
- Le niveau et le type de participation des partenaires, les rôles et les responsabilités des personnes chargées de la coordination, et les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte sont les trois changements affectant les mécanismes de coordination gouvernementale les plus fréquemment signalés dans le cadre du recensement en ligne. Les données suggèrent donc que ces domaines devraient être considérés comme des éléments importants à prendre en considération afin d'assurer une coordination pertinente et efficace face à toute pandémie ou flambée épidémique future.
- En dépit des changements significatifs introduits au niveau des rôles et des responsabilités des personnes chargées de la coordination et de la collaboration des partenaires, seule une faible proportion de répondants les considère comme « très appropriés » (9 %) et « très utiles » (13 %) dans le cadre de la riposte nationale. À l'inverse, peu de répondants ont indiqué que des changements significatifs s'étaient produits en matière de gestion de l'information, mais ils ont été plus nombreux à les trouver appropriés (27 %) et utiles (36 %) au niveau national. Cela prouve que des changements relativement modestes, mais appropriés peuvent avoir une incidence notable.
- Quel que soit le sujet abordé dans le cadre du recensement en ligne, la grande majorité des répondants a considéré que les changements ont été seulement « plutôt appropriés » et « plutôt utiles », ce qui suggère que d'importantes améliorations restent possibles. Seuls 11 % des répondants jugent « très appropriée » et « très utile » la capacité des gouvernements/ministères de la santé à assurer la coordination, soit la plus faible proportion.

Niveau infranational

- Les structures de coordination établies par les gouvernements au niveau infranational sont généralement considérées comme faisant écho à celles relevant du niveau national. Il a été constaté que les structures de coordination doivent être adaptées au contexte et que la cohérence entre les structures nationales et infranationales doit être assurée.
- Néanmoins, dans le recensement en ligne, la majorité des répondants a considéré que les changements survenus au niveau national (par exemple, rôles et responsabilités, collaboration des partenaires, etc.) se sont « en partie » produits au niveau infranational. D'après les répondants, la gestion de l'information (27 %) et la collaboration des partenaires (20 %) sont les domaines où les changements ont été les plus substantiels et se sont produits « intégralement ». Le contraste est saisissant avec les changements concernant la capacité des ministères de la santé à assurer la coordination : aucun répondant (0 %) n'ayant considéré que

les changements se sont produits « intégralement ». Cela pourrait être le signe du manque d'attention ou d'appui accordé à la capacité de coordination au niveau infranational compte tenu des changements relatifs à la collaboration des partenaires ainsi qu'aux exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte. Il faudrait donc renforcer la capacité de coordination au niveau infranational.

- Dans le recensement en ligne, 60 % des répondants ont relevé l'utilisation des COUSP, en particulier au niveau infranational, pour coordonner la riposte à la COVID-19, notamment en 2020. Avant la pandémie, d'après 73 % des répondants, les COUSP ont été utilisés pour coordonner d'autres urgences de santé publique.

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Niveau national

- En 2020, comme dans le cas des mécanismes de coordination gouvernementale, l'étude révèle que les mécanismes de coordination de l'action humanitaire ont permis de constituer des équipes spéciales ou des groupes de travail thématiques chargés de coordonner la riposte à la COVID-19. Pour ce qui est de la création de structures de coordination spécifiquement axées sur la COVID-19, les participants au recensement en ligne ont cité en grand nombre la mise en place d'un groupe de travail spécial COVID-19 au sein du groupe sectoriel pour la santé au niveau national (58 %) en 2020, ainsi qu'au niveau infranational (47 %) pour la même année, devant l'établissement d'un groupe de travail sur la COVID-19 au sein de l'équipe de pays pour l'action humanitaire (32 %) et d'un groupe de travail sur la COVID-19 au sein du groupe de coordination intersectoriel/groupe de travail intersectoriel (21 %). En 2021, les groupes de travail sur la COVID ont largement été maintenus au sein du groupe sectoriel pour la santé et, dans une moindre mesure, au sein de l'équipe de pays pour l'action humanitaire et du groupe de coordination intersectoriel/groupe de travail intersectoriel. Cela montre qu'il importe d'intégrer la coordination de la riposte à la COVID-19 et de lui accorder une attention spéciale et ce, jusqu'au niveau le plus élevé de la coordination de l'action humanitaire.
- Les réunions de coordination se sont tenues à intervalles fréquents, voire quotidiens au plus fort de la crise, et sont passées du mode présentiel au mode virtuel. Cette évolution a permis aux mécanismes de coordination de s'adapter aux restrictions relatives à la distanciation sociale et s'est par ailleurs avérée plus économique. La fréquence des réunions a diminué en 2021, mais le groupe sectoriel pour la santé a maintenu la COVID-19 comme point permanent de l'ordre du jour de ses réunions afin de continuer à lui accorder une attention prioritaire.
- Les mécanismes de coordination de l'action humanitaire ont également saisi le caractère multisectoriel de la crise et des plans ont été élaborés en conséquence. Il convient de noter que le Groupe sectoriel mondial pour la santé examine plus avant la question dans le cadre d'une nouvelle étude.
- S'agissant des différents thèmes traités dans le recensement en ligne, la plupart des changements se seraient produits en 2020 et se seraient poursuivis en 2021 (dans une plus large mesure que pour la coordination gouvernementale). (5) Cela concerne en particulier la capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé et à gérer l'interface entre celui-ci et l'OMS, et laisse entendre que lorsque l'on fait face à une nouvelle menace comme le SARS CoV-2, il faut s'attendre à ce que les changements se produisent sur une longue période et les anticiper.
- Dans le cadre du recensement en ligne, les changements des structures de coordination de l'action humanitaire concernant le niveau et le type de participation des partenaires (79 %) et les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte (57 %) figurent parmi les trois changements les plus fréquemment cités. Néanmoins, ces deux thèmes seraient ceux qui ont fait l'objet des changements les moins significatifs (respectivement, 30 % et 31 % des réponses indiquent que ces changements sont significatifs). Ces changements semblent cependant avoir porté leurs fruits au niveau national ; ils ont été considérés comme très utiles en matière de collaboration des partenaires (47 %) et de gestion de l'information (44 %), ce qui suggère que des adaptations modestes peuvent suffire pour obtenir les effets souhaités.
- En dépit du fait que seuls 27 % des répondants ont considéré comme « très appropriés » les changements de l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures humanitaires, ces changements ont cependant eu une incidence positive au niveau national et 50 % les ont jugés « très utiles ».
- Le recensement en ligne a révélé que deux tiers des bureaux de pays de l'OMS intervenant dans des contextes humanitaires ont mis en place un appui à la gestion des incidents spécifique à la COVID-19, pour la plupart, en 2020 ; les répondants ont cependant indiqué que cet appui n'était pas toujours apporté en temps voulu ni adapté au contexte.

- En dépit du fait que seuls 25 % des participants au recensement en ligne ont signalé des changements dans l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l'appui à la gestion des incidents du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, ces changements sont considérés comme étant les plus appropriés (« très appropriés » dans 83 % des réponses), tous domaines confondus, et sont jugés très utiles par la moitié des répondants, ce qui suggère que l'interface et la coordination ont eu une incidence positive sur la riposte à la COVID-19.

Niveau infranational

- Les résultats des études de cas font état de la création de structures de coordination adaptées au contexte au niveau infranational. Dans le cadre du recensement en ligne, environ la moitié des répondants a indiqué qu'un groupe de travail infranational sur la COVID-19 a été mis sur pied en 2020, ce qui correspond aux réponses concernant le niveau national.
- Toujours dans le cadre du recensement en ligne, l'architecture de la coordination de l'action humanitaire en place pour faire face à la COVID-19 a été considérée « très utile » par 32 % des participants au niveau infranational et par 45 % au niveau national. Cela indique l'existence de lacunes au niveau infranational.
- Entre 45 % et 55 % des répondants ont estimé que les changements concernant les sept thèmes (coordination des partenaires, etc.) ne se sont produits qu'« en partie » au niveau infranational. Fait intéressant, les changements se seraient produits « intégralement » au niveau infranational pour ce qui est de la capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé (50 %) et de la collaboration des partenaires (42 %), loin devant les changements introduits par les autorités infranationales pour ce qui est des exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte.

Thème 1.2 : Quels sont les facteurs favorables ou les obstacles à l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci (aux niveaux national et infranational) ?

Coordination gouvernementale

- En réponse à la COVID-19, les gouvernements ont élaboré des interventions nationales et des plans stratégiques de préparation et de riposte (SPRP), couramment désignés comme les piliers de la riposte. Ils ont également mis en place des équipes spéciales privilégiant la riposte à la COVID-19, mobilisé des interventions visant des objectifs communs et fourni des occasions de collaboration avec les gouvernements dans un cadre structuré. L'approche des SPRP reposant sur des piliers a été considérée comme facilitant la définition des zones d'opérations et des aspects techniques à privilégier. La vaccination a ainsi été définie comme une composante autonome nécessitant un pilier spécifique afin de faciliter son articulation et sa coordination.
- D'après les réponses obtenues, l'existence et l'activation de COUSP nationaux et infranationaux auraient facilité la coordination et le partage d'informations avec les partenaires.
- Les capacités insuffisantes des ministères de la santé relatives à la coordination, aux « piliers » de la riposte, et à la codirection du groupe sectoriel pour la santé ont posé des difficultés importantes. Citons, parmi d'autres, les contraintes liées au manque de capacités techniques (affectant, par exemple, certains piliers de la riposte ou la coordination), de ressources (concernant, entre autres, l'infrastructure des technologies de l'information [IT] ou la connexion à Internet) et de compétences en gestion des informations et des données. Les problèmes de communication ont été exacerbés par la situation liée à la COVID-19, notamment la capacité de coordination au sein des gouvernements et avec les partenaires. Le passage au télétravail a également été tributaire des technologies et de la connectivité, dont la fiabilité et la prévisibilité n'ont pas toujours été optimales, en particulier au niveau infranational.
- Les structures de coordination fragmentées et le manque de définition claire des rôles et des responsabilités ont représenté une difficulté significative, entraînant des chevauchements d'activités et une certaine approximation dans la coordination avec les structures nationales et infranationales des ministères de la santé et entre celles-ci. La transmission des décisions et des informations vers les instances infranationales et entre celles-ci a souvent été inefficace. Dans certains pays, les problèmes de partage de données, notamment le recours à plusieurs sources de données et le manque de données fiables et exactes au niveau national et infranational, étaient liés à la fragmentation des structures de coordination et de gouvernance. Cela illustre bien l'importance de renforcer la gouvernance infranationale au sein des ministères de la santé ainsi que leurs structures et leurs capacités de coordination, aux niveaux national et infranational et entre ces niveaux.

- Le manque de transparence et de redevabilité perçu au sein des structures gouvernementales a considérablement entravé l'efficacité de la coordination avec ces structures. Parmi les principales lacunes, citons le chevauchement des rôles et responsabilités, le flou caractérisant les rapports hiérarchiques et les processus, les problèmes de communication avec tous les ministères concernés et au sein de ceux-ci, ainsi que l'incohérence des informations, le partage de données inexactes ou inadéquates, et l'absence de clarté quant à la manière dont les décisions étaient prises et à leurs fondements.

Coordination de l'action humanitaire

- Le passage au télétravail et la nécessité d'accroître la fréquence des réunions ont contribué au maintien et à l'intensification de la coordination, et, dans certains cas, au renforcement de la participation des partenaires. Toutefois, cette évolution a parfois donné lieu à une dégradation de l'efficacité et de la qualité de la communication et de la participation. Le passage au télétravail a également été particulièrement tributaire des technologies et de la connexion à Internet, dont la fiabilité et la prévisibilité n'ont pas toujours été optimales, notamment au niveau infranational.
- Les équipes spéciales, groupes de travail et sous-groupes de travail nationaux sur la COVID-19, établis sous les auspices des groupes sectoriels nationaux pour la santé ou d'autres équipes spéciales, ont été jugés essentiels à la coordination des interventions et ont été des éléments structurants. Les directives, les protocoles, et les procédures opérationnelles standard conçus et communiqués par l'OMS et les groupes sectoriels pour la santé ont fourni des orientations visant à faciliter la planification et les approches communes des partenaires de la santé. Des exemples de rôles et de responsabilités clairement définis et de bonnes pratiques de collaboration entre les partenaires dans le cadre de la riposte ont été mis en avant.
- Les plans d'intervention multisectoriels élaborés en réponse à la COVID-19 ont fait office de documents de coordination au niveau national, ont guidé les interventions, et ont joué un rôle important dans la mobilisation des ressources.
- Le rôle des groupes sectoriels pour la santé, qui ont facilité la coordination entre les partenaires et avec les ministères de la santé concernés, a été salué. Les groupes sectoriels pour la santé ont joué un rôle actif dans l'augmentation de la fréquence des réunions, la communication d'informations à jour aux partenaires, le suivi des interventions et l'identification des lacunes, l'amélioration des capacités des partenaires à combler leurs lacunes, la diffusion des orientations et l'élaboration de protocoles, ainsi que dans la production d'un ensemble d'outils de gestion de l'information, tels que plusieurs tableaux de bord afin d'orienter les interventions.
- D'après les répondants, le renforcement des capacités, lorsqu'il s'est produit, a eu pour effet d'accroître l'efficacité de la coordination, notamment quand la structure a été élargie pour inclure de nombreux pôles infranationaux (par exemple, au Yémen).
- Le manque de capacités de coordination dans les groupes sectoriels pour la santé a été perçu comme un obstacle à l'efficacité de la coordination, compte tenu du volume d'informations et de l'ampleur de la coordination nécessaire pour faire face à la COVID-19. À cet égard, les lacunes les plus criantes signalées sont liées à la gestion de l'information, au cumul des fonctions (double casquette) du personnel chargé de la coordination au sein de l'OMS, et au manque de structures de coordination infranationales. Ces capacités insuffisantes ont nui à l'efficacité des groupes sectoriels pour la santé et à la portée des fonctions qu'ils ont pu efficacement assumer. Cela reflète l'importance d'investir dans des structures de coordination dédiées et cohérentes et dans les capacités aux niveaux national et infranational.
- Bien que les partenaires aient en général participé activement à la coordination, le manque de clarté et de cohérence des informations qu'ils ont partagées a parfois entravé la capacité à cerner les besoins ou lacunes et à assurer une planification efficace. Les principales failles sont, entre autres, la communication tardive d'informations sur les évaluations et les activités planifiées dans le cadre de la riposte, la nécessité de devoir réclamer régulièrement des informations auprès des partenaires, qui utilisent différents mécanismes de collecte et de partage des données, ainsi que le manque de transparence quant à la transmission des informations de financement. Cela montre à quel point il est important que les partenaires s'engagent à travailler de manière collaborative pour combler les lacunes, réduire au maximum les doubles emplois et systématiser les retours pertinents concernant les outils de coordination des groupes sectoriels. Les outils utilisés doivent être pertinents et fonctionnels, et les partenaires doivent être dotés de compétences et de capacités suffisantes pour apporter des contributions.

- L'augmentation des structures de coordination a été perçue comme une entrave à la cohérence de la coordination. Cela s'est parfois traduit par un nombre excessif de forums, un chevauchement des structures de coordination, ou une architecture complexe de la coordination à différents niveaux. Par ailleurs, l'établissement des rôles et des responsabilités entre les différents mécanismes n'était pas toujours clair, d'où la difficulté pour les partenaires d'assister assidûment à tous les forums et structures.
- La coordination a souvent été perçue comme étant fondamentalement descendante à partir du niveau national. Les problèmes liés au manque de capacités au niveau infranational et à l'absence et/ou à la collaboration irrégulière du personnel du groupe sectoriel pour la santé et des hauts responsables de l'OMS au niveau infranational ont souvent été cités. La mauvaise communication et le caractère inopportun et inadéquat des interventions ont également suscité un sentiment de déconnexion et de frustration au niveau infranational. Tout cela montre bien l'importance de s'assurer que les personnes en charge des rôles de coordination possèdent les compétences et l'expertise requises (communication, négociation, gestion de l'information, etc.), mais aussi la capacité à instaurer une communication efficace avec les parties prenantes et entre les niveaux national et infranational.
- La coordination multisectorielle était souvent défailante ou insuffisante, ajoutant ainsi un niveau de coordination à une architecture de la coordination déjà complexe. Les acteurs d'autres groupes sectoriels (non liés à la santé) ne savaient pas toujours quel était leur rôle, ce qui signifie que les effets multisectoriels de la COVID-19 n'étaient pas toujours pleinement pris en compte et que les parties prenantes concernées n'étaient pas toujours associées de manière appropriée à la planification et à la mise en œuvre. Par conséquent, ils sont souvent intervenus de leur propre initiative sans se coordonner avec les équipes spéciales sur la COVID-19 du groupe sectoriel pour la santé ou du gouvernement.

Critère 2 : Quels sont les problèmes et les bonnes pratiques influant sur la participation des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 aux niveaux national et infranational ?

Thème 2.1 : De quelle manière les partenaires du groupe sectoriel pour la santé contribuent-ils à la riposte à la COVID-19 dans le cadre des plans stratégiques de préparation et de riposte nationaux des ministères de la santé (souvent désignés comme les « piliers » de la riposte) ainsi que des interventions connexes du groupe sectoriel pour la santé ?

Coordination gouvernementale

- *Contribution des partenaires aux fonctions de coordination, aux discussions sur la stratégie, et à l'appui technique et opérationnel* : Les résultats de l'étude indiquent que l'architecture de la coordination de la riposte à la COVID-19 (à savoir les piliers, les groupes de travail, les équipes spéciales, etc.) a servi de structure de référence (ou norme) et que c'est principalement au moyen de ces équipes spéciales et de ces groupes de travail que les partenaires ont contribué à la coordination gouvernementale, ont apporté un appui opérationnel à la riposte et ont travaillé aux côtés des communautés. Il ressort des résultats de l'étude que les partenaires (ONG) n'étaient pas souvent associés aux fonctions de coordination des piliers de la riposte des SPRP au niveau national, mais qu'ils co-coordonnaient des groupes de travail ou qu'ils les dirigeaient afin d'appuyer la riposte des ministères de la santé au niveau infranational. Les partenaires ont, dans une certaine mesure, participé aux discussions sur la stratégie au niveau national. Toutefois, les répondants ont insisté sur le fait que, dans la plupart des contextes, l'élaboration de la stratégie et la prise de décisions concernant les interventions étaient centralisées au niveau de la coordination gouvernementale.

Coordination de l'action humanitaire

- *Appui des partenaires aux fonctions de coordination* : L'étude constate que les partenaires ont assumé des fonctions de coordination, par exemple en dirigeant ou en co-coordonnant des groupes de travail, notamment au niveau infranational.
- *Participation des partenaires aux discussions sur la stratégie* : L'étude montre que les partenaires se sont beaucoup investis dans le partage d'informations, et qu'ils ont consacré du temps et des ressources à la participation aux réunions régulières, ce qui leur a permis de contribuer aux discussions sur la stratégie et la planification. Toutefois, les répondants ont insisté sur le fait que, dans la plupart des contextes, la définition de la stratégie et la prise de décisions concernant les interventions étaient très centralisées en matière de

coordination de l'action humanitaire. Cela illustre l'importance de renforcer les capacités de coordination au niveau infranational et de s'assurer qu'elles sont en mesure de contribuer efficacement à la planification stratégique au niveau national.

- *Appui technique des partenaires à la riposte* : Il a été déclaré que les partenaires ont parfois apporté un appui en traduisant des supports d'information. La plupart des répondants ont cependant indiqué que les partenaires ont essentiellement reçu des directives techniques et suivi des formations.
- *Mise en œuvre opérationnelle des plans par les partenaires* : Les partenaires ont joué un rôle actif dans la mobilisation des ressources financières et, d'après les répondants, ils ont adapté leurs activités ainsi que leurs plans lorsque les financements le permettaient et sont intervenus essentiellement pour associer les communautés à la riposte à la COVID-19 et pour assurer des services de santé essentiels ordinaires.

Différences entre les partenaires locaux et internationaux :

- Dans plusieurs contextes, la mobilisation des partenaires locaux et internationaux a été considérée comme égale ; face à des besoins très élevés, les ressources et les efforts ont dû être mutualisés et tous les acteurs se sont réunis, sur un pied d'égalité, autour d'une stratégie et d'un objectif communs. Il a néanmoins été indiqué que certains partenaires internationaux possédant plus d'expérience en matière de plaidoyer et de mobilisation des ressources, ils étaient mieux à même d'obtenir des financements et que, par conséquent, les partenaires locaux dépendaient d'eux pour leurs propres ressources. Par ailleurs, quelques partenaires internationaux qui disposaient de programmes plus vastes, adaptés aux situations d'urgence, ont été plus en mesure d'intensifier rapidement leur action.

Différences entre les niveaux national et infranational :

- Au niveau infranational, les partenaires ont parfois dirigé des groupes de coordination secondant la coordination gouvernementale et humanitaire, notamment lorsqu'ils possédaient une expertise particulière ou que l'OMS n'était pas présente.

Thème 2.2 : Quels facteurs ont facilité ou entravé la contribution efficace des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires ?

Coordination gouvernementale

- Le principal facteur de participation des partenaires à la riposte des ministères de la santé a été la création d'équipes spéciales gouvernementales et de « piliers », qui ont défini de manière claire et officielle la collaboration opérationnelle des partenaires locaux et internationaux avec les autorités sanitaires.
- À l'inverse, le facteur qui a souvent entravé la pleine participation des partenaires à la riposte des ministères de la santé a été la forte centralisation du processus décisionnel ; les partenaires recevaient généralement des instructions sur les tâches à exécuter, une fois les stratégies et les plans validés par les gouvernements, sans être associés au processus d'élaboration. Cela montre l'importance de renforcer les capacités de coordination, au niveau national, mais aussi plus particulièrement au niveau infranational, et de faire en sorte que les partenaires aient la possibilité de contribuer aux activités de planification et de coordination des ministères de la santé.
- Les partenaires locaux et internationaux ont eu des difficultés pour assurer la coordination au moyen de la communication en ligne, en particulier dans les contextes marqués par les perturbations de l'approvisionnement en électricité et la mauvaise qualité de la connexion Internet.
- Les restrictions (par exemple, à la liberté de circulation ou aux rassemblements) ont également entravé la mobilisation, notamment pendant la première année de la pandémie, lorsqu'elles étaient plus strictes.

Coordination de l'action humanitaire

- Le facteur qui a le plus facilité la collaboration des partenaires locaux et internationaux avec les groupes sectoriels pour la santé au niveau national a été la centralisation du partage d'informations, les groupes sectoriels pour la santé rendant compte, de manière claire, des besoins ainsi que des interventions en cours dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et du plan humanitaire. La fréquence et la modalité des réunions ont donné plus de latitude aux acteurs pour participer, partager et recevoir des informations.

- La nécessité de mobiliser des fonds et la capacité à le faire en vue de répondre aux besoins croissants (tant dans le cadre de la riposte à la COVID-19 que dans d'autres interventions humanitaires dans le secteur de la santé) ont également été des facteurs de collaboration constructive des partenaires locaux et internationaux avec les groupes sectoriels pour la santé au niveau national. Les partenaires internationaux avaient un meilleur accès aux nouveaux financements, mais les répondants ont indiqué que la possibilité d'obtenir de nouveaux fonds (discutée au sein des groupes sectoriels pour la santé) a elle aussi incité les partenaires locaux à renforcer leurs capacités et leur mobilisation. Par ailleurs, l'accent mis sur la participation des communautés à la riposte à la COVID-19 a ouvert la voie à la contribution des partenaires aux discussions, aux stratégies et aux interventions, du fait de leur proximité et de leur connaissance des communautés, et de l'existence de structures de coordination au niveau infranational.
- Les répondants ont indiqué que le fait de recevoir des orientations ou des informations scientifiques à jour au niveau infranational, après leur consolidation par l'OMS et leur diffusion par l'intermédiaire des groupes sectoriels pour la santé, constituait une bonne pratique et a facilité la participation des partenaires.
- Le manque de fonds disponibles ou les problèmes liés à leur reprogrammation ont entravé la participation aux mécanismes de coordination de l'action humanitaire et aux interventions humanitaires, en particulier en ce qui concerne les partenaires locaux qui dépendaient largement de leurs homologues internationaux pour obtenir des financements et d'autres ressources.

Critère 3 : De quelle manière les différents mécanismes de coordination ont-ils (séparément ou collectivement) facilité ou entravé la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires ?

Thème 3.1 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure d'atteindre les objectifs fixés dans le plan de réponse humanitaire global et les plans de réponse humanitaire en matière d'appui à la riposte à la COVID-19 auprès des populations touchées par une crise humanitaire (ou de l'ensemble de la population) ?

Plans stratégiques gouvernementaux et humanitaires

- Les pays qui comptaient un groupe sectoriel pour la santé dès le début de la pandémie ont lancé des appels divers et établi différents types de documents de planification stratégique. D'après les réponses obtenues, les ministères de la santé ont élaboré en 2020 des plans stratégiques de préparation et de riposte dans la plupart des pays (74 %) et, en ce qui concerne les populations touchées par une crise humanitaire, 36 % des pays ont lancé un appel dans le cadre du Plan de réponse humanitaire global, 23 % ont lancé un appel portant spécifiquement sur la COVID-19 (en dehors du Plan de réponse humanitaire global ou des plans de réponse humanitaire existants), et 45 % ont intégré la riposte dans les plans de réponse humanitaire existants (lors d'un point d'avancement par exemple).
- En 2021, le nombre de plans stratégiques de préparation et de riposte a diminué (55 % des pays) et à la suite de la suspension du Plan de réponse humanitaire global en 2021, les activités de riposte à la COVID-19 ont été intégrées dans les plans de réponse humanitaire (65 % des pays).
- Deux tiers des répondants ont considéré que ces mesures ont été globalement plutôt appropriées en 2020 et en 2021, et 71 % ont jugé qu'elles n'ont que partiellement permis aux populations touchées par une crise humanitaire de bénéficier des services liés à la COVID-19. Cela suggère qu'il existait un certain décalage entre la planification et la mise en œuvre, ainsi que des lacunes potentielles dans la couverture des populations touchées par une crise humanitaire.

Coordination gouvernementale : Mesures prises en appui à la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels pour les populations touchées par une crise humanitaire

- Au niveau national, les plans stratégiques ont fourni un cadre politique aux activités de préparation et de riposte à la COVID-19. L'approche reposant sur des piliers, planifiée en 2020, a permis d'aligner les plans d'action mondiaux (tels que les SPRP de l'OMS) et a facilité l'intégration de nouveaux acteurs, comme l'indiquent les données obtenues à l'issue du recensement en ligne mené au niveau mondial.

- D'après les réponses obtenues, ces plans ont entraîné en 2021 le renforcement de la coordination entre les ministères de la santé et les partenaires du groupe sectoriel pour la santé, ce qui a facilité l'élaboration de stratégies communes et inclusives, notamment pour atteindre les zones difficiles d'accès.

Coordination gouvernementale : Défis

- S'il ressort des résultats de l'étude que dans de nombreux cas, la coordination a globalement bien fonctionné, les structures de coordination visant à atteindre les populations touchées par une crise humanitaire ont cependant, dans certains pays, été jugées incohérentes ou inadéquates en 2020 et en 2021. Les raisons avancées sont les suivantes : création de multiples cadres de riposte ; élaboration des plans exclusivement centralisée ; coordination inadéquate avec les groupes sectoriels pour la santé ; et/ou partage inapproprié des données (notamment en matière de vaccination). Cette situation serait en grande partie due aux capacités limitées ou inégales des gouvernements du point de vue technique ou de la coordination aux niveaux national et infranational. Seulement un quart environ des participants au recensement en ligne a considéré que les structures gouvernementales de coordination étaient « très appropriées » et « très utiles » dans le cadre de la riposte aux niveaux national et infranational, ce qui laisse penser qu'elles doivent encore être renforcées afin d'être plus efficaces.
- Il ressort des études de cas que la plupart des plans gouvernementaux définissaient une riposte globale sans intégrer d'approches spécifiques adaptées aux populations touchées par une crise (comme les populations difficiles à atteindre, les personnes déplacées ou réfugiées). Une seule étude de cas (Cox's Bazar, au Bangladesh) a fait état d'un plan de riposte gouvernemental prenant en considération les réfugiés.
- Des retards dans la planification ont été relevés ainsi que des décalages entre les plans et le rythme auquel la pandémie progressait. Certains secteurs n'ont pas immédiatement compris que cette dernière n'était pas seulement un problème de santé, et ont mis du temps à se mobiliser. Cela prouve une fois de plus l'importance d'élaborer en amont des plans multisectoriels de préparation et de riposte, y compris pour faire face à de nouveaux agents pathogènes, afin de définir des stratégies face à des scénarios possibles au lieu de les mettre au point pendant l'émergence d'une crise. Les mécanismes concernant les mises à jour rapides, les données probantes évolutives et les changements devraient également être intégrés dans la planification afin de se tenir au fait de l'émergence rapide des besoins et de définir des interventions possibles.
- Il semblerait que les plans aient sous-estimé ou négligé la résistance des communautés, car ils n'ont pas tenu compte de l'« infodémie », et notamment des rumeurs, ni de la réticence de certaines communautés à suivre les consignes de santé publique telles que la distanciation physique et le port du masque. D'où l'impératif de mobiliser toute l'attention et l'énergie nécessaires afin d'agir rapidement pour orienter les discours, rectifier les informations, et investir dans des mécanismes permettant de briser les mythes. Il faut également investir en faveur des communautés et travailler directement avec elles dès le début afin d'appréhender leurs craintes et pour qu'elles comprennent ce dont elles ont besoin pour assurer leur protection au niveau individuel, familial et communautaire dans de telles circonstances.
- L'approvisionnement a posé de graves problèmes au niveau national, et encore plus au niveau infranational, ce qui a entravé la fourniture de services liés à la COVID-19 aux populations touchées par une crise.

Coordination gouvernementale : Facteurs favorables

Il n'a pas été possible de définir les facteurs ayant permis d'atteindre les populations touchées par une crise humanitaire dans le cadre de la présente étude. En revanche, des données sont disponibles s'agissant de la riposte à la COVID-19 ciblant l'ensemble de la population :

- dans le cadre du recensement en ligne, plusieurs groupes sectoriels dans différentes régions ont indiqué que, en 2020, la planification stratégique avait facilité les approches multisectorielles ;
- les plans mis en œuvre en 2020 et en 2021 ont été considérés comme des facteurs favorables à la mobilisation des ressources, en particulier pour la surveillance, le diagnostic et les structures de prise en charge.

Coordination de l'action humanitaire : Mesures prises en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire

- La mise en place du mécanisme de coordination des groupes sectoriels pour la santé associé aux plans stratégiques humanitaires ainsi qu'aux plans stratégiques nationaux des gouvernements pour la riposte à la COVID-19 a contribué à l'harmonisation et à la cohérence des interventions, et au renforcement de la coordination, même si d'importantes améliorations peuvent encore être apportées, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé essentiels et leur maintien.
- Les orientations et les directives publiées ou diffusées par les groupes sectoriels pour la santé en temps opportun ont permis aux populations touchées par une crise de bénéficier des mesures de riposte à la COVID-19.
- Les informations ont été rapidement mises à la disposition de tous les acteurs par l'intermédiaire des groupes sectoriels pour la santé ou d'autres mécanismes de coordination. Des cadres de suivi de la riposte à la COVID-19 ont été mis en place et renforcés par les mécanismes de vérification sur le terrain, et mis en œuvre par l'intermédiaire des groupes sectoriels pour la santé.
- On a constaté une forte volonté de renforcer les capacités des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à l'aide de formations sur divers aspects de la riposte à la COVID-19, dont la prise en charge des cas et la lutte anti-infectieuse et le contrôle des infections.
- La mobilisation de ressources humaines a permis d'étendre les services de santé, et la coordination avec les équipes spéciales des gouvernements et/ou des groupes sectoriels pour la santé établies au niveau infranational a permis d'éviter les doublons.
- La mobilisation de fonds, une priorité absolue affichée dès le début de la pandémie, s'est poursuivie en 2021, facilitée par les différents plans de riposte.
- Les partenaires ont contribué activement à l'approvisionnement en matériel afin que les populations touchées par une crise bénéficient des mesures de riposte à la COVID-19, et les groupes de travail sur la logistique ont pris des mesures visant à régler les problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement.

Coordination de l'action humanitaire : Défis

- En dépit des efforts consentis en matière de coordination, le chevauchement d'activités n'a pas toujours été évité.
- La coordination avec certains gouvernements s'est parfois avérée difficile en raison de leur capacité limitée et/ou des lacunes en matière de partage d'informations fiables et exactes.
- Le financement des activités de la riposte à la COVID-19 qui ciblaient les populations touchées par une crise a parfois diminué et ce, en dépit des efforts intenses de mobilisation de ressources déployés en 2021. Cette diminution a eu un effet préjudiciable sur les campagnes de vaccination (hors COVID-19) ainsi que sur le maintien d'autres services de santé essentiels.
- La priorité accordée à la riposte à la COVID-19 a souvent détourné l'attention portée à d'autres services de santé essentiels.
- La plupart des pays ayant fait l'objet d'une étude de cas ont fait face à des problèmes d'approvisionnement substantiels ; on peut citer, entre autres, la livraison d'EPI et de fournitures destinées aux populations touchées par une crise humanitaire.
- Les effectifs réduits ou la surcharge des capacités existantes au sein des organisations humanitaires ont entravé la fourniture des services de santé essentiels et la coordination.
- La tenue de formations portant sur des aspects des services de santé essentiels a été perturbée par l'accaparement des formateurs par d'autres activités liées à la riposte à la COVID-19.
- La peur et la stigmatisation, exacerbées par l'inquiétude et les résistances du personnel de santé, ont entraîné une baisse du recours aux services de santé essentiels.

Coordination de l'action humanitaire : Facteurs favorables

- La coordination des groupes sectoriels pour la santé a facilité le plaidoyer en faveur de l'amélioration de l'accès des populations touchées par une crise humanitaire aux services liés à la COVID-19, ainsi que le maintien des services de santé essentiels et l'accès à ceux-ci.

- L'attention portée aux populations touchées par une crise dans les plans stratégiques de riposte à la COVID-19 (tels que le Plan de réponse humanitaire global, les appels lancés au titre de la lutte contre la COVID-19 ou les plans de réponse humanitaire, selon le pays) a entraîné une forte mobilisation des ressources. D'après les répondants, la raison était la suivante : « les plans définissaient clairement les besoins en matière de financement de la riposte à la COVID-19 et constituaient un outil efficace de mobilisation des ressources. »
- Les répondants ont indiqué que lorsque la coordination des groupes sectoriels pour la santé a été renforcée, la mobilisation des partenaires, le fonctionnement des groupes sectoriels pour la santé, ainsi que leur structure aux niveaux national et infranational se sont nettement améliorés.

Coordination de l'action humanitaire : Bonnes pratiques

- Les répondants ont indiqué de nombreuses approches qui, axées sur l'adaptation de la fourniture des soins de santé, ont permis de maintenir les services essentiels. Citons, entre autres, le recours à la télémédecine, les changements apportés à la fourniture ou à la fréquence des services, les adaptations mises en place dans les hôpitaux pour assurer la protection contre la COVID-19, et l'isolement dans les espaces de traitement de la COVID-19.

Thème 3.2 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure de respecter les principes humanitaires et de protéger l'espace humanitaire ?

- L'étude n'a pas permis de relever les tendances spécifiques à ce thème dans l'ensemble des pays, la plupart des résultats étant atypiques et variés. Les cas atypiques ont cependant été signalés, car ils illustrent la diversité des problèmes susceptibles de se poser dans les contextes humanitaires. Par ailleurs, au vu de la longueur des guides de conduite des entretiens, la lassitude des informateurs clés pendant l'exercice peut en partie expliquer le manque de données cohérentes.

Facteurs favorables

Accès égalitaire/impartial

- La fourniture de services de santé avant la crise sanitaire dans les structures existantes a facilité l'accès des populations des camps à d'autres services de santé, en particulier lorsque la liberté de circulation était restreinte.
- L'existence préalable de programmes intégrés (programmes couvrant la santé et d'autres secteurs) a facilité le maintien de services spécialisés (comme la lutte contre la violence fondée sur le genre) dans les situations où la liberté de circulation était restreinte, mais où les gouvernements reconnaissaient que la poursuite des activités dans le domaine de la santé était prioritaire.
- La persévérance des partenaires, des groupes sectoriels pour la santé et des équipes de pays pour l'action humanitaire dans leurs efforts de plaidoyer humanitaire a également contribué à donner aux populations touchées par une crise l'accès aux services liés à la COVID-19, ainsi qu'aux services de santé essentiels.

Accès humanitaire

- La volonté des pouvoirs publics est déterminante pour négocier l'accès et faciliter les discussions au moyen des mécanismes de coordination existants.

Application limitée ou transgression des principes

Accès égalitaire/impartial

- L'étude fait état de plusieurs cas de discrimination, où les autorités ont limité l'accès aux services de santé en fonction de critères tels que l'appartenance à une caste ou le statut migratoire.

Accès humanitaire

- Plusieurs pays ont indiqué que leur gouvernement a limité ou retardé l'accès humanitaire, en dépit des dérogations spécifiques pour les services de santé. Des tensions politiques ont également entravé l'accès humanitaire ; dans les contextes instables, les organismes ont éprouvé des difficultés à atteindre les zones à haut risque en proie à l'insécurité et à y intervenir, l'imposition de couvre-feux compliquant la prestation de services. L'accès du personnel humanitaire a en outre été limité par les restrictions en matière de délivrance des visas et par la suspension des interventions des équipes étrangères.

Indépendance et neutralité

- L'étude révèle que dans certains pays, l'ingérence de l'État sous forme, entre autres, d'obstacles bureaucratiques et administratifs, a entamé la capacité à respecter les principes humanitaires. Cela a notamment été observé lorsque les gouvernements ont exigé que les projets individuels soient soumis à leur approbation, ou lorsqu'ils ont insisté pour être associés à la sélection des bénéficiaires et/ou au recrutement du personnel.

Contraction de l'espace humanitaire

- Fait inquiétant, l'étude fait état de remarques générales soulignant la contraction progressive, pendant la pandémie, de l'espace humanitaire (à savoir l'environnement opérationnel dans lequel les conditions sociales, politiques et sécuritaires garantissent d'un accès non entravé à la protection et à l'assistance sont réunies). L'étude ne s'est pas attachée à en découvrir les causes.

Recommandations

Critère 1 : Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques relevées au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et des interventions humanitaires dans le secteur de la santé ?

Dans cette section, les recommandations sont regroupées en fonction des destinataires concernés ; celles qui portent sur les mécanismes de coordination de l'action humanitaire distinguent en outre celles qui ont une portée mondiale de celles qui s'appliquent au niveau des pays.

À l'attention des gouvernements :

- Tirer des enseignements supplémentaires des activités de coordination des gouvernements dans le contexte de la pandémie de COVID-19 afin de s'assurer que le travail mené pourra éclairer la gestion des futures pandémies mondiales ou d'autres crises sanitaires.
- Dans de nombreux cas, les autorités ont dû recourir à des décrets ou à d'autres dispositifs contraignants pour mettre en place un mécanisme de coordination autonome. Afin d'assurer l'activation en temps voulu des mécanismes de coordination essentiels, il convient de réaliser en amont des activités de préparation pertinentes (même dans le cas d'une pandémie potentielle liée à un agent pathogène nouveau) et de préparer les décrets y afférents avant même qu'ils soient nécessaires.
- Les autorités gouvernementales doivent être soutenues et renforcées pour prendre la direction des opérations. Cela suppose notamment de définir clairement les rôles et les responsabilités au sein des ministères de la santé. Il convient en outre de renforcer la coordination interministérielle relative aux interventions en cas d'épidémie et de clarifier les rôles et les responsabilités, les chaînes de responsabilité et la communication entre les services, ainsi que de s'engager à partager les données de manière systématique et transparente.
- Renforcer la planification stratégique nationale et infranationale de même que les liens et les retours d'information entre ces deux échelons, tout en organisant plus de réunions de haut niveau à des fins de planification, de mobilisation des ressources et de participation constructive des partenaires.
- Consolider et renforcer les capacités de coordination nationales et, surtout, infranationales au sein des ministères de la santé à des fins de coopération et de leadership grâce à des ressources dédiées et à du personnel spécialisé. Ces mesures doivent être envisagées lors de la phase de préparation et du renforcement des systèmes de santé, mais aussi durant la phase d'intervention, par exemple, avec le déploiement de renforts en appui aux fonctions de coordination des ministères de la santé. Il faut accroître les capacités des COUSP au moyen de ressources dédiées, par exemple, du personnel, des outils et des moyens de communication.
- Il apparaît comme essentiel, en cas de futures pandémies ou de crises sanitaires similaires, de mobiliser le plus haut niveau des instances décisionnelles au sein des organes de coordination. Face à une crise d'une telle ampleur, les gouvernements ne peuvent pas transiger et doivent s'engager pleinement et durablement à la gérer.

- Appréhender d'emblée le caractère multisectoriel des crises telles que les pandémies est essentiel, de même qu'avoir recours à l'approche des SPRP reposant sur des piliers afin de définir clairement les aspects techniques à privilégier et, partant, les rôles et les responsabilités.
- La contribution des partenaires aux processus de planification est primordiale pour garantir une représentation diversifiée et cohérente des parties prenantes, et donc une planification et des interventions appropriées et pertinentes. Les partenaires humanitaires sont en mesure de déterminer les besoins et les interventions nécessaires pour atteindre fréquemment les groupes les plus marginalisés, les populations touchées par une crise humanitaire, et pour apporter un appui aux ministères de la santé en matière de prestation de services, le cas échéant. Il est donc possible de mettre à profit la contribution des partenaires humanitaires à la riposte à la COVID-19.
- La gestion de l'information est cruciale pour mener des interventions cohérentes et globales, et les gouvernements doivent accorder une attention particulière à ce domaine, qui offre d'importantes perspectives d'amélioration et d'impact accru, sans que des adaptations fondamentales soient nécessaires.
- Les gouvernements doivent saisir l'importance de la coordination et investir dans les ressources et les activités connexes, notamment en assurant la formation et la spécialisation du personnel à cet égard, ainsi qu'en matière de communication et d'interaction avec les différentes parties prenantes. L'étude met en lumière le rôle clé de la gestion de l'information dans la mise en œuvre d'interventions bien coordonnées.
- Il faut s'attacher à faire en sorte que le travail mené au niveau national puisse bénéficier au niveau infranational, où la plupart des opérations sont mises en œuvre.

À l'attention du Groupe sectoriel mondial pour la santé :

- Maintenir les investissements dans les ressources de gestion de l'information destinées au groupe sectoriel pour la santé aux niveaux national et infranational, et donner accès à des outils permettant de télétravailler de manière efficace.
- Investir dans le renforcement continu des capacités des coordonnateurs du groupe sectoriel pour la santé aux niveaux national et infranational, y compris les compétences spécialisées en négociation et en plaidoyer. S'assurer que les fonctions de coordination bénéficient de financements spécifiques aux niveaux national et infranational et continuer à sensibiliser toutes les parties prenantes à l'importance de la coordination. Clarifier les lignes de communication entre les niveaux national et infranational, y compris en définissant des attentes claires en matière d'appui, d'orientation et de partage de l'information du niveau national au niveau infranational.
- Améliorer la coordination multisectorielle liée aux interventions en cas d'épidémie en renforçant l'interface et la collaboration stratégique entre les groupes sectoriels pour la santé et les groupes de coordination intersectoriels ainsi que les secteurs concernés. Cela signifie aussi donner la priorité aux évaluations conjointes et à l'évaluation des impacts multisectoriels et de s'accorder sur les définitions précises des rôles des différents secteurs et de communiquer clairement à cet égard. La collaboration accrue avec d'autres secteurs doit constituer une priorité, par exemple, en assurant la prise en compte des normes sanitaires minimales, et en organisant des ateliers et des formations sur l'intégration au sein d'autres secteurs comme l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour tous (WASH) de manière efficace. Enfin, il est recommandé de renforcer la communication multisectorielle entre les niveaux national et infranational, en veillant à l'efficacité du partage de l'information.

À l'attention des groupes sectoriels nationaux pour la santé :

- Si les structures nationales de coordination des groupes sectoriels pour la santé ne sont pas toujours nécessaires dans les contextes humanitaires, la capacité à intensifier et à renforcer rapidement les structures de coordination face à une pandémie mondiale est en revanche essentielle. Cela nécessite d'avoir suffisamment de renforts disponibles (personnel spécialisé dans la coordination et les données, par exemple l'analyse/la visualisation de données, etc.) et de pouvoir mobiliser sans délai des fonds spécifiques afin de mener des activités aux niveaux national et infranational.
- Investir dans les capacités de coordination au niveau infranational, en maintenant ou en augmentant les investissements dans les structures de coordination infranationales ; renforcer le plaidoyer auprès des donateurs pour favoriser les financements dans l'architecture des groupes sectoriels pour la santé au niveau infranational ; encourager les partenaires à accroître leur appui ou à diriger la coordination au niveau infranational et les soutenir au moyen d'activités de formation et de renforcement des capacités en matière de coordination des groupes sectoriels.

- Il ressort des réponses (concernant les délais nécessaires à la mise en œuvre des changements et à l'acquisition des capacités requises en vue d'assurer la coordination des groupes sectoriels pour la santé et/ou de gérer l'interface entre ces derniers et l'OMS) que des efforts supplémentaires devraient être consentis pour accélérer ces processus.
- Continuer à mettre l'accent sur la préparation et la riposte à la COVID-19, y compris lorsque la menace qu'elle représente semble moindre. Compte tenu de la nature évolutive de la maladie, avec notamment l'émergence de nouveaux variants, et de la faible couverture vaccinale dans les contextes de crise humanitaire, il est crucial d'intégrer la COVID-19 dans une analyse multirisque portant sur les populations touchées par une crise humanitaire. Le maintien à l'ordre du jour de la préparation et de la riposte à la COVID-19 durant les réunions de coordination, par exemple, apparaît comme une bonne pratique à poursuivre.
- Les crises sanitaires comme la pandémie de COVID-19 ne relèvent pas que du domaine de la santé. Tous les organismes doivent reconnaître leur nature multisectorielle et collaborer en conséquence.
- Comme dans le cas de la coordination gouvernementale, les réponses indiquent que le niveau et le type de participation des partenaires et les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte ont fait l'objet des changements les plus fréquents au cours des trois dernières années. Cela laisse penser que ces deux thèmes figurent parmi les plus importants et requièrent une attention toute particulière en cas de pandémie. Cependant, l'étude révèle aussi que c'est la qualité des changements opérés – plutôt que leur quantité – qui peut en définitive faire la différence.
- Rationaliser les multiples forums de coordination de la riposte à la COVID-19 en définissant clairement les fonctions des différents mécanismes y afférents et continuer d'intégrer la lutte contre la pandémie dans les groupes de travail existants.

À l'attention des donateurs :

- Investir dans le renforcement des capacités des ministères de la santé et/ou des groupes sectoriels pour la santé à des fins de coordination infranationale en soutenant par exemple le personnel de renfort.
- Dans le cadre de l'appui ou de la participation aux processus de planification nationale, il convient de plaider en faveur de l'amélioration des liens avec le niveau infranational et de ses contributions en la matière et d'établir une planification claire pour les populations touchées par une crise.

Critère 2 : Quels sont les problèmes et les bonnes pratiques influant sur la participation des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 aux niveaux national et infranational ?

À l'attention des gouvernements :

- Privilégier l'établissement de structures stratégiques simples, claires et officielles facilitant la collaboration des partenaires : il leur est plus facile de savoir où et comment contribuer sur le plan opérationnel ou en appui aux fonctions de coordination si une structure de référence est en place. Mettre à la disposition des partenaires un canal de collaboration officiel avec les autorités sanitaires.
- Faciliter régulièrement des modalités de réunion accessibles (en personne, en ligne ou hybride) afin que les partenaires disposent de moyens divers de partager et de recevoir des informations sur des situations ou des interventions données, et d'une plateforme de participation prévisible.
- Comme indiqué précédemment, assurer la contribution des partenaires aux processus de planification pour garantir une représentation diversifiée et cohérente des parties prenantes et, partant, une planification et des interventions appropriées et pertinentes. Les partenaires humanitaires sont en mesure de déterminer les besoins et les interventions nécessaires pour atteindre fréquemment les groupes les plus marginalisés, les populations touchées par une crise humanitaire, et pour apporter un appui aux ministères de la santé en matière de prestation de services, le cas échéant. Il est donc possible de mettre à profit la contribution des partenaires humanitaires à la riposte à la COVID-19 ; ils peuvent, par exemple, soutenir ou codiriger les « piliers » du plan de préparation et de riposte d'un pays donné, apporter un appui technique ou opérationnel ou mettre en œuvre des programmes.
- Améliorer la transparence de la prise de décisions stratégiques : lorsque les partenaires consacrent du temps et de l'énergie aux réunions et au partage de l'information, ils espèrent que leurs contributions

influenceront sur les décisions clés de la riposte. La transparence du processus décisionnel peut dissiper la perception des partenaires quant à la centralisation de la prise de décision.

À l'attention de l'OMS et du Groupe sectoriel mondial pour la santé :

- Investir dans les formations portant sur les urgences de santé publique (OMS) et dans le système de coordination des groupes sectoriels pour la santé (Groupe sectoriel mondial pour la santé), par exemple, les formations à la préparation, la formation des formateurs, les directives et d'autres modalités de renforcement des capacités. Les partenaires se sont beaucoup investis dans les formations au niveau national et ont sollicité des orientations concernant la riposte à la COVID-19.
- En prévision de futures pandémies ou épidémies, envisager de constituer un vivier de formateurs pouvant être déployés dans les pays, assurer la formation de formateurs et contribuer à relayer rapidement les orientations dans un contexte où les informations évoluent constamment.

À l'intention de l'OMS et du groupe sectoriel national pour la santé :

- Sonder la volonté et la capacité des partenaires à participer plus activement à la prestation de services de formation technique dans leur domaine de compétence respectif : la plupart des répondants ont indiqué que les partenaires étaient les destinataires des directives et des formations. Il peut être possible de diffuser les connaissances et l'expérience de manière plus collaborative, en particulier au niveau local, où les partenaires ont parfois bénéficié de conseils sur la direction des groupes de coordination.
- Maintenir une source centrale d'information – les partenaires ont indiqué avoir sollicité des informations au groupe sectoriel pour la santé afin de se faire une idée précise des besoins, des interventions en cours, des lacunes et des possibilités de collaboration.
- Assurer l'échange de données cohérentes entre les partenaires de la santé en veillant à la rationalisation des demandes d'information adressées aux partenaires. Parallèlement, faire en sorte que les retours d'information et la suite donnée aux demandes des partenaires soient opportuns et cohérents, et reproduire la mise en place des produits/plateformes de gestion de l'information utiles.
- Groupes sectoriels pour la santé : sensibiliser en permanence les partenaires de la santé à l'importance du partage de l'information et fournir des modèles de partage de données aussi simples et cohérents que possible.
- Privilégier la collaboration des partenaires déjà fortement mobilisés auprès des communautés locales, notamment en ce qui concerne les activités relatives à la participation de celles-ci.
- Groupes sectoriels pour la santé : faire en sorte que les réunions de coordination en ligne facilitent et appuient les discussions dynamiques, l'échange satisfaisant d'informations et la collaboration pertinente des partenaires.

À l'attention des partenaires :

- Consacrer du temps et des ressources à la coordination aux niveaux national et infranational.
- Envisager de co-coordonner les groupes de travail techniques et les piliers au niveau national ou infranational dans les domaines de compétence concernés. Projeter, le cas échéant, d'appuyer les ministères de la santé en assumant des fonctions essentielles de coordination et de planification au niveau infranational, où les capacités sont susceptibles d'être limitées. Fournir des moyens techniques et supplémentaires peut contribuer à garantir l'intégration des besoins des populations touchées par une crise et à resserrer les liens avec différentes parties prenantes afin de comprendre le rôle et les capacités potentielles des partenaires.
- Apporter un appui aux groupes sectoriels pour la santé grâce en partageant des informations utiles en temps voulu. Les groupes sectoriels pour la santé soutiennent les interventions collectives auxquelles participent les partenaires. L'analyse des lacunes sectorielles et la définition des besoins ne sont possibles que si elles tiennent compte des contributions de l'ensemble des acteurs. La coordination et la collaboration doivent être bidirectionnelles.

À l'attention des donateurs :

- Accroître la réorientation des fonds ou lever des fonds supplémentaires : les partenaires ont appris à faire preuve de souplesse et d'adaptabilité dans leur programmation, le principal obstacle étant le manque de financement ou l'incapacité à réorienter les financements existants.

- Assurer la réorientation des fonds en temps voulu ou l'accès direct à un financement supplémentaire des partenaires locaux qui ont démontré qu'ils possèdent les capacités ou les aptitudes nécessaires en matière de passage à l'échelle. Il a souvent été rapporté que les ONG nationales dépendaient des ONG internationales pour obtenir des fonds dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.
- Investir dans des systèmes qui permettent de recenser rapidement les nouveaux partenaires qui font montre de leur capacité à contribuer à la riposte et définir, en amont ou pas, un interlocuteur principal susceptible de collaborer ou de passer un contrat avec les nouveaux partenaires afin d'intensifier rapidement les activités.
- Envisager d'investir dans les partenaires afin qu'ils co-dirigent ou co-coordonnent les groupes de travail techniques ou qu'ils appuient la planification des ministères de la santé au niveau infranational, où les capacités sont limitées. Les ONG, qui sont bien placées et apportent déjà un tel appui dans de nombreux cas, manquent souvent de temps ou de ressources humaines ou financières (heures travaillées ou degré d'effort) pour contribuer à cette fonction.
- Permettre aux partenaires d'investir dans le matériel et les logiciels nécessaires à leur connectivité en ligne. Par exemple, dans les contextes où la connectivité et l'approvisionnement en électricité sont défaillants, les générateurs et/ou les sources d'énergie solaire reliés aux dispositifs de connexion par satellite (si nécessaire) devraient être autorisés. Le financement des formations devrait être compris, comme c'est le cas pour l'utilisation de la technologie.

Critère 3 : De quelle manière les différents mécanismes de coordination ont-ils facilité ou entravé la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires ?

À l'attention des gouvernements :

- Utiliser les plans stratégiques de préparation et de riposte et l'approche reposant sur des piliers, qui ont prouvé leur efficacité, pour faire face à des pandémies similaires ou à d'autres crises sanitaires à l'avenir. Il faut cependant veiller à leur intégration afin qu'ils soient bien compris par les acteurs *en amont des crises*, et mobiliser des ressources dédiées pour éviter la réaffectation des ressources destinées à la fourniture des services de santé essentiels.
- Faire en sorte que ces plans prévoient des mesures visant spécifiquement à garantir un accès équitable aux populations concernées qui vivent dans des zones difficiles d'accès ou dont le statut est différent des communautés d'« accueil », comme les personnes déplacées et/ou réfugiées. À cette fin, il faut cerner les obstacles auxquels elles peuvent se heurter et, si nécessaire, définir une intervention sur mesure permettant de les atteindre. Ces activités doivent, par conséquent, être planifiées et chiffrées dès le début.
- S'assurer que des ressources sont disponibles pour le déploiement rapide des capacités de coordination aux niveaux national et infranational. Veiller à ce que les systèmes gouvernementaux existants en matière de riposte aux épidémies et de vaccination de routine soient utilisés pour faire face à de futures pandémies.
- Tirer parti des plateformes de coordination de l'action humanitaire et des groupes sectoriels pour la santé afin de mobiliser les partenaires et d'atteindre les populations touchées par une crise.
- Investir dans la compréhension des chaînes d'approvisionnement et dans le contrôle de la qualité des produits en temps utile, et les intégrer dans les formalités douanières.
- Ne pas sous-estimer les phénomènes de résistance au sein des communautés et assurer la diffusion rapide de l'information afin d'éviter toute désinformation, fausse rumeur et/ou idée erronée. Pour cela, il faut investir dans les activités de mobilisation communautaire et les activités multimodales de lutte contre la désinformation et de sensibilisation.

À l'attention du Groupe sectoriel mondial pour la santé :

- Définir clairement les exigences en matière de riposte dans les plans stratégiques humanitaires pour faire face à de futures pandémies. En 2020, des plans tels que le Plan de réponse humanitaire global, les plans de lutte contre la COVID-19 et les plans de riposte humanitaire articulaient clairement les besoins et les exigences de la riposte à la pandémie et ont permis de mobiliser des ressources. Il semblerait que cela n'ait pas aussi bien fonctionné en 2021.

À l'intention de l'OMS et du groupe sectoriel national pour la santé :

- Créer des groupes de travail sur la logistique de la santé dès le début des crises sanitaires afin de faciliter l'achat et/ou l'importation des fournitures essentielles à la riposte et leur distribution au niveau infranational. S'il revient à l'OMS et/ou à l'UNICEF d'importer du matériel destiné aux ministères de la santé, etc., les partenaires jouent également ce rôle et ont besoin d'aide.
- Porter une attention constante à la fourniture des services essentiels en s'appuyant sur un plaidoyer continu. Définir les grandes priorités de la coordination et veiller à la mobilisation des ressources (fonds, personnel et/ou matériel) nécessaires.
- Cibler en priorité non seulement les communautés, mais également le personnel de santé dans le cadre des activités de sensibilisation et de formation menées pour faire face à de futures pandémies, en reconnaissance de leur engagement en première ligne de la riposte.
- Assurer de manière continue et prioritaire des activités de plaidoyer et de négociation humanitaire concernant l'accès aux populations touchées par une crise, et éviter de ne les considérer comme essentielles que lorsque des crises surviennent. Cela est particulièrement important pour permettre au personnel de santé de fournir des services essentiels en toutes circonstances.

Partie I. Contexte, portée, objectifs et méthodologie de l'étude

Contexte du projet

Face à la menace sans précédent qui pèse sur la santé publique mondiale et la stabilité socioéconomique, en particulier dans les pays touchés par des crises humanitaires, le Groupe sectoriel mondial pour la santé a renforcé l'appui à la coordination au niveau national afin de fournir des orientations opérationnelles et techniques adaptées au contexte permettant la mise en œuvre efficace du Plan stratégique de préparation et de riposte pour lutter contre la COVID-19 (SPRP) 2020 (6) et du Plan de réponse humanitaire global 2020, (7) puis du SPRP 2021. (8) Ces orientations sont ainsi partie intégrante des plans de réponse humanitaire 2021 au niveau des pays. Elles permettent d'atténuer les effets directs de la COVID-19 et de maintenir les activités humanitaires dans le domaine de la santé, en particulier les services de santé essentiels.

L'équipe spéciale de lutte contre la COVID-19 du Groupe sectoriel mondial pour la santé a été créée en mai 2020 pour renforcer la coordination et l'efficacité de la riposte du groupe sectoriel pour la santé. Ses principaux objectifs sont notamment les suivants : 1) recenser les problèmes techniques, opérationnels et de coordination au niveau national ; 2) promouvoir et appuyer l'adaptation et l'utilisation des orientations concernant la COVID-19 dans les contextes humanitaires et ceux où les capacités sont limitées ; 3) soutenir les interventions multisectorielles ; 4) recenser et partager les enseignements tirés et les bonnes pratiques ; 5) sensibiliser à la nécessité de couvrir les besoins non satisfaits et de relever les obstacles opérationnels. (9) L'équipe spéciale de lutte contre la COVID-19 du Groupe sectoriel mondial pour la santé a ainsi lancé une étude visant à examiner les enseignements tirés en matière de coordination de la riposte à la pandémie dans les contextes humanitaires. The Operations Partnership a été chargé de réaliser l'étude.

L'étude fait fond sur des cadres prédéfinis de coordination de la préparation et de la riposte aux épidémies dans les contextes humanitaires pour appréhender le protocole de coordination. Ces cadres sont notamment les suivants : le Cadre d'action d'urgence de l'OMS, (10) les centres d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP) (11) activés par les gouvernements, et le *Protocol for the Control of Infectious Disease Events* (protocole relatif au contrôle des maladies infectieuses) du Comité permanent interorganisations (CPI). (12) Par ailleurs, les protocoles adaptés mis en place spécifiquement pour faire face aux pandémies mondiales constituent des documents de référence majeurs dans le cadre de l'étude. Citons, entre autres, les protocoles d'intensification à l'échelle du système adaptés à la pandémie de COVID-19 du CPI (13) et le Plan de réponse humanitaire global 2020 conçu pour assurer la mise en œuvre d'une riposte pertinente dans les contextes humanitaires et la poursuite de l'aide humanitaire.

Au niveau national, les orientations de l'OMS, (14) adaptées aux différents contextes, ont éclairé les activités de préparation et de riposte des pays.

Les structures de coordination ont été créées ou adaptées pour servir d'interface utile en appui à la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires de chaque pays ; la coordination entre les structures se poursuit même après l'achèvement du Plan de réponse humanitaire global et l'intégration de la riposte à la COVID-19 dans les plans de réponse humanitaire 2021 au niveau national.

Objectifs

La présente étude a pour objectif d'examiner et de comprendre en profondeur la coordination de la riposte à la maladie à coronavirus (COVID-19), y compris le maintien des services de santé essentiels, dans les contextes humanitaires. L'étude vise à mettre en lumière les bonnes pratiques et les stratégies éprouvées, ainsi que les difficultés relevées entre les différentes structures de coordination (et en leur sein) créées en appui à la riposte à la COVID-19, pendant et après l'exécution du Plan de réponse humanitaire global 2020. Elle recense en outre les structures de coordination en place dans les différents contextes humanitaires et examine la manière dont elles ont été adaptées.

Principales questions de l'étude

Trois domaines ont été examinés en détail :

1. Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques relevées au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et des interventions humanitaires dans le secteur de la santé ?
2. Quelles sont les bonnes pratiques adoptées par les partenaires du groupe sectoriel pour la santé et quels sont les défis auxquels ils font face pour contribuer à la coordination de la riposte à la COVID-19 aux niveaux national et infranational ? (Les résultats doivent également rendre compte des différentes expériences des organisations non gouvernementales [ONG]/partenaires nationaux et internationaux.)
3. De quelle manière les différents mécanismes de coordination ont-ils (séparément ou collectivement) facilité ou entravé la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires ?

Méthode et limites de l'étude

Approche générale

Un groupe directeur, composé de partenaires clés du Groupe sectoriel mondial pour la santé, a été mis sur pied avec pour mission de définir les objectifs de l'étude et d'apporter un appui technique tout au long du processus afin de garantir la pertinence, l'adéquation et la qualité de l'étude.

Les principales composantes de l'étude étaient les suivantes : 1) un recensement en ligne ; 2) sept études de cas de pays, pour lesquelles autant de rapports ont été produits ; 3) un rapport mondial de synthèse établi à partir des résultats des sept études de cas (à savoir le présent rapport).

L'étude, qui a suivi une approche globale, entend fournir une analyse à même d'éclairer les changements et les mesures à prendre, le cas échéant, et faire montre de transparence et de redevabilité envers les parties prenantes. Les différentes phases de l'approche étaient les suivantes :

1. Démarrage (à savoir élaboration du cadre analytique, examen documentaire initial, conception des outils de collecte de données, et entretiens semi-directifs avec les membres du groupe directeur).
2. Collecte de données (à savoir un recensement en ligne dans 31 contextes humanitaires, sept études de cas de pays s'appuyant sur des entretiens avec des informateurs clés, un examen approfondi des données secondaires et des ateliers nationaux chargés d'examiner les résultats au niveau national).
3. Analyse des informations de l'ensemble des bases de données.
4. Atelier avec les parties prenantes visant à présenter les résultats au niveau mondial.
5. Retours d'information sur le projet de rapport.
6. Version définitive du rapport mondial.

Il convient de noter que sept rapports de pays ont également été produits.

Cadre analytique et matrice d'analyse (15)

Un cadre analytique a été conçu pour structurer la collecte, le traitement et l'analyse des données relatives aux questions de l'étude citées ci-dessus (voir tableau 1). Des indicateurs ont été créés pour classer les principaux résultats à l'aune des critères correspondants. Pour chaque indicateur, les données ont été ventilées par période, par niveau (national/infranational) et par type de mécanisme de coordination.

Tableau 1. Aperçu du cadre analytique

Critère	Thème	Indicateur
<p>Critère 1</p> <p>Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques relevées au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et des interventions humanitaires dans le secteur de la santé ?</p>	<p>Thème 1.1</p> <p>Quelles sont les adaptations apportées aux structures de coordination pendant la riposte à la COVID-19 (aux niveaux national et infranational) ?</p>	<p>Indicateur 1.1.1 : Nombre de modèles de coordination recensés (cible = 31 pays)</p> <p>Indicateur 1.1.2 : Nombre de types de modèles. Description des adaptations apportées aux modèles de coordination à différents moments pendant la riposte à la COVID-19 (aux niveaux national et infranational), par rapport aux structures existant avant la pandémie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptations initiales • Pendant l'exécution du Plan de réponse humanitaire global 2020 • Après l'exécution du Plan de réponse humanitaire global 2020/à l'heure actuelle
	<p>Thème 1.2</p> <p>Quels sont les facteurs favorables ou les obstacles à l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci (aux niveaux national et infranational) ?</p>	<p>Indicateur 1.2.1 : Nombre de facteurs favorables fréquemment cités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification des facteurs favorables • Tendances • Cas atypiques (quoi et pourquoi) <p>Indicateur 1.2.2 : Nombre d'obstacles fréquemment cités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendances • Cas atypiques (quoi et pourquoi)
<p>Critère 2</p> <p>Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques relevées par les partenaires du groupe sectoriel pour la santé dans le cadre de la coordination de la riposte à la COVID-19 aux niveaux national et infranational ? (Les résultats doivent également rendre compte des différentes expériences des organisations non gouvernementales [ONG]/partenaires nationaux et internationaux.)</p>	<p>Thème 2.1</p> <p>De quelle manière les partenaires du groupe sectoriel pour la santé contribuent-ils à la riposte à la COVID-19 dans le cadre des plans stratégiques de préparation et de riposte nationaux des ministères de la santé (souvent désignés comme les « piliers » de la riposte) ainsi que des interventions connexes dudit groupe ?</p>	<p>Indicateur 2.1.1 : Modes de participation des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la riposte à la COVID-19 dans le cadre de la préparation et de la riposte nationales des ministères de la santé et des interventions connexes du groupe sectoriel pour la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendances • Cas atypiques (quoi et pourquoi) • Exemples de bonnes pratiques
	<p>Thème 2.2 :</p> <p>Quels facteurs ont facilité ou entravé la contribution efficace des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires ?</p>	<p>Indicateur 2.2.1 : Nombre de facteurs favorables fréquemment cités (aux niveaux national et infranational).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendances • Cas atypiques (quoi et pourquoi) • Exemples de bonnes pratiques <p>Indicateur 2.2.2 : Nombre de facteurs défavorables fréquemment cités (aux niveaux national et infranational).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendances • Cas atypiques (quoi et pourquoi) • Exemples de bonnes pratiques

Critère	Thème	Indicateur
Critère 3 : De quelle manière les différents mécanismes de coordination ont-ils (séparément ou collectivement) facilité ou entravé la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les situations humanitaires ?	Thème 3.1 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure d'atteindre les objectifs fixés dans le plan de réponse humanitaire global et les plans de réponse humanitaire en matière d'appui à la riposte à la COVID-19 auprès des populations touchées par une crise humanitaire (ou de l'ensemble de la population) ?	Indicateur 3.1.1 : Types de mesures prises au sein des mécanismes de coordination en appui à la riposte à la COVID-19 auprès des populations touchées par une crise humanitaire. <ul style="list-style-type: none"> • Mesures prises • Tendances • Cas atypiques • Bonnes pratiques
	Thème 3.2 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure de respecter les principes humanitaires et de protéger l'espace humanitaire ?	Indicateur 3.1.2 : Contribution de la coordination entre les mécanismes au maintien des services essentiels (pilier 9 : opérations, orientations, Programme élargi de vaccination [PEV], vaccination de routine). <ul style="list-style-type: none"> • Mesures prises • Tendances • Bonnes pratiques
		Indicateur 3.2.1 : Respect ou transgression des principes humanitaires (tendances/cas atypiques). <ul style="list-style-type: none"> • Humanité • Impartialité • Neutralité • Indépendance

Méthodes et outils de collecte de données

Parmi les méthodes qualitatives et quantitatives de collecte de données utilisées figurent un recensement en ligne, des entretiens avec des informateurs clés et un examen des données secondaires, l'accent étant mis sur la triangulation et la vérification des données.

Collecte de données primaires

Les données primaires ont été recueillies à l'issue d'un recensement en ligne et d'entretiens avec des informateurs clés aux niveaux mondial et national.

Recensement en ligne

The Operations Partnership a conçu le recensement, qui a fait l'objet d'un examen rigoureux par son groupe directeur.

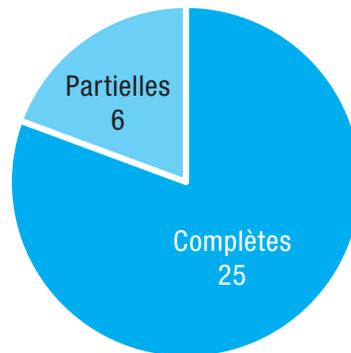
Le recensement, qui consistait en un questionnaire en ligne composé de 37 questions, ciblait 31 contextes humanitaires où le Groupe sectoriel mondial pour la santé est actuellement opérationnel ; 25 réponses complètes et 6 partielles ont été reçues, représentant 24 pays. Le recensement couvre l'ensemble des régions où les groupes sectoriels pour la santé sont présents, à l'exception de la zone Pacifique.

La longueur du recensement en ligne tient à la nécessité de recueillir des informations pertinentes. Son objectif était de rendre compte de la structure et de la portée des mécanismes de coordination en place dans les 31 contextes couverts par le Groupe sectoriel mondial pour la santé, ainsi que de leur évolution face à la pandémie de COVID-19. Plus concrètement, le recensement portait sur :

- 1) Les types de modèles et de structures de coordination en place, y compris les structures de coordination de l'action humanitaire (équipes de pays pour l'action humanitaire, groupes de coordination intersectoriels, groupes sectoriels pour la santé, etc.), les structures de coordination des ripostes nationales à la COVID-19, ainsi que les structures de l'OMS (activation des équipes d'appui à la gestion des incidents), en sa qualité de chef de file du groupe sectoriel.
- 2) L'adaptation et l'évolution des structures de coordination à différents moments de la riposte à la COVID-19, y compris les adaptations initiales qui ont précédé le Plan de réponse humanitaire global, ainsi que les adaptations apportées pendant et après l'exécution du Plan de réponse humanitaire global 2020.

3) Les mesures d'adaptation qui ont été efficaces et celles qui ne l'ont pas été, et la mesure dans laquelle elles ont contribué à l'amélioration de la coordination.

Figure 1. Nombre de réponses au recensement en ligne



Comme indiqué précédemment, le questionnaire en ligne a été adressé à 46 intervenants, allant des coordonnateurs du groupe sectoriel pour la santé aux responsables de l'information, présents dans 31 contextes. Sur les 34 réponses reçues en provenance de 24 pays, 31 ont été retenues. Vingt-cinq réponses étaient complètes et six partielles. Les réponses en double n'ont pas été retenues. Le questionnaire a été élaboré à l'aide de la plateforme Alchemer ; les données ont été extraites vers plusieurs tableaux Excel avant d'être nettoyées et vérifiées. Les questions ont été agrégées de différentes manières aux fins de la vérification croisée. Le rapport sur le recensement en ligne présente et analyse en détail les résultats obtenus. (16)

Études de cas de pays fondées sur des entretiens avec des informateurs clés

L'équipe a mené 87 entretiens approfondis à distance avec des informateurs clés dans le cadre de sept études de cas de pays. L'équipe chargée de l'étude a organisé des ateliers dans les pays concernés afin de présenter et de valider les résultats ; 87 personnes ont participé à ces ateliers.

Les études de cas de pays ont été conçues pour examiner en profondeur les structures de coordination dans chaque pays tout au long de la riposte à la COVID-19 et pour recenser les bonnes pratiques et les problèmes y afférents, dont le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires. En concertation avec le Groupe sectoriel mondial pour la santé, les sept pays des études de cas ont été sélectionnés à l'aune des critères suivants : 1) l'ampleur de la crise ; 2) le niveau de la situation d'urgence ; 3) la diversité régionale ; 4) les priorités du Bureau de l'aide humanitaire ; 4) les régions où sont présents des partenaires de The Operations Partnership. Les pays (et le district) suivants ont été sélectionnés : Afghanistan, Bangladesh (Cox's Bazar), Colombie, Syrie, Soudan, Territoire palestinien occupé et Yémen.

Le cadre analytique a servi à définir les termes de référence des études de cas de pays. (17) Un maximum de 15 entretiens avec des informateurs clés se sont tenus dans chaque pays. Les informateurs clés ont été sélectionnés au moyen d'un échantillonnage raisonné afin de garantir leur diversité ; leurs fonctions ainsi que leur expérience ont également été prises en compte. Les profils des informateurs clés étaient les suivants :

- Personnel du Groupe sectoriel mondial pour la santé.
- Membres de l'équipe de pays pour l'action humanitaire et/ou du groupe de travail intersectoriel.
- Personnel du bureau de pays de l'OMS.
- Personnel des organismes des Nations Unies.
- Personnel des ministères de la santé.
- Personnel d'ONG nationales et internationales.
- Observateurs du groupe sectoriel pour la santé.

Les entretiens, qui se sont appuyés sur des guides d'entretien prédéfinis, consistant en des questions ouvertes adaptées à chaque type d'informateur clé, ont permis d'aborder les sujets suivants :

- Les facteurs qui ont facilité ou entravé l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci, aux niveaux national et infranational (fonctions clés, lacunes des structures, coordination avec d'autres équipes spéciales axées sur la riposte à la COVID-19, etc.).
- Les modes de participation des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la riposte à la COVID-19, y compris dans le cadre de la préparation et de la riposte nationales des ministères de la santé et des interventions connexes du groupe sectoriel pour la santé (par exemple, les différences entre les partenaires nationaux et tout acteur du développement ou nouveau partenaire).
- Les facteurs qui ont facilité ou entravé la participation efficace des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires (la capacité à assister aux réunions de type et de format différents, et son éventuelle incidence sur la coordination et la collaboration ; les effets induits par d'autres difficultés, tels que les restrictions à la liberté de circulation imposées par les gouvernements, etc.).
- Mesures adoptées au sein des mécanismes de coordination en vue d'atteindre les objectifs énoncés dans le Plan de réponse humanitaire global et les plans de réponse humanitaire en appui à la riposte à la COVID-19 (faciliter les achats et les processus liés à la chaîne d'approvisionnement, s'adapter à l'évolution de la situation, mobiliser les ressources et les compétences techniques, faciliter les innovations clés ou l'adaptation des programmes, gérer les priorités divergentes des parties prenantes et déterminer les éventuelles répercussions sur la programmation).
- Les facteurs intervenant au sein des mécanismes de coordination et entre ceux-ci qui ont facilité la riposte à la COVID-19 et le maintien des services de santé essentiels (comme les interventions chirurgicales, les orientations ou la vaccination de routine).

Taille de l'échantillon

Le tableau 2 présente le nombre total d'entretiens menés dans chaque pays dans le cadre de l'étude. (18)

Tableau 2. Entretiens avec des informateurs clés, par pays

Type d'informateur clé	Les entretiens avec des informateurs clés en chiffres							
	Afghanistan	Cox's Bazar (Bangladesh)	Colombie	Territoire palestinien occupé	Soudan	Syrie	Yémen	Total
Donateur	1	1		1				3
Administration publique	1	1	2	2		1	2	9
Observateur du groupe sectoriel pour la santé	1	1		2	1			5
Groupe sectoriel pour la santé	3	1	1		2	5	2	14
ONG internationale	4	3	1	2		4	2	16
ONG nationale	2	1		2	1	6	2	14
Partenaire des Nations Unies	2	2	1	3	1	3	3	15
OMS	1	1		1	1	5	2	11
Total général	15	11	5	13	6	24	13	87

Examen des données secondaires

Un examen des données secondaires approfondi a été mené pour passer en revue tous les documents concernant le groupe sectoriel pour la santé et les structures de coordination au sein de l'OMS, du groupe sectoriel pour la santé et du gouvernement de chacun des sept pays. Le cas échéant, des documents de portée internationale ont également été soumis à un examen. Les documents concernés sont les suivants :

- Documents relatifs aux enseignements tirés (ministères de la santé, organismes ou groupes sectoriels).
- Règlement sanitaire international et documentation y afférente (évaluations externes conjointes, etc.).
- Bulletins des groupes sectoriels pour la santé (aux niveaux national et mondial).
- Orientations techniques mondiales.
- Orientations spécifiques publiées par les pays.
- Liste des partenaires, assortie de données sur leur présence (qui, quoi, quand et où).
- Plans de riposte à la COVID-19 et documents d'orientation connexes (par exemple, politiques relatives aux points d'entrée, tests, vaccination, restrictions imposées par les gouvernements, stratégies en matière d'oxygénothérapie).
- Mises à jour sur la situation (OMS et Bureau de la coordination des affaires humanitaires [OCHA], restrictions imposées par les gouvernements, espace humanitaire, etc.).
- Appels de fonds.
- Mises à jour de l'OCHA et de l'OMS.
- Système de surveillance de la disponibilité des ressources et services de santé (HeRAMS) et/ou données hospitalières/bulletins de l'OMS/rapports des groupes sectoriels pour la santé.

Le cadre analytique a éclairé l'examen des données secondaires et a permis de relever les lacunes en matière d'information. L'examen des données secondaires s'est poursuivi pendant toute la phase de collecte des données, l'accès aux documents fournis par les pays se faisant progressivement. Plus de 1 060 documents ont été recueillis et traités. Le tableau 3 ci-dessous présente le nombre total de documents soumis à examen. La liste complète des documents est disponible à l'annexe 5.

Tableau 3. Documents étudiés dans le cadre de l'examen des données secondaires, par pays

Pays	Documents examinés
Cox's Bazar (Bangladesh)	166
Territoire palestinien occupé	122
Soudan	221
Yémen	90
Afghanistan	61
Colombie	187
Syrie	215
Total	1 062

Ateliers nationaux

Les données ont été compilées dans des bases de données séparées puis analysées au niveau national. Les résultats y afférents ont ensuite été soumis à la validation des parties prenantes dans le cadre d'ateliers. Au total, on a recensé 87 participants dans les sept pays concernés (voir tableau 4). Des rapports internes ont donc été produits au niveau national et ont fait l'objet de retours d'information des coordonnateurs du groupe sectoriel pour la santé et des parties prenantes.

Tableau 4. Nombre de participants aux ateliers nationaux

Pays	Nombre de participants aux ateliers nationaux
Cox's Bazar (Bangladesh)	14
Territoire palestinien occupé	8
Soudan	23
Yémen	13
Afghanistan	8
Colombie	10
Syrie	8
Total	87

Analyse des données

Aux fins de l'élaboration du rapport mondial de synthèse, tous les points de données des pays ont été compilés et analysés conjointement. L'analyse des données a suivi une approche cohérente et systématique. Par conséquent, tous les résultats et conclusions présentés dans ce rapport s'appuient sur une collecte de données et une analyse systématiques, comme décrit dans la figure 2.

Figure 2. Processus d'analyse des données

Bases de données nationales	Nettoyage et tri des données de la base de données globale	Analyse et synthèse des résultats	Recoupement et établissement des résultats globaux
<ol style="list-style-type: none"> 1. Les données qualitatives des entretiens menés avec des informateurs clés et des examens des données secondaires sont saisies dans les bases de données relatives aux sept études de cas de pays. 2. Les données sont codées systématiquement par critère, thème, indicateur, mécanisme de coordination, type de coordination (au sein des structures de coordination ou entre celles-ci), période et niveau (national et infranational) conformément au cadre analytique. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La saisie des données est examinée. 2. Les bases de données nationales sont regroupées dans une base de données globale. 3. Les données de chaque indicateur sont triées et exportées dans des tableaux croisés dynamiques. 4. Les données sont ventilées par niveau national/ infranational, mécanisme de coordination et période, puis classées en fonction de la définition des thèmes clés. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les thèmes clés récurrents sont définis et classés selon leur fréquence. 2. Les plus fréquents sont analysés et synthétisés sous forme de résultats clés pour chaque thème et indicateur. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les résultats au niveau des pays sont recoupés pour établir les résultats globaux. 2. Les résultats globaux sont établis par indicateur et thème en s'appuyant sur le cadre analytique. 3. Les résultats sont recoupés avec les résultats pertinents du recensement en ligne. 4. Les résultats sont résumés dans un rapport.

Points de données relevés

Les tableaux 5, 6 et 7 présentent le nombre de points de données relevés dans chaque pays pour les différents critères à l'issue de l'examen des données secondaires et des entretiens avec des informateurs clés.

Tableau 5. Total des points de données, par pays et par critère

Pays	Critère 1 :	Critère 2 :	Critère 3 :	Total
Afghanistan	482	223	360	1 065
Cox's Bazar (Bangladesh)	460	159	169	788
Colombie	125	76	132	333
Territoire palestinien occupé	137	40	124	301
Soudan	348	127	137	612
Syrie	252	102	282	636
Yémen	411	154	288	853
Total	2 215	881	1 492	4 588

Tableau 6. Points de données à l'issue de l'examen des données secondaires, par pays et par critère

Pays	Critère 1 :	Critère 2 :	Critère 3 :	Total
Afghanistan	92	40	105	237
Cox's Bazar (Bangladesh)	123	7	15	145
Colombie	38	18	34	90
Territoire palestinien occupé	49	6	22	77
Soudan	147	19	73	239
Syrie	51	11	101	163
Yémen	100	30	25	155
Total	600	131	375	1 106

Tableau 7. Points de données à l'issue des entretiens avec des informateurs clés, par pays et par critère

Pays	Critère 1 :	Critère 2 :	Critère 3 :	Total
Afghanistan	390	183	255	828
Cox's Bazar (Bangladesh)	337	152	154	643
Colombie	87	58	98	243
Territoire palestinien occupé	88	34	102	224
Soudan	201	108	64	373
Syrie	201	91	181	473
Yémen	311	124	263	698
Total	1 615	750	1 117	3 482

Limites et atténuations

L'étude visait à recenser les enseignements tirés sans émettre d'appréciation formelle ; elle ne constitue donc pas une évaluation complète des performances. Les données probantes ont été compilées à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives, et bien que les corrélations statistiques n'aient pas pu être établies, une analyse a permis de recenser les sujets couverts in extenso, et des ateliers de validation ont été organisés dans les sept pays afin de garantir la pertinence des résultats.

Compte tenu de la portée de la présente étude, le degré de détail des informations obtenues se situe au niveau infranational (généralement, l'état, la province ou la région).

Partie II. Résultats, conclusions et recommandations

Cette partie présente les résultats et les conclusions de l'étude. Les résultats sont établis à partir de la base de données globale (19) et des matrices d'analyse (20) et vérifiés en consultant de multiples sources. Les conclusions reflètent les interprétations des résultats, les discussions des ateliers de validation et l'analyse de l'équipe en charge de l'étude.

Les recommandations suggèrent des mesures spécifiques devant être prises par le Groupe sectoriel mondial pour la santé et le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire afin de donner suite aux résultats et aux conclusions de l'étude. Les recommandations ont été formulées par les participants aux ateliers de validation et par l'équipe chargée de l'étude. Elles sont classées par importance et par degré d'urgence ; les mesures recommandées concernent les niveaux mondial, régional et national selon les cas.

Les sous-parties ci-dessous s'articulent autour des trois critères définis et présentent les résultats, les conclusions et les recommandations concernant chaque thème et indicateur.

Certains pays adaptent cependant leur structure de coordination en fonction du contexte prédominant. Ainsi, à Cox's Bazar, au Bangladesh, un groupe exécutif stratégique (codirigé par le Coordonnateur résident, l'Organisation internationale pour les migrations et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés) a été constitué à Dhaka en lieu et place de l'équipe de pays pour l'action humanitaire recommandée. En Syrie, en raison de la dimension régionale de la crise et de la nécessité de mener de multiples opérations transfrontières, les Nations Unies ont établi le comité de coordination de la crise syrienne.

Architecture/mécanismes de coordination de l'action humanitaire en place à différents moments pendant la pandémie de COVID-19

Dans presque (21) tous les pays, le groupe sectoriel pour la santé ou le groupe de travail chargé du secteur de la santé étaient activés avant la pandémie, à l'exception du Honduras et de Madagascar, qui les ont activés, respectivement, en 2020 et en 2022 ; (22) le nombre de ces structures a donc augmenté au fil du temps. (23) Il en va de même pour les forums d'ONG, qui étaient présents dans 79 % des pays avant 2020 et dans 84 % d'entre eux en 2022. Quant à la coordination de la riposte à la COVID-19 au sein de l'architecture humanitaire, elle est considérée comme ayant diminué au fil du temps. Le nombre de groupes de travail sur la COVID-19 au sein du groupe sectoriel pour la santé a diminué : présents dans 58 % des pays pendant la première année de la pandémie, ils ne l'étaient plus que dans 42 % en 2022. Les groupes de travail sur la COVID-19 relevant du groupe de coordination intersectoriel étaient en place dans 21 % des pays en 2020 et dans seulement 11 % en 2021. Les groupes de travail sur la COVID-19 établis au sein des équipes de pays pour l'action humanitaire étaient présents dans 32 % des pays en 2020 et dans seulement 16 % à compter de 2021 (voir figure 4).

Figure 4. Mécanismes nationaux de coordination de l'action humanitaire

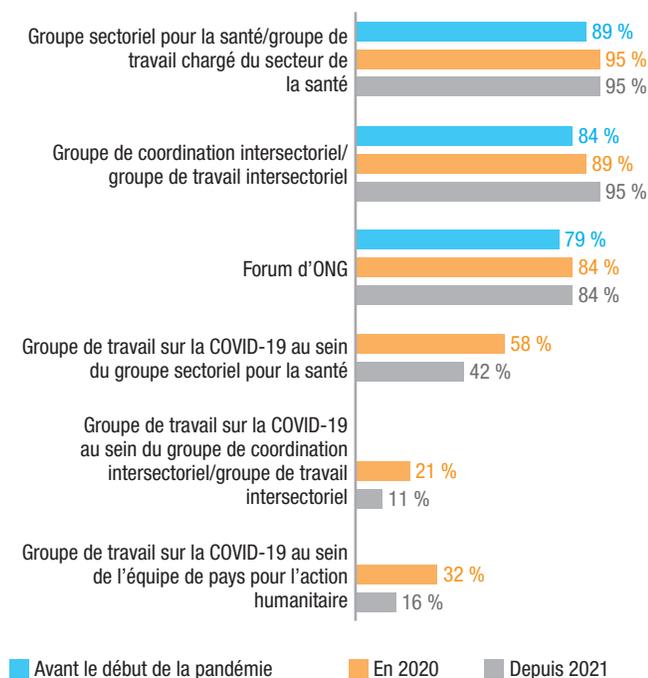
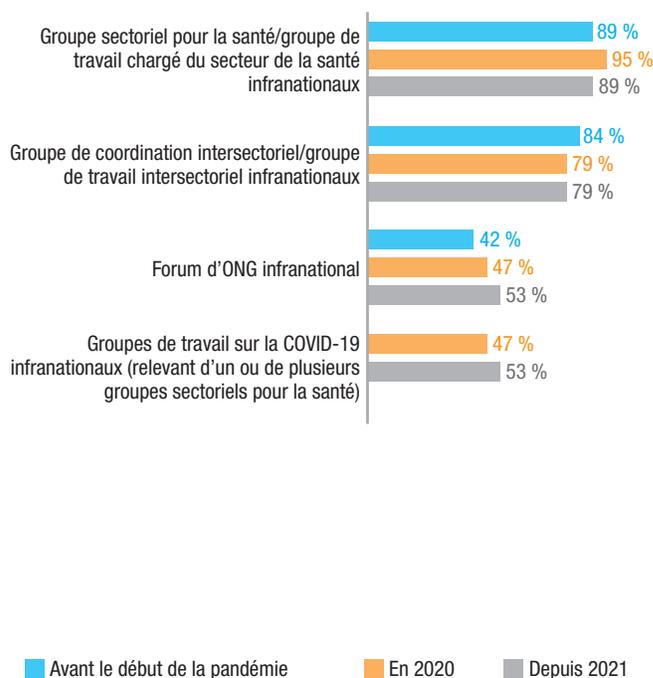


Figure 5. Mécanismes infranationaux de coordination de l'action humanitaire



Au niveau infranational, il apparaît que les groupes sectoriels pour la santé ou les groupes de travail chargés du secteur de la santé étaient présents dans l'ensemble des pays, reflétant la structure nationale (89 %), avant et après le début de la pandémie. La proportion de pays où la coordination intersectorielle/entre les groupes sectoriels était opérationnelle au niveau infranational a légèrement diminué, passant de 84 % avant la pandémie à 79 % en 2021. Le nombre de pays comptant des forums d'ONG au niveau infranational a augmenté au fil du temps, passant de 42 % à 53 %. Fait intéressant, au niveau infranational, la coordination de la riposte à la COVID-19 pour les populations touchées par une crise, ainsi que les groupes de travail sur la COVID-19 relevant d'un ou de plusieurs groupes sectoriels pour la santé ont augmenté, passant de 47 % des pays à 53 % (voir figure 5).

Adéquation et utilité de l'architecture de la coordination de l'action humanitaire en place

La perception des répondants quant à l'utilité de la structure de la coordination de l'action humanitaire variait grandement selon qu'il était question du niveau national (mieux noté) ou du niveau infranational. Plus de la moitié des répondants (55 %) ont indiqué que les structures de coordination de l'action humanitaire en place au niveau national étaient très appropriées pour faire face à l'évolution de la situation et 45 % qu'elles étaient plutôt appropriées. Cependant, bien que 45 % et 48 % des répondants aient considéré qu'elles étaient, respectivement, très utiles et plutôt utiles dans le cadre de la riposte, au niveau infranational, une grande majorité des répondants (58 %) a jugé les structures de coordination plutôt utiles et 32 % très utiles. Seul un répondant (soit 3 %) a considéré que les structures de coordination infranationales n'étaient pas utiles. Il est donc nécessaire d'intensifier les efforts au niveau infranational.

Il ressort des remarques formulées par les participants lors du recensement en ligne au niveau mondial que l'établissement d'équipes spéciales/de groupes de travail dédiés pour chaque pilier de la riposte au niveau national (Bureau régional de la Méditerranée orientale [EMRO], Bureau régional de l'Asie du Sud-Est [SEARO] et Bureau régional pour l'Afrique [AFRO]) a été très utile dans le cadre de la riposte. Certains ont cependant indiqué que la structure de coordination leur avait semblé trop fragmentée, empêchant les acteurs de tirer parti de l'architecture existante (EMRO). Cela a par conséquent entravé la synchronisation des interventions entre les niveaux national et infranational (AFRO) et/ou créé un conflit entre les interventions humanitaires et la riposte à la COVID-19 (AFRO). Les répondants ont par ailleurs fait état du manque de capacités, notamment au niveau infranational (EMRO/AFRO), aggravé d'autant plus par l'insécurité régnant dans certains pays, contraignant plusieurs membres du personnel de santé à abandonner leur lieu d'affectation (EMRO).

Architecture de la coordination en place au sein des ministères de la santé et des gouvernements et entre ces instances à différents moments pendant la pandémie de COVID-19

Figure 6. Mécanismes de coordination gouvernementale de la riposte à la COVID-19 au niveau national

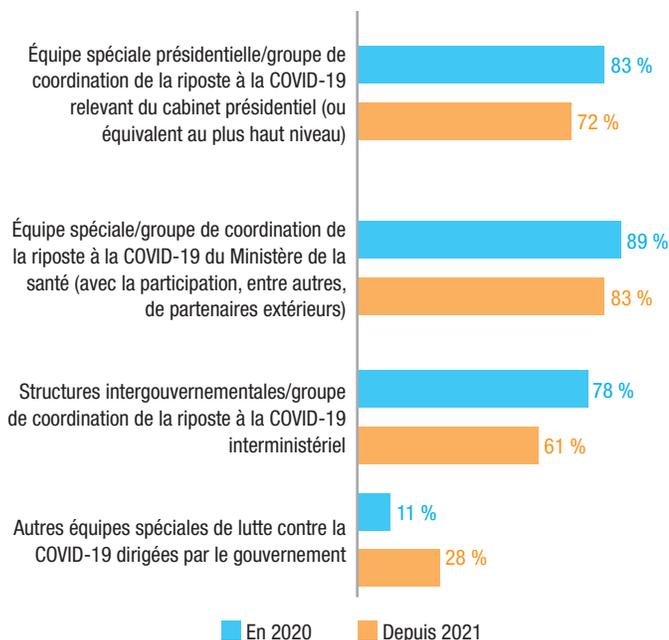
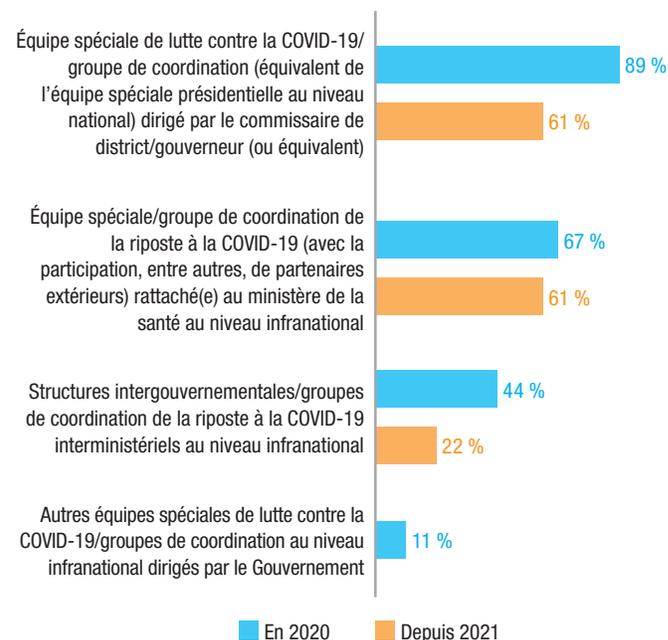


Figure 7. Mécanismes de coordination gouvernementale au niveau infranational



Diverses équipes spéciales de haut niveau chargées de lutter contre la COVID-19 ont été constituées par les gouvernements au niveau national, dont des équipes spéciales présidentielles (ou équivalentes) (83 % des pays) ou relevant des ministères de la santé (89 %) ; leur nombre a cependant légèrement diminué en 2021. Parmi les autres mécanismes de coordination gouvernementale utilisés en 2020 figurent les comités scientifiques, les équipes spéciales chargées de la vaccination contre la COVID-19 et la plateforme « Une seule santé ».

Il convient de noter que, dans le cadre des études de cas, des informateurs clés ont signalé qu'en 2020, des structures miroirs ont été créées au niveau infranational afin d'assurer l'intégration de la coordination à partir du niveau national. Comme le montre le recensement en ligne, la présence au niveau infranational des groupes de coordination ou des équipes spéciales de lutte contre la COVID-19 relevant des commissaires de district/ gouverneurs en 2020 (signalée par 89 % des répondants) était du même ordre que celle des équipes spéciales présidentielles au niveau national, mais en 2021, elle l'était beaucoup moins.

Fait intéressant, les équipes spéciales des ministères de la santé signalées étaient moins nombreuses au niveau infranational (67 % des répondants) qu'au niveau national (89 %), mais elles ont cependant été maintenues en 2021.

Les structures intergouvernementales/groupes de coordination au niveau infranational ont été signalés par 44 % des répondants en 2020 et par seulement 22 % en 2021. Les autres mécanismes de coordination dont l'existence n'a été signalée qu'en 2020 sont les équipes d'intervention d'urgence et de contrôle de la COVID-19 et les équipes spéciales chargées de la quarantaine relevant des ministères de l'intérieur.

Utilisation des COUSP aux niveaux national et infranational

Figure 8. Utilisation des COUSP au niveau national

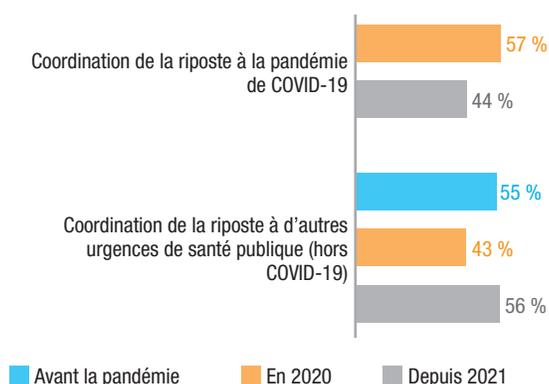
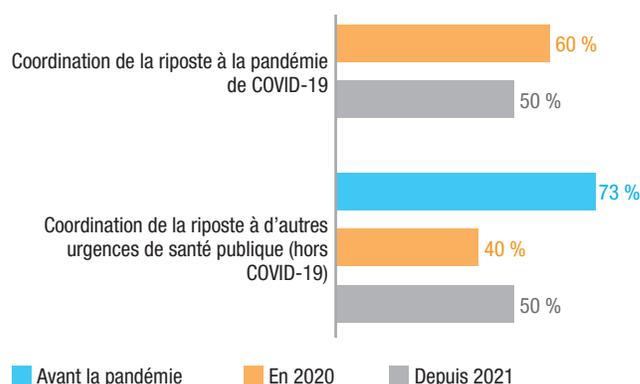


Figure 9. Utilisation des COUSP au niveau infranational



D'après les réponses obtenues, il a largement été fait appel aux COUSP pour appuyer la riposte à la COVID-19, aux niveaux national et infranational, dans l'ensemble des pays. Les centres d'opérations d'urgence (CEO), largement utilisés (surtout au niveau infranational) dans le cadre des interventions précédant la pandémie, l'ont été nettement moins en 2020.

La figure 8 montre que 57 % des répondants ont indiqué avoir eu recours aux COUSP pour coordonner la riposte à la COVID-19 en 2020 au niveau national, ce pourcentage étant tombé à 44 % depuis 2021. Fait intéressant, l'utilisation des COUSP pour coordonner les urgences sanitaires autres que la COVID-19 au niveau national a diminué en 2020, puis a légèrement augmenté en 2021, revenant au niveau enregistré avant la pandémie. La figure 9 montre qu'au niveau infranational, avant la pandémie, il a largement été fait appel (73 %) aux COUSP pour coordonner les urgences sanitaires autres que la COVID-19. Après un recul en 2020 (40 %), cette pratique a légèrement augmenté en 2021 (50 %).

Adéquation et utilité de l'architecture de la coordination gouvernementale en place

La plupart des participants au recensement en ligne ont considéré que les mécanismes de coordination gouvernementale étaient seulement plutôt appropriés et plutôt utiles dans le cadre de la riposte aux niveaux national et infranational. Seuls 25 % ont considéré que ces mécanismes étaient très appropriés (principalement dans les régions AFRO et EMRO), près des deux tiers (71 %) les ont jugés plutôt appropriés, et 4 % ont estimé qu'ils n'étaient pas appropriés. De même, seuls 27 % des participants ont estimé que les structures de coordination gouvernementale étaient utiles dans le cadre de la riposte au niveau national et 72 % qu'elles étaient plutôt utiles. Au niveau infranational, les résultats sont similaires : 24 % des répondants les ont trouvées très utiles, 72 % plutôt utiles et 4 % inutiles.

Cette perception doit être mise en regard avec le sentiment inspiré par l'architecture humanitaire au niveau national (55 % des répondants la jugent très appropriée et 45 % très utile), tandis que 32 % des répondants pensent qu'elle a été très utile au niveau infranational. Cela illustre l'importance de renforcer les structures de coordination gouvernementale afin qu'elles soient en mesure d'assurer leur fonction à l'échelle requise pendant une pandémie.

Les participants au recensement en ligne mené au niveau mondial ont indiqué que les changements apportés à l'architecture de la coordination gouvernementale ont légitimé les activités de la riposte, notamment en ce qui concerne les quarantaines et les mesures de santé publique (EMRO). Ils ont également déclaré que les changements ont permis d'avoir recours à un comité axé sur l'approche « Une seule santé » en l'absence de COUSP (AFRO). Lorsque des COUSP étaient en place, les changements ont permis de coordonner les activités de la riposte jusqu'à l'établissement d'autres mécanismes (AFRO).

Enfin, l'évolution de l'architecture de la coordination aidant, les ministères de la santé sont devenus les chefs de file de la riposte à la COVID-19 (EMRO). En revanche, la faible participation d'autres ministères ou services a été citée comme une défaillance (AFRO). Le manque de structures de coordination gouvernementale au niveau infranational a également été signalé (AFRO).

Recours aux équipes d'appui à la gestion des incidents au sein de l'OMS

Des questions ont été posées sur l'existence d'équipes d'appui à la gestion des incidents au sein de l'OMS après le début de la pandémie. Ces structures sont des fonctions internes (articulées dans le Cadre d'action d'urgence de l'OMS de 2017) qui permettent aux bureaux de pays de l'OMS de mieux faire face aux situations d'urgence. Il a également été demandé aux répondants d'indiquer si une cellule destinée à l'appui de la riposte à la COVID-19 était en place. Sur les 24 pays, 20 (soit 83 %) ont déclaré avoir établi une équipe d'appui à la gestion des incidents dans le cadre de la lutte contre la pandémie ; 16 l'ont activée en 2020 et 1 en 2021. Dans dix de ces pays, une autre équipe d'appui à la gestion des incidents concernant une autre crise était également opérationnelle.

Résultat 1.1.2 : Adaptations recensées (tendances et cas atypiques)

Parmi les résultats figure la description des adaptations apportées aux modèles de coordination à différents moments pendant la riposte à la COVID-19 (aux niveaux national et infranational), par rapport aux structures existant avant la pandémie.

Domaines de changement concernant les mécanismes de coordination des gouvernements et de l'action humanitaire

Figure 10. Des changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale se sont-ils produits dans les domaines suivants ?

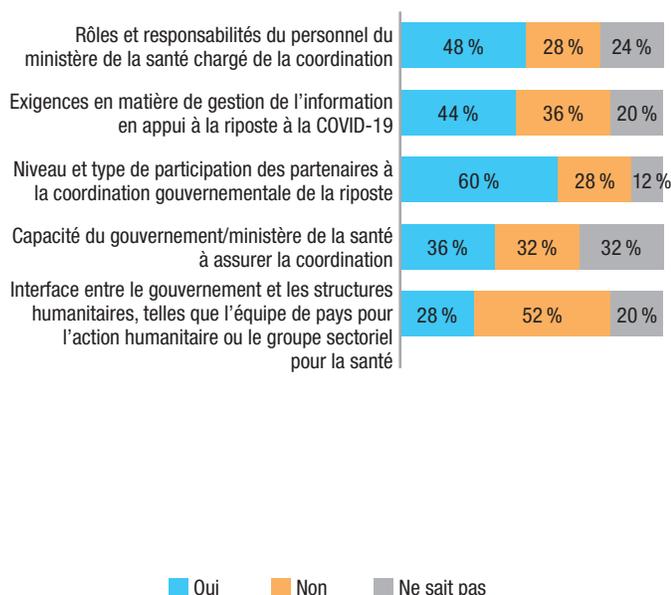
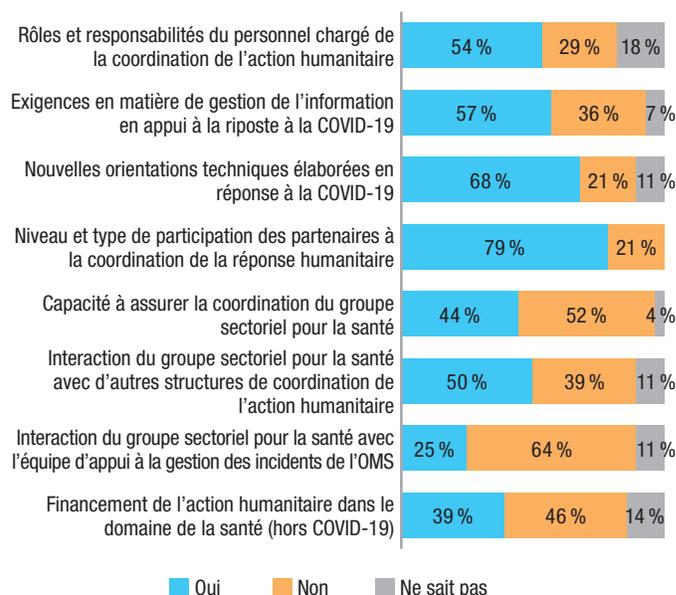


Figure 11. Des changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire se sont-ils produits dans les domaines suivants ?



S'agissant des mécanismes de coordination des gouvernements et de l'action humanitaire, les changements concernant la collaboration des partenaires et la gestion de l'information figurent parmi les trois changements les plus souvent cités par les répondants. Comme indiqué dans la figure 10, s'agissant de la coordination gouvernementale de la riposte à la COVID-19, les changements les plus fréquemment signalés concernent la collaboration des partenaires avec le ministère de la santé (60 %), les rôles et les responsabilités du personnel du ministère de la santé chargé de la coordination (48 %), et les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte (44 %). Les changements les moins cités concernent la capacité du gouvernement/ministère de la santé à assurer la coordination (36 %) ainsi que l'interface entre le gouvernement et les structures humanitaires (28 %). La figure 11 montre que les changements concernant la coordination de l'action humanitaire face à la COVID-19 les plus fréquemment cités sont la collaboration des partenaires (près de 80 %), l'élaboration d'orientations techniques (68 %) et les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte (57 %). Viennent ensuite les rôles et les responsabilités du personnel chargé de la coordination de l'action humanitaire (54 %), et l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures humanitaires (50 %). *Ces deux derniers aspects semblent donc figurer parmi ceux qui doivent évoluer le plus afin d'assurer une coordination adéquate.*

Quand ces changements se sont-ils produits ?

Figure 12. Quand les changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale se sont-ils produits au niveau national ?

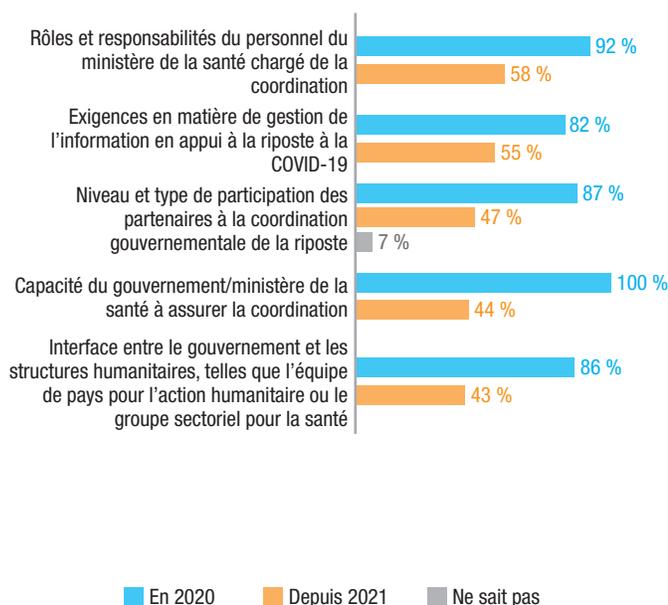
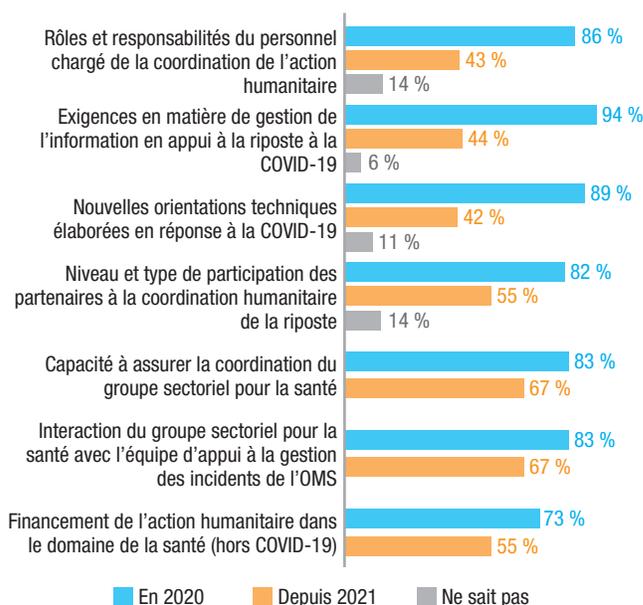


Figure 13. Quand les changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire se sont-ils produits au niveau national ?



Si la plupart des changements concernant les mécanismes de coordination et de riposte à la COVID-19 des gouvernements et de l'action humanitaire se sont produits en 2020, certains ont également été relevés en 2021, dans une plus large mesure en matière de coordination de l'action humanitaire, et portaient notamment sur la capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé et sur l'interface entre les groupes sectoriels pour la santé et l'OMS. S'agissant des changements survenus dans les mécanismes de coordination gouvernementale en 2020, la figure 12 montre que tous les répondants (100 %) ont cité la capacité du gouvernement à assurer la coordination, 92 % les rôles et les responsabilités du personnel du ministère de la santé chargé de la coordination, et 87 % la participation des partenaires à la coordination gouvernementale de la riposte. L'interface entre le gouvernement et les structures de coordination de l'action humanitaire suivent de près (86 %), ainsi que les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte à la COVID-19 (82 %). Quant aux changements dans les mécanismes humanitaires de coordination et de riposte à la COVID-19, la figure 13 montre que les répondants ont indiqué qu'en 2020, ils se sont produits dans tous les domaines (de 73 % à 94 % selon le domaine). L'évolution et l'adaptation de ces mécanismes se sont poursuivies en 2021 à une échelle nettement plus importante (entre 42 % et 67 %) que celle des structures gouvernementales ; viennent en tête la capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé (67 %), l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l'OMS (67 %), la participation des partenaires et le financement de l'action humanitaire dans le domaine de la santé, hors COVID-19 (55 %).

Les changements se sont-ils également produits au niveau infranational ?

Figure 14. Les changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale signalés se sont-ils également produits au niveau infranational ?

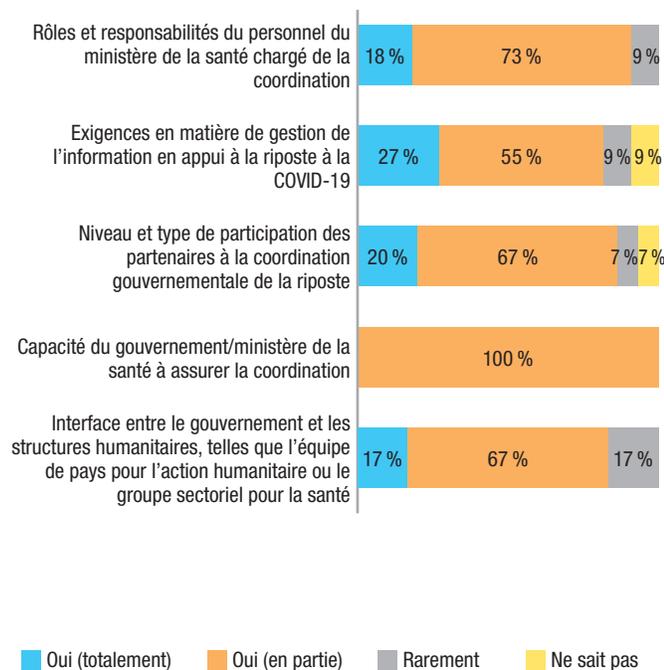
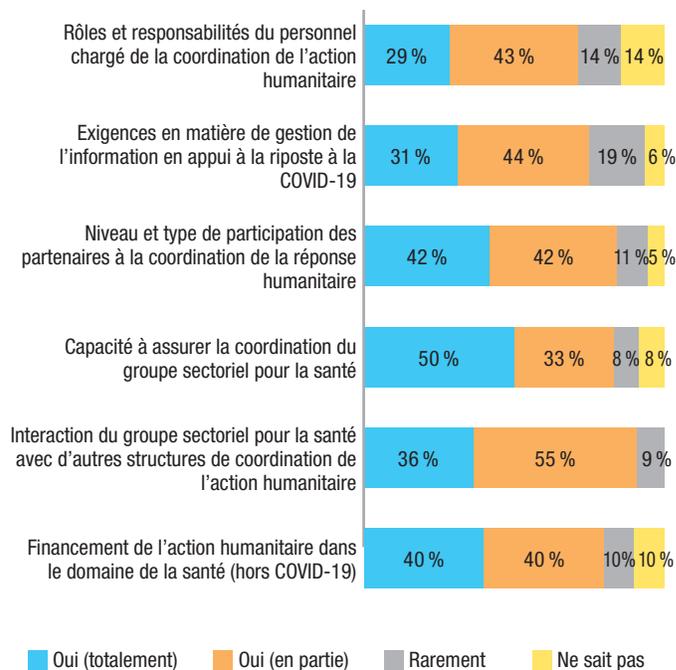


Figure 15. Les changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire signalés se sont-ils également produits au niveau infranational ?



Globalement, en ce qui concerne les mécanismes de coordination gouvernementale au niveau infranational, les répondants étaient peu nombreux à considérer que les changements se sont produits « intégralement » dans les cinq domaines concernés. Les changements qu'ils ont le plus souvent cités concernent les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte à la COVID-19 (27 %), la participation des partenaires (20 %), et les rôles et responsabilités du personnel du ministère de la santé chargé de la coordination (18 %). Fait intéressant, ils s'accordent tous à qualifier de partiels les changements apportés à la capacité du gouvernement à assurer la coordination au niveau infranational, comme le montre la figure 14.

S'agissant de la coordination de l'action humanitaire dans le domaine de la santé au niveau infranational, les répondants ont indiqué que les changements y ont été plus nombreux que pour la coordination gouvernementale, mais sans atteindre l'ampleur des changements survenus au niveau national. Les domaines qui, d'après eux, ont le plus évolué, sont la capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé (50 %), la participation des partenaires (42 %), et le financement de l'action humanitaire dans le domaine de la santé, hors COVID-19 (40 %). Il convient de noter que l'élaboration d'orientations techniques et l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l'OMS (équipe d'appui à la gestion des incidents) n'ont pas été prises en considération, car elles relèvent exclusivement du niveau national. Certaines réponses obtenues dans le cadre du recensement en ligne mené au niveau mondial indiquent cependant que les acteurs de terrain n'ont pas été associés à certaines activités comme le prévoyaient les orientations relatives au Cadre d'action d'urgence de l'OMS, les intervenants locaux étant seulement perçus comme des destinataires. Le manque de capacités au niveau infranational a entravé la transposition des interventions à ce niveau. L'absence de synchronisation entre les niveaux national et infranational, due à des divergences politiques, a également été relevée (EMRO).

Quand les changements se sont-ils produits au niveau infranational ?

Figure 16. Quand les changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale se sont-ils produits au niveau infranational ?

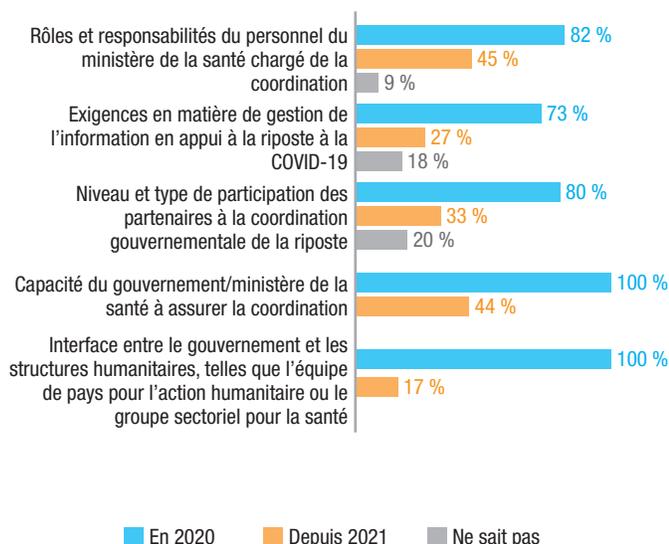
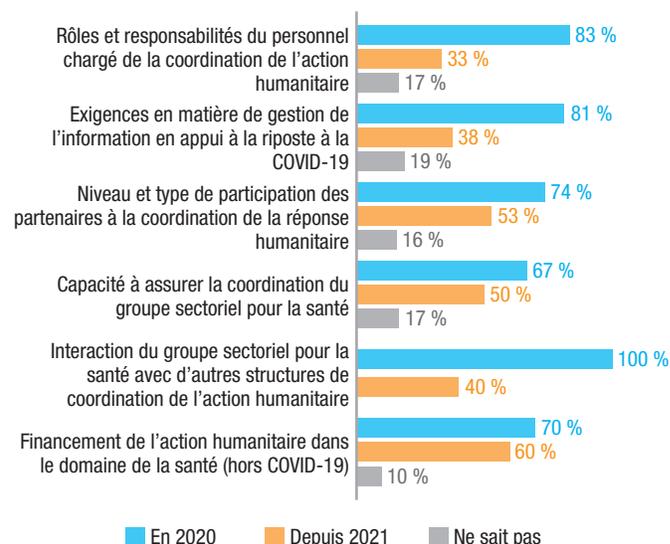


Figure 17. Quand les changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire se sont-ils produits au niveau infranational ?



Comme le montrent les figures 16 et 17, des changements se sont produits dans les deux types de coordination en 2020 et, dans une moindre mesure, en 2021.

Quelle a été l'ampleur de ces changements et dans quelle mesure ont-ils été appropriés et utiles ?

Les répondants ont indiqué que l'ampleur des changements apportés aux mécanismes de coordination gouvernementale a été variable, 14 % à 33 % d'entre eux considérant que des changements significatifs s'étaient produits dans les cinq domaines (voir figure 18). Le domaine qui arrive en tête est celui des rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination, 58 % des répondants ayant indiqué que des changements significatifs y ont été apportés. Globalement, les changements survenus dans les cinq domaines ont été considérés comme plutôt appropriés (voir figure 20) ; entre 11 % et 29 % des répondants seulement ont considéré qu'ils avaient été très appropriés ; leur utilité au niveau national a été perçue de manière similaire (figure 22).

Globalement, la perception concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire est qu'ils ont davantage évolué que ceux du gouvernement, entre 29 % et 82 % des répondants estimant que les changements ont été significatifs dans les sept domaines considérés (voir figure 19). Le financement de l'action humanitaire dans le domaine de la santé (hors COVID-19) apparaît comme le domaine où l'ampleur des changements a été la plus importante. Quant au caractère approprié des changements, il a été jugé de manière variable selon le domaine, 27 % à 83 % des répondants considérant que les changements ont été très appropriés (voir figure 21). En revanche, la moitié des répondants a indiqué que les changements étaient très utiles dans la plupart des domaines (figure 23).

Figure 18. Ampleur des changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale au niveau national

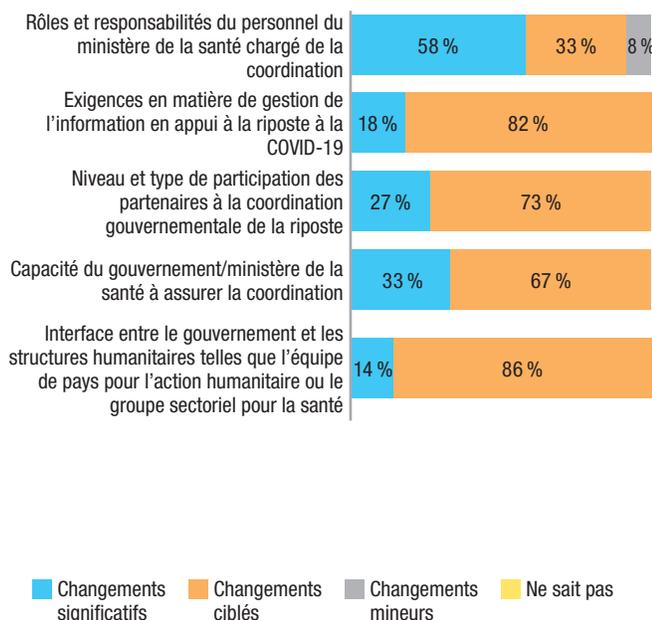


Figure 19. Ampleur des changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire au niveau national

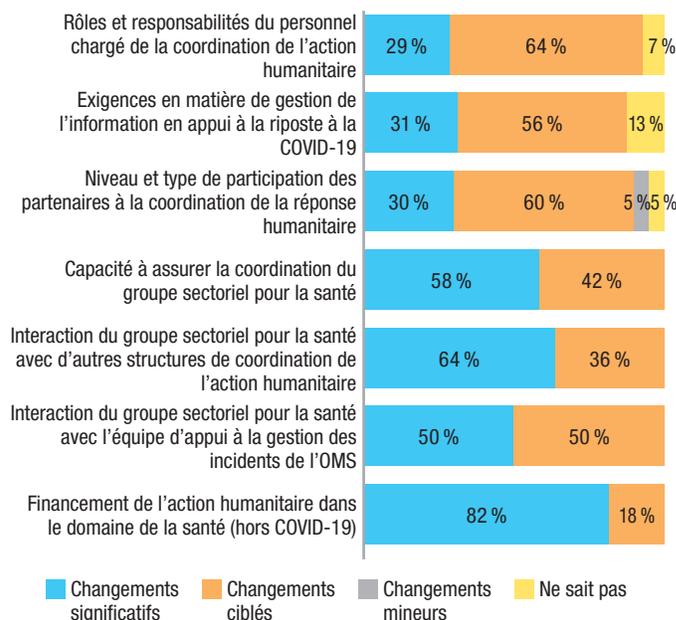


Figure 20. Adéquation des changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale au regard de l'évolution de la situation/des besoins croissants au niveau national

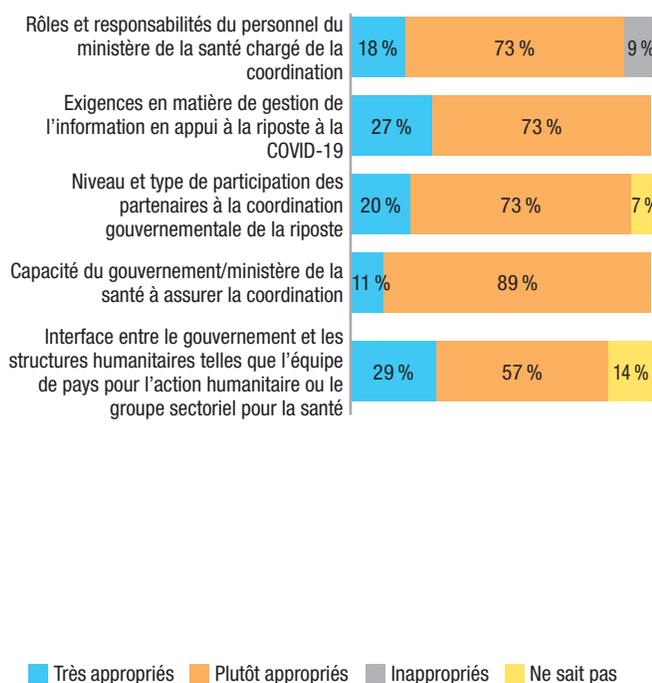


Figure 21. Adéquation des changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire au regard de l'évolution de la situation/des besoins croissants au niveau national

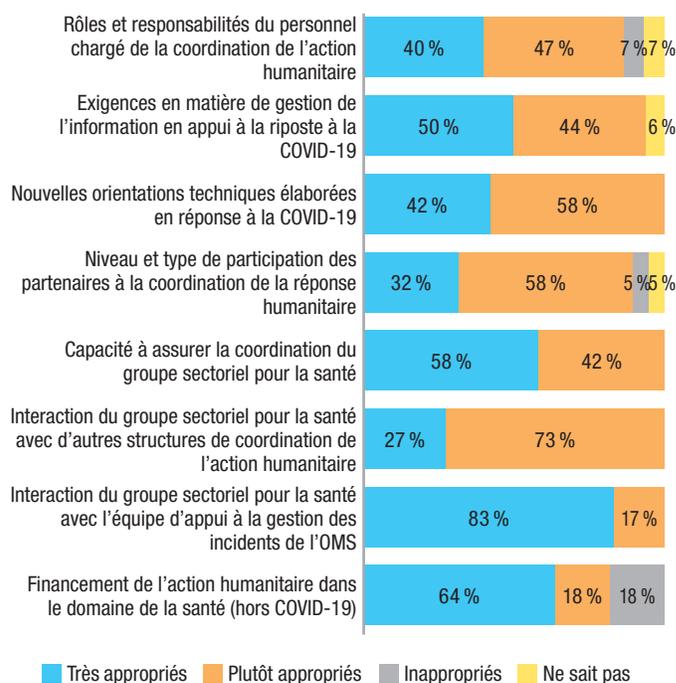


Figure 22. Dans quelle mesure ces changements concernant les mécanismes de coordination gouvernementale ont-ils été utiles pour la riposte au niveau national ?

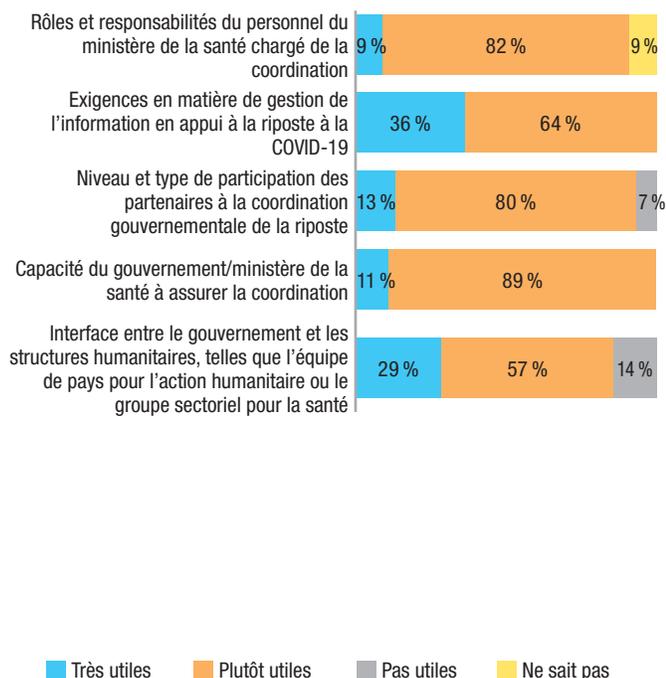
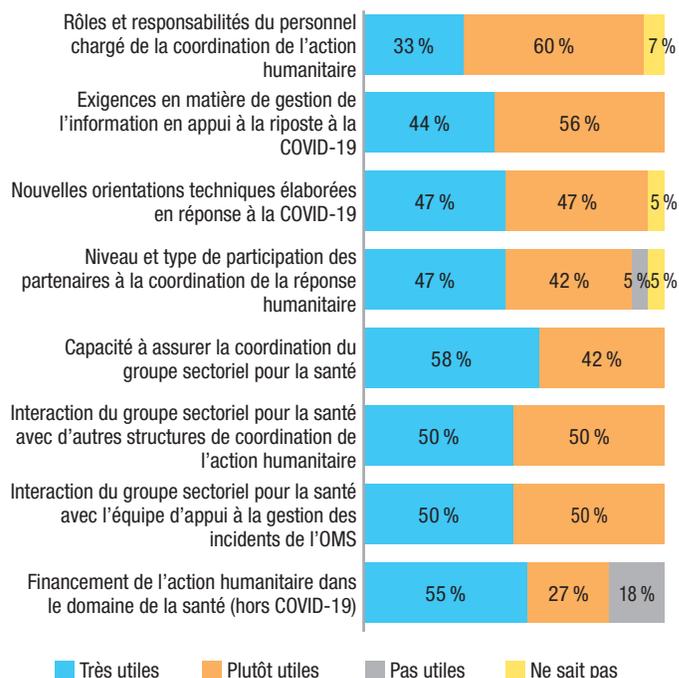


Figure 23. Dans quelle mesure ces changements concernant les mécanismes de coordination de l'action humanitaire ont-ils été utiles pour la riposte au niveau national ?



Analyse des domaines de changement concernant les mécanismes de coordination gouvernementale et de l'action humanitaire dans le cadre de la riposte à la COVID-19, données issues du recensement en ligne

Rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination de la riposte à la COVID-19

Figure 24. Rôles et responsabilités du personnel du ministère de la santé chargé de la coordination de la riposte à la COVID-19

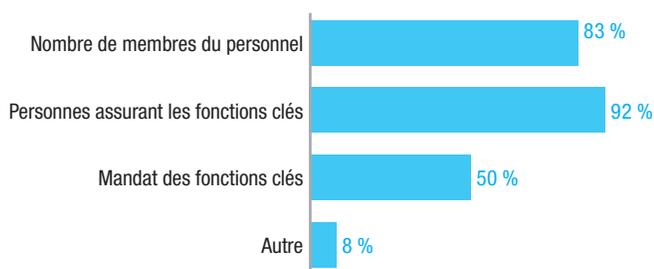
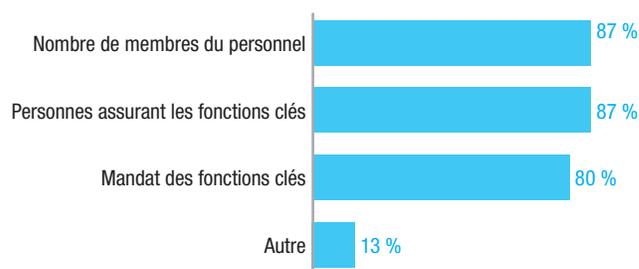


Figure 25. Rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination de l'action humanitaire



Comme indiqué précédemment, les répondants ont signalé que des changements ont été apportés aux mécanismes de coordination gouvernementale (48 %, figure 10) et de l'action humanitaire (54 %, figure 11) dans le cadre de la riposte à la COVID-19 dans près de la moitié des pays. Les changements ont été nettement moins nombreux au niveau infranational : 18 % pour la coordination gouvernementale (figure 14) et 29 % pour la coordination de l'action humanitaire (figure 15).

Le domaine qui arrive en tête est celui des rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination, 58 % des répondants ayant indiqué que des changements significatifs y ont été apportés. La plupart d'entre eux ont cependant considéré que ces changements étaient plutôt appropriés et 9 % qu'ils étaient inappropriés (ce domaine est le seul à obtenir ce résultat). Ces changements ont été jugés très utiles au niveau national par

seulement 9 % des répondants. Cela reflète le fait que les gouvernements et les ministères de la santé sont soumis à une pression considérable sur le plan des fonctions de coordination et qu'ils ont besoin d'investissements et de plans de renforcement pour pouvoir obtenir de meilleurs résultats. (Ce point est abordé plus en détail dans la partie consacrée au critère 3, thème 3.1, indicateur 3.1.1). La figure 24 montre que la plupart des changements relevés concernaient les personnes assurant les fonctions clés (92 % des répondants) et le nombre de membres du personnel (83 %), loin devant le mandat des fonctions clés (50 %).

Quant aux mécanismes de coordination gouvernementale, il a été signalé (dans le cadre des questions ouvertes du recensement en ligne) que la fermeture de certains établissements de santé dont le personnel était réaffecté à la lutte contre la COVID-19 (EMRO) a posé des problèmes. De plus, les partenaires ont dû longtemps prendre en charge le salaire du personnel supplémentaire (AFRO). Une baisse de la motivation a par ailleurs été observée chez les membres du personnel pendant la pandémie lorsqu'il a été fait appel à d'autres personnes pour gérer la riposte à la COVID-19. À cela s'est ajouté le stress accru du personnel déployé, qui craignait d'être infecté (EMRO).

S'agissant des mécanismes de coordination de l'action humanitaire, seuls 29 % des répondants ont considéré que les changements concernant les rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination étaient significatifs (soit un pourcentage inférieur à celui du personnel du ministère de la santé ou du gouvernement assurant les mêmes fonctions) et 40 % ont jugé qu'ils étaient très appropriés ; néanmoins, 7 % ont estimé qu'ils étaient inappropriés et seuls 33 % ont pensé qu'ils étaient très utiles (le résultat le plus faible). Ainsi, bien que, globalement, les changements aient été perçus comme étant positifs, il est nécessaire de renforcer l'adaptation et le changement des rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination de l'action humanitaire (voir figures 17, 19 et 21).

Comme pour les mécanismes de coordination gouvernementale de la riposte à la COVID-19, les principaux changements relevés concernaient les personnes assurant les fonctions clés (87 % des répondants), le nombre de membres du personnel (87 %) et le mandat des fonctions clés (80 %) (voir figure 25).

L'efficacité du déploiement de ressources destinées à la riposte à la COVID-19 a été signalée, qu'il s'agisse du personnel qui, bien qu'affecté à d'autres domaines, possédait les capacités techniques d'appuyer la riposte et a été déployé ou détaché auprès des équipes de pays (EMRO), ou des équipes autonomes établies avec pour mission de gérer la riposte (AFRO). Ces mécanismes de renfort ont également été mis en avant dans le cadre des entretiens avec des informateurs clés.

En revanche, pour ce qui est des mécanismes de coordination de l'action humanitaire dans le cadre de la riposte à la COVID-19, il a également été signalé que la nécessité d'appuyer la lutte contre la pandémie a entraîné la réorientation du travail du personnel, créant des carences dans d'autres domaines des interventions de santé (EMRO). De plus, la rotation du personnel a entravé la coordination de la riposte sanitaire à la COVID-19. Enfin, les interventions liées à la pandémie ont eu pour effet d'augmenter considérablement la charge de travail du personnel (EMRO/AFRLO), qui a dû assurer des fonctions mixtes ou des responsabilités deux à trois fois plus étendues (EMRO), notamment au niveau infranational.

Exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte à la COVID-19

Figure 26. Exigences en matière de gestion de l'information concernant les ministères de la santé

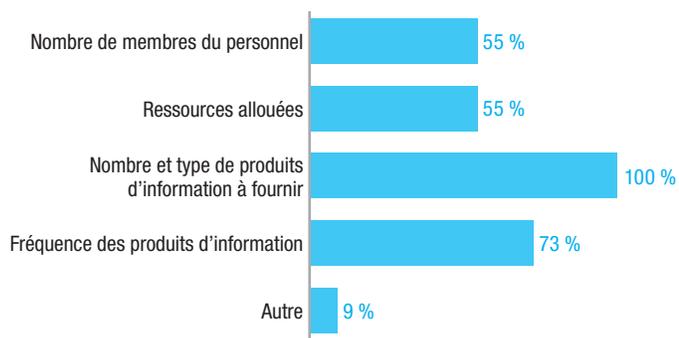
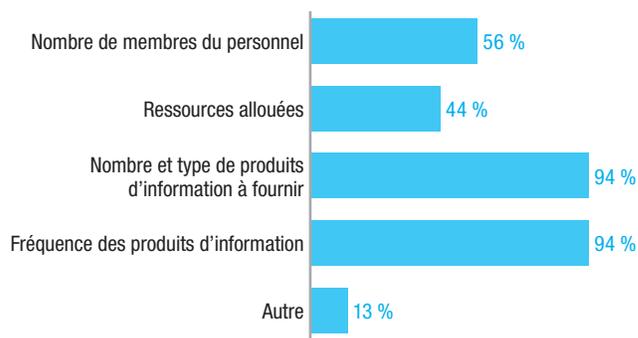


Figure 27. Exigences en matière de gestion de l'information aux fins de la coordination de l'action humanitaire



Comme indiqué précédemment, les changements concernant les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte à la COVID-19 se sont produits tant dans les mécanismes de coordination des gouvernements (44 % des répondants, voir figure 10) que de l'action humanitaire (57 %, voir figure 11) ; en revanche, ces changements ont été plus rares au niveau infranational d'après, respectivement, 27 % (figure 14) et 31 % des répondants (figure 15).

Les changements concernant les exigences en matière de gestion de l'information au sein des mécanismes de coordination gouvernementale ont peu convaincu : à peine 18 % des répondants les ont jugés significatifs (figure 18), seulement 27 % très appropriés (figure 20) et légèrement plus, 36 %, très utiles (figure 22).

Les principaux changements ont concerné le nombre et le type de produits d'information à fournir (100 % des répondants), ainsi que leur fréquence (73 %), loin devant le nombre de membres du personnel (55 %) et les ressources allouées (55 %) (voir figure 26).

Parmi les effets positifs des mécanismes de coordination gouvernementale relevés, citons le fait que les partenaires des groupes sectoriels étaient mieux informés de l'évolution de la maladie et de la riposte y afférente (EMRO/SEARO). Ajoutons l'amélioration de la collecte et de la diffusion des données relatives aux besoins et aux interventions requises en matière de riposte à la COVID-19, ainsi que la mise en place d'un suivi conjoint aux niveaux national et infranational (Organisation panaméricaine de la Santé [OPS]).

Parmi les défaillances signalées, citons la capacité limitée des ministères de la santé et la répartition inégale des ressources au sein des pays (EMRO), les problèmes liés à la collecte de données, comme le fait que les données relatives à la prise en charge des cas n'ont jamais été disponibles (EMRO), et les moyens de vérification limités, d'où la circulation de nombreuses informations fallacieuses (AFRO).

S'agissant des mécanismes de coordination de l'action humanitaire dans le cadre de la riposte à la COVID-19, les changements concernant les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte ont été les moins souvent cités, 31 % seulement des répondants considérant qu'ils ont été significatifs (figure 19). En revanche, 50 % ont jugé que ces changements avaient été très appropriés (figure 21) et 44 % qu'ils avaient été très utiles (figure 23). On peut en déduire que les adaptations ou les changements mineurs des exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte à la COVID-19 ont été efficaces au sein des structures de coordination de l'action humanitaire.

Comme pour les mécanismes de coordination gouvernementale de la riposte à la COVID-19, les changements rapportés par les répondants concernaient le nombre et le type de produits d'information fournis (94 %), leur fréquence (94 %) et, dans une moindre mesure, le nombre de membres du personnel (56 %) et les ressources allouées (44 %) (voir figure 27).

Parmi les évolutions positives des mécanismes de coordination de l'action humanitaire dans le cadre de la riposte à la COVID-19 figure le fait que les produits d'information ont permis de mieux suivre la situation épidémiologique (EMRO), de détecter de nouveaux problèmes en matière de santé (OPS), de prévoir les vagues de la pandémie, et d'appuyer les activités de préparation, dont l'élaboration d'orientations. Ils ont en outre contribué à la planification des interventions et au recensement des lacunes (EMRO/EURO/AFRO/SEARO), grâce à leur fréquence et à leur degré de détail accrus (également confirmés par les entretiens avec des informateurs clés) aux niveaux national et infranational. Enfin, le suivi des interventions s'est également amélioré en ce qui concerne la prestation des services de santé essentiels (SEARO), ce qui a facilité la planification pour les parties prenantes (EMRO).

Parmi les défaillances relevées, citons l'accès parfois limité aux informations en raison des restrictions imposées par certains ministères de la santé (EMRO), la réticence de certains partenaires à partager les informations en temps voulu, la charge de travail parfois difficile à gérer (AFRO), et le nombre trop élevé de produits d'information requis, faisant peser un lourd fardeau sur des effectifs limités, à savoir le personnel chargé de la gestion de l'information et les responsables techniques (SEARO), et augmentant leurs heures de travail.

Interface avec d'autres structures humanitaires

Figure 28. Interface entre le gouvernement et les structures humanitaires

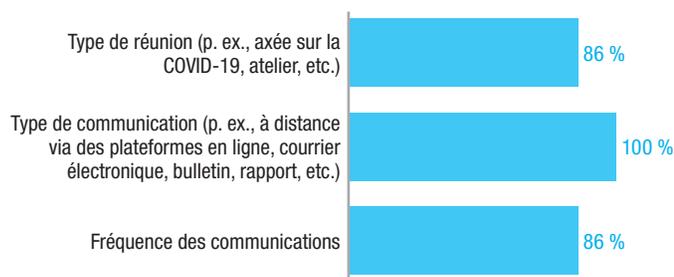
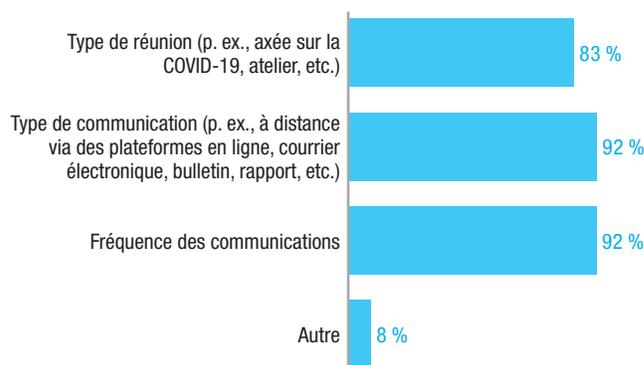


Figure 29. Interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures de coordination de l'action humanitaire



Seule une faible proportion de répondants (28 %) ont signalé des changements dans l'interface entre le gouvernement et les structures humanitaires (telles que l'équipe de pays pour l'action humanitaire ou le groupe sectoriel pour la santé) (figure 10) alors que 50 % ont relevé des changements dans l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures humanitaires (figure 11). La même disparité a été relevée au niveau infranational, les répondants signalant des changements concernant l'interface entre le gouvernement et les structures humanitaires (17 %, figure 14) et entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures humanitaires (40 %, figure 15).

Les changements concernant l'interface entre le gouvernement et les structures humanitaires, telles que les équipes de coordination de l'aide humanitaire et le coordonnateur de l'action humanitaire, ont rarement été considérés comme significatifs (14 %, figure 18), mais ont été jugés très utiles, surclassant les changements dans les autres domaines (figure 20). Fait intéressant, les résultats sont mitigés en ce qui concerne l'utilité des changements, 29 % des répondants (une proportion non négligeable) les jugeant très utiles, mais 14 % les considérant comme inutiles (figure 22). Le type de changement apporté aux mécanismes de coordination gouvernementale le plus fréquemment cité concerne le type de communication, suivi du type de réunion et de la fréquence des communications (voir figure 28). Ces aspects sont abordés plus en détail dans la partie consacrée au critère 3, thème 3.1, indicateur 3.1.1.

En ce qui concerne la coordination de l'action humanitaire, l'ampleur des changements concernant l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures humanitaires a été considérée comme substantielle, 64 % des répondants jugeant que les changements avaient été significatifs (figure 19) plaçant ce domaine en deuxième position. Cependant, seuls 27 % ont jugé ces changements très appropriés (figure 21), soit le résultat le plus faible, tandis que 50 % ont estimé qu'ils avaient été très utiles (figure 23). Cela laisse penser qu'en dépit des effets positifs de l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures humanitaires, ainsi que de leur collaboration, il est nécessaire d'améliorer et de renforcer les mécanismes ou les plateformes mis en place, et peut-être de les simplifier et de les rendre plus efficaces. La figure 29 montre que les changements les plus fréquemment cités concernent le type de communication et la fréquence des communications, suivis du type de réunion.

Les répondants ont en outre indiqué que, s'agissant de la coordination humanitaire, le renforcement de l'interaction entre les groupes sectoriels pour la santé et d'autres groupes sectoriels, tels que la protection, l'éducation, etc., a amélioré la coordination entre différents secteurs, d'où une meilleure intégration des activités et une efficacité accrue (AFRO). Cependant, ils ont également signalé qu'en raison de la fragmentation de la coordination (multiplicité des cadres), les interventions du secteur de la santé se sont certes améliorées, mais sont restées très cloisonnées (EMRO).

Capacité à assurer la coordination

Figure 30. Capacité du gouvernement/ministère de la santé à assurer la coordination

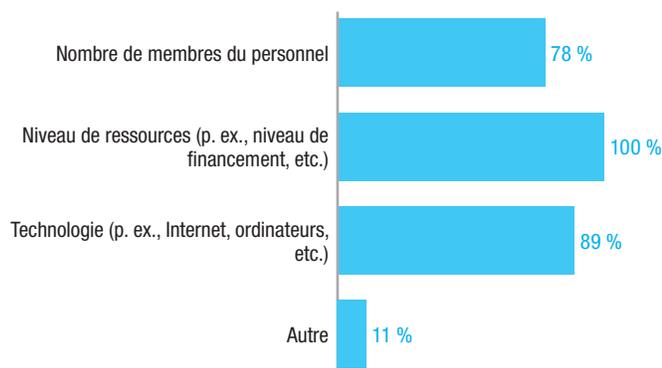
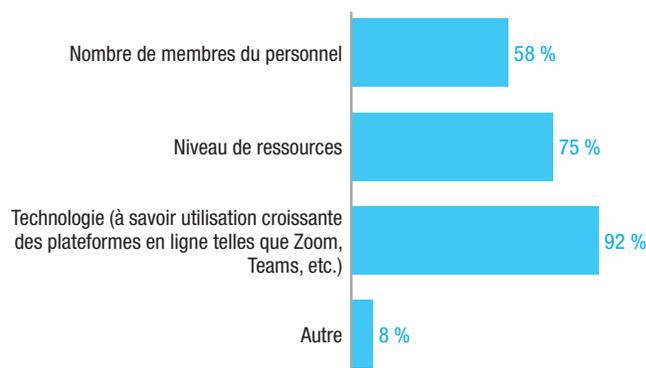


Figure 31. Capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé



En ce qui concerne les changements dans la capacité à assurer la coordination, 36 % des répondants ont indiqué qu'ils se sont produits dans les mécanismes dédiés des gouvernements (figure 10) et 44 % dans ceux de l'action humanitaire (figure 11). Cependant, au niveau infranational, tous les répondants (100 %) s'accordent à ne relever que des changements partiels dans les mécanismes de coordination gouvernementale (figure 14) tandis que la moitié (50 %) considèrent qu'ils ont été complets dans les mécanismes de coordination de l'action humanitaire (figure 15).

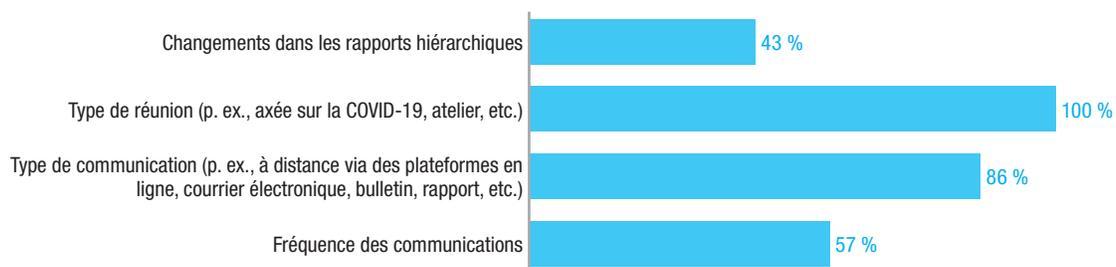
En ce qui concerne les mécanismes de coordination gouvernementale, 33 % des répondants ont estimé que les changements en matière de capacité ont été significatifs, situant ce domaine en deuxième position au regard de l'ampleur des changements (figure 18). Mais seuls 11 % les ont trouvés très appropriés (figure 20) et très utiles au niveau national (figure 22). Ces résultats reflètent une nouvelle fois la nécessité d'investir dans ce domaine et de le soutenir. Les changements survenus ont concerné, dans l'ordre, le niveau de ressources destinées à la coordination, l'utilisation de la technologie (p. ex., Internet, ordinateurs, etc.), et le nombre de membres du personnel (78 %, figure 30).

En ce qui concerne les mécanismes dédiés de l'action humanitaire, des changements significatifs ont été relevés en matière de capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé dans de nombreux contextes (58 % des répondants, figure 19) ; ces changements ont par ailleurs été jugés très appropriés (58 %, figure 21) et très utiles (58 %, figure 23). Ces résultats reflètent de manière positive les effets des changements apportés. Les changements les plus courants ont porté sur l'utilisation de la technologie et le niveau de ressources, et les moins courants sur le nombre de membres du personnel (58 % des répondants, figure 31), ce qui pourrait refléter le fait que les effectifs chargés de la coordination en amont de la pandémie étaient presque suffisants pour faire face à un nouveau choc (comme la COVID-19).

Il ressort des réponses aux questions ouvertes que le recours à la technologie a permis au groupe sectoriel de poursuivre la coordination, par exemple, en utilisant des forums en ligne, et partant, en étendant la participation au niveau infranational ainsi qu'à des interlocuteurs atypiques, comme des universitaires ou des acteurs situés à distance (EMRO). De plus, le groupe sectoriel pour la santé, en établissant une équipe de coordination dédiée aux niveaux national et infranational (EURO/EMRO), a été en mesure de s'acquitter de ses fonctions. Le recours aux modalités en ligne a, par ailleurs, entraîné la diminution du coût de la coordination, de nombreuses activités ne se faisant plus qu'en ligne, ce qui a permis d'organiser les réunions de coordination du groupe sectoriel pour la santé à intervalles plus réguliers et plus fréquents aux niveaux national et infranational (EMRO). En revanche, les réunions à distance et en ligne ont nui à la mise en réseau des partenaires. De plus, la modalité en ligne a entravé la tenue de débats, la tendance étant de ne fournir que des mises à jour, ce qui a limité les contributions des partenaires ; des problèmes de connectivité se sont également parfois posés (EMRO).

Interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l’OMS (équipe d’appui à la gestion des incidents/appui à la gestion des incidents)

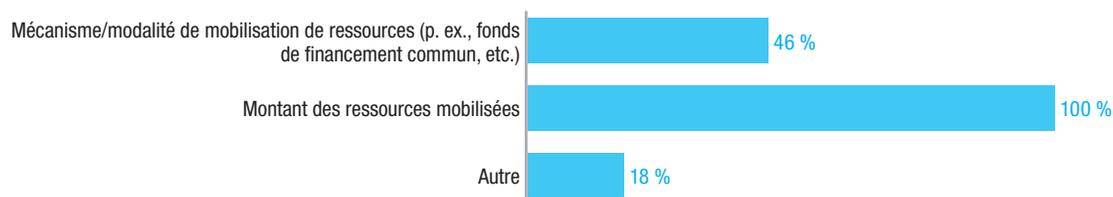
Figure 32. Interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l’équipe d’appui à la gestion des incidents de l’OMS



Comme indiqué précédemment, plus des deux tiers des bureaux de pays de l’OMS intervenant dans des contextes humanitaires ont mis en place une équipe d’appui à la gestion des incidents dédiée en vue de lutter contre la COVID-19. 25 % des répondants ont relevé des changements dans l’interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l’OMS (équipe d’appui à la gestion des incidents/appui à la gestion des incidents) (figure 11), et pour 50 % d’entre eux, ces changements étaient significatifs (figure 19). Fait intéressant, 83 % des répondants ont estimé que ces changements étaient très appropriés (ce domaine obtenant le plus grand nombre de réponses, voir figure 21) et 50 % qu’ils étaient très utiles au niveau national (figure 23). La figure 32 montre que les changements relevés concernent, dans l’ordre, le type de réunion (100 % des répondants), le type de communication, la fréquence des communications et, en dernier lieu, les rapports hiérarchiques (43 %). Cet aspect est abordé plus en détail dans la partie consacrée au critère 3, thème 3.1, indicateur 3.1.2.

Financement de l’action humanitaire dans le domaine de la santé (hors COVID-19)

Figure 33. Financement de l’action humanitaire dans le domaine de la santé (hors COVID-19)



39 % des répondants ont indiqué que des changements se sont produits en matière de financement de l’action humanitaire dans le domaine de la santé, hors COVID-19 (Figure 11), et 82 % les ont jugé significatifs, soit le pourcentage le plus élevé eu égard à l’ampleur des changements (figure 19) ; 64 % ont estimé qu’ils avaient été très appropriés (18 % ont été de l’avis contraire) et 55 % qu’ils avaient été très utiles (18 % n’y ont vu aucune utilité). Par conséquent, en dépit des bonnes pratiques en place dans certains contextes, le financement de l’action humanitaire dans le domaine de la santé, hors COVID-19, a continué de poser des problèmes dans près d’un cinquième des régions où interviennent les groupes sectoriels pour la santé. Cet aspect est abordé plus en détail dans la partie consacrée au critère 3, thème 3.1, indicateur 3.1.1.

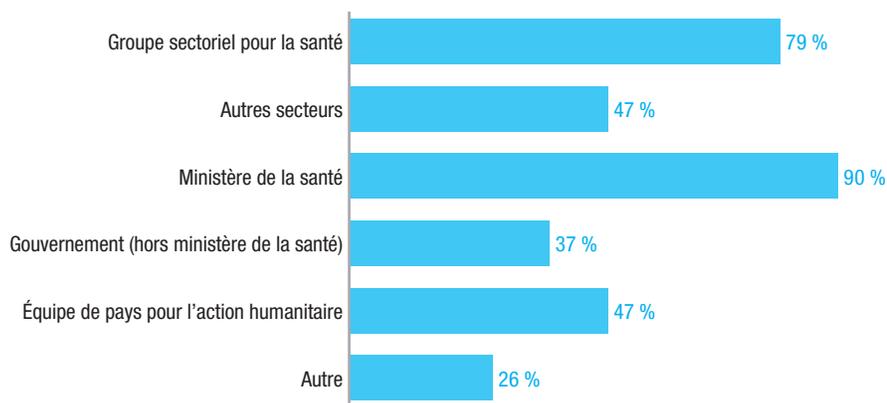
La figure 33 montre que les changements les plus fréquemment cités concernent le montant des ressources mobilisées puis les mécanismes/modalités de mobilisation de ressources.

Les réponses aux questions ouvertes posées dans le cadre du recensement en ligne ont mis en avant qu’il était nécessaire de prendre en considération la riposte à la COVID-19 pour faire face à d’autres situations d’urgence et que d’autres plans de riposte ont ainsi dû être mis au point. Le plaidoyer proactif en faveur de la mobilisation des ressources (EMRO) et l’intégration de la riposte à la COVID-19 dans d’autres interventions d’urgence (AFRO) ont été gérés de manière satisfaisante. Dans certains cas, l’intégration de la riposte à la COVID-19 dans d’autres interventions d’urgence a permis d’améliorer le système de santé dans son ensemble et de rationaliser l’utilisation des ressources (EMRO). En revanche, certains participants ont indiqué que les investissements massifs dans la lutte contre la COVID-19 ont été déployés au détriment d’autres services de santé essentiels (EMRO).

L'absence d'une architecture infranationale et d'un mécanisme de coordination parallèle pour gérer les situations d'urgence et la COVID-19, ainsi que d'un plan pour assurer le transfert des responsabilités vers les systèmes de santé classiques a également été signalée (AFRO). Ces réponses font écho aux perceptions mitigées suscitées par la mobilisation des ressources destinées à l'action humanitaire dans le domaine de la santé, hors COVID-19.

Élaboration d'orientations techniques

Figure 34. Orientation(s) technique(s) élaborée(s) en réponse à la COVID-19



68 % des répondants ont indiqué que de nouvelles orientations techniques avaient été élaborées en réponse à la COVID-19 au niveau national (figure 11). La figure 34 montre que les orientations techniques ont surtout été élaborées par les ministères de la santé (90 %), le groupe sectoriel pour la santé (79 %), d'autres secteurs (47 %) et les équipes de pays pour l'action humanitaire (47 %). Ces orientations ont été jugées très appropriées au regard de l'évolution de la situation/l'augmentation des besoins au niveau national par 42 % des répondants et très utiles pour les populations touchées par une crise humanitaire par 47 %.

Certaines réponses aux questions ouvertes du recensement font état du fait qu'en 2020, l'élaboration des directives s'est appuyée sur des preuves scientifiques fournies par les Centres for Disease Control and Prevention ou le siège de l'OMS, ainsi que sur des données recueillies sur le terrain, qui ont servi à la mise au point d'orientations nationales que les acteurs de la santé ont ensuite diffusées. Les études de cas évoquent l'éclairage des comités scientifiques dans l'élaboration des directives et le rôle principal de l'OMS ou du groupe sectoriel pour la santé dans leur diffusion. Des comités scientifiques relevant des ministères de la santé ont parfois été créés.

« Le service a mis en œuvre en temps voulu toutes les directives diffusées par le ministère de la santé. Les stratégies ont été adaptées au territoire, et à ses spécificités en matière d'éducation et de langue. Il a ainsi été possible d'atteindre la population à l'aide d'une approche éducative et de s'assurer que les informations étaient appropriées et assimilées par la population. » – Entretien avec un informateur clé, Colombie

« Le ministère a créé plusieurs forums au niveau national, à savoir des groupes consultatifs techniques, chargés de collaborer avec les universités, les instituts de recherche privés, et les spécialistes de la santé publique œuvrant dans des institutions nationales. Ces derniers recueillaient des informations auprès des universités lorsque le vaccin a été déployé. Les universités ont joué un rôle déterminant à cet égard. » – Entretien avec un informateur clé, Territoire palestinien occupé

Bien qu'aucun comité spécifique n'ait été identifié au niveau infranational en Syrie, il est intéressant de noter qu'en l'absence d'un comité national (due aux scissions politiques), il a été fait appel à la diaspora pour canaliser les informations scientifiques.

« Interaction avec les groupes scientifiques : l'OMS acheminait les informations scientifiques et compte tenu de l'étendue de la désinformation, certaines ONG et autorités locales ont contraint le personnel à suivre les cours en ligne dispensés par l'OMS. Des informations ont également circulé par l'intermédiaire de la diaspora syrienne. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

Les participants au recensement en ligne mené au niveau mondial ont également indiqué que les orientations, telles que les supports d'information, d'éducation et de communication, étaient simples, claires et adaptées au grand public, et ont permis de sensibiliser les communautés à la manière de se protéger (EMRO). Il a en outre été signalé que l'engagement ferme des ministères de la santé dès le début a contribué au sentiment d'appropriation nationale dans le cadre des activités de surveillance et de prise en charge des cas (EMRO). Enfin, les différentes directives établies ont orienté la riposte à la COVID-19 (AFRO). Parmi les défaillances relevées, citons le fait que les orientations n'étaient pas toujours cohérentes pour l'ensemble des organismes ou des régions d'un même pays et que leur mise à jour était parfois décalée par rapport à l'évolution de la pandémie ; dans certains cas, elles n'étaient pas suffisamment adaptées aux populations touchées par une crise humanitaire (EMRO/AFRO). L'application partielle des directives, due à un suivi insuffisant, a également été signalée (EMRO).

Analyse des domaines de changement concernant les mécanismes de coordination gouvernementale et de l'action humanitaire dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et d'autres interventions, données issues des études de cas

Mécanismes de coordination gouvernementale dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et d'autres interventions

Les adaptations ci-dessous ont été mises en lumière à l'aide des données obtenues à l'issue des études de cas de pays et de l'examen des données secondaires. Elles sont présentées par catégories : huit pour les mécanismes de coordination de l'action humanitaire et cinq pour les mécanismes de coordination gouvernementale. Elles sont ventilées par période et par niveau administratif, le cas échéant.

En 2020

Niveau national

Tableau 8. Mesures d'adaptation concernant la coordination gouvernementale au niveau national en 2020

Catégorie	Adaptations	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>Établissement de structures de coordination de la riposte à la COVID-19 – telles que les équipes spéciales ou les comités nationaux relevant du cabinet présidentiel ou du bureau du Premier Ministre, ainsi que les comités interministériels – qui, au plus fort de la crise, se sont réunies jusqu'à une fois par jour.</i>	Au niveau national, la plupart des gouvernements ont établi des mécanismes de coordination destinés à la lutte contre la COVID-19 au plus haut niveau de la prise de décisions. Ces dispositifs avaient pour but d'assurer une supervision stratégique et d'apporter un appui aux comités et/ou aux équipes spéciales opérationnels. La création d'équipes spéciales/de comités interministériels a également illustré le constat selon lequel il était nécessaire d'aborder la riposte à la COVID-19 à l'aide d'une approche multisectorielle. Il a été indiqué que ces mécanismes de coordination tenaient des réunions quotidiennes au plus fort de la crise. « Au niveau du ministère de la santé, chaque comité convoquait des réunions quotidiennes pour traiter de la priorité absolue, sélectionnée parmi la liste des priorités dressée dans le plan de suivi. » – Examen des données secondaires, Afghanistan
Rôles et responsabilités	<i>L'approche reposant sur des piliers a facilité la répartition plus claire des rôles et responsabilités.</i>	D'après les réponses obtenues, l'approche reposant sur des piliers a permis de répartir de manière claire les rôles et responsabilités au titre de la coordination de la riposte et, en outre, d'attribuer les rôles de chef de file aux partenaires du groupe sectoriel pour la santé. « Pour chaque pilier, il y avait un groupe de coordination. Au début, il y avait neuf piliers et plus tard, nous en avons ajouté un pour la vaccination ; chaque pilier était dirigé par un chef de file et les réunions et les mises à jour étaient organisées en conséquence. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan

Catégorie	Adaptations	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>L'adoption des modalités de réunion virtuelle/en ligne a soulevé quelques problèmes.</i>	<p>Les gouvernements ont eu recours aux modalités de réunion virtuelle/en ligne, ce qui a entraîné quelques difficultés. Dans certains pays, les informateurs clés ont indiqué que le personnel du gouvernement avait une connaissance limitée des plateformes en ligne et avait besoin d'être formé à cet égard pour faciliter cette approche.</p> <p>En outre, plusieurs pays ont signalé que des problèmes liés aux infrastructures et à la connectivité réseau ont empêché le bon déroulement des réunions.</p> <p>« Les fonctionnaires du gouvernement étaient peu familiarisés avec Internet, ce qui a posé des problèmes pour la tenue des réunions. Ils avaient donc besoin d'aide et d'une formation pour être en mesure de participer activement aux activités en ligne. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>

Niveau infranational

Tableau 9. Mesures d'adaptation concernant la coordination gouvernementale au niveau infranational en 2020

Catégorie	Adaptations	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>Établissement de comités ou d'équipes spéciales inspirés des comités nationaux.</i>	<p>Des structures reproduisant les structures nationales ont été établies pour tenter de faciliter l'intégration de la structure de coordination gouvernementale à l'échelon infranational.</p> <p>« Les structures ont été reproduites au niveau des gouvernorats. Tous les organes ont été créés aux niveaux national et infranational. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>

Depuis 2021

Les données disponibles n'étaient pas suffisantes pour définir les résultats clés concernant les mécanismes de coordination gouvernementale aux niveaux national et infranational.

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et d'autres interventions

En 2020

Tableau 10. Mesures d'adaptation concernant la coordination de l'action humanitaire au niveau national en 2020

Catégorie	Adaptations	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>La nécessité d'une approche multisectorielle s'est imposée et les plans ont été élaborés en conséquence.</i>	<p>La COVID-19 a été appréhendée comme un problème multisectoriel et, par conséquent, de nombreux gouvernements ont abandonné l'idée d'une approche verticale au profit d'une planification multisectorielle.</p> <p>« L'équipe de coordination intersectorielle a élaboré un plan de riposte à la COVID-19 de trois mois suivant une approche multisectorielle pour tenter d'établir une correspondance avec les projections que nous avons faites au début de l'année, car les plans de réponse humanitaire sont à la fois tournés vers le passé et vers le futur. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Capacité à assurer la coordination	<i>La vaccination est devenue une activité de premier plan, faisant l'objet d'un pilier distinct.</i>	<p>Avant la pandémie, la vaccination était incluse en tant qu'activité de routine dans le Programme élargi de vaccination (PEV). Cependant, à la suite de la pandémie de COVID-19 et en raison de la place prédominante du vaccin, un pilier propre (pilier 10) lui a été attribué, couvrant la stratégie d'organisation, la prise de décision et les approches concernant le choix des vaccins, le matériel, les campagnes de vaccination, etc.</p> <p>« Avant la pandémie, la vaccination ne s'inscrivait que dans un PEV ou dans l'intensification d'une activité, mais aujourd'hui elle est devenue une intervention à l'échelle de l'organisation, tous les services y participant, y compris les services financiers et administratifs. La coordination est mieux structurée. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>

Catégorie	Adaptations	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>En réduisant les frais de transport, le travail virtuel a rendu la coordination plus rentable.</i>	<p>En raison des restrictions liées à la COVID-19 et de la nécessité d'assurer la protection du personnel, les réunions se sont tenues virtuellement. Cela a permis, outre la promotion du travail à domicile et la poursuite des formations, de réduire les frais de transport.</p> <p>« Les effets positifs du travail virtuel sont nombreux : prise en considération de différents mécanismes, notamment en vue de gagner en efficacité, diminution des frais de transport, ou encore réduction de l'empreinte carbone. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p> <p>« Compte tenu du travail requis et des délais serrés à respecter, le groupe de travail technique se réunit à intervalles réguliers de deux semaines. » – Examen des données secondaires, Cox's Bazar (Bangladesh)</p> <p>« Exemple de bonne pratique : apprendre à travailler de manière virtuelle. » – Entretien avec un informateur clé, Colombie</p>
Capacité à assurer la coordination	<i>Augmentation de la fréquence des réunions et passage de réunions en personne à des réunions virtuelles.</i>	<p>L'une des adaptations les plus importantes relevées par les répondants est le recours aux réunions virtuelles/à distance, ainsi que l'augmentation de la fréquence des réunions, alignée sur la demande accrue de services de coordination.</p> <p>« La tenue de réunions en ligne a vraiment constitué une nouveauté. Avant la COVID-19, cela n'était pas très courant ni populaire. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>
Capacité à assurer la coordination	<i>Établissement de groupes de travail thématiques et/ou d'équipes spéciales sur la COVID-19.</i>	<p>De nombreux groupes de travail thématiques et/ou équipes spéciales ont été établis en appui à la coordination de la riposte à la COVID-19, dans la droite ligne de l'approche reposant sur des piliers.</p> <p>« Le groupe sectoriel pour la santé a établi des groupes de travail thématiques (laboratoires, communication des risques, prise en charge des cas, lutte anti-infectieuse), a défini leur mandat et leur composition, et a arrêté le calendrier de leurs réunions. Il a organisé la première réunion puis a continué de fournir des services de secrétariat à l'ensemble des groupes de travail thématiques. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>

Niveau infranational

Tableau 11. Mesures d'adaptation concernant la coordination de l'action humanitaire au niveau infranational en 2020

Catégorie	Adaptations	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<p><i>Adaptation des structures de coordination au contexte, par exemple, coordination dans les camps ou création de groupes intersectoriels restreints chargés de la riposte à la COVID-19.</i></p> <p><i>Augmentation de la fréquence des réunions et du recours à des moyens virtuels.</i></p>	<p>Au niveau infranational, les structures de coordination ont été adaptées à chaque contexte. Comme pour le niveau national, la fréquence des réunions a été augmentée pour répondre à la demande accrue de services de coordination, et les réunions sont devenues virtuelles.</p> <p>« Le groupe de coordination intersectoriel restreint mis en place... a été plus efficace que le groupe de coordination intersectoriel habituellement présent dans le Territoire palestinien occupé. » – Entretien avec un informateur clé, Territoire palestinien occupé.</p> <p>« La structure n'a pas vraiment évolué, mais la fréquence des réunions s'est accrue. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p> <p>« Les réunions se sont tenues en ligne. Au cours des premières années, les discussions étaient particulièrement centrées sur la COVID-19 et de nombreuses activités ont été laissées de côté. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>

Depuis 2021

Niveau national

Tableau 12. Mesures d'adaptation concernant la coordination de l'action humanitaire au niveau national à compter de 2021

Catégorie	Adaptations	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>Diminution de la fréquence des réunions de coordination qui ont cependant continué de mettre l'accent sur la COVID-19, point permanent de leur ordre du jour.</i>	<p>Au niveau national, à compter de 2021, il n'était plus nécessaire de tenir des réunions aussi fréquentes et, par conséquent, elles ont cessé d'être hebdomadaires pour devenir mensuelles, et parfois n'étaient plus que ponctuelles. La COVID-19 a néanmoins continué de constituer un point permanent de l'ordre du jour des réunions de l'équipe de pays pour l'action humanitaire et du groupe sectoriel pour la santé. De nombreux pays ont désormais adopté une approche hybride, les réunions se tenant en présentiel et à distance.</p> <p>« Les réunions hebdomadaires sont devenues mensuelles, car il n'y a presque plus personne dans les centres et les cas de COVID-19 sont rares. » Cox's Bazar (Bangladesh)</p>

Niveau infranational

Tableau 13. Mesures d'adaptation concernant la coordination de l'action humanitaire au niveau infranational à compter de 2021

Catégorie	Adaptations	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>Diminution de la fréquence des réunions au niveau infranational.</i>	<p>Au niveau infranational, compte tenu de la diminution des besoins, la fréquence des réunions a elle aussi été réduite.</p> <p>« La fréquence des réunions, d'abord mensuelle, est devenue hebdomadaire au niveau national, et aujourd'hui, elle est à nouveau mensuelle. Les donateurs participent aux réunions, ce qui est très positif. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>

Conclusions concernant le thème 1.1 : Quelles sont les adaptations apportées aux structures de coordination pendant la riposte à la COVID-19 (aux niveaux national et infranational) ?

L'enquête cartographique a permis de recenser les plateformes de coordination mises en place par les gouvernements et les ministères de la santé, ainsi que les plateformes humanitaires. La liste des équipes spéciales, présidentielles ou relevant des ministères de la santé, ou d'autres structures apparentées, et des groupes, entre autres interministériels, a été dressée ; les COUSP utilisés par les équipes spéciales, les plateformes de coordination de l'action humanitaire ou les groupes de travail sur la COVID-19 ont été recensés en lien avec le groupe sectoriel pour la santé, le groupe de coordination intersectoriel et les équipes de pays pour l'action humanitaire. L'enquête visait à recenser les changements qui se sont produits dans plusieurs domaines clés, et à déterminer leur ampleur et la mesure dans laquelle ils ont été appropriés et utiles, aussi bien pour le gouvernement que pour le groupe sectoriel pour la santé. Les domaines étaient les suivants : les rôles et responsabilités des personnes chargées de la coordination, les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte à la COVID-19, le niveau et le type de participation des partenaires, la capacité à assurer la coordination, l'interface avec d'autres structures de coordination, ainsi que les structures de financement.

Mécanismes de coordination gouvernementale

Niveau national

- La principale mesure d'adaptation mise en lumière par le recensement en ligne et les études de cas de pays pour l'année 2020 est la création de mécanismes de coordination nationaux, dont des équipes spéciales/comités de coordination de la lutte contre la COVID-19 relevant des niveaux de décision les plus élevés au sein des administrations publiques, à savoir le cabinet présidentiel ou le bureau du Premier Ministre. Les études de cas révèlent qu'au plus fort de la crise, les réunions de ces mécanismes sont devenues quotidiennes et que des modalités en ligne ont rapidement été adoptées.

- Parmi les autres plateformes de coordination mises en place, citons les équipes spéciales des ministères de la santé accueillant des partenaires extérieurs (89 %) et les plateformes de coordination interministérielles (74 %), sans compter les comités scientifiques, et les équipes spéciales pour la gestion de la quarantaine et pour la vaccination.
- Il a été signalé que les COUSP, déjà en service avant la pandémie, ont été mis à contribution aux niveaux national (56 %) et infranational (60 %), en appui à la coordination de la riposte à la COVID-19.
- La plupart des plateformes de coordination étaient en place en 2020 et ont continué à l'être en 2021, bien que dans une moindre mesure en ce qui concerne la coordination gouvernementale par rapport à la coordination de l'action humanitaire. Cela porte à croire qu'en cas de pandémie future provoquée par un agent pathogène nouveau, des approches similaires seront nécessaires, y compris la coordination dans des domaines spécifiques au moyen, par exemple, d'un comité scientifique ou d'équipes spéciales pour la vaccination.
- La création des mécanismes de coordination interministériels mise en lumière par les études de cas et le recensement en ligne montrent que les gouvernements ont saisi le caractère multisectoriel de la crise.
- Les trois changements relatifs aux mécanismes de coordination gouvernementale les plus fréquemment signalés dans le cadre du recensement en ligne sont le niveau et le type de participation des partenaires, les rôles et les responsabilités des personnes chargées de la coordination, et les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte à la COVID-19. Les données suggèrent que ces domaines devraient être considérés comme des éléments importants afin d'assurer une coordination pertinente et efficace face à toute pandémie ou épidémie future.
- En dépit des changements significatifs introduits au niveau des rôles et des responsabilités des personnes chargées de la coordination et de la participation des partenaires, seule une faible proportion de répondants les considère comme « très appropriés » (9 %) et « très utiles » (13 %) dans le cadre de la riposte nationale. À l'inverse, si peu de répondants ont indiqué que des changements significatifs s'étaient produits en matière de gestion de l'information, ils ont cependant été plus nombreux à les trouver appropriés (27 %) et utiles (36 %) dans le cadre de la riposte nationale. Cela prouve que des changements relativement modestes, mais appropriés peuvent avoir une incidence notable.
- Quel que soit le domaine abordé dans le cadre du recensement en ligne, la grande majorité des répondants a considéré que les changements ont été seulement « plutôt appropriés » et « plutôt utiles », ce qui suggère que d'importantes améliorations restent possibles. S'agissant des changements concernant la capacité des gouvernements/ministères de la santé à assurer la coordination, ils ont été jugés « très appropriés » et « très utiles » par le même taux de répondants (11 %), soit la plus faible proportion.

Niveau infranational

- Les structures de coordination établies par les gouvernements au niveau infranational sont généralement considérées comme faisant écho à celles relevant du niveau national. Il a été constaté que les structures de coordination doivent être adaptées au contexte et que la cohérence entre les structures nationales et infranationales doit être assurée.
- Néanmoins, dans le recensement en ligne, la grande majorité des répondants a considéré que les changements survenus au niveau national (par exemple, rôles et responsabilités, participation des partenaires, etc.) se sont également « en partie » produits au niveau infranational. D'après les répondants, la gestion de l'information (27 %) et la participation des partenaires (20 %) sont les domaines où les changements ont été les plus substantiels et se sont produits « intégralement ». Le contraste est notable avec les changements concernant la capacité des ministères de la santé à assurer la coordination : aucun répondant (0 %) n'a considéré que les changements se sont produits « intégralement ». Cela pourrait être le signe du manque d'attention ou d'appui accordé à la capacité de coordination au niveau infranational compte tenu des changements relatifs à la participation des partenaires ainsi qu'aux exigences en matière de gestion de l'information. Il faudrait donc renforcer la capacité de coordination au niveau infranational.
- Dans le recensement en ligne, 60 % des répondants ont relevé l'utilisation des COUSP, en particulier au niveau infranational, pour coordonner la riposte à la COVID-19, notamment en 2020. D'après 73 % des répondants, les COUSP ont été utilisés pour coordonner d'autres urgences de santé publique avant la pandémie.

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Niveau national

- En 2020, comme dans le cas des mécanismes de coordination gouvernementale, l'étude révèle que les mécanismes de coordination de l'action humanitaire ont permis de constituer des équipes spéciales ou des groupes de travail thématiques chargés de coordonner la riposte à la COVID-19. Pour ce qui est de la création de structures de coordination spécifiquement axées sur la COVID-19, les participants au recensement en ligne ont largement cité la mise en place, en 2020, d'un groupe de travail spécial COVID-19 au sein du groupe sectoriel pour la santé au niveau national (58 %), ainsi qu'au niveau infranational (47 %), devant l'établissement d'un groupe de travail sur la COVID-19 au sein de l'équipe de pays pour l'action humanitaire (32 %) et d'un groupe de travail sur la COVID-19 au sein du groupe de coordination intersectoriel/groupe de travail intersectoriel (21 %). En 2021, les groupes de travail sur la COVID-19 ont largement été maintenus au sein du groupe sectoriel pour la santé et, dans une moindre mesure, au sein de l'équipe de pays pour l'action humanitaire et du groupe de coordination intersectoriel/groupe de travail intersectoriel. Cela montre qu'il importe d'intégrer la coordination de la riposte à la COVID-19 et de lui accorder une attention toute particulière et ce, jusqu'au niveau le plus élevé de la coordination de l'action humanitaire.
- Il a été indiqué que la fréquence des réunions de coordination s'est accélérée, devenant quotidienne au plus fort de la crise, et que le mode présentiel a cédé la place au mode virtuel. Cette évolution a permis aux mécanismes de coordination de s'adapter aux restrictions relatives à la distanciation sociale et s'est par ailleurs avérée plus économique. La fréquence des réunions a diminué en 2021, mais le groupe sectoriel pour la santé a maintenu la COVID-19 comme point permanent de l'ordre du jour de ses réunions afin de continuer à lui accorder une attention prioritaire.
- Les mécanismes de coordination de l'action humanitaire ont également saisi le caractère multisectoriel de la crise et des plans ont été élaborés en conséquence. (Il convient de noter que le Groupe sectoriel mondial pour la santé examine plus avant la question dans le cadre d'une nouvelle étude.)
- S'agissant des différents thèmes traités dans le recensement en ligne, (24) la plupart des changements se seraient produits en 2020 et se seraient poursuivis en 2021 (dans une plus large mesure pour la coordination de l'action humanitaire que pour la coordination gouvernementale). Cela concerne en particulier la capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé et à gérer l'interface entre celui-ci et l'OMS, et laisse entendre que face à une nouvelle menace comme la COVID-19, l'on peut s'attendre à ce que les changements se produisent sur une longue période.
- Dans le cadre du recensement en ligne, les changements des structures de coordination de l'action humanitaire concernant le niveau et le type de participation des partenaires (79 %) et les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte à la COVID-19 (57 %) figurent parmi les trois changements les plus fréquemment cités. Néanmoins, ces deux domaines seraient aussi ceux qui ont fait l'objet des changements les moins déterminants (seuls 30 % et 31 % des répondants ont indiqué que ces changements ont été significatifs). Ces changements semblent cependant avoir porté leurs fruits au niveau national ; ils ont été considérés comme très utiles en matière de participation des partenaires (47 %) et de gestion de l'information (44 %), ce qui suggère que des adaptations modestes peuvent suffire pour obtenir les effets souhaités.
- En dépit du fait que seuls 27 % des répondants ont considéré comme « très appropriés » les changements de l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres structures humanitaires, ces changements ont cependant eu une incidence positive au niveau national et 50 % les ont jugés « très utiles ».
- Il ressort du recensement en ligne que plus des deux tiers des bureaux de pays de l'OMS intervenant dans des contextes humanitaires ont mis en place un appui à la gestion des incidents liés à la COVID-19, pour la plupart en 2020 ; les répondants ont cependant indiqué que cet appui n'était pas toujours apporté en temps voulu ni adapté au contexte.
- En dépit du fait que seuls 25 % des participants au recensement en ligne ont signalé des changements dans l'interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l'appui à la gestion des incidents du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, ces changements sont considérés comme étant les plus appropriés (« très appropriés » dans 83 % des réponses), tous domaines confondus, et sont jugés très utiles par la moitié des répondants, ce qui suggère que l'interface et la coordination ont eu une incidence positive sur la riposte à la COVID-19.

Niveau infranational

- Les résultats des études de cas font état de la création de structures de coordination adaptées au contexte au niveau infranational. Dans le cadre du recensement en ligne, environ la moitié des répondants a indiqué qu'un groupe de travail infranational sur la COVID-19 a été mis sur pied en 2020, ce qui correspond aux réponses concernant le niveau national.
- Toujours dans le cadre du recensement en ligne, l'architecture de la coordination de l'action humanitaire en place pour faire face à la COVID-19 a été considérée comme « très utile » par 32 % des participants au niveau infranational et par 45 % au niveau national. Cela indique l'existence de lacunes au niveau infranational.
- Entre 45 % et 55 % des répondants ont estimé que les changements concernant les sept domaines (coordination des partenaires, etc.) ne se sont produits qu'« en partie » au niveau infranational. Fait intéressant, il a été indiqué que ces changements se sont produits « intégralement » au niveau infranational pour ce qui est de la capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé (50 %) et de la participation des partenaires (42 %), loin devant les changements concernant les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte introduits par les autorités infranationales.

Thème 1.2 : Quels sont les facteurs favorables ou les obstacles à l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci (aux niveaux national et infranational) ?

Résultat 1.2.1 : Nombre de facteurs favorables fréquemment cités

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des facteurs ayant contribué à l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci (aux niveaux national et infranational) qui ont été les plus fréquemment cités.

Mécanismes de coordination gouvernementale

Niveau national

Tableau 14. Coordination gouvernementale – niveau national – changements relevés

Cat.	Changement relevé	Analyse
Partenaires	<i>La contribution des partenaires à la planification de la riposte du gouvernement a été considérée comme une bonne pratique</i>	Dans certains pays, les informateurs clés ont indiqué que le gouvernement s'était employé activement à associer les partenaires à la planification de la riposte. Des exemples de collaboration proactive dans le cadre d'initiatives conjointes ont été cités, comme les orientations sur les campagnes de vaccination contre la COVID-19 et les outils d'évaluation rapide permettant de prendre la mesure des effets de la pandémie sur les services de santé essentiels. Dans d'autres pays, les répondants ont indiqué que l'aide technique des partenaires (telle que les directives et l'appui techniques de l'OMS) a facilité la coordination gouvernementale. « Le Ministère de la santé publique a demandé aux partenaires du secteur de la santé de contribuer à l'élaboration du plan de préparation. » – Entretien avec un informateur clé, Territoire palestinien occupé
Volonté politique	<i>L'engagement, la volonté politique et la reconnaissance de l'importance de la riposte à la COVID-19 ont été définis comme étant les moteurs de la coordination.</i>	Les répondants ont indiqué que l'engagement du gouvernement a facilité la coordination. Cet engagement s'est manifesté de différentes manières : participation aux réunions régulières, collaboration proactive, partage de l'information, allocation de fonds, adaptabilité dans le cadre des opérations et des activités, disposition à aider et ouverture aux suggestions. « Dans le sud [du pays], l'attitude d'ouverture du Ministère de la santé a facilité la coordination. Disposés à aider et ouverts aux suggestions, les fonctionnaires se sont attachés à assurer le succès de la riposte et de la campagne de vaccination. » – Entretien avec un informateur clé, partenaire international, Yémen

Cat. Changement relevé Analyse		
Structure	L'établissement d'équipes spéciales et/ou de comités gouvernementaux de haut niveau a permis de structurer la riposte à la COVID-19 et de collaborer avec le gouvernement à différents niveaux	<p>Au niveau national, les répondants ont signalé l'établissement d'équipes spéciales et/ou de comités de haut niveau nationaux, qui ont accordé une attention prioritaire à la riposte à la COVID-19, ont structuré la mobilisation y afférente, ont réuni les ministères aux fins de la planification et de la mise en œuvre de la riposte, et ont ouvert de nouvelles voies à la collaboration avec le gouvernement à différents niveaux.</p> <p>« La Commission du développement international intervient au niveau national ; elle dirige les activités liées à l'épidémie et fournit régulièrement des mises à jour sur les interventions et sur l'évolution de la situation. Plusieurs structures de coordination plurielle ont été créées ; elles ont joué un rôle moteur, ont permis de déceler le manque de ressources humaines dans les services médicaux et ont contribué à la lutte contre la COVID-19. » – Entretien avec un informateur clé, Cox's Bazar, Bangladesh</p>

Niveau infranational

Tableau 15. Coordination gouvernementale – niveau infranational – changements relevés

Cat. Changement relevé Analyse		
COUSP	Lorsqu'un COUSP était en place, il était utilisé en appui à la coordination de la riposte	<p>Les informateurs clés, ainsi que les participants au recensement, ont indiqué que les COUSP ont été utilisés dans le cadre de la riposte, ce qui a facilité la coordination avec les partenaires et le leadership des ministères de la santé. Les données montrent que les COUSP ont appuyé la coordination des interventions au niveau national, mais que leur utilisation a été plus fréquente au niveau infranational.</p> <p>« L'OMS a assuré une coordination efficace, en veillant à établir une communication avec le centre d'opérations d'urgence, qui est responsable des interventions liées à la COVID aux côtés des autorités de facto. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Tableau 16. Coordination de l'action humanitaire – niveau national – changements relevés

Cat. Changement relevé Analyse		
Approche	Les plans multisectoriels de riposte à la COVID-19 existants ont servi de fondement et d'orientation aux interventions connexes, et ont défini des objectifs communs	<p>Les plans de riposte étaient des documents nationaux de coordination qui prenaient en compte les effets multisectoriels de la COVID-19 et définissaient la structure et le plan communs des interventions.</p> <p>« Nous avons, en tout cas, réussi à définir les tenants et les aboutissants de la riposte, à savoir un accord couvrant les neuf piliers, le cadre global et les activités. Au niveau stratégique, nous avons articulé la riposte, et les différentes organisations ont dû s'y plier. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>
Orientations	L'élaboration et la diffusion d'orientations ainsi que la fourniture d'orientations techniques de la part de l'OMS ont facilité la coordination et les approches communes dans les interventions	<p>L'élaboration et la diffusion de protocoles et de directives relatives aux meilleures pratiques, ainsi que de recommandations techniques, souvent par l'intermédiaire du groupe sectoriel pour la santé, ont été essentielles à la planification, ont appuyé les approches communes et ont fourni des orientations importantes aux partenaires. Les partenaires ont cité les protocoles de prise en charge des cas, de lutte anti-infectieuse, et d'orientation.</p> <p>« Les protocoles et les directives relatives aux meilleures pratiques de l'OMS, y compris les recommandations techniques, étaient transmis au groupe sectoriel pour la santé ; un grand nombre d'études et de documents scientifiques ont été partagés et des formations gratuites sur les protocoles de traitement ont été dispensées. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>

Cat. Changement relevé Analyse	
Orientations	<p><i>Le partage et l'utilisation d'informations scientifiques ont été précieux pour la planification et la mise en œuvre de la riposte au niveau national</i></p> <p>Les intervenants ont considéré que le partage de l'information par les comités scientifiques a été précieux et qu'il a contribué à la planification et à la définition des priorités de la riposte. Les connaissances scientifiques ont ainsi été diffusées, ont suscité des discussions et ont été mises à profit dans différents groupes de travail.</p> <p>« Après la mise en place du comité scientifique, ses conseils ont éclairé les activités du Ministère de la santé et du groupe sectoriel pour la santé. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Gestion de l'information	<p><i>L'efficacité de la gestion de l'information et le partage de données ont facilité la coordination au sein du groupe sectoriel pour la santé</i></p> <p>Les systèmes de gestion de l'information ont été mis au point pendant la pandémie, afin de fournir davantage de données agrégées en temps opportun ainsi que pour informer les partenaires sur les besoins, les lacunes et les interventions, ainsi que sur plusieurs cas de COVID-19. Les répondants ont mis en avant l'utilisation judicieuse des tableaux de bord à des fins d'information.</p> <p>« Pour surmonter le défi lié aux doubles emplois et au manque de coordination entre deux systèmes de surveillance, une bonne pratique a consisté à mettre en place un tableau de bord temporaire pour la COVID-19 auquel tous les partenaires avaient accès. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Gestion de l'information	<p><i>Il a été indiqué que lorsque les ministères de la santé ont partagé les données relatives à la COVID-19, cela a facilité la bonne coordination avec les gouvernements.</i></p> <p>Dans certains pays, la volonté croissante de partager les données a été interprétée comme un facteur facilitant la coordination avec les pouvoirs publics. Cependant, comme il a été indiqué au titre de l'indicateur 1.2.2, le manque d'exactitude, de fiabilité et de transparence des données partagées a soulevé des défis de taille dans de nombreux pays.</p> <p>« Les réunions du groupe sectoriel ont contraint le Ministère de la santé à intervenir sur le terrain, à participer au mécanisme de coordination, à présenter les données dont il disposait, et à améliorer la communication de l'information et les formats de collecte et de transmission des données. La simple existence d'un système et d'une stratégie était positive même s'ils n'étaient pas toujours rigoureux. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Interface entre le groupe sectoriel pour la santé et le ministère de la santé	<p><i>Nombreux exemples de coordination croissante entre le groupe sectoriel pour la santé et le ministère de la santé</i></p> <p>Dans certains pays, une coordination renforcée entre le ministère de la santé et le groupe sectoriel pour la santé a été observée : appui et engagement accrus du ministère, communication plus fluide et fréquence accrue des réunions.</p> <p>« La situation nous a contraints à nous réunir et à discuter. La riposte d'urgence était menée à grande échelle. Tout s'est accéléré, nous avons pu contourner les procédures bureaucratiques et convenir de certains points avec le Gouvernement pour améliorer de nombreux aspects. Nous avons réussi à nous entendre sur la structure, l'approche, les piliers, les priorités, les directives, les plans et les stratégies, et à parvenir à des accords plus rapidement pour plus d'efficacité. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>
Interface entre le groupe sectoriel pour la santé et d'autres entités	<p><i>La bonne communication avec le Groupe sectoriel mondial pour la santé et/ou la région, ainsi que leur appui ont facilité la coordination de la riposte</i></p> <p>Dans certains pays, l'appui du Groupe sectoriel mondial pour la santé ou de la région concernée, et une bonne communication ont été cités comme des facteurs qui ont facilité la coordination.</p> <p>« Maintien de bonnes relations avec le siège de l'OMS et son bureau dans la région EMRO, notamment en ce qui concerne la mise à disposition d'outils, de formations, de directives relatives aux meilleures pratiques et de protocoles. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>

Cat. Changement relevé Analyse		
Partenaires	<p><i>La contribution active à la coordination des partenaires du groupe sectoriel pour la santé, en particulier pour ce qui est du partage de l'information et des données, a facilité la coordination aux niveaux national et infranational</i></p>	<p>L'engagement des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à contribuer, à différents degrés, à la coordination a été considéré comme un facteur favorable dans ce domaine. Parmi les exemples les plus fréquemment cités figurent la participation aux réunions de coordination et le partage accru de l'information, ce qui a permis de déceler les lacunes de la riposte. La collaboration accrue des observateurs du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et de Médecins Sans Frontières (MSF) a également été relevée.</p> <p>« Oui, nous avons reçu des informations et nous les avons transmises à tous les acteurs concernés. Nous avons réussi tant bien que mal à instaurer un certain niveau de confiance, de sorte que les partenaires nous ont communiqué des informations et, de notre côté, nous leur avons fait parvenir des données obtenues auprès du système dans son ensemble. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p> <p>« Au niveau infranational, les partenaires ont également pu recueillir des informations qui pouvaient aussi être utiles au niveau national. Les données relatives au nombre de cas et de décès étaient difficiles à obtenir, en particulier dans le nord. Les partenaires au niveau local ont donc réussi à obtenir des estimations officieuses qui nous ont aidés à nous faire une certaine idée de la situation et des besoins. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Ressources	<p><i>L'augmentation des ressources et des capacités allouées au groupe sectoriel pour la santé a permis à celui-ci d'assurer une coordination plus efficace aux niveaux national et infranational</i></p>	<p>Les répondants ont indiqué que l'augmentation des ressources du groupe sectoriel pour la santé et le renforcement de ses capacités structurelles ont contribué de manière déterminante à l'amélioration de la coordination. Les ressources supplémentaires destinées à la gestion de l'information et les capacités accrues des structures de coordination infranationales sont les exemples les plus fréquemment cités.</p> <p>« L'augmentation des ressources au sein du groupe sectoriel pour la santé a permis d'améliorer et d'accélérer la gestion de l'information. Ce modèle devrait être reproduit. Les améliorations se poursuivent jusqu'à aujourd'hui, mais elles sont tributaires de l'allocation des ressources. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Rôles et responsabilités	<p><i>Le rôle de chef de file du groupe sectoriel pour la santé a été déterminant pour garantir une coordination efficace entre les partenaires et les ministères de la santé</i></p>	<p>Les répondants ont indiqué que le rôle de chef de file joué par le groupe sectoriel pour la santé a facilité la coordination de ses partenaires ainsi que la coordination avec les autorités du ministère de la santé aux niveaux national et infranational. Parmi les exemples fournis pour illustrer l'efficacité du groupe sectoriel dans ce rôle figurent la fréquence accrue des réunions, les mises à jour régulières, la diffusion d'orientations et de protocoles, la mobilisation de ressources, la cartographie des besoins, la définition des carences et la coordination des partenaires d'exécution afin de combler les lacunes.</p> <p>« Pour toute mise à jour du plan de préparation ou du plan de riposte par le groupe sectoriel pour la santé, des versions préliminaires étaient soumises aux partenaires pour commentaire, afin d'obtenir des informations et des réflexions initiales. Cela a favorisé la circulation des informations et la possibilité de participer. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Rôles et responsabilités	<p><i>La répartition des rôles et responsabilités entre les partenaires de la santé dans le cadre des interventions, en particulier la complémentarité des rôles de différents partenaires, a facilité la coordination</i></p>	<p>La répartition pertinente des rôles et responsabilités entre les partenaires de la santé dans le cadre des interventions, en particulier la complémentarité des rôles de différents partenaires, a permis de combler les lacunes et de prévenir les doubles emplois.</p> <p>« L'interaction et la communication entre les partenaires humanitaires au sein du groupe sectoriel pour la santé étaient plutôt satisfaisantes. L'appui de chaque partenaire à un domaine donné était clairement défini. Les activités étaient complémentaires ; par exemple, un partenaire était chargé des mesures d'incitation et un autre du renforcement des capacités du personnel dans les établissements de santé. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>

Cat. Changement relevé Analyse		
Structure	<p><i>L'établissement d'équipes spéciales interinstitutions, multisectorielles et de haut niveau chargées de la lutte contre la COVID-19 a facilité la coordination stratégique entre les partenaires humanitaires et l'élaboration de plans de riposte</i></p>	<p>Il a été jugé important que des équipes spéciales interinstitutions et multisectorielles chargées de la lutte contre la COVID-19 soient établies au niveau national en vue de faciliter la coordination stratégique de la riposte et l'élaboration de plans de riposte.</p> <p>« L'équipe spéciale a clairement défini les rôles et les responsabilités, également au niveau du sous-groupe de travail du groupe sectoriel pour la santé et des piliers... L'équipe spéciale et le groupe sectoriel pour la santé ont coordonné de manière efficace le processus de planification et de mise en œuvre. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>

Niveau infranational

Tableau 17. Coordination de l'action humanitaire – niveau infranational – changements relevés

Cat. Changement relevé Analyse		
Structure	<p><i>L'utilisation de l'architecture humanitaire et des mécanismes de coordination existants, au lieu de la création de structures parallèles, a été considérée comme un facteur qui a facilité la coordination aux niveaux national et infranational</i></p>	<p>Les répondants ont indiqué qu'il était important d'utiliser l'architecture de la coordination de l'action humanitaire existante, comme l'architecture infranationale du groupe sectoriel pour la santé, dans le cadre de la riposte à la COVID-19.</p> <p>« Nous avons utilisé les mécanismes de coordination existants et n'avons pas créé de structure parallèle, le tout au sein de la coordination de l'action humanitaire. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Structure	<p><i>L'articulation et l'organisation de la riposte à l'aide des piliers ainsi que l'établissement de groupes de travail, nouveaux ou adaptés, ont fourni une structure claire qui a facilité la collaboration technique et opérationnelle des partenaires dans différents domaines</i></p>	<p>La création de nouveaux groupes de travail, relevant du groupe sectoriel pour la santé ou des équipes spéciales, ou la modification des groupes de travail existants afin de les rendre plus pertinents et mieux adaptés à la riposte à la COVID-19, ont été considérées comme étant de bonnes pratiques. Les groupes de travail techniques les plus souvent cités portaient sur la prise en charge des cas, la lutte anti-infectieuse, ainsi que sur la communication relative aux risques et la mobilisation de la population. Les groupes de travail ont facilité la participation des partenaires, ont constitué des cadres performants pour le partage de l'information, la planification et la définition d'approches communes, l'élaboration et le partage de directives et de procédures opérationnelles standard, et la mise au point de stratégies. La répartition claire des rôles et responsabilités au sein des piliers de la riposte, ainsi que la collaboration efficace entre les partenaires, ont également été citées, y compris en ce qui concerne la prise en charge des cas.</p> <p>« Les sous-groupes de travail techniques (par exemple, communication sur les risques et mobilisation communautaire, vaccination, et santé reproductive) ont permis aux partenaires de soulever des questions et ont fait du bon travail. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>

Résultat 1.2.2 : Nombre d'obstacles fréquemment cités

Le tableau ci-dessous présente une synthèse des obstacles ayant entravé l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci (aux niveaux national et infranational) qui ont été les plus fréquemment cités.

Mécanismes de coordination gouvernementale

Tableau 18. Coordination gouvernementale – niveau national – obstacles

Cat.	Obstacle identifié	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>Les capacités inexistantes ou insuffisantes du ministère de la santé en matière de coordination ont constitué un enjeu majeur</i>	<p>Les répondants ont indiqué que l'incapacité du ministère de la santé à diriger les forums de coordination a constitué un enjeu majeur, qui a nui à la coordination du gouvernement ainsi qu'à son rôle d'interface. Le manque de ressources humaines et techniques a entravé la capacité du ministère de la santé à codiriger les groupes de travail ou à contribuer de manière substantielle à la coordination des piliers de la riposte, au-delà de la participation aux réunions. Les problèmes liés à la rotation élevée du personnel du ministère de la santé, à l'insuffisance des effectifs dédiés et au manque d'équipement et d'infrastructures nécessaires pour assurer la coordination avec les partenaires pertinents ont souvent été cités. Les limites des capacités techniques, de gestion de l'information et de gestion des données ont également été mentionnées.</p> <p>« Les capacités du Ministère de la santé étaient insuffisantes, tout comme les ressources humaines et techniques, de sorte que l'OMS et l'UNICEF ont dû prendre en charge l'essentiel du travail. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Capacité à assurer la coordination	<i>La faiblesse structurelle de la coordination gouvernementale a entraîné l'inefficacité de la coordination interministérielle</i>	<p>Le manque de coordination efficace tant au sein du ministère de la santé qu'entre différents ministères a été cité en tant que faiblesse structurelle de la coordination gouvernementale. Les exemples cités concernent, entre autres, le manque d'engagement et de collaboration entre différents secteurs et unités au sein des ministères de la santé pour coordonner des piliers tels que la communication sur les risques et la mobilisation communautaire, ainsi que la coordination insuffisante entre différents ministères (par exemple, au sujet des points d'entrée), et entre les ministères de la santé, les ministères de l'intérieur et les ministères des affaires humanitaires. Le manque d'engagement d'autres ministères/services a été également mis en avant dans le cadre du recensement en ligne.</p> <p>« Les faiblesses structurelles du Gouvernement, comme les problèmes liés aux politiques et le rôle indéterminé de plusieurs organes, ont entravé la coordination de la riposte. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Capacité à assurer la coordination	<i>Le télétravail, lié aux restrictions gouvernementales, a nui à la capacité de coordination du ministère de la santé</i>	<p>Bien que le travail en ligne et à distance ait souvent été cité comme une adaptation qui a facilité la coordination et a permis de surmonter les restrictions et les mesures de distanciation imposées afin de contrôler la propagation de la COVID-19, il a également été considéré comme une entrave à l'efficacité de la coordination avec le ministère de la santé. Cela s'explique par une expérience limitée de l'utilisation des plateformes en ligne, la préférence des fonctionnaires gouvernementaux pour les réunions en présentiel, le manque d'infrastructure informatique et d'équipement adéquat, une mauvaise connexion à Internet, en particulier au niveau infranational. D'autres effets négatifs relevés concernent le niveau de collaboration des fonctionnaires du ministère de la santé et la participation des décideurs aux réunions de coordination.</p> <p>« Les fonctionnaires étaient peu familiarisés avec Internet, ce qui a posé des problèmes pour la tenue des réunions. Ils avaient donc besoin d'aide et d'une formation pour être en mesure de participer activement aux activités en ligne. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Gestion de l'information	<i>Le manque de données exactes et fiables fournies par le gouvernement a considérablement entravé la coordination, ainsi que la planification et la définition des priorités de la riposte</i>	<p>L'absence de données exactes et fiables sur les cas de coronavirus a souvent été citée comme un problème de taille qui a entravé la coordination et les activités liées à la riposte. Le refus de diffuser les chiffres des cas et les questions importantes ayant trait aux sous-déclarations et au manque de fiabilité des chiffres publiés traduisent l'absence de mécanismes de surveillance appropriés. Les raisons en sont les lacunes en matière d'équipement, de matériel et de personnel formé à la collecte et à l'analyse des données, l'incohérence des méthodes de collecte de données, les défaillances des systèmes d'information sanitaire, et la coordination insuffisante entre les niveaux national et infranational.</p> <p>« La disponibilité et la fiabilité des informations et des données spécifiques au niveau des gouvernorats, et les liens avec l'échelon national figuraient parmi les principaux enjeux. À cela s'ajoutaient des lacunes majeures en matière de partage de l'information et de coordination entre le bureau du Premier Ministre et les acteurs humanitaires et du développement, en particulier en ce qui concerne la consolidation et la satisfaction des besoins et des requêtes émanant du gouvernorat et des administrations locales. » – Examen des données secondaires, Territoire palestinien occupé</p>

Cat.	Obstacle identifié	Analyse
Outils et processus	<i>Le manque de transparence, de redevabilité et de rôles et responsabilités clairement définis aux niveaux national et infranational a compliqué la riposte et la coordination avec les ministères de tutelle</i>	<p>La faible capacité des ministères de la santé était liée à un manque de transparence et de redevabilité. Le chevauchement et la définition incomplète des rôles et responsabilités, l'opacité des lignes de redevabilité, le manque de clarté et de transparence des processus décisionnels, et le clientélisme ont entravé la coordination. Parmi les exemples cités figurent le manque de clarté des rôles des différentes structures de coordination établies aux fins de la riposte à la COVID-19, l'absence de mécanismes de suivi des ressources efficaces, le manque de transparence de l'appui bilatéral fourni aux gouvernements, le détournement de ressources, le partage insuffisant et imparfait de données ou l'absence de partage, les informations contradictoires, et l'opacité des processus et de la prise de décisions.</p> <p>« Redeabilité et transparence – le gouvernement ne disposait pas de mécanismes efficaces pour assurer le suivi des ressources fournies au pays par les partenaires et les donateurs internationaux. L'essentiel de l'aide financière était sous-traité puisque le Gouvernement n'était pas en mesure de la gérer ; par exemple l'OMS et l'UNICEF assuraient la sous-traitance des fonds fournis par la Banque asiatique de développement. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>

Niveau infranational

Tableau 19. Coordination gouvernementale – niveau infranational – obstacles

Cat.	Obstacle identifié	Analyse
Structure	<i>Dans certains pays ayant fait l'objet d'une étude de cas, la fragmentation de la gouvernance a entraîné ou exacerbé la segmentation des structures de coordination</i>	<p>La fragmentation des structures de gouvernance dans des pays tels que le Yémen et la Syrie a entravé de manière significative l'efficacité de la coordination gouvernementale, exacerbant les problèmes concernant les rôles et responsabilités ainsi que le manque de transparence évoqués ci-dessus. Assurer la coordination dans ces contextes s'est avéré particulièrement difficile en raison de la multiplicité des entités de gouvernance, de l'absence d'une position unifiée et d'orientations harmonisées, des priorités souvent contradictoires, de la politisation de la prise de décision, du caractère très sensible du partage de données ou du refus de partager les données, et du manque de collaboration entre les autorités sanitaires.</p> <p>« Du point de vue politique, on constate un manque de collaboration entre les autorités locales et le Ministère de la santé ; par exemple, les tests auraient dû être envoyés à Damas, mais il s'est avéré très difficile d'y parvenir. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Niveau national

Tableau 20. Coordination de l'action humanitaire – niveau national – obstacles

Cat.	Obstacle identifié	Analyse
Capacité à assurer la coordination	<i>Lacunes en matière de capacités du groupe sectoriel pour la santé aux niveaux national et infranational</i>	<p>Les répondants ont signalé des lacunes dans les capacités du groupe sectoriel pour la santé aux niveaux national et infranational, qui ont nui à l'efficacité de la coordination. Citons notamment le manque de ressources humaines, y compris les capacités insuffisantes dans le domaine de la gestion de l'information, et le renforcement précaire des ressources en matière de coordination par rapport à l'augmentation des activités connexes pour faire face à la COVID-19. Le problème majeur du cumul des fonctions a été avancé dans de nombreux pays où, bien souvent, les coordonnateurs du groupe sectoriel pour la santé assuraient également d'autres fonctions au sein de l'OMS. Le recensement en ligne met par ailleurs en exergue le manque de capacités en matière de coordination au niveau infranational (EMRO/AFRO), la fréquence insuffisante des réunions et l'absence des hauts responsables de l'OMS à ce niveau. Les processus et les outils visant à renforcer la coordination des activités, tels que l'inventaire des partenaires, ont semblé nettement plus efficaces au niveau national et n'ont pas été reproduits ou transposés efficacement au niveau infranational.</p> <p>« Un facteur qui a influé négativement sur l'amélioration de la coordination est le manque de personnel au sein du groupe sectoriel national pour la santé, l'équipe étant trop restreinte. C'est également le cas au niveau local où les équipes manquent de personnel. » – Entretien avec un informateur clé, Colombie</p>

Cat.	Obstacle identifié	Analyse
Mécanismes de coordination	<p><i>La coordination était centralisée et descendante, et les capacités en la matière insuffisantes au niveau infranational</i></p>	<p>De nombreux répondants ont perçu la coordination comme étant fondamentalement descendante à partir du niveau national. Ils ont indiqué que les structures de coordination étaient nettement plus efficaces au niveau national, tandis qu'au niveau infranational, les capacités étaient insuffisantes, le personnel du groupe sectoriel national et les hauts responsables de l'OMS n'étaient pas assez présents et mobilisés, la communication était défaillante, et les messages concernant les plans et la stratégie n'étaient pas transmis efficacement, d'où le manque d'harmonisation des approches. Enfin, l'absence de résolution opportune et adéquate des problèmes soulevés au niveau infranational a donné lieu à des malentendus et à un sentiment de frustration.</p> <p>« La coordination est perçue comme un processus descendant qui part de Sana'a ; le sentiment de frustration est très répandu, car la capitale semble déconnectée des problèmes quotidiens et du terrain, et qu'elle est renfermée sur elle-même... Plus vous vous éloignez du centre, plus vous êtes isolé et plus l'incompréhension et la frustration sont fortes. Les acteurs de terrain estiment que la communication est trop descendante ; les problèmes relayés par le niveau infranational tombent dans l'oubli ; ils doivent attendre longtemps pour recevoir des réponses, à supposer qu'ils en reçoivent. Le système, la structure et la communication sont défaillants. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Structure	<p><i>Dans certains pays ayant fait l'objet d'une étude de cas, la fragmentation de la gouvernance a entraîné ou exacerbé la segmentation des structures de coordination</i></p>	<p>La fragmentation des structures de coordination a été identifiée au niveau infranational. Les répondants ont ainsi mis en avant la bureaucratie complexe de l'administration locale, exacerbée par les divisions politiques internes et une faible capacité de coordination, ainsi que le manque de structures infranationales, ou leur fragmentation, d'où les doubles emplois ou l'opacité de l'interface et des plateformes de coordination. Des problèmes de communication entre le niveau central et le niveau infranational au sein des ministères de la santé, qui empêchent la transmission efficace des décisions et de l'information, ont également été signalés. Par ailleurs, les répondants ont évoqué le caractère centralisé de la planification de la riposte, à laquelle les partenaires sont rarement associés, et le fait que la planification et les priorités des interventions humanitaires reflètent rarement les demandes transmises par les autorités infranationales au gouvernement central.</p> <p>« La mise en œuvre sur le terrain a été fortement compromise par la fragmentation des structures infranationales : par exemple, la direction de la santé à Alep est composée de plus de cinq antennes, lesquelles ne participaient pas toutes aux structures et aux mécanismes de coordination ou n'étaient pas au fait de leur existence, car leur répartition était décidée de manière indirecte par les autorités turques sans prise en compte des critères logiques et pertinents qui devraient pourtant régir cette répartition. Certaines décisions et nominations répondent à des critères politiques et dépendent du degré de loyauté envers les autorités turques. Par conséquent, nous n'avons pas pu assurer une coordination efficace ou effective avec les directions de la santé et les autorités locales sur le terrain ou à Gaziantep. La coordination de la planification a été pratiquement nulle en raison de leur refus de partager des informations avec le groupe sectoriel pour la santé et les organismes des Nations Unies. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Capacité à assurer la coordination	<p><i>L'ampleur et l'efficacité de la coordination du groupe sectoriel pour la santé ont été limitées par ses lacunes en la matière</i></p>	<p>Les participants au recensement en ligne et aux études de cas ont indiqué que le manque de capacités a empêché le groupe sectoriel pour la santé de s'acquitter pleinement et efficacement de ses fonctions de coordination au-delà du partage de l'information et de l'organisation de réunions fédérant les partenaires, cette contribution ayant par ailleurs été très appréciée. Parmi les exemples cités figurent, outre la compréhension limitée des lacunes et le retard dans le règlement des problèmes opérationnels des partenaires, le manque de supervision quant au nombre de partenaires actifs, de partenaires ayant un type de capacités donné ou de partenaires à même d'assurer la livraison d'un type de matériel donné.</p> <p>« Les organismes chefs de file sectoriels auraient dû mobiliser davantage de capacités, par exemple des moyens en matière de gestion de l'information et des capacités mobiles sur le terrain afin d'être en mesure d'effectuer des vérifications en temps réel et d'assurer un suivi sous l'angle de la santé de la riposte et des partenaires opérationnels. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Orientations techniques	<p><i>Lacunes dans les capacités et les orientations techniques de l'OMS</i></p>	<p>La faiblesse des capacités techniques au sein de l'OMS a également été signalée. Par exemple, les retards accusés dans le recrutement du personnel technique chargé de la supervision des piliers de la riposte ont nui à la coordination entre les groupes sectoriels pour la santé et l'OMS et ont amené le personnel à porter une double ou une triple casquette. Le cumul des fonctions concernait également le personnel technique de l'OMS ; globalement, la lourde charge de travail et les effectifs réduits ont été cités comme des problèmes importants.</p>

Cat.	Obstacle identifié	Analyse
Capacité à assurer la coordination	Les restrictions gouvernementales ont eu une incidence négative sur la coordination et les interventions	<p>Les restrictions imposées par les gouvernements dans de nombreux pays ont nui à la coordination et ont eu une incidence négative sur les interventions. Elles ont entravé la capacité à organiser des réunions de coordination, l'accès aux communautés, les activités de suivi et la capacité à vérifier les informations transmises. La réglementation en matière de quarantaine et la fermeture des frontières ont également limité les déplacements au sein des pays et le déploiement d'effectifs internationaux supplémentaires. Dans certains pays, les répondants ont également mis en avant les pressions politiques du gouvernement en place, voire l'ingérence dans le recrutement du personnel, l'accès irrégulier aux communautés et une capacité limitée en matière de suivi et de contrôle sur le terrain.</p> <p>« Les restrictions d'accès imposées par le Gouvernement, les communautés et les groupes armés organisés (Grupos Armados Organizados) ont nui à l'interface elle-même. L'aide humanitaire s'est poursuivie, mais le pouvoir des groupes armés est allé croissant. » – Entretien avec un informateur clé, Colombie</p>
Gestion de l'information	Manque de dynamisme des partenaires en matière de partage de l'information	<p>Bien qu'il semble que la participation des partenaires se soit intensifiée, le recensement en ligne fait apparaître que dans certains pays, leur contribution restait limitée notamment avant juillet 2021 (EMRO) et qu'il était compliqué de les mobiliser dans les contextes de crise humanitaire complexe (AFRO). Les participants aux études de cas ont également cité la faible contribution des partenaires à la coordination : absence de partage en temps opportun de l'information sur les activités ou les évaluations prévues ; défaillances en matière de transmission des données et d'assistance aux réunions, d'où la nécessité récurrente de les relancer ; manque de partage transparent de l'information sur le financement ; absence de participation proactive à la coordination, au-delà de l'apport d'informations actualisées.</p> <p>« La proactivité limitée des partenaires a constitué un problème majeur ; il fallait leur courir après pour obtenir des données concernant la communication sur les risques et la mobilisation communautaire, pour qu'ils assistent aux réunions de l'équipe spéciale et aux réunions <i>ad hoc</i>, et pour qu'ils partagent les données. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Rôles et responsabilités	Les besoins et les lacunes ont entravé l'engagement envers les objectifs de la riposte	<p>Le manque de capacité et de mobilisation ont influé sur le fait que les priorités et les demandes des autorités gouvernementales aux niveaux national et infranational n'étaient pas toujours alignées sur les plans de riposte humanitaire à la COVID-19 et les plans de réponse humanitaire.</p> <p>« Les capacités étaient limitées au niveau provincial au point qu'il était impossible de définir les besoins et les priorités ; ainsi, dans certaines provinces où une riposte sanitaire était en place, les priorités du Ministère de la santé n'étaient pas en phase avec les plans de réponse humanitaire (par exemple, le Ministère était opposé à la fourniture de soins de santé primaire par des équipes mobiles afin d'en élargir l'accès, et n'acceptait que les établissements de santé fixes). Nous n'étions pas sur la même longueur d'onde que le Ministère de la santé, mais cela ne signifiait pas pour autant que toute collaboration était exclue et que nous ne pouvions pas consacrer du temps à la riposte. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Mécanismes de coordination	Absence de coordination multisectorielle	<p>D'après les réponses obtenues, la collaboration intersectorielle a constitué un problème, exacerbé dans les zones où la collaboration multisectorielle était limitée avant la COVID-19. Parmi les problèmes identifiés figurent le manque de reconnaissance des effets multisectoriels de la COVID-19, l'absence d'une intégration efficace de la prévention des infections dans d'autres programmes, ainsi que le recours à des approches et à des stratégies incohérentes par différents secteurs sans coordination aucune par l'intermédiaire des piliers et des équipes spéciales sur la COVID-19 : par exemple, les approches relatives à la communication sur les risques et à la mobilisation communautaire, telles que le recrutement d'agents de santé communautaires, et le manque de coordination concernant la disponibilité et l'utilisation des EPI. D'autres défaillances de la coordination multisectorielle concernent les lacunes en matière d'intégration de la protection, du genre et du handicap, ainsi que de communication avec les personnes confinées dans les établissements de quarantaine.</p> <p>« D'un autre côté, on pensait que les réunions régulières du groupe de coordination intersectoriel n'avaient pas d'incidence sur la riposte globale et ne servaient qu'à échanger des informations. Les coordonnateurs des groupes sectoriels ont insisté sur le fardeau supplémentaire que ces réunions ajoutaient à une charge de travail déjà importante. L'OCHA devrait s'interroger sur le bien-fondé des réunions régulières du groupe de coordination intersectoriel et peut-être organiser des séances d'information au nom des groupes sectoriels. » – Examen des données secondaires, Territoire palestinien occupé</p>

Cat.	Obstacle identifié	Analyse
Mobilisation de fonds	<i>Le financement mobilisé aux fins de la riposte a été limité</i>	Dans la plupart des pays, le financement limité ou insuffisant a été considéré comme une contrainte majeure qui a nui aux interventions et à la collaboration des partenaires. De nombreux répondants ont cité la faiblesse, la fragilité et le sous-financement du secteur de la santé comme un facteur sous-jacent. « Les ressources disponibles, en particulier pour la riposte d'urgence, étaient insuffisantes. Cela a probablement empêché certains partenaires de faire autant qu'ils auraient voulu. » – Entretien avec un informateur clé, Cox's Bazar (Bangladesh)
Structure	<i>La multiplicité et/ou le chevauchement des structures de coordination de l'action humanitaire ont brouillé la coordination</i>	Les personnes interrogées dans le cadre des études de cas ont relevé comme obstacles importants à la coordination le chevauchement de ses structures, son architecture complexe et la multiplicité des forums. Les rôles et responsabilités des différents mécanismes n'étaient pas toujours clairement définis et les partenaires ont déclaré qu'il leur était difficile d'assister assidûment aux réunions des différentes structures. Dans les pays où la gouvernance et la coordination étaient déjà fragmentées, comme en Syrie, ce problème était encore plus manifeste : par exemple, les relations, les lignes de communication et les lignes de gestion entre différentes structures de coordination présentes dans le nord-est du pays n'étaient pas clairement définies. Les personnes interrogées ont souligné la nécessité de faire en sorte que les structures de coordination existantes bénéficient d'un appui en matière de capacités et de ressources, que les mandats des différentes structures soient clairs (sans chevauchement des rôles et responsabilités), et que les données soient systématiquement partagées et régulièrement mises à jour à l'aide de tableaux de bord en ligne. Certains intervenants ont suggéré qu'il est préférable d'incorporer la lutte contre la COVID-19 dans une approche multirisque des ripostes aux épidémies plutôt que d'avoir des équipes spéciales COVID-19 et de multiples groupes de travail assignés à des maladies données. « Le plus grand défi consiste toujours à coordonner la frontière x et la ligne x depuis Damas et à assurer la coordination entre deux parties travaillant dans la même région. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie
Capacité à assurer la coordination	<i>Le travail en ligne et virtuel a diminué l'efficacité de la coordination</i>	Si les répondants ont indiqué que le passage au travail en ligne et virtuel était une bonne solution pour permettre la poursuite de la coordination, ils ont aussi mis en avant les obstacles fréquents entravant la capacité des partenaires à assister et à participer aux réunions de coordination, en raison des problèmes de connexion à Internet, en particulier au niveau infranational. Les répondants ont par ailleurs signalé une baisse de la qualité de la participation et de l'efficacité des réunions en ligne par rapport aux réunions en face à face, les discussions se limitant souvent à un partage des informations à jour plutôt qu'à une discussion dynamique. Certains ont déclaré que les réunions de coordination en ligne comptaient parfois trop de participants pour être efficace ou pour aborder certains points sensibles.

Niveau infranational

Tableau 21. Coordination de l'action humanitaire – niveau infranational – obstacles

Cat.	Obstacle identifié	Analyse
Orientations techniques	<i>Les problèmes liés à la clarté, à la cohérence et à la rapidité d'obtention des orientations ont pesé sur la coordination</i>	Les répondants ont fait état de retards dans la mise à disposition des recommandations et des orientations de l'OMS, notamment en matière de protocoles cliniques et de traitement, de définition de cas et de prise en charge. Il a été souligné que la cohérence des consignes de prise en charge était difficile à assurer en raison des changements fréquents de protocoles, des problèmes de traduction et de communication de certaines informations scientifiques, ainsi que des effets négatifs que le manque de clarté des informations scientifiques communiquées sur le virus et le volume considérables de fausses informations avaient eus sur les efforts de coordination et d'intervention, en particulier au début de la pandémie.

Conclusions concernant le Thème 1.2 : Quels sont les facteurs favorables ou les obstacles à l'efficacité des interfaces au sein des différentes structures de coordination et entre celles-ci (aux niveaux national et infranational) ?

Coordination gouvernementale

- En réponse à la COVID-19, les gouvernements ont élaboré des interventions nationales et des plans stratégiques de préparation et de riposte (SPRP), couramment désignés comme les piliers de la riposte. Ils ont également mis en place des équipes spéciales privilégiant la riposte à la COVID-19, mobilisé des interventions visant des objectifs communs et fourni des occasions structurées de collaboration avec les gouvernements. L'approche des « SPRP-piliers » a été considérée comme facilitant la définition des domaines opérationnels et l'identification des principaux enjeux techniques. La vaccination a ainsi été reconnue comme une composante autonome ayant besoin de son propre pilier pour être efficacement mise en œuvre et coordonnée.
- La création et l'activation de COUSP nationaux et infranationaux se sont révélées faciliter la coordination et le partage d'informations avec les partenaires.
- Les capacités insuffisantes des ministères de la santé pour assurer la coordination, la mise en place des « piliers » de la riposte et la codirection des groupes sectoriels pour la santé ont posé de sérieuses difficultés. Cela s'est notamment traduit par des contraintes liées à des capacités techniques limitées, notamment pour gérer certains piliers de la riposte ou pour des besoins de coordination, par des ressources insuffisantes, en particulier en matière d'infrastructures informatiques et de connexion à Internet, ou encore par un manque de compétences en gestion des informations et des données. Les problèmes de communication ont été exacerbés par la situation liée à la COVID-19, notamment la capacité de coordination au sein des gouvernements et avec les partenaires. Le passage au télétravail a par ailleurs été freiné par la dépendance aux technologies et à l'accès à Internet, dont la fiabilité et la prévisibilité n'ont pas toujours été suffisantes, en particulier au niveau infranational.
- Les structures de coordination fragmentées et le manque de clarté quant aux rôles et aux responsabilités ont représenté une difficulté majeure, puisque cela a engendré des doublons et un manque de clarté dans la coordination avec et entre les niveaux national et infranational des ministères de la santé. Bien souvent, les décisions et les informations n'ont pas été communiquées de manière efficace par et vers le niveau infranational. Dans certains pays, les problèmes de partage de données, notamment le recours à plusieurs sources de données et le manque de données fiables et exactes aux niveaux national et infranational, étaient liés à la fragmentation des structures de coordination et de gouvernance. Cela illustre bien l'importance de renforcer la gouvernance infranationale au sein des ministères de la santé et de soutenir les structures et les capacités de coordination au sein de ces ministères, aux niveaux national et infranational et entre ces niveaux.
- Le fait que les structures gouvernementales ne soient pas perçues comme suffisamment transparentes ou soucieuses de répondre de leurs actions a considérablement pesé sur l'établissement d'une réelle coordination avec ces structures. Parmi les principales lacunes, citons le chevauchement des rôles et responsabilités, le flou caractérisant les rapports hiérarchiques et les processus, les problèmes de communication avec tous les ministères concernés et au sein de ceux-ci, ainsi que l'incohérence des informations, le partage de données inexacts ou inadéquates, et l'absence de clarté quant à la manière dont les décisions étaient prises et à leurs fondements.

Coordination de l'action humanitaire

- Le passage au télétravail et la nécessité d'accroître la fréquence des réunions ont contribué au maintien et à l'intensification de la coordination. Toutefois, cette évolution a parfois donné lieu à une dégradation de l'efficacité et de la qualité de la communication et de la participation. Le passage au télétravail a par ailleurs été freiné par la plus grande dépendance aux technologies et à l'accès à Internet, dont la fiabilité et la prévisibilité n'ont pas toujours été suffisantes, en particulier au niveau infranational.
- Les équipes spéciales, les groupes de travail et les sous-groupes de travail nationaux sur la COVID-19, supervisés par les groupes sectoriels pour la santé ou d'autres équipes spéciales, ont constitué des éléments structurants et ont été jugés essentiels à la coordination des interventions. Les directives, les protocoles et les procédures opérationnelles standard conçus et communiqués par l'OMS et les groupes sectoriels pour la santé ont apporté des orientations visant à faciliter les approches et les activités de planification communes des partenaires de santé. Il existe des exemples de situations dans lesquelles les

rôles et les responsabilités ont été clairement établis et de bonnes pratiques de collaboration ont été adoptées entre les partenaires dans le cadre de la riposte.

- Les plans d'intervention multisectoriels élaborés en réponse à la COVID-19 ont fait office de documents de coordination au niveau national, ont guidé les interventions, et ont joué un rôle important dans la mobilisation des ressources.
- Le rôle des groupes sectoriels pour la santé, qui ont facilité la coordination entre les partenaires et avec les ministères de la santé, a été salué. Les groupes sectoriels ont permis d'augmenter la fréquence des réunions, de fournir des informations actualisées aux partenaires, d'assurer le suivi des interventions, d'identifier les lacunes, d'aider les partenaires à remédier à ces lacunes, de diffuser des orientations, d'élaborer des protocoles, ainsi que de développer des outils de gestion de l'information, tels que des tableaux de bord utiles pour cadrer les interventions.
- Le renforcement des capacités a eu pour effet d'accroître l'efficacité de la coordination, notamment quand la structure a été élargie pour inclure de nombreux pôles infranationaux (par exemple, au Yémen).
- Le manque de capacités de coordination dans les groupes sectoriels pour la santé a été perçu comme un obstacle à l'efficacité de la coordination, compte tenu du volume d'informations et de l'ampleur de la coordination nécessaire pour faire face à la COVID-19. À cet égard, les lacunes les plus criantes signalées étaient liées à la gestion de l'information, à la double casquette des membres du personnel en charge de fonctions de coordination, et au manque de structures de coordination infranationales. Ces insuffisances ont nui à l'efficacité des groupes sectoriels pour la santé et à la portée des dispositions qu'ils ont pu mettre en œuvre. Cela reflète l'importance d'investir dans des structures et des capacités de coordination spécifiques et cohérentes aux niveaux national et infranational.
- Bien que les partenaires aient en général participé activement à la coordination, il est arrivé qu'ils fournissent des informations peu claires ou manquant de cohérence, ce qui a conduit à une mauvaise compréhension des besoins et des lacunes, et n'a donc pas permis d'agir en conséquence. Parmi les principales failles dans la communication des partenaires, on peut citer la transmission tardive d'informations sur les évaluations et les activités planifiées dans le cadre de la riposte, le besoin de les relancer fréquemment pour obtenir des informations (tous les partenaires n'appliquant pas les mêmes mécanismes de collecte et de partage des données), ainsi que le manque de transparence quant à la communication des informations de financement. Ces éléments soulignent qu'il est essentiel que les partenaires s'engagent à travailler de manière collaborative afin de pallier les insuffisances, de limiter les redondances et d'alimenter les outils de coordination des groupes sectoriels. Les outils utilisés doivent être pertinents et fonctionnels, et les partenaires doivent disposer des compétences et des capacités suffisantes pour apporter leurs contributions.
- L'augmentation des structures de coordination a été perçue comme un obstacle à la cohérence de la coordination. Cela s'est parfois traduit par un nombre excessif de forums, un chevauchement des structures de coordination, ou une architecture complexe de la coordination à différents niveaux. Par ailleurs, l'établissement des rôles et des responsabilités entre les différents mécanismes n'était pas toujours clair, d'où la difficulté pour les partenaires d'assister assidûment à tous les forums et structures.
- La coordination a souvent été perçue comme étant fondamentalement descendante à partir du niveau national. Le manque de capacités au niveau infranational, et la non-participation ou la collaboration irrégulière du personnel du groupe sectoriel pour la santé et des hauts responsables de l'OMS au niveau infranational ont souvent été cités parmi les difficultés. La mauvaise communication et le caractère inopportun et inadéquat des interventions ont également suscité un sentiment de déconnexion et de frustration au niveau infranational. Tout cela montre bien l'importance de s'assurer que les personnes en charge des rôles de coordination possèdent les compétences et l'expertise requises (communication, négociation, gestion de l'information, etc.), mais aussi la capacité à instaurer une communication efficace avec les parties prenantes et entre les niveaux national et infranational.
- La coordination multisectorielle était souvent défailante ou insuffisante, ajoutant ainsi un niveau de coordination à une architecture de la coordination déjà complexe. Les acteurs d'autres groupes sectoriels (non liés à la santé) ne savaient pas toujours quel était leur rôle, ce qui signifie que les effets multisectoriels de la COVID-19 n'étaient pas toujours pleinement pris en compte et que les parties prenantes concernées n'étaient pas toujours associées de manière appropriée à la planification et à la mise en œuvre. Par conséquent, ils sont souvent intervenus de leur propre initiative sans se coordonner avec les équipes spéciales sur la COVID-19 du groupe sectoriel pour la santé ou du gouvernement.

Recommandations relatives au critère 1

Dans cette section, les recommandations sont regroupées en fonction des destinataires concernés ; celles qui portent sur les mécanismes de coordination de l'action humanitaire distinguent en outre celles qui ont une portée mondiale de celles qui s'appliquent au niveau des pays.

À l'attention des gouvernements :

- Tirer des enseignements supplémentaires des activités de coordination des gouvernements dans le contexte de la pandémie de COVID-19 afin de s'assurer que le travail mené pourra éclairer la gestion des futures pandémies mondiales ou d'autres crises sanitaires.
- Dans de nombreux cas, les autorités ont dû recourir à des décrets ou à d'autres dispositifs contraignants pour mettre en place un mécanisme de coordination autonome. Afin d'assurer l'activation en temps voulu des mécanismes de coordination essentiels, il convient de réaliser en amont des activités de préparation pertinentes (même dans le cas d'une pandémie potentielle liée à un agent pathogène nouveau) et de préparer les décrets y afférents avant même qu'ils soient nécessaires.
- Les autorités gouvernementales doivent être soutenues et renforcées pour prendre la direction des opérations. Cela suppose notamment de définir clairement les rôles et les responsabilités au sein des ministères de la santé. Il convient en outre de renforcer la coordination interministérielle relative aux interventions en cas d'épidémie et de clarifier les rôles et les responsabilités, les chaînes de responsabilité et la communication entre les services, ainsi que de s'engager à partager les données de manière systématique et transparente.
- Renforcer la planification stratégique nationale et infranationale de même que les liens et les retours d'information entre ces deux échelons, tout en organisant plus de réunions de haut niveau à des fins de planification, de mobilisation des ressources et de participation constructive des partenaires.
- Consolider et renforcer les capacités de coordination nationales et, surtout, infranationales au sein des ministères de la santé à des fins de coopération et de leadership grâce à des ressources dédiées et à du personnel spécialisé. Ces mesures doivent être envisagées lors de la phase de préparation et du renforcement des systèmes de santé, mais aussi durant la phase d'intervention, par exemple, avec le déploiement de renforts en appui aux fonctions de coordination des ministères de la santé. Il faut accroître les capacités des COUSP au moyen de ressources dédiées, par exemple, du personnel, des outils et des moyens de communication.
- Il apparaît comme essentiel, en cas de futures pandémies ou de crises sanitaires similaires, de mobiliser le plus haut niveau des instances décisionnelles au sein des organes de coordination. Face à une crise d'une telle ampleur, les gouvernements ne peuvent pas transiger et doivent s'engager pleinement et durablement à la gérer.
- Appréhender d'emblée le caractère multisectoriel des crises telles que les pandémies est essentiel, de même qu'avoir recours à l'approche des SPRP reposant sur des piliers afin de définir clairement les aspects techniques à privilégier et, partant, les rôles et les responsabilités.
- La contribution des partenaires aux processus de planification est primordiale pour garantir une représentation diversifiée et cohérente des parties prenantes, et donc une planification et des interventions appropriées et pertinentes. Les partenaires humanitaires sont en mesure de déterminer les besoins et les interventions nécessaires pour atteindre fréquemment les groupes les plus marginalisés, les populations touchées par une crise humanitaire, et pour apporter un appui aux ministères de la santé en matière de prestation de services, le cas échéant. Il est donc possible de mettre à profit la contribution des partenaires humanitaires à la riposte à la COVID-19.
- La gestion de l'information est cruciale pour mener des interventions cohérentes et globales, et les gouvernements doivent accorder une attention particulière à ce domaine, qui offre d'importantes perspectives d'amélioration des impacts, sans que des adaptations fondamentales soient nécessaires.
- Les gouvernements doivent saisir l'importance de la coordination et investir dans les ressources et les activités connexes, notamment en assurant la formation et la spécialisation du personnel à cet égard, ainsi qu'en matière de communication et d'interaction avec les différentes parties prenantes. L'étude met en lumière le rôle clé de la gestion de l'information dans la mise en œuvre d'interventions bien coordonnées.
- Il faut s'attacher à faire en sorte que le travail mené au niveau national puisse bénéficier au niveau infranational, où la plupart des opérations sont mises en œuvre.

À l'attention du Groupe sectoriel mondial pour la santé :

- Maintenir les investissements dans les ressources de gestion de l'information destinées au groupe sectoriel pour la santé aux niveaux national et infranational, et donner accès à des outils permettant de télétravailler de manière efficace.
- Investir dans le renforcement continu des capacités des coordonnateurs du groupe sectoriel pour la santé aux niveaux national et infranational, y compris les compétences spécialisées en négociation et en plaidoyer. S'assurer que les fonctions de coordination bénéficient de financements spécifiques aux niveaux national et infranational et continuer à sensibiliser toutes les parties prenantes à l'importance de la coordination. Clarifier les lignes de communication entre les niveaux national et infranational, y compris en définissant des attentes claires en matière d'appui, d'orientation et de partage de l'information du niveau national au niveau infranational.
- Améliorer la coordination multisectorielle liée aux interventions en cas d'épidémie en renforçant l'interface et la collaboration stratégique entre les groupes sectoriels pour la santé et les groupes de coordination intersectoriels ainsi que les secteurs concernés. Cela suppose en particulier de donner la priorité aux évaluations conjointes et à l'évaluation des impacts multisectoriels, de s'accorder sur les définitions précises des rôles des différents secteurs et de communiquer clairement sur ce sujet. La collaboration accrue avec d'autres secteurs doit constituer une priorité, en assurant par exemple la prise en compte des normes sanitaires minimales, et en organisant des ateliers et des formations pour intégrer plus efficacement les enjeux des autres secteurs comme celui des services WASH. Enfin, il est recommandé de renforcer la communication multisectorielle entre les niveaux national et infranational, en veillant à l'efficacité du partage de l'information.

À l'attention des groupes sectoriels nationaux pour la santé :

- Si les structures nationales de coordination des groupes sectoriels pour la santé ne sont pas toujours nécessaires dans les contextes humanitaires, la capacité à intensifier et à renforcer rapidement les structures de coordination face à une pandémie mondiale est en revanche essentielle. Cela nécessite d'avoir suffisamment de renforts disponibles (personnel spécialisé dans la coordination et les données, par exemple l'analyse/la visualisation de données, etc.) et de pouvoir mobiliser sans délai des fonds spécifiques afin de mener des activités aux niveaux national et infranational.
- Investir dans les capacités de coordination au niveau infranational, en maintenant ou en augmentant les investissements dans les structures de coordination infranationales ; renforcer le plaidoyer auprès des donateurs pour favoriser les financements dans l'architecture des groupes sectoriels pour la santé au niveau infranational ; encourager les partenaires à accroître leur appui ou à diriger la coordination au niveau infranational et les soutenir au moyen d'activités de formation et de renforcement des capacités en matière de coordination des groupes sectoriels.
- Il ressort des réponses (concernant les délais nécessaires à la mise en œuvre des changements et à l'acquisition des capacités requises en vue d'assurer la coordination des groupes sectoriels pour la santé et/ou de gérer l'interface entre ces derniers et l'OMS) que des efforts supplémentaires devraient être consentis pour accélérer ces processus.
- Continuer à mettre l'accent sur la préparation et la riposte à la COVID-19, y compris lorsque la menace qu'elle représente semble moindre. Compte tenu de la nature évolutive de la maladie, avec notamment l'émergence de nouveaux variants, et de la faible couverture vaccinale dans les contextes humanitaires, il est crucial d'intégrer la COVID-19 dans une analyse multirisque portant sur les populations touchées par une crise humanitaire. Le maintien à l'ordre du jour de la préparation et de la riposte à la COVID-19 durant les réunions de coordination, par exemple, apparaît comme une bonne pratique à poursuivre.
- Les crises sanitaires comme la pandémie de COVID-19 ne relèvent pas que du domaine de la santé. Tous les organismes doivent reconnaître leur nature multisectorielle et collaborer en conséquence.
- Comme dans le cas de la coordination gouvernementale, les réponses indiquent que le niveau et le type de participation des partenaires et les exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte ont fait l'objet des changements les plus fréquents au cours des trois dernières années. Cela laisse penser que ces deux thèmes figurent parmi les plus importants et requièrent une attention toute particulière en cas de pandémie. Cependant, l'étude révèle aussi que c'est la qualité des changements opérés – plutôt que leur quantité – qui peut en définitive faire la différence.

- Rationaliser les différents forums de coordination pour les interventions liées à la COVID-19 en veillant à la clarté des objectifs des différents mécanismes de coordination, et continuer à intégrer la question de la COVID-19 dans les groupes de travail existants.

À l'attention des donateurs :

- Investir dans le renforcement des capacités des ministères de la santé et/ou des groupes sectoriels pour la santé à des fins de coordination infranationale en soutenant par exemple le personnel de renfort.
- Dans le cadre de l'appui ou de la participation aux processus de planification nationale, il convient de plaider en faveur de l'amélioration des liens avec le niveau infranational et de ses contributions en la matière et d'établir une planification claire pour les populations touchées par une crise.

Critère 2 : Quelles sont les difficultés et les bonnes pratiques influant sur la participation des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 aux niveaux national et infranational ?

Les conclusions présentées dans cette section intègrent les enseignements des expériences des différents partenaires/ONG nationaux et internationaux. Elles portent sur le critère 2 et suivent la structure et l'articulation des thèmes et des indicateurs définis dans le cadre analytique.

Thème 2.1 : De quelle manière les partenaires du groupe sectoriel pour la santé contribuent-ils à la riposte à la COVID-19 dans le cadre des plans de préparation et de riposte nationaux des ministères de la santé (souvent appelés les « plans-piliers » de la riposte) ainsi que des interventions du groupe sectoriel pour la santé ?

Conclusion 2.1.1 : Modes de participation des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la riposte à la COVID-19 dans le cadre des plans de préparation des ministères de la santé et des interventions du groupe sectoriel pour la santé

Les conclusions suivantes associent les résultats du recensement mondial en ligne et des sept études de cas nationales. Les modes de participation des partenaires sont regroupés dans les catégories suivantes, correspondant aux différents sujets abordés à travers les questions du cadre analytique :

- Niveau et type de participation des partenaires.
- Soutien des partenaires aux fonctions de coordination.
- Participation des partenaires aux discussions sur la stratégie.
- Appui technique des partenaires à la riposte.
- Mise en œuvre opérationnelle des plans par les partenaires.

Niveau et type de participation des partenaires – résultats du recensement

Figure 35. Changements intervenus en matière de niveau et de type de participation des partenaires aux différents mécanismes de coordination

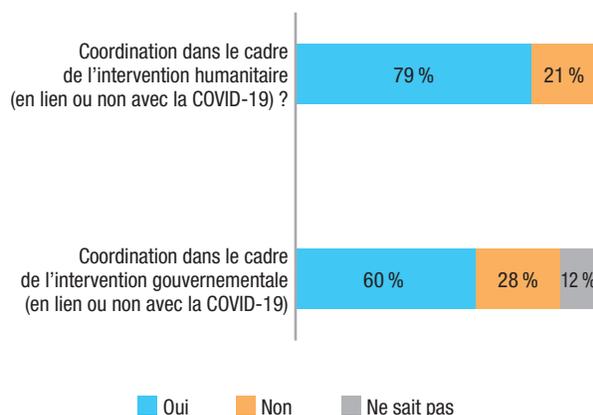


Figure 36. Domaines dans lesquels des changements ont été signalés quant au niveau et au type de participation des partenaires aux différents mécanismes de coordination

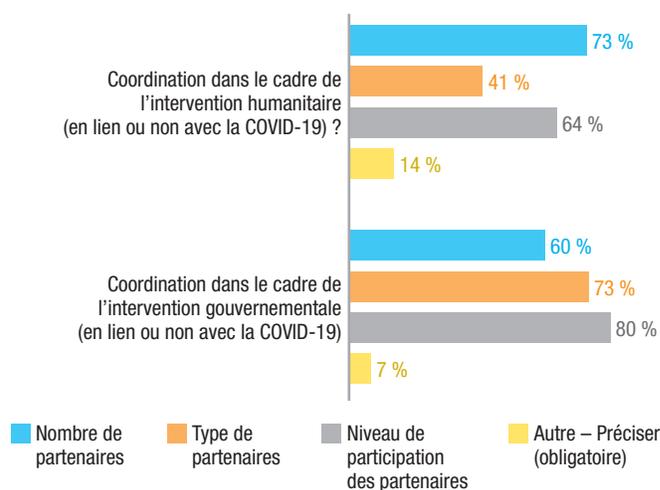
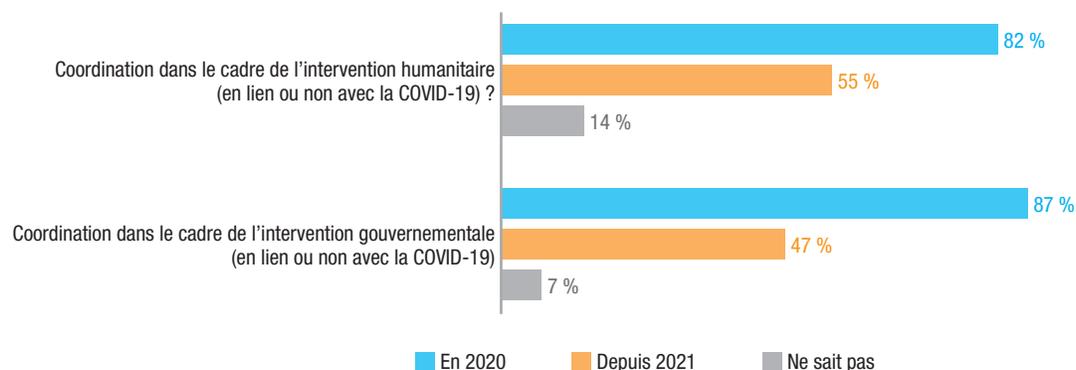


Figure 37. Période au cours de laquelle les changements ont eu lieu



Comme illustré par les figures 10 et 11, et confirmé par la figure 35, les répondants ont déclaré que des changements s'étaient produits en matière de participation des partenaires aux mécanismes de coordination de l'action humanitaire et aux mécanismes de coordination gouvernementale, les changements dans la coordination de l'action humanitaire étant signalés un peu plus souvent (79 % des répondants contre 60 % pour les mécanismes de coordination de l'action gouvernementale). La figure 36 montre que les changements relatifs aux mécanismes de coordination de l'action humanitaire les plus fréquemment rapportés concernent le nombre de partenaires (74 %), puis le niveau de participation des partenaires (64 %) et le type de partenaires (41 %). Les évolutions relatives aux mécanismes de coordination gouvernementale les plus fréquemment citées portent quant à elles sur le niveau de participation des partenaires (80 %), puis sur le type de partenaires (73 %) et le nombre de partenaires (60 %).

La plupart des changements relatifs à la participation des partenaires sont intervenus en 2020, tant en ce qui concerne les mécanismes de coordination gouvernementale que les mécanismes de coordination internationale, comme le montre la figure 37. Ces évolutions se sont poursuivies en 2021, mais à un degré moindre s'agissant des mécanismes de coordination gouvernementale.

Figure 38. Les changements relatifs à la participation des partenaires se sont-ils également produits à l'échelle infranationale ?

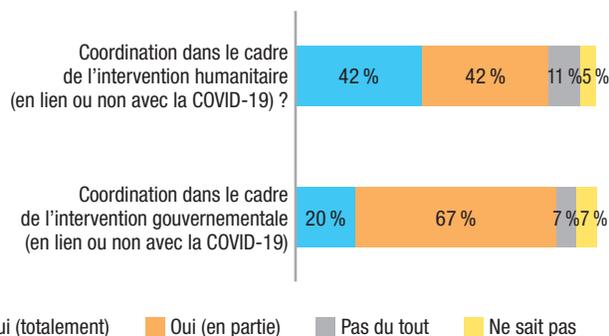
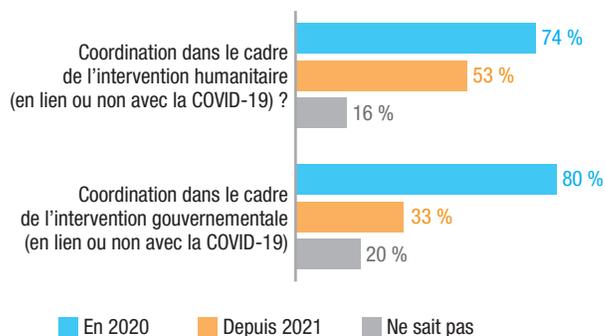


Figure 39. Quand les changements relatifs à la participation des partenaires à l'échelle infranationale se sont-ils produits ?



Les changements relatifs à la participation des partenaires à l'échelle infranationale ont été nettement moins nombreux pour les mécanismes de coordination gouvernementale liés à la riposte à la COVID-19 que pour les mécanismes de coordination de l'action humanitaire (cités par 20 % des répondants contre 42 % des répondants respectivement) (voir la figure 38). La figure 39 indique que ces changements se sont principalement produits en 2020, mais qu'ils se sont poursuivis en 2021 et au-delà, quoiqu'à un degré moindre en ce qui concerne les mécanismes de coordination gouvernementale. Dans l'ensemble, cela signifie que les changements observés dans la participation des partenaires au niveau national ne se retrouvent pas de manière significative au niveau infranational.

Ampleur des changements, adéquation et avantages

Figure 40. Ampleur des changements au niveau national

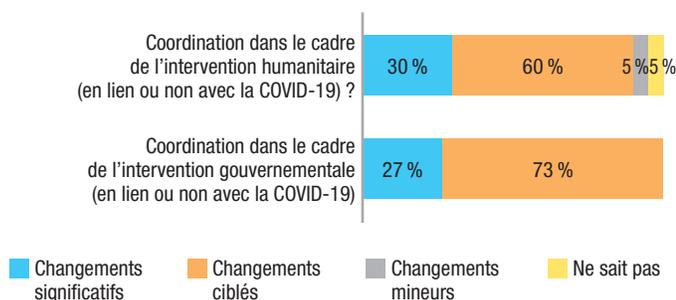


Figure 41. Mesure dans laquelle les changements ont été perçus comme adaptés à l'évolution de la situation et à l'augmentation des besoins au niveau national

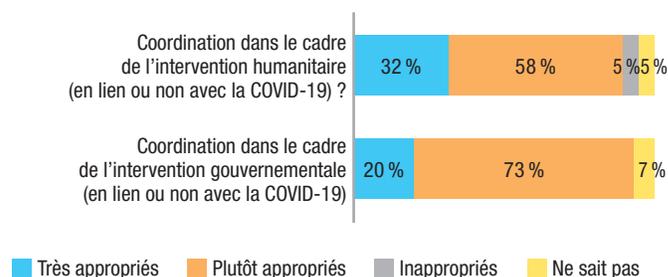
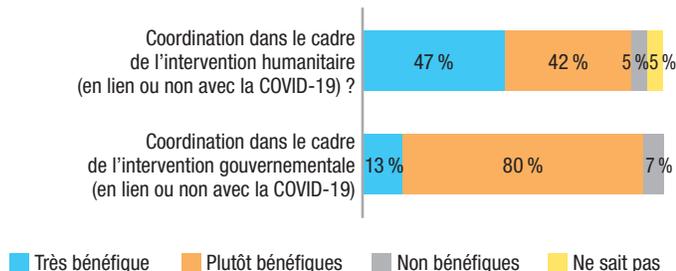


Figure 42. Dans quelle mesure les changements ont-ils été bénéfiques à la riposte au niveau national ?



Comme illustré par les figures 10 et 11, et confirmé par la figure 35, les répondants ont déclaré que des changements s'étaient produits en matière de participation des partenaires aux mécanismes de coordination de l'action humanitaire et aux mécanismes de coordination gouvernementale, les changements dans la coordination de l'action humanitaire étant signalés un peu plus souvent (79 % des répondants contre 60 % pour les mécanismes de coordination de l'action gouvernementale).

Comme nous l'avons déjà précisé, les changements liés aux mécanismes de coordination de l'action humanitaire les plus fréquemment rapportés concernent le nombre et le niveau de participation des partenaires (figure 36). Toutefois, les changements ont été rapportés comme étant significatifs dans seulement 30 % des cas (figure 40) (et font partie des trois catégories de changements les moins citées, comme l'indique la figure 19). 32 % des répondants ont déclaré que ces changements étaient très appropriés, mais 5 % d'entre eux les ont considérés comme inappropriés (figure 41). Par ailleurs, ces évolutions ont été perçues comme très bénéfiques par 47 % des répondants, et comme non bénéfiques, une fois encore, par 5 % d'entre eux (figure 42). Cela montre la diversité des contextes et des mécanismes en place, avec des degrés d'adéquation divers et des effets contrastés.

Alors que 60 % des répondants ont déclaré que des changements s'étaient produits dans les mécanismes de coordination gouvernementale (figure 35), il est intéressant de relever que ces changements ont été considérés comme peu importants, 27 % seulement des répondants faisant état de changements significatifs (figure 40). Par ailleurs, seuls 20 % des répondants ont estimé que les changements étaient très appropriés (figure 41) et 13 % d'entre eux les ont considérés comme très bénéfiques (figure 42). Compte tenu de la nécessité, pour faire face aux situations d'urgence, de pouvoir développer des interventions de grande envergure, d'accroître le plus possible les capacités de renfort et de collaborer avec des partenaires, ces résultats sont préoccupants. Les gouvernements ont besoin de soutien pour les aider à s'assurer une réelle adhésion des partenaires dans le cadre de leurs mécanismes de coordination.

Participation des partenaires aux niveaux national et infranational, et types de partenaires dans le cadre des deux mécanismes de coordination

On a observé, à l'échelle nationale, une participation accrue des partenaires, notamment des partenaires nationaux, à la fois pour les mécanismes de coordination gouvernementale et pour les mécanismes de coordination humanitaire. Dans les études de cas, des informateurs clés ont déclaré que la participation des partenaires avait augmenté au niveau national, en particulier celle des partenaires nationaux, tant dans le cadre des mécanismes de coordination humanitaire que gouvernementale. Cependant, malgré cette participation accrue des partenaires, les données issues du recensement en ligne révèlent que certains pays ont déclaré que la participation des partenaires restait limitée, en particulier avant juillet 2021 (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale - EMRO) et qu'il était compliqué de mobiliser les partenaires dans les situations de crise humanitaire » (Bureau régional pour l'Afrique - AFRO). De plus, de nombreuses ONG locales ont continué à agir de manière indépendante (EMRO). Dans d'autres pays, les répondants dans le cadre du recensement en ligne ou des études de cas ont déclaré que certains partenaires avaient dû mettre fin à leurs activités, car ils n'étaient pas parvenus à s'adapter à l'évolution du contexte (EMRO).

À l'échelle infranationale et pour les deux types de mécanismes de coordination, les réponses indiquent un niveau de participation des partenaires plus élevé et mettent particulièrement en lumière l'importance de l'approche des responsables communautaires dans les pays où ils ont été impliqués.

« Les partenaires nationaux s'impliquent beaucoup. Ils ont eu de nouvelles possibilités leur permettant de jouer un rôle plus actif dans la riposte, notamment en travaillant avec les communautés, en participant aux activités de RCCE, en intervenant auprès des communautés difficiles à atteindre et en agissant pour améliorer l'acceptation du traitement et de la vaccination par les communautés. La participation des partenaires de santé nationaux s'est ainsi renforcée. Par le passé, on faisait seulement appel à eux pour mettre en œuvre certains programmes. Avec la COVID-19, leur statut a progressé. Toutefois, nous avons fait marche arrière, car les moyens financiers ont diminué, ce qui n'a pas permis de maintenir les améliorations » – Entretien avec un informateur clé, Soudan (mécanisme de coordination de l'action humanitaire)

Les partenaires internationaux ont participé dans une plus large mesure à la riposte, car ils ont pu s'appuyer sur des programmes préexistants de plus grande ampleur intégrant des composantes d'actions d'urgence, ainsi que de moyens humains et techniques plus importants, ce qui leur a permis d'intensifier leurs interventions. Les entretiens avec des informateurs clés ont révélé que les partenaires internationaux fournissaient un soutien opérationnel aux établissements de santé, y compris un appui logistique, des incitations, et des équipements essentiels, tandis que les partenaires locaux dépendaient largement des ressources financières des organisations internationales.

« Il y a le CICR, MSF, l'IMC, l'IRC et le SCI et ce sont les seuls capables de faire face à des situations d'urgence. Ces organisations disposaient d'équipes d'urgence et de vastes programmes avec des composantes d'urgence, ce qui leur a permis de faire face aux besoins supplémentaires. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen

Participation des partenaires aux mécanismes de coordination gouvernementale aux niveaux stratégique, technique et opérationnel (résultats des études de cas)

Participation des partenaires aux mécanismes de coordination gouvernementale

Une quantité limitée de données était disponible sur la participation des partenaires aux mécanismes de coordination gouvernementale, mis à part des informations sur leur présence aux différentes réunions de coordination organisées par les ministères concernés.

Soutien des partenaires aux fonctions de coordination

Il convient de souligner l'absence d'informations claires sur l'appui fourni par les partenaires aux fonctions de coordination.

Participation des partenaires aux discussions sur la stratégie

Les partenaires ont pris part aux discussions sur les questions stratégiques et techniques dans le cadre du développement des plans-piliers. Pour les partenaires internationaux comme locaux, l'architecture de la riposte (piliers, groupes de travail et équipes spéciales) a servi de structure de référence et de norme pour définir les modalités de participation. Les piliers ont fourni aux partenaires une approche structurée leur permettant de participer et d'être consultés. Des informateurs clés ont déclaré que des équipes spéciales ministérielles ont, aux niveaux national et infranational, réuni des partenaires de santé pour échanger sur la stratégie à adopter dans le cadre du développement des plans-piliers, de la riposte fondée sur les piliers, partager des informations, travailler sur les approches techniques et prendre part à la révision des plans ainsi qu'à l'élaboration de documents stratégiques.

« Nous avons au moins réussi à définir la riposte, avec un accord sur les neuf piliers, le cadre global et les activités. Nous avons conçu la riposte au niveau stratégique, si bien que les différentes organisations n'ont pas pu agir selon leurs propres convenances. Avec le temps, les gens se sont sentis obligés de suivre les structures ainsi établies. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan

Appui technique et opérationnel des partenaires à la riposte

Partenaires fournissant un appui technique et opérationnel par le biais d'équipes spéciales et de groupes de travail. La participation aux groupes de travail/équipes spéciales s'est matérialisée par des discussions techniques et a donné accès à une plateforme permettant de partager les dernières informations sur la riposte, d'évoquer les difficultés de mise en œuvre rencontrées, et de prendre part à la révision des plans et à l'élaboration de documents stratégiques. Les répondants dans le cadre du recensement mondial en ligne ont rapporté que la collaboration accrue entre les organisations luttant contre la COVID-19 (EMRO), de même que l'intensification de la participation des partenaires, tant sur les aspects techniques que financiers (AFRO), ont permis de réduire la pression sur la riposte mise en place par les ministères de la santé (EMRO).

« L'équipe spéciale a vraiment collaboré avec les ONG et les Nations Unies. Tout comme nous le faisons actuellement, le gouvernement a fortement encouragé les ONG internationales et les organismes des Nations Unies à prendre part au SPRP. Ils ont ainsi analysé les piliers et contribué au déploiement du plan dans les zones recensant des cas. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan

Participation des partenaires à la coordination humanitaire aux niveaux stratégique, technique et opérationnel (résultats des études de cas)

Participation des partenaires aux mécanismes de coordination humanitaire

L'examen des données secondaires et les entretiens avec des informateurs clés ont mis en évidence la motivation des partenaires ainsi que leur participation à la coordination, leur volonté d'apporter leur contribution et leur dévouement aux communautés. Il a ainsi été établi que les partenaires de santé ont été très assidus aux réunions de coordination, la plupart des organisations étant représentées. Les réunions en ligne ont facilité la participation, de même que le besoin que ressentaient les participants d'obtenir des informations sur la COVID-19 et sur la manière de la gérer au mieux. De nombreux partenaires ayant répondu à l'enquête ont considéré que leurs contributions et leurs commentaires étaient valorisés et pris en compte par les organes de coordination. Au niveau national, les partenaires ont contribué au partage d'informations, notamment en participant à des groupes WhatsApp, en construisant des tableaux de bord, ou en utilisant des outils appliquant les méthodes « Qui fait Quoi, Où, Quand ? » ou « 5Ws ». (25) On leur a également demandé de fournir des informations sur les besoins, leurs capacités, le contexte, les progrès de la riposte, etc.

« La coordination des partenaires humanitaires a vraiment bien fonctionné. Les partenaires voulaient travailler et utiliser les financements disponibles le plus efficacement possible. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan

« Nous avons été invités à toutes les réunions et avons participé à des réunions communes avec Gaza via Zoom. La plupart des réunions ont eu lieu à distance. Nous nous sommes réunis physiquement au bout d'un an. Notre collaboration a été prise au sérieux. » – Entretien avec un informateur clé, Territoire palestinien occupé

Soutien des partenaires aux fonctions de coordination

Au niveau national, les partenaires n'ont pas participé au pilotage des fonctions de coordination, mais ont en revanche activement contribué au mécanisme de coordination (voir ci-dessus). À l'échelle infranationale, les partenaires de santé ont parfois pris la direction des structures de coordination et/ou des groupes de travail, notamment en l'absence de représentants de l'OMS, ou lorsqu'une ONG (locale ou internationale) possédait une solide expertise (dans le domaine de la prise en charge notamment).

« Les partenaires se sont impliqués à tous les niveaux de la coordination. Ils ont contribué à la mobilisation des ressources, à la prise en charge des cas, à la mise en place des laboratoires dédiés à la COVID-19 et des mesures d'isolement, ainsi qu'à la coordination de la riposte au niveau infranational. » Entretien avec un informateur clé, Afghanistan

Participation des partenaires aux discussions sur la stratégie

Les partenaires ont joué des rôles limités dans l'élaboration de la stratégie au niveau national, mais ont été impliqués en suivant les directives et en mettant en œuvre des activités d'intervention conformes aux plans stratégiques et aux priorités communes. Au niveau national, l'accent a été mis, dans plusieurs contextes, sur les partenaires œuvrant en faveur d'objectifs communs, sur la cohérence avec l'approche des groupes sectoriels pour la santé et les stratégies des ministères de la santé, ainsi que sur la prévention des redondances. La prise de décision a été perçue comme très centralisée, avec des contributions limitées des partenaires à la conception des stratégies programmatiques. Ceux-ci ont en revanche activement participé à la mise en œuvre, en suivant les directives et en opérationnalisant la stratégie sur le terrain. Au niveau infranational, les partenaires étaient en adéquation avec les plans stratégiques unifiés et se sont concentrés sur les objectifs communs. Les partenaires ont suivi et mis en œuvre les directives techniques fournies par les entités de référence (OMS, gouvernements, Centres for Disease Control and Prevention, etc.), sous la forme de protocoles, de formations, de directives, et de listes standard.

« Ils recevaient simplement les informations et l'utilisaient. Ils faisaient confiance aux personnes responsables de leur élaboration. Cela a été très apprécié et a permis d'éviter de longues discussions. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan

« Avant la COVID-19, les partenaires étaient plus indépendants pour fixer leurs priorités opérationnelles ... Nous avons réussi à organiser régulièrement des réunions et à prendre des décisions en collaboration avec les partenaires, ainsi qu'à élaborer collectivement le plan d'intervention, ce qui a permis de renforcer la cohérence des activités ... Nous disposions de directives unifiées, de formations unifiées, de protocoles unifiés et d'une liste unifiée de fournitures médicales. Tous les partenaires du groupe sectoriel pour la santé s'appuyaient donc sur une approche standardisée. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

À l'échelle infranationale, les partenaires ont activement participé aux discussions sur l'adaptation des programmes aux contraintes de la COVID-19 à travers les réunions des groupes de travail et des équipes spéciales. Ainsi, l'étude a révélé que la riposte avait contribué à répartir des tâches spécifiques entre les différents partenaires en s'appuyant sur leur expertise et leur expérience, à construire des partenariats et à limiter la concurrence dans la recherche de financements. Grâce à cette approche structurée des consultations avec les partenaires, ceux-ci ont eu le sentiment que les organes de coordination prenaient au sérieux leurs contributions et leurs remarques.

« L'OMS et le groupe sectoriel pour la santé ont restructuré l'intervention en établissant une équipe spéciale sur la COVID-19. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

« Nous nous appuyions sur les réunions du groupe sectoriel pour la santé et sur le suivi régulier de ces réunions. Des documents techniques, des orientations, des protocoles, etc. étaient également partagés durant ces réunions. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan

Appui technique et opérationnel des partenaires à la riposte

En raison de leurs solides liens préexistants avec les communautés, les partenaires ont pu contribuer aux aspects communautaires de la riposte. Ainsi, ils ont pu élaborer des messages adaptés aux différentes communautés et aux différents contextes, et ont pu faire remonter les préoccupations et les difficultés identifiées sur le terrain. Au niveau infranational, les partenaires ont joué le rôle le plus important dans les activités de RCCE et de sensibilisation de la population. Les liens solides qui les unissaient aux communautés avant la pandémie ont mis les partenaires dans une situation de force pour s'impliquer dans les aspects communautaires de la riposte. Les partenaires ont pu mettre à profit leur expertise technique en matière RCCE ainsi que leurs compétences en matière de gestion des fausses informations et de la désinformation. Ils ont pu par ailleurs adapter des stratégies normées aux différents contextes pour proposer des solutions aux ministères de la santé, aux groupes sectoriels pour la santé, etc. Compte tenu de leurs liens préexistants avec les communautés, les partenaires ont été particulièrement impliqués dans la planification et la mise en œuvre des activités de RCCE. À l'échelle infranationale, les partenaires ont joué un rôle important dans la mise en œuvre de ces activités.

« Les partenaires ont joué un rôle significatif dans la mise en œuvre des mesures d'atténuation, des activités de RCCE et de l'atténuation des risques au sein de la communauté. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen

À l'échelle infranationale, les partenaires ont fait état de leur forte implication dans le partage des informations. Ils se sont parfois eux-mêmes chargés de la traduction de documents afin de faciliter les échanges d'informations avec les acteurs locaux. Au niveau infranational, les partenaires étaient responsables de la traduction des documents et directives ainsi que de la transmission des informations aux acteurs locaux.

« Moi, j'ai par exemple traduit les graphiques que le groupe de travail sur la santé nous avait transmis et je les ai partagés avec les autres partenaires de santé. Quand MSF a mis au point le protocole de prise en charge, nous faisons partie du comité d'examen, en tant que partenaire. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

Les informateurs clés ont indiqué que les partenaires avaient fait preuve de flexibilité dans le cadre de leurs mandats, de leurs approches et de leurs activités, afin de s'adapter au contexte, aux nouvelles priorités et aux restrictions en place. Les répondants dans le cadre du recensement en ligne ont indiqué que « certaines organisations avaient élargi l'étendue de leurs services ainsi que leur rôle au sein du secteur de la santé » (EMRO) – par exemple, plus d'ONG contribuant aux mesures de soutien dans les hôpitaux (EMRO) – et que les « partenaires s'étaient rendus plus disponibles, y compris les partenaires d'autres secteurs d'intervention » (AFRO).

Les répondants ont également déclaré que la participation et l'engagement opérationnels des partenaires locaux avaient progressé dans certains pays.

« Tous les partenaires ont modifié ou adapté leurs interventions afin de continuer à fournir des services dans le contexte de la COVID-19. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan

L'étude a également révélé que, dans certains cas, la participation des partenaires aux différents forums (groupes de travail, équipes spéciales) se justifiait par leur expertise spécifique ou leur expérience passée. Cet élément a été mentionné comme un facteur ayant permis de rendre la coordination plus efficace, car seuls des acteurs compétents collaboraient aux différentes phases et étaient impliqués dans les différents domaines de la riposte.

« La participation dépend des objectifs de la mission et du mandat ». – Entretien avec un informateur clé, Syrie

« Les partenaires ont participé [...] à la mobilisation des ressources, à la prise en charge des cas, et à la mise en place des laboratoires dédiés à la COVID-19 et des mesures d'isolement. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan

Les partenaires ont activement participé aux formations, souvent animées par le groupe sectoriel pour la santé, pour veiller à ce que le personnel et les coordonnateurs disposent des informations appropriées et connaissent les directives applicables pour contribuer effectivement à la riposte. Les informateurs clés interrogés ont déclaré que, au niveau national, la participation aux formations a été la plus élevée en 2020, au début de la pandémie, lorsque les besoins d'informations et de formations étaient les plus importants. Les partenaires aux niveaux national et infranational ont pris part aux formations visant à renforcer les capacités de mise en œuvre de la riposte.

« L'OMS a contribué au renforcement des capacités de 51 agents de santé dans 20 centres d'alimentation thérapeutiques à Aden, Lahj, Al Dhale, Hadramout, Abyan et Shabwa. En outre, 191 agents de santé de 86 bureaux de district de la santé ont été formés pour développer 72 sites de surveillance nutritionnelle. » – Examen des données secondaires, Yémen

Conclusions concernant le thème 2.1 : De quelle manière les partenaires du groupe sectoriel pour la santé contribuent-ils à la riposte à la COVID-19 dans le cadre des plans de préparation et de riposte nationaux des ministères de la santé (souvent appelés les « plans-piliers » de la riposte) ainsi que des interventions du groupe sectoriel pour la santé ?

Coordination gouvernementale

- *Soutien des partenaires aux fonctions de coordination, aux discussions sur la stratégie, et appui technique et opérationnel* : Les résultats de l'étude indiquent que l'architecture de la coordination de la riposte à la COVID-19 (à savoir les piliers, les groupes de travail, les équipes spéciales, etc.) a servi de structure de référence (ou norme) et que c'est principalement au moyen de ces équipes spéciales et de ces groupes de travail que les partenaires ont contribué à la coordination gouvernementale, ont apporté un appui opérationnel à la riposte et ont travaillé aux côtés des communautés. Les résultats montrent aussi que les partenaires (ONG) n'ont pas souvent pris part aux fonctions de coordination des piliers du SPRP à l'échelle nationale, mais qu'ils ont contribué à la coordination ou à la direction de groupes de travail afin de soutenir la riposte des ministères de la santé au niveau infranational. Les partenaires ont, dans une certaine mesure,

participé aux discussions sur la stratégie au niveau national. Toutefois, les répondants ont insisté sur le fait que, dans la plupart des contextes, l'élaboration de la stratégie et la prise de décisions liées aux interventions étaient très centralisées au niveau des structures de coordination gouvernementales.

Coordination de l'action humanitaire

- *Soutien des partenaires aux fonctions de coordination* : Les conclusions de l'étude indiquent que les partenaires ont assumé des fonctions de coordination humanitaire, notamment en dirigeant des groupes de travail ou en étant associés à la coordination de ces groupes. Cela a été particulièrement observé à l'échelle infranationale.
- *Participation des partenaires aux discussions sur la stratégie* : Les conclusions montrent que les partenaires étaient très investis dans le partage d'informations, et qu'ils ont consacré du temps et des ressources à la participation aux réunions régulières, ce qui leur a permis de contribuer aux discussions sur la stratégie et la planification. Toutefois, les répondants ont insisté sur le fait que, dans la plupart des contextes, l'élaboration de la stratégie et la prise de décisions liées aux interventions étaient très centralisées au niveau des structures de coordination de l'action humanitaire. Cela illustre l'importance de renforcer les capacités de coordination au niveau infranational et de s'assurer qu'elles sont en mesure de contribuer efficacement à la planification stratégique au niveau national.
- *Appui technique des partenaires à la riposte* : Il a été déclaré que les partenaires ont parfois apporté un appui en traduisant des supports d'information. La plupart des répondants ont cependant indiqué que les partenaires ont essentiellement reçu des directives techniques et suivi des formations.
- *Mise en œuvre opérationnelle des plans par les partenaires* : Les partenaires ont joué un rôle actif dans la mobilisation des ressources financières liées à la programmation. D'après les répondants, ils ont adapté leurs activités et leurs plans lorsque les financements le permettaient et sont intervenus essentiellement auprès des communautés dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et pour fournir des services de santé essentiels.

Différences entre partenaires locaux et internationaux

- Dans plusieurs contextes, la mobilisation des partenaires locaux et internationaux a été considérée comme égale ; face à des besoins très élevés, les ressources et les efforts ont dû être mutualisés et tous les acteurs se sont réunis, sur un pied d'égalité, autour d'une stratégie et d'un objectif communs. Il a néanmoins été indiqué que certains partenaires internationaux possédant plus d'expérience en matière de plaidoyer et de mobilisation des ressources, ils étaient mieux à même d'obtenir des financements et que, par conséquent, les partenaires locaux dépendaient d'eux pour leurs propres ressources. Par ailleurs, quelques partenaires internationaux qui disposaient de programmes plus vastes, adaptés aux situations d'urgence, ont été plus en mesure d'intensifier rapidement leur action.

Différences entre niveau national et niveau infranational

- Au niveau infranational, les partenaires ont parfois assumé des rôles de direction dans les groupes de coordination soutenant la coordination gouvernementale et humanitaire, notamment en l'absence de représentants de l'OMS, ou lorsque les partenaires en question avaient une expertise particulière à apporter.

Thème 2.2 : Quels facteurs ont facilité ou entravé la contribution efficace des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires ?

Conclusion 2.2.1 : Nombre de facteurs favorables fréquemment cités (aux niveaux national et infranational)

Le tableau ci-dessous résume les facteurs les plus fréquemment identifiés comme favorables à une participation significative des partenaires du groupe sectoriel pour la santé en matière de coordination humanitaire et gouvernementale, tant au niveau national qu'au niveau infranational.

Coordination gouvernementale

Niveau national – Partenaires locaux et internationaux

Tableau 22. Coordination gouvernementale – niveau national – partenaires locaux et internationaux – facteurs favorables

Cat.	Facteurs favorables	Analyse
Structure	<i>La création d'équipes spéciales gouvernementales a favorisé la participation des partenaires</i>	<p>Les répondants ont considéré la mise en place d'équipes spéciales gouvernementales et leurs réunions régulières comme favorables à la participation, car cela a permis de déterminer clairement avec qui il fallait partager les informations ainsi que les rôles et les responsabilités de chacun.</p> <p>« L'étape la plus utile a été la riposte... pilotée par le président et l'équipe spéciale. Cela a facilité l'implication des partenaires nationaux et internationaux dans la riposte. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Structure	<i>L'approche des plans-piliers et les groupes de travail techniques ont favorisé la participation des partenaires</i>	<p>Les répondants ont déclaré que les partenaires locaux et internationaux ont pu participer activement à la riposte aux niveaux national et infranational grâce à l'approche des plans-piliers. Selon les répondants, la riposte était bien structurée, avec une stratégie claire et des groupes de travail spécifiques, ce qui a permis aux partenaires d'apporter leur contribution aux activités correspondant le mieux à leurs capacités et à leur expertise. Au niveau infranational, les groupes de travail ont aidé à répartir des tâches spécifiques, à réunir les différents acteurs, à assigner les rôles en fonction de l'expertise des partenaires, à établir des partenariats fructueux, et à réfréner la concurrence dans la recherche de financements.</p> <p>« Les rôles des partenaires et l'établissement des priorités ont été convenus dans le cadre du mécanisme de coordination, y compris lors des réunions sur les piliers organisées par l'OMS et auxquelles l'UNICEF a participé. La coordination s'est avérée excellente entre ces acteurs. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p> <p>« L'OMS disposait d'une structure spécifique et a désigné une personne responsable pour chaque pilier ; nous savions donc exactement à qui nous adresser. Cette structure a permis de clarifier les circuits de communication ainsi que les rôles et les responsabilités. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>

Coordination de l'action humanitaire

Niveau national – Partenaires locaux et internationaux

Tableau 23. Coordination de l'action humanitaire – niveau national – partenaires locaux et internationaux – facteurs favorables

Cat.	Facteurs favorables	Analyse
Interface	La fréquence des réunions de coordination et la possibilité d'y assister en ligne ont favorisé la participation des partenaires	<p>Les répondants ont souvent cité la fréquence élevée des réunions comme facteur favorable à la participation. La communication et les réunions en ligne ont aussi offert une solution flexible aux partenaires pour prendre part aux discussions et apporter leur contribution, lorsque cela était pertinent et lorsque leurs activités le permettaient.</p> <p>« La fréquence des réunions a augmenté, ce qui a renforcé la participation des partenaires. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p> <p>« Oui, le passage aux réunions en ligne a favorisé la participation active de tous les partenaires et ONG. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Gestion de l'information	La diffusion d'informations par le groupe sectoriel pour la santé, y compris le partage des directives, a favorisé la participation des partenaires	<p>Le groupe sectoriel pour la santé a souvent été cité parmi les principales sources d'informations des partenaires. Les données collectées ont été partagées, les résultats des recherches et les informations sur les actions menées ont été communiqués en temps opportun, du temps a été laissé aux partenaires pour faire leurs commentaires, les groupes WhatsApp ont été mis à jour quotidiennement et le tableau de bord en ligne a permis d'assurer le suivi des capacités et des cas. Les répondants du groupe sectoriel pour la santé ont souligné que les partenaires avaient joué un rôle actif dans la communication d'informations, ce qui avait contribué à la qualité des supports d'information et à la possibilité de les diffuser.</p> <p>Le groupe sectoriel pour la santé a également partagé des documents sur le virus, des manuels relatifs à la prise en charge des cas, des supports de formation, des consignes de sécurité, etc., ce que les partenaires ont apprécié. Les répondants ont souligné que le besoin d'informations fiables et de directives officielles sur la manière de gérer la COVID-19 et d'adapter les activités à la pandémie a contribué à la forte participation aux réunions de coordination.</p> <p>« Les différentes ONG sont actives et savent ce que l'OMS et l'UNICEF prévoient de faire. Le groupe sectoriel pour la santé joue un rôle déterminant en tant que source d'informations pour les partenaires. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p> <p>« La COVID était une nouvelle maladie, méconnue ; les membres du secteur étaient donc impatients d'en savoir plus. Au début, la participation des partenaires du secteur à tous les forums était de 100 %, et ce taux s'est maintenu, car il y avait à chaque fois des mises à jour, de nouvelles orientations et directives, etc. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>
Rôles et responsabilités	La consultation des partenaires leur a permis de contribuer aux discussions sur la stratégie et la planification	<p>Les répondants ont indiqué que les partenaires avaient la possibilité de contribuer, de proposer des idées et de faire part de leurs difficultés. La stratégie a été conçue en se fondant sur leur compréhension des besoins, et leur contribution a été valorisée par le biais de la structure de coordination.</p> <p>« Tous les partenaires ont eu les mêmes possibilités d'apporter leur contribution et de proposer des idées. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Ressources	L'accès aux nouveaux financements et la capacité à réaffecter les financements/ressources existants ont favorisé la participation des partenaires aux niveaux national et infranational	<p>Aux niveaux national et infranational, les répondants ont indiqué que l'allocation de nouveaux financements ou la réaffectation de financements existants avait permis aux partenaires de prendre part à la riposte. Certains répondants ont précisé que les partenaires internationaux pouvaient mobiliser plus de financements que les partenaires nationaux, ce qui a contribué à leur participation plus importante. Certains répondants ont souligné que l'accès aux nouveaux financements avait incité les partenaires à développer des capacités appropriées ainsi qu'un cadre de riposte.</p> <p>« La plupart de nos ONG locales ont des ressources limitées, tandis que les ONG internationales pouvaient réagir rapidement. Au début, en 2020, on manquait d'EPI, même à Khartoum. Des ONG internationales ont cependant pu obtenir des ressources, et les organismes des Nations Unies ont utilisé des ressources disponibles au Darfour ; les ONG internationales disposant de ressources supplémentaires ... ont pu les partager avec les ONG locales et d'autres partenaires. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>

Cat. Facteurs favorables Analyse		
Gestion de l'information	<i>La gestion de l'information et les systèmes de gestion de l'information ont favorisé la participation des partenaires</i>	<p>Les systèmes de gestion de l'information ont été mis au point pendant la pandémie, afin de fournir davantage de données agrégées en temps opportun ainsi que pour informer les partenaires sur les besoins et la riposte. Les répondants ont mentionné que cela permettait d'ajuster la stratégie et les activités en fonction des données.</p> <p>« Le système de gestion de l'information s'est nettement amélioré pendant cette période – au niveau central, on a bénéficié de plus d'orientations, d'outils et de plateformes pour collecter, analyser, diffuser et utiliser les données. Des commentaires et des remarques ont également été transmis aux partenaires d'exécution et les stratégies ont été modifiées à partir de ces informations. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Capacités	<i>Les capacités stratégiques ainsi que l'expertise et l'expérience des situations d'urgence ont permis aux partenaires de jouer un plus grand rôle dans la coordination</i>	<p>Il a été déclaré que les partenaires disposant de capacités supérieures ont pu absorber le choc de l'urgence plus efficacement. Dans certains contextes, les répondants ont indiqué que les partenaires ayant déjà travaillé dans des situations d'urgence chroniques ont réussi à s'adapter à la situation d'urgence liée à la COVID-19, et qu'ils ont pu participer plus activement aux mécanismes de coordination grâce aux solides capacités stratégiques de leur personnel.</p> <p>« MSF et le CICR étaient sur le terrain, et l'IRC et le SCI sont très présents dans le Yémen du Sud, ce qui leur a permis d'intervenir. Il était plus facile pour ces acteurs d'absorber le choc de la crise, car ils possédaient les capacités nécessaires et étaient en mesure de réagir rapidement. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Rôles et responsabilités	<i>Les partenariats ont favorisé la participation des partenaires</i>	<p>Les partenaires ont apporté des compétences complémentaires, se sont appuyés sur ce qui existait déjà dans chaque organisation, ont discuté d'initiatives communes et ont fait des demandes conjointes de financement lorsque cela était possible et justifié.</p> <p>« Les gens se sont assis autour de la table, ont discuté, ont pris des initiatives concertées et ont fait des demandes conjointes, de financement commun par exemple. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>

Niveau infranational – partenaires locaux et internationaux

Tableau 24. Coordination de l'action humanitaire – niveau infranational – partenaires locaux et internationaux – facteurs favorables

Cat. Facteurs favorables Analyse		
Stratégie	<i>L'accent mis sur la participation communautaire a favorisé la participation des partenaires</i>	<p>En raison de l'importance des activités de RCCE dans le cadre de la riposte à la COVID-19, les partenaires qui entretenaient déjà des liens étroits avec les communautés et qui en étaient proches ont eu la possibilité de renforcer leur engagement et d'obtenir plus de financements.</p> <p>« Les partenaires nationaux ont eu de nouvelles possibilités leur permettant de jouer un rôle plus actif dans la riposte, notamment en travaillant avec les communautés, en participant aux activités de RCCE, en intervenant auprès des communautés difficiles à atteindre et en agissant pour améliorer l'acceptation du traitement et de la vaccination par les communautés. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>
Structure	<i>La mise en place de modalités de partage d'informations et de structures de coordination à l'échelle locale a favorisé la participation des partenaires</i>	<p>Les répondants ont cité les groupes/forums de coordination locaux parmi les facteurs favorables à la participation. La possibilité de participer à des activités de coordination à proximité des zones d'intervention a permis de rendre la participation plus constructive et plus concrète. Les partenaires ont fait état de l'utilité du partage d'informations, essentiel pour comprendre les besoins et en assurer le suivi, mais aussi pour identifier les approches efficaces à mettre en œuvre et à reproduire. Les supports d'information (comptes-rendus, présentations, etc.) ont également fourni aux partenaires des contenus utiles pour préparer leurs demandes de financements.</p> <p>« Des groupes sectoriels infranationaux ont été formés, ce qui a permis de transférer aux provinces et aux gouvernorats des activités de coordination qui relevaient auparavant du niveau national. Cela a également contribué à renforcer la participation et à la rendre plus efficace. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>

Résultat 2.2.2 : Nombre de facteurs défavorables fréquemment cités (aux niveaux national et infranational)

Le tableau ci-dessous résume les facteurs les plus fréquemment identifiés comme défavorables à une participation importante des partenaires du groupe sectoriel pour la santé en matière de coordination humanitaire et gouvernementale, tant au niveau national qu'au niveau infranational.

Coordination gouvernementale

Niveau national – Partenaires locaux et internationaux

Tableau 25. Coordination gouvernementale – niveau national – partenaires locaux et internationaux – facteurs défavorables

Cat.	Facteurs défavorables	Analyse
Prise de décisions	<i>La centralisation de la prise de décisions a limité la participation des partenaires à l'élaboration des stratégies gouvernementales</i>	<p>Les répondants ont précisé que la validation gouvernementale et la centralisation de la prise de décisions a limité la participation des partenaires à la planification et à la riposte. Les partenaires ont été peu impliqués dans l'élaboration des stratégies. Dans certains pays, des différences ont également été signalées entre les priorités ou les stratégies d'intervention des partenaires et du ministère de la santé.</p> <p>« Mais, pour ce qui concerne la planification, le problème a été sa centralisation excessive. Les plans du Ministère de la santé nous étaient transmis sans discussion, et nous étions tenus de les mettre en œuvre. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>
Structure	<i>La bureaucratie des autorités locales a limité la participation des partenaires</i>	<p>En Afghanistan en 2021, les répondants des ONG locales ont indiqué que les longs processus bureaucratiques pesaient sur l'engagement et les activités des partenaires. Au Yémen, les répondants ont également cité les obstacles administratifs parmi les problèmes rencontrés, notamment l'obtention des visas.</p> <p>« Les restrictions ont des répercussions négatives sur les services humanitaires. Le Ministère de la santé exige des mémorandums d'accord pour les projets humanitaires. Or, certains de ces projets ne durent que six mois et il faut compter trois mois pour obtenir un mémorandum d'accord, donc cela décale la mise en œuvre des services bien que de nombreuses personnes soient dans le besoin. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>
Participation insuffisante de la société civile/des ONG	<i>Le manque d'inclusion des ONG au sein des processus de coordination et de planification a limité la participation des partenaires</i>	<p>La coordination et la planification ont été perçues par certains répondants comme étant « dominées par les Nations Unies » et ne laissant que peu de place à la participation des ONG.</p> <p>« Le Département de la Santé publique a formé des équipes de coordination et limité le nombre de partenaires y participant. Elles n'incluaient que des organismes des Nations Unies, pas d'ONG internationales. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan</p>

Coordination de l'action humanitaire

Niveau national – Partenaires locaux et internationaux

Tableau 26. Coordination de l'action humanitaire – niveau national – partenaires locaux et internationaux – facteurs défavorables

Cat.	Facteurs défavorables	Analyse
Financement	<i>Le manque d'accès aux financements a limité la participation des partenaires nationaux</i>	<p>Les répondants ont déclaré que les partenaires locaux n'avaient pas toujours directement accès aux donateurs institutionnels et que l'accès aux financements dépendait fortement des ONG internationales. Le recensement en ligne en ligne a révélé que le niveau de participation de quelques ONG avait baissé lorsqu'elles n'avaient pas reçu les financements attendus ou après les avoir reçus (AFRO), et que certaines organisations ne recevaient plus de fonds en raison de la réaffectation des financements à la riposte à la COVID-19 (AFRO/EMRO).</p> <p>« La plupart des partenaires ont des problèmes de financement et sont entièrement dépendants du Fonds humanitaire syrien, dont les ressources sont limitées et qui ne bénéficie pas de financements privés. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Capacités	<i>Les capacités limitées ou le manque de capacités appropriées ont limité la participation des partenaires locaux</i>	<p>La participation des partenaires locaux à la coordination des activités de la riposte a été limitée, en raison d'un niveau d'expérience, de compétences et d'un accès aux donateurs insuffisants voire inexistant. Dans certains cas, la participation des partenaires a aussi été entravée par le manque de connaissances du contexte et des communautés ainsi que par l'accès restreint à certaines zones géographiques.</p> <p>« Les partenaires n'avaient pas toujours les compétences et les capacités pour faire face à la pandémie. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Restrictions gouvernementales	<i>Les restrictions liées à la COVID-19 ont limité la participation physique des partenaires aux réunions de coordination et retardé la mise en œuvre des activités de la riposte</i>	<p>Au début de la pandémie, les répondants ont souligné que les restrictions gouvernementales liées aux mesures sociales et de santé publique ont réduit les possibilités de participation physique aux réunions de coordination et freiné la fourniture des services.</p> <p>« Les directives relatives à la distanciation physique et aux restrictions de déplacements ont parfois fait obstacle à la fourniture des services. » – Entretien avec un informateur clé, Cox's Bazar, Bangladesh</p>
Ressources	<i>Le mauvais accès à Internet ou aux ressources a limité la participation des partenaires aux réunions de coordination en ligne aux niveaux national et infranational</i>	<p>Dans certains contextes, les capacités limitées, y compris le manque d'infrastructures informatiques, les difficultés d'accès à Internet et une connaissance limitée des outils de communication, ont pesé sur la participation et la contribution des partenaires aux instances de coordination. Dans de nombreux domaines infranationaux, les répondants ont indiqué que l'absence d'un accès fiable à Internet avait limité la participation des partenaires aux échanges de coordination en ligne.</p> <p>« Il n'existait pas de mécanisme clair pour permettre et faciliter la participation des gens à ces activités. Aucune disposition pratique (espace, connexion, ordinateurs) n'a été prise pour favoriser l'égalité d'accès aux moyens de communication, en particulier aux ordinateurs portables et à Internet à domicile. » – Entretien avec un informateur clé, Territoire palestinien occupé</p> <p>« Les réunions en ligne n'ont pas été faciles [...] et elles n'étaient pas aussi efficaces que les réunions en présentiel. Les participants étaient plus hésitants et la prise de décisions était plus lente. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Prise de décisions	<i>La nécessité d'obtenir des autorisations, souvent délivrées au niveau central, pour les activités d'intervention des partenaires a retardé leur mise en œuvre</i>	<p>Plusieurs répondants ont déclaré que les partenaires avaient eu des difficultés à agir en temps voulu en raison de la nécessité de faire valider les activités par les autorités nationales.</p> <p>« Il était également difficile de mettre en œuvre les activités au moment où il le fallait, car toutes les enquêtes, toutes les instructions et plus généralement toutes les actions devaient d'abord être approuvées ou examinées par le gouvernement. Sans sa validation, rien ne pouvait être fait. » – Entretien avec un informateur clé, Cox's Bazar, Bangladesh</p>

Cat. Facteurs défavorables Analyse		
Orientations	<i>Les directives restrictives ou incohérentes ont limité la capacité des partenaires à mettre en œuvre des activités d'intervention</i>	<p>Les répondants ont précisé que les directives étaient parfois contradictoires et très restrictives et faisaient l'objet de modifications fréquentes, ce qui posait des difficultés aux partenaires pour mener à bien leurs activités.</p> <p>« Parmi les autres facteurs qui ont pu limiter la participation effective des partenaires, on peut citer, par exemple, le fait que les divers organismes n'aient pas reçu les mêmes directives pour accéder aux camps. » – Entretien avec un informateur clé, Cox's Bazar, Bangladesh</p>
Sécurité/instabilité politique	<i>Les problèmes de sécurité et/ou l'instabilité politique ont limité l'accès, la participation et les interventions des partenaires</i>	<p>Dans certains contextes, les répondants ont déclaré que l'insécurité et l'instabilité politique avaient limité la participation des partenaires à la riposte.</p> <p>« La dynamique politique au Soudan, l'insécurité fréquemment citée au Darfour, les soulèvements, les protestations, la violence dans la rue, certains conflits intercommunautaires localisés et des changements aux postes à responsabilités ont parfois entravé les déplacements des acteurs humanitaires. En plus, les financements ont fait l'objet de restrictions après le coup d'État (octobre 2021). Tout cela a limité l'espace humanitaire et la capacité des partenaires à satisfaire la demande de services de santé publique exprimée par la population. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>

Niveau infranational – partenaires locaux et internationaux

Tableau 27. Coordination de l'action humanitaire – niveau infranational – partenaires locaux et internationaux – facteurs défavorables

Cat. Facteurs défavorables Analyse		
Capacités	<i>La participation des partenaires a été limitée par l'insuffisance de leurs capacités de coordination</i>	<p>Les répondants ont indiqué que la faible capacité des partenaires avait limité leur participation. Au niveau infranational, on a notamment constaté une mauvaise connaissance des services de santé d'urgence et du système de coordination humanitaire.</p> <p>« La plupart des partenaires sont locaux, ont des capacités limitées et n'ont pas d'expérience dans le domaine des urgences médicales. La majeure partie des ONG sont dirigées par des cliniciens sans expérience de la santé publique et moins exposés aux urgences de santé publique. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p> <p>« De nombreux partenaires sont nouveaux et ont besoin de se familiariser avec le système de santé et la plateforme de coordination du groupe sectoriel pour la santé, mais ils apprennent. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Ressources	<i>Le manque d'accès aux financements a limité la participation des partenaires locaux</i>	<p>Les répondants ont déclaré que les partenaires locaux n'avaient pas toujours directement accès aux donateurs et financements institutionnels, et qu'ils dépendaient fortement des ONG internationales pour l'accès aux ressources et la mise en œuvre des activités. Ils ont en outre cité un manque de flexibilité de la part des donateurs pour réaffecter les financements à la riposte à la COVID-19.</p> <p>« Au début, le groupe sectoriel pour la santé s'appuyait sur des organisations qui pouvaient intervenir sur les différents piliers, mais les organisations locales devaient alors attendre plus de six mois pour que l'affectation des ressources soit révisée et ajustée pour couvrir les nouvelles activités. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p> <p>« La plupart des ONG locales ont des ressources limitées, tandis que les ONG internationales pouvaient réagir rapidement. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>
Accès	<i>Les difficultés d'accès ont limité la participation des partenaires et/ou leur capacité à travailler de manière cohérente dans divers endroits</i>	<p>Les problèmes d'accès ont souvent été considérés comme un facteur défavorable à la satisfaction coordonnée et cohérente des besoins par les partenaires.</p> <p>« Le Soudan étant très vaste, la population est dispersée sur le territoire, ce qui rend l'accès aux personnes difficile. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>

Gestion de l'information	<p><i>Les échanges insuffisants d'informations et les problèmes de gestion de l'information au niveau infranational ont limité la participation des partenaires</i></p>	<p>À l'échelle infranationale, certains répondants ont précisé qu'il était difficile, en raison des échanges insuffisants d'informations ou de l'absence d'un système commun de gestion de l'information, de dresser un tableau homogène de la situation (aux niveaux national et infranational), et ainsi de permettre aux partenaires d'appliquer des approches cohérentes.</p> <p>« Il n'y a pas de système commun de gestion de l'information sanitaire – chaque partenaire a son propre système de collecte de données, ce qui génère des incohérences et donc des problèmes. Le Ministère de la santé utilise un outil pour gérer les données dans le reste du pays, ce qui garantit une certaine cohérence, mais le nord-est de la Syrie n'est pas couvert » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>
Sécurité/instabilité politique	<p><i>Les problèmes de sécurité et/ou l'instabilité politique ont limité la participation des partenaires et la riposte</i></p>	<p>Dans certains contextes, les répondants ont déclaré que l'insécurité et l'instabilité politique constituaient des facteurs défavorables à la participation à la riposte.</p> <p>« Il n'y a pas eu assez de sessions de coordination organisées pour répondre aux difficultés soulevées par les ONG, notamment sur la possibilité de travailler en toute sécurité dans certaines zones. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan, ONG internationale</p> <p>« Les ONG internationales travaillant dans des régions transfrontalières ont dû faire face à des contraintes de sécurité et d'accès. Par conséquent, elles n'ont pas été physiquement présentes sur le terrain de manière continue et se sont appuyées sur quelques ONG locales. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie</p>

Résultats concernant le thème 2.2 : Quels facteurs ont facilité ou entravé la contribution efficace des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à la coordination de la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires ?

Coordination gouvernementale

- Le principal facteur de participation des partenaires à la riposte des ministères de la santé a été la création d'équipes spéciales gouvernementales et de « piliers », qui ont défini de manière claire et officielle la collaboration opérationnelle des partenaires locaux et internationaux avec les autorités sanitaires.
- La centralisation de la prise de décisions a limité la participation effective des partenaires aux interventions des ministères de la santé. En général, les partenaires étaient informés des mesures à mettre en œuvre une fois que les stratégies et les plans avaient été validés par les gouvernements, mais ils n'étaient pas impliqués dans leur conception. Cela montre l'importance de renforcer les capacités de coordination, au niveau national, mais aussi plus particulièrement au niveau infranational, et de faire en sorte que les partenaires aient la possibilité de contribuer aux activités de planification et de coordination des ministères de la santé.
- Les partenaires locaux et internationaux ont eu des difficultés pour assurer la coordination au moyen de la communication en ligne, en particulier dans les contextes marqués par les perturbations de l'approvisionnement en électricité et la mauvaise qualité de la connexion Internet.
- Les restrictions (à la liberté de circulation ou liées aux rassemblements notamment) ont également été préjudiciables à la mobilisation, surtout pendant la première année de la pandémie, avant qu'elles ne soient allégées.

Coordination de l'action humanitaire

- Le facteur qui a le plus facilité la collaboration des partenaires locaux et internationaux avec les groupes sectoriels pour la santé au niveau national a été la centralisation du partage d'informations, les groupes sectoriels pour la santé rendant compte, de manière claire, des besoins ainsi que des interventions en cours dans le cadre de la riposte à la COVID-19 et du plan humanitaire. La fréquence accrue des réunions et la possibilité d'y assister en ligne ont donné plus de latitude aux acteurs pour participer, échanger et recevoir des informations.
- La nécessité de mobiliser des fonds et la capacité à le faire en vue de répondre aux besoins croissants (tant dans le cadre de la riposte à la COVID-19 que pour d'autres interventions humanitaires dans le secteur de la santé) ont également été des facteurs de collaboration constructive des partenaires locaux et internationaux avec les groupes sectoriels pour la santé au niveau national. Les partenaires internationaux avaient un meilleur accès aux nouveaux financements, mais les répondants ont indiqué que la possibilité d'obtenir de

nouveaux fonds (discutée au sein des groupes sectoriels pour la santé) a elle aussi incité les partenaires locaux à renforcer leurs capacités et leur mobilisation. Par ailleurs, l'accent mis sur la participation des communautés à la riposte à la COVID-19 a ouvert la voie à la contribution des partenaires aux discussions, aux stratégies et aux interventions, du fait de leur proximité et de leur connaissance des communautés, et de l'existence de structures de coordination au niveau infranational.

- Les répondants ont indiqué que la diffusion au niveau infranational par les groupes sectoriels pour la santé des orientations ou des informations scientifiques à jour, après leur consolidation par l'OMS, constituait une bonne pratique et avait facilité la participation des partenaires.
- Le manque de fonds disponibles ou les problèmes liés à leur reprogrammation ont entravé la participation aux mécanismes de coordination de l'action humanitaire et aux interventions humanitaires, en particulier en ce qui concerne les partenaires locaux qui dépendaient largement de leurs homologues internationaux pour obtenir des financements et d'autres ressources.

Recommandations relatives au critère 2

À l'attention des gouvernements :

- Privilégier l'établissement de structures stratégiques simples, claires et officielles facilitant la collaboration des partenaires : il leur est plus facile de savoir où et comment contribuer sur le plan opérationnel ou en appui aux fonctions de coordination si une structure de référence est en place. Mettre à la disposition des partenaires un canal de collaboration officiel avec les autorités sanitaires.
- Faciliter régulièrement des modalités de réunion accessibles (en personne, en ligne ou hybride) afin que les partenaires disposent de moyens divers de partager et de recevoir des informations sur des situations ou des interventions données, et d'une plateforme de participation prévisible.
- Comme indiqué précédemment, assurer la contribution des partenaires aux processus de planification pour garantir une représentation diversifiée et cohérente des parties prenantes et, partant, une planification et des interventions appropriées et pertinentes. Les partenaires humanitaires sont en mesure de déterminer les besoins et les interventions nécessaires pour atteindre fréquemment les groupes les plus marginalisés, les populations touchées par une crise humanitaire, et pour apporter un appui aux ministères de la santé en matière de prestation de services, le cas échéant. Il est donc possible de mettre à profit la contribution des partenaires humanitaires à la riposte à la COVID-19 ; ils peuvent, par exemple, soutenir ou codiriger les « piliers » du plan de préparation et de riposte d'un pays donné, apporter un appui technique ou opérationnel ou mettre en œuvre des programmes.
- Améliorer la transparence de la prise de décisions stratégiques : lorsque les partenaires consacrent du temps et de l'énergie aux réunions et au partage de l'information, ils espèrent que leurs contributions influenceront sur les décisions clés de la riposte. La transparence du processus décisionnel peut dissiper la perception des partenaires quant à la centralisation de la prise de décision.

À l'attention de l'OMS et du Groupe sectoriel mondial pour la santé :

- Investir dans les formations portant sur les urgences de santé publique (OMS) et dans le système de coordination des groupes sectoriels pour la santé (Groupe sectoriel mondial pour la santé), par exemple, les formations à la préparation, la formation des formateurs, les directives et d'autres modalités de renforcement des capacités. Les partenaires se sont beaucoup investis dans les formations au niveau national et ont sollicité des orientations concernant la riposte à la COVID-19.
- En prévision de futures pandémies ou épidémies, envisager de constituer un vivier de formateurs pouvant être déployés dans les pays, assurer la formation de formateurs et contribuer à relayer rapidement les orientations dans un contexte où les informations évoluent constamment. la formation de formateurs et contribuer à relayer rapidement les orientations dans un contexte où les informations évoluent constamment.

À l'intention de l'OMS et du groupe sectoriel national pour la santé :

- Sonder la volonté et la capacité des partenaires à participer plus activement à la prestation de services de formation technique dans leur domaine de compétence respectif : la plupart des répondants ont indiqué que les partenaires étaient les destinataires des directives et des formations. Il peut être possible de diffuser les

connaissances et l'expérience de manière plus collaborative, en particulier au niveau local, où les partenaires ont parfois bénéficié de conseils sur la direction des groupes de coordination.

- Maintenir une source centrale d'information – les partenaires ont indiqué avoir sollicité des informations au groupe sectoriel pour la santé afin de se faire une idée précise des besoins, des interventions en cours, des lacunes et des possibilités de collaboration.
- Assurer l'échange de données cohérentes entre les partenaires de la santé en veillant à la rationalisation des demandes d'information adressées aux partenaires. Parallèlement, faire en sorte que les retours d'information et la suite donnée aux demandes des partenaires soient opportuns et cohérents, et reproduire la mise en place des produits/plateformes de gestion de l'information utiles.
- Groupes sectoriels pour la santé : sensibiliser en permanence les partenaires de la santé à l'importance du partage de l'information et fournir des modèles de partage de données aussi simples et cohérents que possible.
- Privilégier la collaboration des partenaires déjà fortement mobilisés auprès des communautés locales, notamment en ce qui concerne les activités relatives à la participation de celles-ci.
- Groupes sectoriels pour la santé : faire en sorte que les réunions de coordination en ligne facilitent et appuient les discussions dynamiques, l'échange satisfaisant d'informations et la collaboration pertinente des partenaires.

À l'attention des partenaires :

- Consacrer du temps et des ressources à la coordination aux niveaux national et infranational.
- Envisager de co-coordonner les groupes de travail techniques et les piliers au niveau national ou infranational dans les domaines de compétence concernés. Projeter, le cas échéant, d'appuyer les ministères de la santé en assumant des fonctions essentielles de coordination et de planification au niveau infranational, où les capacités sont susceptibles d'être limitées. Fournir des moyens techniques et supplémentaires peut contribuer à garantir l'intégration des besoins des populations touchées par une crise et à resserrer les liens avec différentes parties prenantes afin de comprendre le rôle et les capacités potentielles des partenaires.
- Apporter un appui aux groupes sectoriels pour la santé grâce en partageant des informations utiles en temps voulu. Les groupes sectoriels pour la santé soutiennent les interventions collectives auxquelles participent les partenaires. L'analyse des lacunes sectorielles et la définition des besoins ne sont possibles que si elles tiennent compte des contributions de l'ensemble des acteurs. La coordination et la collaboration doivent être bidirectionnelles.

À l'attention des donateurs :

- Accroître la réorientation des fonds ou lever des fonds supplémentaires : les partenaires ont appris à faire preuve de souplesse et d'adaptabilité dans leur programmation, le principal obstacle étant le manque de financement ou l'incapacité à réorienter les financements existants.
- Assurer la réorientation des fonds en temps voulu ou l'accès direct à un financement supplémentaire des partenaires locaux qui ont démontré qu'ils possèdent les capacités ou les aptitudes nécessaires en matière de passage à l'échelle. Il a souvent été rapporté que les ONG nationales dépendaient des ONG internationales pour obtenir des fonds dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.
- Investir dans des systèmes qui permettent de recenser rapidement les nouveaux partenaires qui font montre de leur capacité à contribuer à la riposte et définir, en amont ou pas, un interlocuteur principal susceptible de collaborer ou de passer un contrat avec les nouveaux partenaires afin d'intensifier rapidement les activités.
- Envisager d'investir dans les partenaires afin qu'ils co-dirigent ou co-coordonnent les groupes de travail techniques ou qu'ils appuient la planification des ministères de la santé au niveau infranational, où les capacités sont limitées. Les ONG, qui sont bien placées et apportent déjà un tel appui dans de nombreux cas, manquent souvent de temps ou de ressources humaines ou financières (heures travaillées ou degré d'effort) pour contribuer à cette fonction.
- Permettre aux partenaires d'investir dans le matériel et les logiciels nécessaires à leur connectivité en ligne. Par exemple, dans les contextes où la connectivité et l'approvisionnement en électricité sont défectueux, les générateurs et/ou les sources d'énergie solaire reliés aux dispositifs de connexion par satellite (si nécessaire) devraient être autorisés. Le financement des formations devrait être compris, comme c'est le cas pour l'utilisation de la technologie.

Critère 3 : De quelle manière les différents mécanismes de coordination ont-ils facilité ou entravé la riposte à la COVID-19 (tant en leur sein qu'entre eux), en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires ?

La section qui suit présente les résultats relatifs au critère 3, qui sont structurés et articulés en fonction des thèmes et des indicateurs définis dans le cadre analytique.

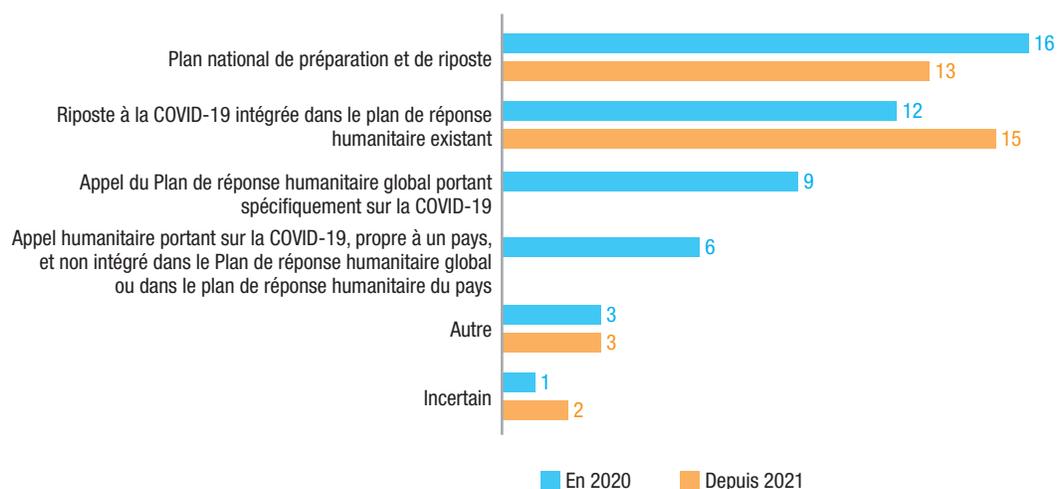
Thème 3.1 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure d'atteindre les objectifs du plan de réponse humanitaire global et des plans de réponse humanitaire pour faire face aux effets de la pandémie de COVID-19 sur les populations touchées par une crise humanitaire (ou sur l'ensemble de la population) ?

Résultat 3.1.1 : Type de mesures prises à travers les mécanismes de coordination en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire.

Les conclusions suivantes associent les résultats du recensement mondial en ligne et des sept études de cas nationales. L'analyse vise à déterminer si des mesures ont été prises dans le cadre des mécanismes de coordination en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire, et si les populations vivant dans les contextes humanitaires ont bénéficié des services liés à la COVID-19 ou si elles ont été en mesure d'y accéder. L'étude porte dans un premier temps sur l'examen de la planification stratégique, puis regroupe les mesures prises dans le cadre des mécanismes de coordination visant à soutenir la riposte à la COVID-19 dans les catégories suivantes, correspondant aux différents sujets abordés à travers les questions du cadre analytique :

- Mettre à profit les partenariats.
- Adapter les programmes sanitaires.
- Unir les efforts pour identifier et combler les lacunes et pour réduire/éviter les doublons.
- Mobiliser les ressources.
- Difficultés liées à la coordination des différents mécanismes en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire.
- Bonnes pratiques relatives à la coordination des mécanismes en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire.

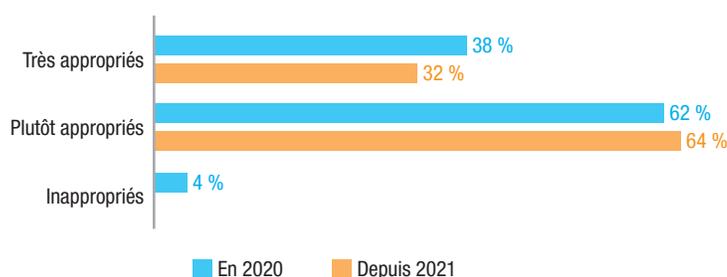
Figure 43. Types de plans stratégiques élaborés en riposte à la pandémie de COVID-19 (total de 24 pays)



Planification stratégique liée à la COVID-19

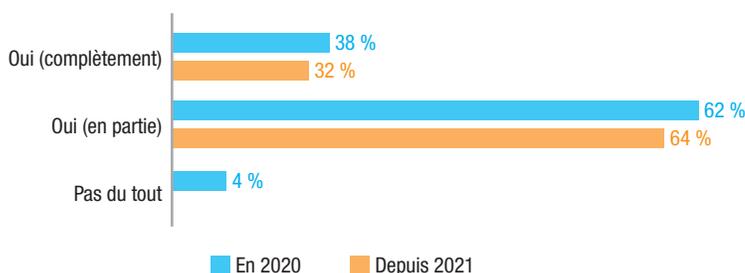
Plusieurs documents stratégiques et de collecte de fonds ont été conçus afin d'assurer la préparation et la riposte à la COVID-19, tant au niveau national que dans le cadre des efforts visant à atteindre les populations touchées par une crise. Comme indiqué sur la figure 43, 16 pays ont mis au point un plan national de préparation et de riposte à la COVID-19 (à l'image des plans conçus par les ministères de la santé). Afin de veiller à ce que les populations déjà touchées par une crise humanitaire bénéficient des services liés à la COVID-19, et de s'assurer de l'adéquation de la préparation et de la riposte, les appels humanitaires ont également inclus des interventions liées à la COVID-19. Six des vingt-et-un pays ayant développé un plan de réponse humanitaire ont lancé leur plan d'intervention lié à la COVID-19 indépendamment de leur plan de réponse humanitaire ou du Plan de réponse humanitaire global. Neuf pays ont intégré leur plan d'intervention au Plan de réponse humanitaire global et douze ont inclus le Plan de réponse humanitaire global dans leur plan de réponse humanitaire. Parmi les autres plans stratégiques identifiés en 2020 figuraient également les plans multisectoriels de riposte à la COVID-19 ou les plans de préparation régionaux, tels que les plans de préparation et de riposte de l'Équipe conjointe de gestion des incidents dans le Pacifique. En 2021, aucun plan de réponse humanitaire global n'a été lancé, et la planification de la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire était censée être alors pleinement intégrée aux plans de réponse humanitaire et/ou être prise en compte dans les plans nationaux de préparation et de riposte. Quinze pays (trois de plus que l'année précédente) ont intégré leurs plans ciblant les populations touchées par une crise dans le plan de réponse humanitaire existant en 2021. Il convient de souligner qu'il existait treize plans nationaux de préparation et de riposte à la COVID-19 en 2021. D'autres types de plans stratégiques ont également été recensés, tels que des plans nationaux de déploiement et de vaccination (PNDV) liés à la COVID-19 (pour la vaccination contre la COVID-19) développés par les ministères de la santé, ou des actualisations des plans de réponse de l'OMS.

Figure 44. Ces plans stratégiques étaient-ils appropriés ?



Un seul répondant a estimé que les plans 2021/2022 étaient inappropriés. Il n'y a pas de différence significative de perception du caractère approprié des plans entre les pays où ces plans faisaient partie du plan de réponse humanitaire et ceux où ils étaient intégrés à d'autres plans de réponse (plan de réponse humanitaire global ou plans nationaux). Les répondants ont globalement reconnu le caractère approprié des plans stratégiques, avec toutefois une légère baisse du nombre de répondants considérant les plans comme étant très appropriés (38 % en 2020 contre 32 % en 2021/2022) (Figure 44).

Figure 45. Les plans stratégiques ont-ils permis de faire bénéficier les populations touchées par une crise humanitaire des services liés à la COVID-19, en particulier au niveau infranational ?



Cependant, pour ce qui est d'atteindre les populations touchées par une crise humanitaire, en particulier au niveau infranational, seule une petite proportion des répondants (23 %, soit 6 pays) a considéré les stratégies comme ayant été pleinement efficaces en 2020. Quatre de ces six pays avaient intégré leur plan de réponse à la COVID-19 dans leur plan de réponse humanitaire, un pays l'avait inclus dans le plan de réponse humanitaire global et tous possédaient un plan national de réponse élaboré par le ministère de la santé. L'efficacité perçue a été encore moins bonne en 2021, 20 % seulement des répondants (5 pays) indiquant que les stratégies avaient été pleinement efficaces pour atteindre les populations touchées par une crise. Pour chacun de ces cinq pays, la riposte à la COVID-19 était intégrée au plan de réponse humanitaire national et quatre d'entre eux disposaient d'un plan de riposte national mis au point par le ministère de la santé. La grande majorité des répondants (77 % en 2020 et 72 % en 2021/2022) a estimé que les plans stratégiques étaient seulement plutôt appropriés pour permettre aux populations touchées par une crise humanitaire de bénéficier de services liés à la COVID-19, notamment au niveau infranational, ce qui indique que d'importants progrès peuvent être réalisés (figure 45).

Tableau 28. Éléments des différents plans stratégiques ayant bien fonctionné (ou n'ayant pas bien fonctionné)

Année	Ce qui a bien fonctionné	Ce qui n'a pas bien fonctionné
2020	Les répondants ont souvent précisé que les plans stratégiques facilitaient la mobilisation des ressources, car ils « définissaient clairement les exigences de financement » et qu'ils étaient un « outil efficace de mobilisation des ressources ».	Les ressources se sont avérées insuffisantes dans certains pays, ce qui s'est traduit par une offre de services insuffisante. Le manque d'installations de laboratoire a également été souligné (EMRO/AFRO)
	Ont favorisé une approche multisectorielle, la collaboration, ainsi que des processus conjoints de planification et d'établissement des priorités (EMRO, SEARO et AFRO)	Les multiples cadres de riposte ont créé de la confusion, ce qui a provoqué une certaine fragmentation, des doublons ou des lacunes (EMRO/AFRO)
	Ont facilité l'intégration de nouveaux acteurs, étaient spécifiques et pertinents (EMRO)	L'impact multisectoriel de la COVID-19 et la nécessité d'une riposte multisectorielle n'ont pas été immédiatement reconnus (EMRO), ce qui a donné lieu à des interventions retardées dans d'autres secteurs
2021	Ont facilité la mobilisation des ressources pour des activités telles que la surveillance et le diagnostic, ainsi que dans les structures de prise en charge (régions EMRO et AFRO)	La mise en œuvre des plans n'a pas toujours été suffisamment rapide (Bureau régional pour le Pacifique occidental) ou n'a pas toujours bien tenu compte de l'évolution de la pandémie (EMRO)
	Ont permis d'encadrer de façon claire les activités de vaccination des ministères de la santé et de soutien des partenaires (région EMRO)	Le renforcement de la sensibilisation des communautés n'était pas suffisant pour lutter contre l'« infodémie » – rumeurs et réticence des communautés à suivre les consignes de santé publique, comme la distanciation physique ou le port du masque (région EMRO)
	Les plans de réponse humanitaire ont favorisé une meilleure coordination entre les ministères de la santé et plusieurs partenaires des groupes sectoriels pour la santé, y compris des échanges réguliers sur l'évolution de la COVID-19 et de la riposte entre les partenaires de santé, le groupe de coordination intersectoriel et l'équipe de pays pour l'action humanitaire (région EMRO)	La participation aurait pu être améliorée et plus inclusive : par exemple, les plans ont été conçus de manière centralisée par les organismes des Nations Unies et les ministères de la santé (région EMRO)
	Les plans de réponse humanitaire ont permis de concevoir des stratégies conjointes, en particulier pour atteindre les zones difficiles d'accès, mais aussi pour une meilleure inclusion des partenaires nationaux et locaux (région AFRO)	Les financements se sont révélés insuffisants pour répondre aux exigences de la riposte à la COVID-19, car une trop grande attention a été portée à l'achat de vaccins (régions EMRO et AFRO)
		Les mécanismes de coordination entre les ministères de la santé et les partenaires des groupes sectoriels pour la santé n'étaient pas bien adaptés (région AFRO)

Mécanismes de coordination gouvernementale (données des études de cas)

Au niveau national, les plans stratégiques ont fourni un cadre politique aux activités de préparation et de riposte à la COVID-19. Ces plans ont en principe atteint l'ensemble de la population, y compris les populations touchées par une crise. Les approches résolument multisectorielles ou impliquant l'ensemble de l'administration, de même que l'intégration de la planification infranationale aux plans nationaux ont été considérées comme de bonnes pratiques du point de vue de l'accès aux populations touchées par une crise. L'étude a ainsi révélé que, en Afghanistan, un plan stratégique de préparation et de riposte à la COVID-19 a été élaboré par le biais d'une approche faisant appel à l'ensemble des secteurs de l'administration et aux contributions infranationales, ceci afin de garantir la prise en compte des besoins des populations touchées par une crise. Le plan a été conçu avec l'appui des départements ministériels concernés aux niveaux national et infranational, et avec le soutien d'autres ministères, de partenaires et d'organismes nationaux. Au niveau infranational, il a été demandé aux gouverneurs de chaque province d'élaborer leurs propres plans de travail ou plans provinciaux afin de décentraliser la prise de décisions. Compte tenu de l'ampleur considérable des besoins humanitaires en Afghanistan, cette approche a été considérée comme une bonne pratique.

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire (données des études de cas)

Les mécanismes de coordination liés à la planification stratégique ont favorisé l'alignement et simplifié la mise en œuvre de la riposte. Le renforcement de la coordination et de la collaboration a facilité l'élaboration et la planification des stratégies, l'intégration des enseignements dans les plans d'intervention, ainsi que le partage des mises à jour et des informations en vue d'orienter les interventions en cours pour que les populations touchées par une crise humanitaire puissent bénéficier des services liés à la COVID-19. Beaucoup d'informateurs clés ont mentionné l'intérêt de cette démarche pour identifier les lacunes et éviter les doublons, même si cela n'a pas toujours été possible. À Cox's Bazar, un informateur clé a indiqué que les mécanismes de coordination favorisaient la mise en œuvre d'un plan d'intervention efficace et de formations essentielles, notamment les formations sur la lutte anti-infectieuse.

« En Syrie, la collaboration a été renforcée, ce qui signifie que les partenaires ont pu se concentrer sur la crise et soutenir le gouvernement dans le cadre de la planification d'une riposte à la COVID-19 efficace et s'inscrivant dans le programme d'action mondial. Ainsi, les partenaires se sont à nouveau sentis impliqués dans l'effort collectif mondial. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

Mettre à profit les partenariats

Mécanismes de coordination gouvernementale

Le critère 2 porte sur la capacité des partenaires des groupes sectoriels pour la santé à participer aux mécanismes de coordination gouvernementale, ainsi que sur leur contribution. Les résultats de l'étude montrent que les partenaires (ONG) n'ont pas souvent pris part aux fonctions de coordination des piliers du SPRP à l'échelle nationale, mais qu'ils ont contribué à la coordination ou à la direction de groupes de travail afin de soutenir la riposte des ministères de la santé au niveau infranational. Les partenaires ont essentiellement participé à la coordination gouvernementale par le biais de ces équipes spéciales et groupes de travail, en fournissant un appui opérationnel à la riposte et à la participation communautaire (voir les Conclusions sur le thème 2.1).

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Au-delà des résultats relatifs au critère 2, l'étude montre que des processus conjoints de planification multisectorielle ont été mis en place dans le cadre de la riposte à la COVID-19 pour les populations touchées par une crise et qu'ils ont été utiles pour orienter les interventions et déterminer les responsabilités des différents partenaires et secteurs. En Afghanistan, des plans multisectoriels ont été élaborés dans le cadre de la riposte à la COVID-19, sous la direction du groupe de coordination intersectorielle (examen des données secondaires), et les rôles et responsabilités des partenaires ont été clairement définis (entretien avec un informateur clé). Dans le Territoire palestinien occupé, l'inclusion dans le plan de réponse humanitaire d'un plan de travail précis sur la COVID-19 et de l'appel de fonds associé a permis aux partenaires du groupe sectoriel d'engager la riposte en suivant des orientations claires (entretien avec un informateur clé).

Adapter les programmes sanitaires

Mécanismes de coordination gouvernementale

Aucune tendance commune n'a été identifiée concernant l'adaptation des programmes sanitaires. Il est néanmoins possible de citer quelques exemples intéressants isolés. Au Soudan, le Ministère fédéral de la santé a déployé plusieurs outils en appui à la riposte, notamment pour les populations touchées par une crise humanitaire. Il a par exemple testé un système de surveillance communautaire de la COVID-19 dans un quartier de Khartoum, l'objectif étant de comprendre les mécanismes de transmission de la COVID-19. Il a également conçu un outil pour évaluer rapidement l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services de santé essentiels dans les établissements de santé. Cet outil a contribué à l'élaboration des politiques applicables et des processus de prise de décisions, et a permis de maintenir la capacité du système de santé à fournir des services de santé sûrs (examen des données secondaires, Soudan).

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Les groupes sectoriels pour la santé ont contribué à la conception de directives visant à garantir que les programmes étaient adaptés aux besoins des populations touchées par une crise et permettaient d'atteindre ces populations, ainsi qu'à faciliter la traduction de ces programmes dans les langues locales. Ce constat se reflète également dans le recensement mondial en ligne, puisque 79 % des répondants ont déclaré que les groupes sectoriels pour la santé avaient élaboré des directives (voir la figure 34).

« Ils s'occupaient aussi de la traduction des directives dans les langues locales. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan

Unir les efforts pour identifier et combler les lacunes et pour réduire/éviter les doublons

Mécanismes de coordination gouvernementale

Plusieurs outils ont été utilisés pour définir les besoins et combler les lacunes, notamment pour les populations touchées par une crise. Les informations et les tendances sur les déplacements de population, telles qu'elles sont ressorties des études de cas, ont été mises à la disposition de tous les acteurs par les ministères de la santé, avec le soutien de l'OMS. Ces données ont été ventilées et fournies suffisamment tôt pour permettre l'orientation des stratégies de riposte et l'établissement des priorités. Plusieurs structures de coordination ont communiqué des informations actualisées très détaillées, ce qui s'est avéré essentiel. Cela a contribué à la compréhension des tendances dans les zones où des populations étaient touchées par une crise humanitaire ou avaient besoin d'une aide humanitaire. C'est par exemple ce que l'OMS a mis en place en Syrie, en s'appuyant sur un tableau de bord en ligne, des rapports de situation hebdomadaires, un outil de surveillance en ligne et un système de cartographie des services. Ces ressources ont été développées par le Ministère de la santé avec le soutien technique de l'OMS.

Dans un certain nombre de pays, dont la Syrie et le Soudan, des mises à jour quotidiennes sur les cas de COVID-19, et les interventions et les mesures mises en place ont été partagées et mises à la disposition des partenaires de santé ainsi que de la communauté humanitaire dans son ensemble. En règle générale, les rapports contenaient des données sur les mouvements de population aux points d'entrée des pays, sur les cas de COVID-19 confirmés ou suspectés, sur la répartition des cas dans les États, et sur les centres de quarantaine.

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Les données ventilées ont été communiquées en temps voulu à tous les acteurs par le biais des groupes sectoriels pour la santé ou d'autres mécanismes de coordination. Plusieurs structures de coordination, et les groupes sectoriels pour la santé en particulier, ont communiqué des informations actualisées très détaillées, ce qui s'est avéré essentiel pour identifier et combler les lacunes dans la perspective d'apporter des services de lutte contre la COVID-19 aux populations touchées par une crise humanitaire. L'étude a révélé par ailleurs que, outre les bulletins mensuels des groupes sectoriels pour la santé, les résultats des outils basés sur l'approche « Qui fait Quoi, Où, Quand ? », les données du système HeRAMS et les infographies illustrant les analyses des groupes de travail techniques, les équipes de gestion de l'information des groupes sectoriels pour la santé ont souvent créé des tableaux de bord publics permettant de suivre l'évolution des cas de COVID-19. Les tableaux de bord ont fourni un éventail d'informations, notamment sur les ressources disponibles, telles que les hôpitaux

dédiés au traitement, les laboratoires et les tests, les capacités d'accueil des établissements de soins, et le suivi des fournitures. Le partage rapide des informations avec les pouvoirs publics et les partenaires a été reconnu comme étant une priorité tout au long de la riposte.

« La cartographie des services nous a permis de déterminer quels partenaires intervenaient à quels endroits et de comparer la disponibilité des services afin d'identifier les zones présentant des lacunes. La coordination nous a permis d'acquérir une vision globale de la situation du nord-est de la Syrie et de répondre aux besoins de l'ensemble de la communauté de cette région. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

Un exemple intéressant de cette coordination est fourni par le groupe de coordination intersectoriel du Soudan, qui s'est efforcé, en favorisant le partage d'informations et une meilleure gestion des données, de réduire les écarts des projections des besoins établies au moyen de méthodologies différentes par les groupes sectoriels participant au développement du HNO, et donc de limiter les contraintes de suivi des interventions. Un mécanisme de supervision de la collecte, de l'analyse et du partage des données a été établi sous la direction du groupe de coordination intersectoriel et du groupe de travail sur la gestion de l'information. Les utilisateurs de ce mécanisme sont les chefs de file sectoriels et d'autres partenaires.

En dépit des efforts déployés par les structures de coordination humanitaire, des lacunes et des redondances ont été observées dans les services fournis. Bien que les structures de coordination aient identifié des lacunes en matière de prestation de services dans de nombreux pays, par exemple en Syrie, des mesures pour y remédier n'ont pas toujours été prises en temps voulu. Cela est dû à plusieurs facteurs, notamment aux contraintes en matière d'accès et à une couverture insuffisante dans certaines zones géographiques.

Par ailleurs, la coordination s'est parfois révélée insuffisante pour éviter la duplication de certaines activités, telles que les initiatives de sensibilisation des communautés. « Nous n'avons pas fait grand-chose pour éviter les doublons. À Deir ez-Zor, les besoins étaient considérables, et tous les acteurs souhaitant intervenir s'y sont rendus sans que l'on s'interroge sur le risque de duplication » – Entretien avec un informateur clé, Syrie.

« Certaines activités de sensibilisation ont fait doublon. En revanche, aucune redondance n'a été détectée pour les traitements et la prise en charge, les services étant limités et insuffisants pour répondre aux besoins. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

Mobiliser les ressources

Mécanismes de coordination gouvernementale

Les gouvernements ont fait de gros efforts pour mobiliser des financements en vue de la riposte. C'est notamment le cas des gouvernements d'Afghanistan et du Yémen. Au Yémen, le gouvernement a lancé un appel et a sollicité des financements auprès des nations arabes voisines, et en particulier de l'Arabie saoudite, du Koweït, et des Émirats arabes unis. Compte tenu des besoins considérables du Yémen, où 66 % de la population a besoin d'une aide humanitaire, le financement de la riposte nationale couvre inévitablement les besoins pour atteindre les populations touchées par une crise.

« Le gouvernement a lancé un appel aux pays voisins ayant fait des dons à l'OMS, pour qu'ils répartissent leurs financements entre plusieurs acteurs dans le cadre de la riposte. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen

Mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Les différents plans de réponse humanitaire (par exemple, le plan de réponse humanitaire global, les appels humanitaires spécifiquement liés à la COVID-19 et les plans de réponse humanitaire intégrant un plan de riposte

à la COVID-19) ont contribué à mobiliser des financements. En 2020, l'étude a montré l'engagement des donateurs en faveur de la riposte à la COVID-19 pour les populations touchées par une crise humanitaire. Ainsi, dans le Territoire palestinien occupé, les besoins de financement du plan de réponse humanitaire interinstitutions pour la COVID-19 ont été couverts à hauteur de 86 %, même si certains financements ont été réaffectés. Il a également été indiqué que les donateurs avaient travaillé de manière stratégique pour répondre aux besoins de financement permettant la mise en œuvre de la riposte à la COVID-19, mais aussi la fourniture des services de santé essentiels pour les populations touchées par une crise. En Afghanistan par exemple, la Banque mondiale a octroyé des financements visant à soutenir la prestation de services de santé de base, tandis que les donateurs humanitaires ont apporté des financements pour la riposte à la COVID-19.

Comme l'ont rapporté des informateurs clés à Cox's Bazar (Bangladesh), les mécanismes de coordination ont également permis de détecter des lacunes en matière de financement que les donateurs ont facilement pu corriger.

Dans certains pays, des financements humanitaires existants ont été réaffectés pour soutenir la riposte à la COVID-19, tandis que dans d'autres des financements supplémentaires ont été alloués à des besoins essentiels, tels que les services WASH dans les établissements de santé, et de nouvelles allocations ont été accordées à des partenaires prédéfinis.

En 2021, les groupes sectoriels pour la santé ont continué à jouer un rôle majeur dans la mobilisation des ressources pour entretenir les installations liées à la COVID-19, même celles qui avaient été mises en place dans le cadre des plans de réponse humanitaire. Le recensement mondial en ligne a révélé que les plans 2021 étaient perçus comme ayant permis de mobiliser des financements plus importants, notamment pour la surveillance, le diagnostic, et les structures de prise en charge de la maladie (EMRO/AFRO). Cependant, certains pays ont jugé que les financements obtenus en 2021 n'étaient pas suffisants. Ainsi, en Afghanistan, des hôpitaux ont dû fermer en raison de contraintes de financement, quelques petites structures parvenant toutefois à maintenir la fourniture de leurs services grâce à des fonds japonais.

« L'OMS a réussi à obtenir des financements de la Banque mondiale en faveur de la riposte à la COVID-19. La riposte à la COVID-19 a été financée à hauteur de 95 % environ par des donateurs. Les activités de plaidoyer ont également contribué à recueillir plus de fonds par le biais de l'OMS ; les partenaires ont levé des financements, notamment MSF. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen

« Plusieurs contributions financières importantes au plan de réponse interinstitutions pour la COVID-19 dans le Territoire palestinien occupé ont été annoncées pendant la période couverte par le rapport. Certaines d'entre elles ont donné lieu à la reprogrammation de fonds auparavant alloués ou promis à d'autres interventions... Globalement, depuis son lancement le 27 mars, 29,3 millions de dollars ont été levés pour la mise en œuvre du plan de réponse interinstitutions, soit 86 % du support financier demandé (34 millions de dollars). » – Examen des données secondaires, Territoire palestinien occupé

Autres tendances relatives aux mécanismes de coordination de l'action humanitaire

Capacités de coordination

Comme le montre le recensement mondial en ligne, les moyens permettant d'assurer la coordination des groupes sectoriels pour la santé et de l'action humanitaire ont évolué. Comme le montre la figure 30, les changements les plus fréquemment cités portent sur l'utilisation de la technologie (92 %), puis sur le niveau des ressources (75 %) et sur les effectifs (58 %). Les études de cas soulignent un renforcement des capacités de coordination dans certains endroits où des ressources supplémentaires ont été mobilisées pour renforcer la riposte à la COVID-19, notamment au niveau infranational. C'est notamment le cas de la Syrie où seule une petite équipe parvenant difficilement à conserver son personnel était chargée de la coordination du groupe sectoriel pour la santé avant le début de la riposte à la COVID-19, et à laquelle des ressources humaines supplémentaires ont été affectées pour soutenir la riposte, même si certains membres du personnel ont dû endosser plusieurs rôles. De même, au Yémen, du personnel supplémentaire a été mobilisé pour contribuer aux besoins de

planification d'urgence, et des réaffectations de personnel ont été opérées pour soutenir la riposte à la COVID-19 et en particulier les différents piliers. Les répondants afghans ont déclaré quant à eux que la structure du groupe sectoriel pour la santé avait été significativement renforcée en 2022 aux niveaux national et infranational, ce qui a permis de consolider la coordination et les liens entre les services participant à la riposte à la COVID-19 en faveur des populations touchées par une crise.

« Les coordonnateurs infranationaux ont été recrutés pour soutenir les efforts, certains ayant plusieurs fonctions et d'autres étant spécifiquement affectés à la coordination du groupe sectoriel pour la santé au niveau infranational. » Entretien avec un informateur clé, Syrie

« Ces capacités de coordination supplémentaires contribuent grandement à identifier les lacunes des services de lutte contre la COVID-19 en Afghanistan et à y remédier. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan

Renforcement des capacités

Des efforts particulièrement importants ont porté sur le renforcement des capacités des partenaires fournissant des services aux populations touchées par une crise, notamment par le biais de formations dans des domaines à bien connaître pour lutter contre la COVID-19. Ces formations ont été clairement reconnues comme des mesures indispensables, et facilitées à ce titre, par les mécanismes de coordination. Ainsi, les formations proposées au sein du groupe sectoriel pour la santé dans le Territoire palestinien occupé ont inclus une formation sur la prise en charge, le diagnostic et le traitement de la maladie, une formation en ligne pour le personnel des unités de soins intensifs, une formation sur la lutte anti-infectieuse, une formation des formateurs, une formation à la surveillance (et notamment à la collecte des données, à l'identification des points d'entrée et à la recherche des contacts), ainsi qu'une formation sur les activités de RCCE (y compris sur la communication des risques et la santé reproductive en période de pandémie). À Cox's Bazar, une formation a été dispensée sur la protection dans les centres de quarantaine et de traitement.

« Nous avons réussi à former plus de 5 000 personnes dans 400 établissements par le biais d'une formation normalisée de formateurs, et avons considérablement renforcé nos moyens de lutte anti-infectieuse. Tous les partenaires ont été réunis afin d'être formés. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

Des ressources humaines ont été mobilisées afin d'élargir les services de santé et de donner aux populations touchées par une crise humanitaire l'accès aux services de lutte contre la COVID-19. Les doublons ont été évités grâce à la coordination mise en place avec les équipes spéciales établies au niveau infranational. Des ressources humaines ont été mobilisées pour accroître les capacités des hôpitaux et élargir les services sanitaires de riposte pouvant être fournis au niveau des communautés. Cette approche a été soutenue par les partenaires de santé qui ont parfois pris des mesures pour permettre le déploiement d'équipes d'intervention rapide capables de fournir des services de santé. L'augmentation des capacités a permis d'améliorer l'accès des populations touchées par une crise humanitaire aux services de santé liés à la COVID-19.

« Les Nations Unies et les partenaires ont entrepris d'augmenter immédiatement les capacités des hôpitaux dans les centres les plus peuplés. Cela inclut la création de 21 nouvelles unités de soins intensifs dans des hôpitaux dédiés à la COVID-19, qui s'ajoutent aux 38 unités existantes, le déploiement de deux hôpitaux mobiles de grande capacité (près de 100 lits), et le versement de salaires aux agents sanitaires de première ligne. » – Examen des données secondaires, Yémen

Mise en œuvre du suivi

Des cadres de suivi de la riposte à la COVID-19 pour les populations touchées par une crise humanitaire ont été établis dans de nombreux contextes couverts par des groupes sectoriels pour la santé et ont été renforcés par des mesures de vérification sur le terrain. Afin de responsabiliser toutes les organisations, tous les comités et tous les groupes de travail prenant part à la mise en œuvre de la riposte à la COVID-19, les groupes sectoriels de la santé ont mis en place un cadre de suivi mensuel de la riposte intégrant des données mesurables ainsi que des mécanismes tels que des outils basés sur l'approche « Qui fait Quoi, Où, Quand ? » et des indicateurs clés de performance. Des mécanismes de vérification sur le terrain ont également été mis en place ; ils fournissent un cadre de communication avec les points focaux sur le terrain et les autorités locales afin de vérifier les informations et les données partagées au sujet de l'accessibilité, de la disponibilité et de la qualité des services de santé.

« En Syrie, un mécanisme de vérification a été utilisé pour communiquer, sur le terrain, avec les points focaux des autorités locales en vue de vérifier les informations sur l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services de santé, et de procéder aux vérifications en s'appuyant sur différents rapports. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

« Au Yémen, le groupe sectoriel pour la santé a régulièrement effectué des activités de suivi. Les coordonnateurs infranationaux ont effectué des visites de suivi dans les différents établissements de santé et visité les projets de partenaires, dans le but de détecter de possibles lacunes et doublons. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen

Plaidoyer

Une attention prioritaire a été accordée aux activités de plaidoyer pour promouvoir l'accès aux services des populations touchées par une crise. Au Soudan, il a été reconnu que ces activités seraient nécessaires pour soutenir les initiatives visant à améliorer l'accès aux services pour les populations touchées par une crise humanitaire. Par conséquent, le plan de réponse humanitaire 2020 pour le Soudan a inclus une stratégie conçue pour favoriser la cohérence des interventions de plaidoyer de l'équipe de pays pour l'action humanitaire en faveur de l'accès aux services.

Achat de fournitures

Dans tous les pays où des études de cas ont été réalisées, l'achat de fournitures et les mesures de soutien liées aux processus d'achat et à la chaîne d'approvisionnement (simplification des formalités de dédouanement en particulier) ont été reconnus par toutes les structures de coordination, et notamment par les groupes sectoriels pour la santé, comme étant des contributions utiles. Le support apporté a consisté en l'achat de fournitures essentielles, y compris d'EPI, de fournitures et d'équipements médicaux (notamment du matériel de diagnostic pour les laboratoires), d'oxygène, de fournitures liées à la lutte anti-infectieuse et aux services WASH, ainsi que de vaccins. Le groupe sectoriel pour la logistique ou le groupe de travail sur la logistique ont également apporté leur soutien pour veiller à ce que le dernier kilomètre soit couvert et que les fournitures atteignent bien les populations touchées par une crise. Ainsi, le groupe de travail sur la logistique a créé un sous-groupe de travail sur les douanes, chargé notamment de trouver des solutions concrètes aux retards d'acheminement liés aux services douaniers auxquels sont confrontés les partenaires en Afghanistan. Au Soudan, le portail mis en place par l'OMS en collaboration avec le Programme alimentaire mondial pour faciliter les approvisionnements des partenaires soutenant les programmes de lutte contre la COVID-19 a été utilisé.

« Le groupe de travail sur la logistique a commencé à étudier les problèmes de logistique qui se posent dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Pendant la période couverte par ce rapport, il a formé un sous-groupe de travail sur les douanes ayant pour mission de trouver des solutions concrètes aux retards liés aux douanes et de créer un sous-groupe pour gérer ces problèmes. » – Examen des données secondaires, Afghanistan

Difficultés liées à la coordination des différents mécanismes en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire

Tableau 29. Coordination des mécanismes en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire – problèmes.

Cat.	Défis	Précisions et exemples
Coordination avec les autorités	<i>La coordination avec certains gouvernements a été compliquée du fait des capacités limitées, des priorités divergentes et/ou d'un manque de transparence des informations communiquées.</i>	Parmi les difficultés relevées figurent un partage insuffisant d'informations transparentes sur la vaccination et le taux de couverture (Territoire palestinien occupé), l'inefficacité du suivi des fournitures et des dons des différents partenaires et donateurs bilatéraux, ainsi que le manque de transparence des informations permettant de donner un aperçu complet du soutien apporté. En Syrie, les problèmes ont découlé de la présence de deux systèmes de gouvernance mal coordonnés et de structures fragmentées, tandis que, en Afghanistan, les difficultés peuvent notamment s'expliquer par la dégradation de la coopération entre les autorités de facto et l'OMS, particulièrement évidente lorsque les ONG ont été empêchées de travailler.

Il convient de noter que les capacités insuffisantes des pouvoirs publics en matière de coordination et les priorités stratégiques divergentes ont été, du point de vue des différents mécanismes de coordination, les principaux obstacles à la fourniture des services de santé essentiels, et que ces obstacles sont interdépendants dans ce contexte.

Les autres problèmes signalés lors des études de cas concernant la coordination des mécanismes gouvernementaux et humanitaires visant à faire bénéficier les populations de la riposte à la COVID-19 étaient davantage d'ordre programmatique. Parmi eux, on peut citer les difficultés à atteindre les populations touchées par une crise ou à leur permettre d'accéder aux services de lutte contre la COVID-19, à cause notamment de contraintes d'approvisionnement ou d'une démarche globale de la pandémie n'intégrant pas les spécificités des approches des deux mécanismes de coordination en présence.

Coordination gouvernementale – niveaux national et infranational

Tableau 30. Mécanismes de coordination gouvernementale – niveaux national et infranational – problèmes

Cat.	Défis	Précisions et exemples
Fournitures insuffisantes	<i>Des difficultés importantes ont été observées pour obtenir des fournitures à l'échelle nationale, ce qui a restreint leur disponibilité au niveau infranational, y compris pour les populations touchées par une crise</i>	Plusieurs pays ont fait état de difficultés d'approvisionnement, notamment pour les kits de test PCR et les équipements connexes nécessaires. En Syrie, cela s'est traduit par l'absence de dépistage d'un certain nombre de cas. Au Yémen, il s'est avéré nécessaire de mettre en place des structures distinctes spécifiquement dédiées à la COVID-19. Au Soudan, la pénurie de carburant a limité l'utilisation des véhicules utilisés dans le cadre des programmes de sensibilisation à la santé ; des marchandises et des véhicules sont restés bloqués aux points d'entrée et il y a eu pénurie d'équipements de diagnostic. Dans le Territoire palestinien occupé, il y a eu des problèmes d'approvisionnement et d'importation d'articles essentiels. Par conséquent, les populations touchées par une crise dans ces pays n'ont eu accès ni à des diagnostics, ni à des outils ou des services adaptés.

Cat.	Défis	Précisions et exemples
Mobilisation des ressources	La mobilisation des financements a été difficile, ce qui s'est traduit par une réaffectation de ressources initialement allouées aux services essentiels ou par une réduction des capacités de mise en œuvre d'activités cruciales, telles que celles destinées à promouvoir la participation communautaire	Certains pays ont rapporté des difficultés liées au financement : ainsi, en Afghanistan, le gouvernement a réaffecté les financements dédiés à des projets plus vastes pour soutenir la riposte à la COVID-19, tandis que, au Soudan, le Ministère de la santé a signalé un manque de financement en faveur des activités de participation communautaire. Compte tenu des besoins humanitaires importants de ces pays, il s'est révélé difficile de fournir des services liés à la COVID-19 aux populations de surcroît touchées par une crise.
Restrictions gouvernementales	La mise en place de mesures d'atténuation et de restriction des conditions d'accès a perturbé le fonctionnement des services de santé	Des pays ont fait état d'une perturbation des services de santé pendant la riposte à la COVID-19, notamment au préjudice des populations touchées par une crise. Au Soudan, cette situation a notamment fait suite à la fermeture des établissements de santé privés dans le cadre des mesures d'atténuation visant à endiguer la propagation de la COVID-19. D'autres perturbations ont été constatées dans des hôpitaux et d'autres structures de santé au Soudan, des fermetures sporadiques empêchant la fourniture des services de routine pouvant résulter de cas de contamination du personnel médical par la COVID-19. Les restrictions gouvernementales sur la qualité des personnes pouvant assurer certaines activités ont également limité la riposte. En Syrie, par exemple, le Ministère de la santé n'a pas autorisé les autres acteurs à pratiquer la vaccination, ce qui a limité les possibilités de vacciner les populations des zones difficiles d'accès, notamment dans le nord-est de du pays.

Coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational

Tableau 31. Mécanismes de coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – problèmes

Cat.	Défis	Précisions et exemples
Mobilisation des ressources	La réduction des financements en 2021 a limité les campagnes de vaccination autres que celles destinées à lutter contre la COVID-19, même si la limitation des services de santé essentiels, et donc de la vaccination de routine, a pu être imputée à l'accent important mis sur la vaccination contre la COVID-19	<p>En 2021, certains pays ont déclaré que la réduction des financements s'était traduite par la suspension de campagnes de vaccination (hors COVID-19), ou par la réduction de l'aide apportée par l'OMS. Dans certains cas, ces situations ont été rapportées en dépit de la mobilisation importante de ressources mentionnée précédemment. Les réponses au recensement mondial en ligne indiquent que, dans plusieurs pays, les financements se sont avérés insuffisants en raison de la priorité accordée à la fourniture de vaccins contre la COVID-19 (EMRO/AFRO), et aussi, dans certains cas, parce que les investissements massifs en faveur de la lutte contre la COVID-19 ont été réalisés au détriment d'autres services essentiels (EMRO).</p> <p>Par ailleurs, les répondants ont également indiqué que les financements avaient été insuffisants pour vacciner les populations touchées par une crise humanitaire, y compris après la période de pénurie mondiale des vaccins.</p> <p>« Malgré la disponibilité des vaccins contre la COVID-19, le manque de soutien financier entrave la capacité opérationnelle à assurer une large couverture vaccinale, au risque de voir le nombre de cas de COVID-19 augmenter à l'avenir. » – Examen des données secondaires, Soudan</p>

Bonnes pratiques relatives à la coordination des mécanismes en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire

L'étude n'a pas permis d'identifier clairement s'il existe de bonnes pratiques en matière de mécanismes de coordination gouvernementale et humanitaire. Plusieurs cas particuliers ont néanmoins été considérés comme suffisamment intéressants pour être mis en avant. Ils sont présentés ci-après.

Coordination gouvernementale

Exemples et cas particuliers intéressants aux niveaux national et infranational :

Tableau 32. Mécanismes de coordination gouvernementale – niveaux national et infranational – bonnes pratiques

Cat.	Bonnes pratiques	Précisions et exemples
Achat de fournitures	<i>La coopération renforcée entre pays voisins a favorisé la livraison de fournitures</i>	<p>Les efforts importants de coopération déployés par le gouvernement du Territoire palestinien occupé et Israël dans la riposte à la COVID-19 ont favorisé, même si cette coopération a été de courte durée, l'approvisionnement coordonné de fournitures, y compris l'acheminement de 10 000 kits de dépistage via l'aéroport Ben Gourion (examen des données secondaires, Territoire palestinien occupé). Le gouvernement a distribué des fournitures essentielles (EPI notamment) et organisé des formations pour soutenir la riposte à la COVID-19. Au Yémen, le Ministère de la santé a collaboré avec les pays voisins.</p> <p>« Le gouvernement a lancé un appel aux pays voisins ayant fait des dons à l'OMS, pour qu'ils répartissent leurs financements entre plusieurs acteurs dans le cadre de la riposte. » – Entretien avec un informateur clé, Yémen</p>
Gestion de l'information	<i>Certains gouvernements ont rendu l'information plus accessible et ont renforcé les modalités de sa diffusion afin de soutenir la mise en œuvre des activités</i>	<p>En réponse à la COVID-19, certains gouvernements ont fourni des données et des informations sur la lutte contre la COVID-19 afin d'orienter la riposte et les activités des partenaires. Au Soudan, le Ministère fédéral de la santé a communiqué des mises à jour régulières de la situation, ainsi que des informations sur le nombre de cas et les problèmes rencontrés. Cela a permis au groupe sectoriel pour la santé et aux partenaires de mieux comprendre le contexte et les lacunes en matière d'accès des populations touchées par une crise aux services de lutte contre la COVID-19. Dans certains cas, les gouvernements ont directement partagé les informations pour faciliter les activités programmatiques, notamment dans le Territoire palestinien occupé, où le gouvernement a veillé à ce que les partenaires reçoivent les informations nécessaires pour faciliter la recherche des contacts.</p> <p>« Le Ministère de la santé a fourni les coordonnées des patients considérés comme cas contacts, ce qui a facilité les activités de dépistage et de suivi. » – Entretien avec un informateur clé, Territoire occupé palestinien</p>

Coordination de l'action humanitaire

Niveaux national et infranational

Tableau 33. Mécanismes de coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – bonnes pratiques

Cat.	Bonnes pratiques	Précisions et exemples
Plaidoyer	<i>La coordination a facilité les activités efficaces de plaidoyer pour favoriser l'accès des communautés aux services de lutte contre la COVID-19, y compris l'accès aux vaccins pour les personnes déplacées dans leur propre pays et les réfugiés</i>	<p>Les groupes sectoriels pour la santé se sont concentrés sur les activités de plaidoyer et ont renforcé la coordination avec les ministères de la santé pour permettre aux populations touchées par une crise d'accéder aux services de lutte contre la COVID-19. Ainsi, au Yémen, les activités de plaidoyer ont permis d'améliorer l'accès des populations touchées par une crise humanitaire à des services d'orientation, ce qui leur a permis de bénéficier de traitements complémentaires, voire d'une prise en charge dans des unités de soins intensifs. De plus, les efforts de coordination du groupe sectoriel pour la santé ont mis en lumière les besoins des populations touchées et ont contribué à ce que les personnes déplacées dans leur propre pays et les réfugiés aient accès aux vaccins contre la COVID-19.</p>
Mobilisation des ressources	<i>En définissant clairement les besoins de financement, la planification stratégique a permis de mobiliser des ressources</i>	<p>Les plans stratégiques humanitaires 2020 liés à la riposte à la COVID-19, comme le Plan de réponse humanitaire global, ont été considérés comme particulièrement efficaces en matière de mobilisation des ressources.</p> <p>« La formulation claire des besoins de financement... a été un outil efficace de mobilisation des ressources. » – (recensement en ligne - EMRO)</p>

Résultat 3.1.2 : Comment la coordination entre les mécanismes a permis le maintien des services essentiels (pilier 9 – opérations, orientations, PEV, santé maternelle et néonatale, santé des enfants et des adolescents, personnes âgées, services de santé sexuelle et reproductive, nutrition, maladies non transmissibles et santé mentale)

Les conclusions suivantes associent les résultats du recensement mondial en ligne et des sept études de cas nationales. L'étude a analysé les mesures d'appui à la riposte à la COVID-19 prises dans le cadre des mécanismes de coordination et qui ont contribué au maintien des services essentiels (pilier 9). Les sections ci-dessous abordent ces mesures, puis les difficultés, les facteurs favorables et les bonnes pratiques.

Mesures prises pour assurer le maintien des services de santé essentiels

Dans le recensement mondial en ligne (figure 9), un peu plus de la moitié des répondants ont mentionné l'utilisation du COUSP pour coordonner la riposte à la COVID-19 en 2020. Cette proportion a ensuite diminué et est passée sous le seuil des 50 % à partir de 2021. En outre, la figure 8 montre que 60 % des répondants ont indiqué que, en 2020, les COUSP étaient utilisés pour coordonner la riposte à la COVID-19 au niveau infranational. Ce pourcentage est tombé à 50 % en 2021.

Des mesures ont été prises pour renforcer les Centres d'opérations d'urgence et les organes de coordination aux niveaux national et infranational. Par exemple, au Soudan, les plans prévoyaient de renforcer le soutien des Centres d'opérations d'urgence et des mécanismes de coordination au niveau national, et ciblaient également le niveau infranational. Ces plans définissaient les modalités d'un mécanisme d'intervention rapide, du renouvellement des fournitures médicales, de la mise en place d'un système d'alerte précoce/intervention d'urgence, de la fourniture d'un soutien à la préparation d'urgence et à la capacité d'intervention, ainsi que de l'intégration dans les approches de solutions durables, telles que le recours à l'énergie solaire.

Le Soudan s'est par ailleurs distingué en développant des plans clairs, conçus pour améliorer le suivi et l'analyse, et en particulier pour déterminer la gravité des besoins, identifier les priorités intersectorielles, et conduire des activités de suivi sur le terrain, notamment par le biais de visites conjointes. Les groupes sectoriels et les partenaires ont par exemple fourni des informations trimestrielles détaillées sur leurs activités et sur les bénéficiaires touchés, offrant ainsi un aperçu interactif et en temps réel des résultats obtenus. Cette démarche a permis d'améliorer le suivi de la riposte en continu et d'adapter les solutions à l'évolution du contexte. Des mesures ont été mises en place pour améliorer le suivi et l'analyse des besoins, et pour optimiser la définition des priorités.

« L'analyse de la gravité de l'impact des chocs place les personnes dans le besoin au centre de l'analyse, et ne se limite pas à examiner la gravité des besoins des personnes par le prisme de chaque secteur. » – Examen des données secondaires, Soudan

Éléments de coordination ayant fait obstacle au maintien des services de santé essentiels

Coordination gouvernementale

Niveaux national et infranational

Tableau 34. Coordination gouvernementale – niveaux national et infranational – problèmes

Cat.	Défis	Précisions et exemples
Capacités	Les capacités limitées ou inégales de certains gouvernements ont entravé la coordination des mécanismes	La coordination entre le groupe sectoriel pour la santé et les autorités publiques a par exemple posé des difficultés en Afghanistan, où les capacités étaient insuffisantes après les changements politiques survenus en 2021 et où les négociations pour la mise en œuvre des interventions de santé ont été menées au cas par cas. En Syrie, il a été nécessaire de soumettre une seconde fois des demandes d'autorisation pour des interventions de santé, ce qui a pris jusqu'à douze semaines.

Cat.	Défis	Précisions et exemples
Stratégie	<i>Les divisions et les divergences en matière de priorités se sont amplifiées, faisant obstacle à la coordination de la riposte</i>	<p>Cas particulier : Au Soudan, les priorités divergentes du gouvernement et de la communauté humanitaire ont pesé sur la coordination et la riposte. « Alors qu'il y a toujours eu des différences entre l'approche du gouvernement et celle des acteurs humanitaires, celles-ci se sont nettement accentuées dans le cadre de la riposte à la COVID-19, jusqu'à la rupture. Le gouvernement souhaitait s'appuyer sur les financements pour repenser/réorganiser le système de santé dans son ensemble.</p> <p>Les acteurs humanitaires ont en revanche considéré que ce n'était pas le moment de procéder à ces changements et qu'il fallait se concentrer sur les aspects les plus urgents. De ce fait, les neuf piliers ont été mis en place, mais ont été traités différemment, le gouvernement voulant aller au-delà. Entretien avec un informateur clé, Soudan</p> <p>« L'analyse menée ultérieurement et les activités de suivi montrent clairement que cette approche ne nous a pas permis de nous concentrer suffisamment sur les points essentiels, ce qui a donné lieu à des résultats décevants et à des conséquences fatales pour la population. Avec le temps, le gouvernement et les organismes ont, dans une certaine mesure, réussi à engager un dialogue. Les organismes étaient disposés à accéder aux demandes du gouvernement tant qu'elles ne remettraient pas en cause leur neutralité et leur impartialité. Mais cela n'a pas fonctionné pour beaucoup de personnes. » – Entretien avec un informateur clé Afghanistan</p>
Structure	<i>Les difficultés politiques et la bureaucratie des pouvoirs publics gouvernementale ont bloqué la fourniture des services</i>	<p>Cas particulier : Les changements politiques et la bureaucratie ont fait obstacle à la fourniture des services : ainsi, en Afghanistan, les établissements de santé devaient obtenir l'autorisation du Ministère de la santé pour pouvoir ouvrir à nouveau, les autorités de facto ont pris le contrôle de certains établissements de santé et l'interdiction par les autorités de faire intervenir du personnel humanitaire féminin a provoqué la suspension des équipes mobiles de santé et de nutrition (MHNT) tout en entravant la capacité des partenaires à fournir des services de santé essentiels.</p> <p>« Les ingérences directes et l'interdiction par les autorités de faire appel à du personnel humanitaire féminin dans certains districts se sont traduites par la suspension des MHNT, ce qui a affecté les capacités d'intervention des partenaires (gravité : 4), car les autorités de facto n'autorisent pas la présence de femmes au sein du personnel. » – Examen des données secondaires, Afghanistan</p>

Coordination de l'action humanitaire

Niveaux national et infranational

Tableau 35. Coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – problèmes

Cat.	Défis	Précisions et exemples
Capacités	<i>La peur et la stigmatisation, exacerbées par l'inquiétude et les résistances du personnel de santé, ont entraîné une baisse du recours aux services de santé</i>	<p>La résistance et les craintes des prestataires de services, en particulier au début de la pandémie, n'ont pas permis de maintenir la fourniture des services de santé essentiels. Pour y remédier, les pays ont tenté de rassurer les agents de santé en mettant en avant que la COVID-19 était une maladie infectieuse comme les autres. Les mesures prises visaient à convaincre les agents qu'ils pouvaient avoir confiance dans les dispositions de protection et à mieux les former dans le domaine de la lutte anti-infectieuse.</p>

Éléments de coordination ayant contribué au maintien des services de santé essentiels

Aucune tendance n'a été identifiée dans l'ensemble de données qui soit applicable à la fois aux mécanismes de coordination gouvernementale et aux mécanismes de coordination humanitaire. Toutefois, quelques cas particuliers ont été relevés.

Coordination gouvernementale

Les données disponibles étaient insuffisantes pour faire ressortir des résultats importants.

Coordination de l'action humanitaire

Niveaux national et infranational

Tableau 36. Coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – facteurs favorables

Cat.	Facteurs favorables	Analyse
Stratégie	<i>Le recours à des approches multisectorielles a renforcé l'efficacité de la riposte à la COVID-19</i>	Cas particulier : L'adoption d'une approche multisectorielle a renforcé l'efficacité de la riposte et la collaboration – au Soudan par exemple, les secteurs de la santé, des services WASH et de la nutrition ont soutenu une approche multisectorielle favorisant notamment la fourniture de services d'eau salubre et d'hygiène.
Stratégie	<i>L'intégration des services liés à la COVID-19 aux structures de santé existantes a contribué à couvrir les besoins de santé</i>	Cas particulier : L'approche consistant à intégrer les services de lutte contre la COVID-19 au système de santé existant a été adoptée en Afghanistan, où des structures dédiées à la COVID-19 ont été aménagées dans les hôpitaux nationaux, provinciaux et régionaux spécialisés dans les maladies infectieuses en vue de maintenir l'accès aux services de santé.

Bonnes pratiques facilitant la coordination entre les mécanismes afin de maintenir les services essentiels

Aucune tendance n'a été identifiée dans l'ensemble de données qui soit applicable à la fois aux mécanismes de coordination gouvernementale et aux mécanismes de coordination humanitaire. Toutefois, quelques cas particuliers ont été relevés.

Coordination gouvernementale

Les données disponibles étaient insuffisantes pour faire ressortir des résultats importants.

Coordination de l'action humanitaire

Niveaux national et infranational

Tableau 37. Coordination de l'action humanitaire – niveaux national et infranational – bonnes pratiques

Cat.	Bonnes pratiques	Précisions et exemples
Rôles et responsabilités	<i>La coordination a été efficace et les rôles ont été clairement définis</i>	La définition claire des rôles et des responsabilités a favorisé la coordination et permis de limiter les redondances, et les mécanismes de coordination ont permis, le cas échéant, d'identifier les problèmes. Les fonctions ont ainsi été clairement définies, le rôle de l'OMS étant axé sur la prestation des services, le renforcement des capacités et la fourniture d'un appui opérationnel, et celui de l'UNICEF étant orienté sur la participation communautaire et la mobilisation sociale.
Technologies	<i>Les technologies ont été employées de manière innovantes pour soutenir la mise en œuvre de la riposte</i>	Certaines technologies, comme l'imagerie satellitaire et diverses applications, ont été utilisées par les groupes sectoriels pour la santé et l'OMS pour définir les besoins dans les zones difficiles d'accès d'Afghanistan.
Partenaires	<i>Des experts locaux ont été sollicités pour fournir des services en matière de soins intensifs, ce qui a contribué à la réouverture d'établissements de santé</i>	« L'OMS a fait appel à des experts locaux pour animer des formations dans les unités de soins intensifs, ce qui a favorisé la réouverture d'établissements de santé. » – Entretien avec un informateur clé, Afghanistan

Conclusions concernant le thème 3.1 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure d'atteindre les objectifs du plan de réponse humanitaire global et des plans de réponse humanitaire pour faire face aux effets de la pandémie de COVID-19 sur les populations touchées par une crise humanitaire (ou sur l'ensemble de la population) ?

Plans stratégiques gouvernementaux et humanitaires

- Les pays qui comptaient un groupe sectoriel pour la santé dès le début de la pandémie ont lancé des appels divers et établi différents types de documents de planification stratégique. D'après les réponses obtenues, les ministères de la santé ont élaboré en 2020 des plans stratégiques de préparation et de riposte dans la plupart des pays (74 %) et, en ce qui concerne les populations touchées par une crise humanitaire, 36 % des pays ont lancé un appel dans le cadre du Plan de réponse humanitaire global, 23 % ont lancé un appel portant spécifiquement sur la COVID-19 (en dehors du Plan de réponse humanitaire global ou des plans de réponse humanitaire existants), et 45 % ont intégré la riposte dans les plans de réponse humanitaire existants (lors d'un point d'avancement en cours d'année par exemple).
- En 2021, le taux de disponibilité des plans stratégiques de préparation et de riposte est tombé à 55 % et, à la suite de la suspension du Plan de réponse humanitaire global en 2021, les activités de riposte à la COVID-19 ont été intégrées dans les plans de réponse humanitaire (65 %).
- Deux tiers des répondants ont considéré que ces mesures ont été globalement plutôt appropriées en 2020 et en 2021, mais 71 % ont jugé qu'elles n'ont que partiellement permis aux populations touchées par une crise humanitaire de bénéficier des services liés à la COVID-19. Cela suggère qu'il existait un certain décalage entre la planification et la mise en œuvre, ainsi que des lacunes potentielles dans la couverture des populations touchées par une crise humanitaire.

Coordination gouvernementale : mesures prises en appui à la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels pour les populations touchées par une crise humanitaire

- Au niveau national, les plans stratégiques ont fourni un cadre politique aux activités de préparation et de riposte à la COVID-19. L'approche reposant sur des piliers, planifiée en 2020, a permis d'aligner les plans d'action mondiaux (tels que les SPRP de l'OMS) et a facilité l'intégration de nouveaux acteurs, comme l'indiquent les données obtenues à l'issue du recensement en ligne mené au niveau mondial.
- D'après les réponses obtenues, ces plans ont entraîné en 2021 le renforcement de la coordination entre les ministères de la santé et les partenaires du groupe sectoriel pour la santé, ce qui a facilité l'élaboration de stratégies communes et inclusives, notamment pour atteindre les zones difficiles d'accès.

Coordination gouvernementale : problèmes

- S'il ressort des résultats de l'étude que, dans de nombreux cas, la coordination a globalement bien fonctionné, les structures de coordination visant à atteindre les populations touchées par une crise humanitaire ont cependant, dans certains pays, été jugées incohérentes ou inadéquates en 2020 et en 2021. Les raisons sont notamment les suivantes : création de multiples cadres de riposte ; élaboration des plans exclusivement centralisée ; coordination inadéquate avec les groupes sectoriels pour la santé ; et/ou partage inapproprié des données (notamment en matière de vaccination). Cette situation serait en grande partie due aux capacités limitées ou inégales des gouvernements du point de vue technique ou de la coordination aux niveaux national et infranational. Seulement un quart environ des participants au recensement en ligne a considéré que les structures gouvernementales de coordination étaient « très appropriées » et « très utiles » dans le cadre de la riposte aux niveaux national et infranational, ce qui laisse penser qu'elles doivent encore être renforcées afin d'être plus efficaces.
- Il ressort des études de cas que la plupart des plans gouvernementaux définissaient une riposte globale sans intégrer d'approches spécifiques adaptées aux populations touchées par une crise (comme les populations difficiles à atteindre, les personnes déplacées ou réfugiées). Une seule étude de cas (Cox's Bazar, au Bangladesh) a fait état d'un plan de riposte gouvernemental prenant en considération les réfugiés.
- Des retards dans la planification ont été relevés ainsi que des décalages entre les plans et le rythme auquel la pandémie progressait. Certains secteurs n'ont pas immédiatement compris que cette dernière n'était pas

seulement un problème de santé, et ont mis du temps à se mobiliser. Cela prouve une fois de plus l'importance d'élaborer en amont des plans multisectoriels de préparation et de riposte, y compris pour faire face à de nouveaux agents pathogènes, afin de définir des stratégies face à des scénarios possibles au lieu de les mettre au point pendant l'émergence d'une crise. Les mécanismes concernant les mises à jour rapides, les données probantes évolutives et les changements devraient également être intégrés dans la planification afin de se tenir au fait de l'émergence rapide des besoins et de définir des interventions possibles.

- Il semblerait que les plans aient sous-estimé ou négligé la résistance des communautés, car ils n'ont pas tenu compte de l'« infodémie », et notamment des rumeurs, ni de la réticence de certaines communautés à suivre les consignes de santé publique telles que la distanciation physique et le port du masque. D'où l'impératif de mobiliser toute l'attention et l'énergie nécessaires afin d'agir rapidement pour orienter les discours, rectifier les informations, et investir dans des mécanismes permettant de briser les mythes. Il faut également investir en faveur des communautés et travailler directement avec elles dès le début afin d'appréhender leurs craintes et pour qu'elles comprennent ce dont elles ont besoin pour assurer leur protection aux niveaux individuel, familial et communautaire dans de telles circonstances.
- L'approvisionnement a posé de graves problèmes au niveau national, et encore plus au niveau infranational, ce qui a entravé la fourniture de services liés à la COVID-19 aux populations touchées par une crise.

Coordination gouvernementale : facteurs favorables

Il n'a pas été possible de définir les facteurs ayant permis d'atteindre les populations touchées par une crise humanitaire dans le cadre de la présente étude. L'analyse de la riposte à la COVID-19 pour l'ensemble de la population a néanmoins permis de relever les éléments suivants :

- dans le cadre du recensement en ligne, plusieurs groupes sectoriels dans différentes régions ont indiqué que, en 2020, la planification stratégique avait facilité les approches multisectorielles ;
- les plans mis en œuvre en 2020 et en 2021 ont été considérés comme des facteurs favorables à la mobilisation des ressources, en particulier pour la surveillance, le diagnostic et les structures de prise en charge.

Coordination de l'action humanitaire : mesures prises en appui à la riposte à la COVID-19 ciblant les populations touchées par une crise humanitaire

- La mise en place du mécanisme de coordination des groupes sectoriels pour la santé associé aux plans stratégiques humanitaires ainsi qu'aux plans stratégiques nationaux des gouvernements pour la riposte à la COVID-19 a contribué à l'harmonisation et à la cohérence des interventions, et au renforcement de la coordination, même si d'importantes améliorations peuvent encore être apportées, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé essentiels et leur maintien.
- Les orientations et les directives publiées ou diffusées par les groupes sectoriels pour la santé en temps opportun ont permis aux populations touchées par une crise de bénéficier des mesures de riposte à la COVID-19.
- Les informations ont été rapidement mises à la disposition de tous les acteurs par l'intermédiaire des groupes sectoriels pour la santé ou d'autres mécanismes de coordination. Des cadres de suivi de la riposte à la COVID-19 ont été mis en place et renforcés par les mécanismes de vérification sur le terrain, et mis en œuvre par l'intermédiaire des groupes sectoriels pour la santé.
- On a constaté une forte volonté de renforcer les capacités des partenaires du groupe sectoriel pour la santé à l'aide de formations sur divers aspects de la riposte à la COVID-19, dont la prise en charge des cas et la lutte anti-infectieuse.
- La mobilisation de ressources humaines a permis d'étendre les services de santé, et la coordination avec les équipes spéciales des gouvernements et/ou des groupes sectoriels pour la santé établies au niveau infranational a permis d'éviter les doublons.
- La mobilisation de fonds, une priorité absolue affichée dès le début de la pandémie, s'est poursuivie en 2021, facilitée par les différents plans de riposte.
- Les partenaires ont contribué activement à l'approvisionnement en fournitures afin que les populations touchées par une crise bénéficient des mesures de la riposte à la COVID-19, et les groupes de travail sur la logistique ont pris des mesures visant à régler les problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement.

Coordination de l'action humanitaire : problèmes

- En dépit des efforts consentis en matière de coordination, des redondances ont été observées dans les services fournis.
- La coordination avec certains gouvernements s'est parfois avérée difficile en raison de leur capacité limitée et/ou des lacunes en matière de partage d'informations fiables et exactes.
- En dépit des efforts intenses de mobilisation de ressources déployés en 2021, le financement des activités de la riposte à la COVID-19 qui ciblaient les populations touchées par une crise a parfois diminué. Cette diminution a eu un effet préjudiciable sur les campagnes de vaccination (hors COVID-19) ainsi que sur le maintien d'autres services de santé essentiels.
- La priorité accordée à la riposte à la COVID-19 a souvent détourné l'attention portée à d'autres services de santé essentiels.
- La plupart des pays ayant fait l'objet d'une étude de cas ont fait face à des problèmes d'approvisionnement substantiels ; on peut citer, entre autres, la livraison d'EPI et de fournitures destinées aux populations touchées par une crise humanitaire.
- Les effectifs réduits ou la surcharge des capacités existantes au sein des organisations humanitaires ont entravé la fourniture des services de santé essentiels et la coordination.
- La tenue de formations portant sur des aspects des services de santé essentiels a été perturbée par l'accaparement des formateurs par d'autres activités liées à la riposte à la COVID-19.
- La peur et la stigmatisation, exacerbées par l'inquiétude et les résistances du personnel de santé, ont entraîné une baisse du recours aux services de santé essentiels.

Coordination de l'action humanitaire : facteurs favorables

- La coordination des groupes sectoriels pour la santé a facilité le plaidoyer en faveur de l'amélioration de l'accès des populations touchées par une crise humanitaire aux services liés à la COVID-19, ainsi que le maintien des services de santé essentiels et l'accès à ceux-ci.
- L'attention portée aux populations touchées par une crise dans les plans stratégiques de riposte à la COVID-19 de 2020 (tels que le Plan de réponse humanitaire global, les appels lancés au titre de la lutte contre la COVID-19 ou les plans de réponse humanitaire, selon le pays) a entraîné une forte mobilisation des ressources. D'après les répondants, cela s'explique par le fait que « les plans définissaient clairement les besoins en matière de financement de la riposte à la COVID-19 et constituaient un outil efficace de mobilisation des ressources. » (Recensement en ligne – EMRO)
- Les répondants ont indiqué que lorsque la coordination des groupes sectoriels pour la santé a été renforcée, la mobilisation des partenaires, le fonctionnement des groupes sectoriels pour la santé, ainsi que leur structure aux niveaux national et infranational se sont nettement améliorés.

Coordination de l'action humanitaire : bonnes pratiques

- Les répondants ont décrit de nombreuses approches qui, axées sur l'adaptation de la fourniture des soins de santé, ont permis de maintenir les services essentiels. Citons, entre autres, le recours à la télémédecine, les changements apportés à la fourniture ou à la fréquence des services, les adaptations mises en place dans les hôpitaux pour assurer la protection contre la COVID-19, et l'isolement dans les espaces de traitement de la COVID-19.

Thème 3.2 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure de respecter les principes humanitaires et de protéger l'espace humanitaire ?

Résultat 3.2.1 : Éléments ayant favorisé ou entravé l'application des principes humanitaires (humanité, impartialité, neutralité, indépendance)

Difficultés liées à l'application des principes humanitaires (humanité, impartialité, neutralité, indépendance)

Les données sur la coordination humanitaire étaient uniquement disponibles aux niveaux national et infranational.

Tableau 38. Coordination de l'action humanitaire – problèmes

Cat.	Défis	Précisions et exemples
Accès humanitaire	<i>Accès humanitaire limité ou retardé par le gouvernement, en dépit des dérogations pour les services de santé.</i>	<p>L'étude a révélé que dans plusieurs pays, des restrictions ont entravé ou retardé la mise en place des programmes humanitaires. Au Bangladesh par exemple, à Cox's Bazar, l'approbation des projets a subi des retards et l'accès aux camps a été compliqué. Dans le Territoire palestinien occupé, les restrictions imposées par les autorités palestiniennes et le système de sécurité ont entravé la conduite des activités de suivi. Les restrictions de délivrance des visas et la suspension des interventions des équipes étrangères ont également limité l'accès du personnel humanitaire.</p> <p>« Le gouvernement a interdit l'obstruction de l'aide humanitaire aux réfugiés. Toutefois, dans la pratique, les forces de l'ordre interprétaient les choses différemment. Pour elles, les prestataires de santé se limitaient à des médecins en blouse blanche et les services d'orientation à des ambulances. Cette situation a eu un impact significatif sur la prestation de services de santé, car la plupart des prestataires vivaient en dehors des camps (à l'exception des agents de santé communautaires bénévoles). Cela a également eu un effet démotivant, défavorable à la qualité de la prestation de services. » – Entretien avec un informateur clé, Cox's Bazar, Bangladesh</p>
Accès humanitaire	<i>Les tensions politiques et les problèmes de sécurité ont restreint l'accès humanitaire et les organisations ont eu du mal à atteindre les zones à haut risque et à y intervenir</i>	<p>Au Soudan et au Yémen, les tensions politiques entre les différentes factions ont entravé l'accès humanitaire et, dans les zones peu sûres, les organisations ont eu des difficultés à exercer leurs activités. En Syrie, du fait de l'insécurité, certaines zones ont été soumises à des couvre-feux très stricts, ce qui a également limité la fourniture de services de santé.</p> <p>« Les zones à haut risque sont très difficilement accessibles pour les acteurs humanitaires. » – Entretien avec un informateur clé, Soudan</p>
Principes humanitaires	<i>Les ingérences du gouvernement ont réduit la capacité à préserver l'indépendance et la neutralité humanitaires</i>	<p>En Afghanistan, de nombreuses ingérences dans les programmes ont été signalées, les autorités essayant d'influencer la sélection des bénéficiaires et le recrutement du personnel au sein des ONG. De plus, les autorités ont fait preuve d'un manque de compréhension et d'acceptation des principes de l'action humanitaire et des pratiques des ONG, au point que certaines de ces ONG n'ont pas été autorisées à travailler.</p>

Facteurs favorables à l'application des principes humanitaires (humanité, impartialité, neutralité, indépendance)

Les données sur la coordination humanitaire étaient uniquement disponibles aux niveaux national et infranational.

Tableau 39. Coordination de l'action humanitaire – facteurs favorables

Cat.	Facteurs favorables	Précisions et exemples
Stratégie	<i>La fourniture de services de santé avant la crise sanitaire a favorisé l'accès aux services de santé pour les populations des camps</i>	<p>Par exemple, en Syrie et au Yémen, les personnes en situation de déplacement interne avaient déjà accès à des structures humanitaires spécialisées au sein des camps, tandis que d'autres régions dépendaient de services de santé gouvernementaux, qui bien souvent ne fonctionnaient pas.</p>
Stratégie	<i>L'existence préalable de programmes intégrés dans le domaine de la santé a favorisé le maintien de l'accès à des services spécialisés (tels que les services liés à la violence fondée sur le genre)</i>	<p>Les restrictions de déplacement ont entraîné la suspension des services de protection. L'existence préalable de programmes de santé intégrés, proposant en particulier aux femmes des services liés à la violence fondée sur le genre, a permis de maintenir l'accès à ces services.</p>

Cat.	Facteurs favorables	Précisions et exemples
Plaidoyer	Les activités de plaidoyer humanitaire soutenues des mécanismes de coordination ont favorisé un accès équitable/impartial	Des activités de plaidoyer régulières et des négociations discrètes ont été menées, avec le soutien des groupes sectoriels pour la santé, ce qui a permis de trouver des solutions. « Cette diplomatie discrète a été très efficace et a permis d'établir de bons rapports avec l'ensemble des parties prenantes. Cela s'est avéré très utile pour lancer le programme de vaccination et le poursuivre. » – Entretien avec un informateur clé, Syrie

Bonnes pratiques

Les données sur la coordination humanitaire étaient uniquement disponibles aux niveaux national et infranational.

Tableau 40. Coordination de l'action humanitaire – bonnes pratiques

Cat.	Bonnes pratiques	Précisions et exemples
Stratégie	Les approches de la fourniture de soins de santé ont été adaptées pour maintenir les services	Des adaptations ont été apportées à la fourniture de soins de santé pour maintenir les services. Ces adaptations incluent notamment le recours à la télémédecine, l'utilisation de permanences téléphoniques (service téléphonique d'assistance psychologique à distance), le recours à un système en ligne visant à aider les personnes atteintes de maladies chroniques, des services mobiles de prélèvement d'échantillons pour les zones difficiles d'accès, ainsi que la fourniture de soins à domicile. À Cox's Bazar, les infrastructures existantes ont été utilisées, y compris les centres de transit disposant d'installations de quarantaine et les systèmes ayant servi à gérer les réfugiés avant la pandémie de COVID-19. Au Soudan, des stratégies ont été mises en place pour réduire l'exposition des patients atteints de maladies chroniques et des enfants souffrant de malnutrition, et pour réduire le nombre de visites dans les établissements de santé. Ces stratégies ont notamment consisté à fournir des produits de soins pour des périodes de deux semaines et à faire livrer ces produits par des agents de santé communautaires.

Conclusions concernant le thème 3.2 : Les groupes sectoriels pour la santé ont-ils été en mesure de respecter les principes humanitaires et de protéger l'espace humanitaire ?

- L'étude n'a pas permis de faire ressortir de tendances applicables à l'ensemble des pays sur ce point, les résultats étant très diversifiés et relevant pour la plupart de situations particulières. Ces cas particuliers ont néanmoins été présentés, car ils caractérisent la multiplicité des problèmes susceptibles de se poser dans des contextes humanitaires. Par ailleurs, la fatigue des informateurs clés pendant les entretiens peut en partie expliquer l'incohérence des données, la longueur du guide d'entretien corroborant cette hypothèse.

Facteurs favorables

Accès égalitaire/impartial

- La fourniture de services de santé avant la crise sanitaire dans les structures existantes a facilité l'accès des populations des camps à d'autres services de santé, en particulier lorsque la liberté de circulation était restreinte.
- L'existence préalable de programmes intégrés (programmes couvrant la santé et d'autres secteurs) a facilité le maintien de services spécialisés (comme la lutte contre la violence fondée sur le genre) dans les situations où la liberté de circulation était restreinte, mais où les gouvernements reconnaissaient que la poursuite des activités dans le domaine de la santé était prioritaire.
- La persévérance des partenaires, des groupes sectoriels pour la santé et des équipes de pays pour l'action humanitaire dans leurs efforts de plaidoyer humanitaire a également contribué à donner aux populations touchées par une crise l'accès aux services liés à la COVID-19, ainsi qu'aux services de santé essentiels.

Accès humanitaire

- La volonté des pouvoirs publics est déterminante pour négocier l'accès et faciliter les discussions au moyen des mécanismes de coordination existants.

Facteurs préjudiciables au respect des principes humanitaires

Accès égalitaire/impartial

- L'étude fait état de plusieurs cas de discrimination, où les autorités ont limité l'accès aux services de santé en fonction de critères tels que l'appartenance à une caste ou le statut migratoire.

Accès humanitaire

- Plusieurs pays ont indiqué que leur gouvernement a limité ou retardé l'accès humanitaire, en dépit des dérogations spécifiques pour les services de santé. Des tensions politiques ont également entravé l'accès humanitaire ; dans les contextes instables, les organismes ont éprouvé des difficultés à atteindre les zones à haut risque en proie à l'insécurité et à y intervenir, l'imposition de couvre-feux compliquant la prestation de services. L'accès du personnel humanitaire a en outre été limité par les restrictions en matière de délivrance des visas et par la suspension des interventions des équipes étrangères.

Indépendance et neutralité

- L'étude révèle que dans certains pays, l'ingérence de l'État sous forme, entre autres, d'obstacles bureaucratiques et administratifs, a entamé la capacité à respecter les principes humanitaires. Cela a notamment été observé lorsque les gouvernements ont exigé que les projets individuels soient soumis à leur approbation, ou lorsqu'ils ont insisté pour être associés à la sélection des bénéficiaires et/ou au recrutement du personnel.

Contraction de l'espace humanitaire

- Fait inquiétant, l'étude fait état de remarques générales soulignant la contraction progressive, pendant la pandémie, de l'espace humanitaire (à savoir l'environnement opérationnel dans lequel les conditions sociales, politiques et sécuritaires garantissent d'un accès non entravé à la protection et à l'assistance sont réunies). L'étude ne s'est pas attachée à en découvrir les causes.

Recommandations relatives au critère 3 : De quelle manière les mécanismes de coordination ont-ils facilité ou entravé la riposte à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne le maintien des services de santé essentiels dans les contextes humanitaires ?

À l'attention des gouvernements :

- Utiliser les plans stratégiques de préparation et de riposte et l'approche reposant sur des piliers, qui ont prouvé leur efficacité, pour faire face à des pandémies similaires ou à d'autres crises sanitaires à l'avenir. Il faut cependant veiller à leur intégration afin qu'ils soient bien compris par les acteurs *en amont des crises*, et mobiliser des ressources dédiées pour éviter la réaffectation des ressources destinées à la fourniture des services de santé essentiels.
- Faire en sorte que ces plans prévoient des mesures visant spécifiquement à garantir un accès équitable aux populations concernées qui vivent dans des zones difficiles d'accès ou dont le statut est différent des communautés d'« accueil », comme les personnes déplacées et/ou réfugiées. À cette fin, il faut cerner les obstacles auxquels elles peuvent se heurter et, si nécessaire, définir une intervention sur mesure permettant de les atteindre. Ces activités doivent, par conséquent, être planifiées et chiffrées dès le début.
- S'assurer que des ressources sont disponibles pour le déploiement rapide des capacités de coordination aux niveaux national et infranational. Veiller à ce que les systèmes gouvernementaux existants en matière de riposte aux épidémies et de vaccination de routine soient utilisés pour faire face à de futures pandémies.
- Tirer parti des plateformes de coordination de l'action humanitaire et des groupes sectoriels pour la santé afin de mobiliser les partenaires et d'atteindre les populations touchées par une crise.
- Investir dans la compréhension des chaînes d'approvisionnement et dans le contrôle de la qualité des produits en temps utile, et les intégrer dans les formalités douanières.
- Ne pas sous-estimer les phénomènes de résistance au sein des communautés et assurer la diffusion rapide de l'information afin d'éviter toute désinformation, fausse rumeur et/ou idée erronée. Pour cela, il faut investir dans les activités de mobilisation communautaire et les activités multimodales de lutte contre la désinformation et de sensibilisation.

À l'attention du Groupe sectoriel mondial pour la santé :

- Définir clairement les exigences en matière de riposte dans les plans stratégiques humanitaires pour faire face à de futures pandémies. En 2020, des plans tels que le Plan de réponse humanitaire global, les plans de lutte contre la COVID-19 et les plans de riposte humanitaire articulaient clairement les besoins et les exigences de la riposte à la pandémie et ont permis de mobiliser des ressources. Il semblerait que cela n'ait pas aussi bien fonctionné en 2021.

À l'intention de l'OMS et du groupe sectoriel national pour la santé :

- Créer des groupes de travail sur la logistique de la santé dès le début des crises sanitaires afin de faciliter l'achat et/ou l'importation des fournitures essentielles à la riposte et leur distribution au niveau infranational. S'il revient à l'OMS et/ou à l'UNICEF d'importer du matériel destiné aux ministères de la santé, etc., les partenaires jouent également ce rôle et ont besoin d'aide.
- Porter une attention constante à la fourniture des services essentiels en s'appuyant sur un plaidoyer continu. Définir les grandes priorités de la coordination et veiller à la mobilisation des ressources (fonds, personnel et/ou matériel) nécessaires.
- Cibler en priorité non seulement les communautés, mais également le personnel de santé dans le cadre des activités de sensibilisation et de formation menées pour faire face à de futures pandémies, en reconnaissance de leur engagement en première ligne de la riposte.
- Assurer de manière continue et prioritaire des activités de plaidoyer et de négociation humanitaire concernant l'accès aux populations touchées par une crise, et éviter de ne les considérer comme essentielles que lorsque des crises surviennent. Cela est particulièrement important pour permettre au personnel de santé de fournir des services essentiels en toutes circonstances.

List of Annexes

Annexe 1. Étude de la coordination du Groupe sectoriel mondial pour la santé sur la COVID-19 - cadre analytique

Annexe 2. Rapport sur le recensement en ligne des structures de coordination

Annexe 3. Termes de référence des études de cas de pays

Annexe 4. Liste des informateurs clés

Annexe 5. Liste des documents examinés

Annexe 6. Base de données

Annexes 7–9. Matrices d'analyse des données par critère.

References

- 1 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>, page consultée le 1er février 2023.
- 2 COVID-19 Global Humanitarian Response Plan. Genève, Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.humanitarianresponse.info/en/programme-cycle/space/document/covid-19-global-humanitarian-response-plan>, page consultée le 1er février 2023.
- 3 COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.02>, page consultée le 1er février 2023.
- 4 COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan. Genève, Organisation mondiale de la Santé 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-SPP-2022.1>, page consultée le 1er février 2023.
- 5 En comparaison avec la coordination gouvernementale, les sept thèmes suivants ont été examinés : rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination de l'action humanitaire, exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte, type et niveau de collaboration des partenaires, capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé, interface entre le groupe sectoriel pour la santé et les autres structures humanitaires, interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l'appui à la gestion des incidents/l'équipe d'appui à la gestion des incidents de l'OMS, et financement de la riposte humanitaire dans le domaine de la santé (hors COVID-19). Il a été demandé aux participants d'indiquer quand les changements se sont produits, quelle a été leur ampleur, s'ils ont été appropriés et utiles, et s'ils ont été introduits au niveau infranational.
- 6 WHO COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP) 2020, 24 février 2020.
- 7 Global Humanitarian Response Plan 2020, 25 mars 2020.
- 8 WHO COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP) 2021, 24 février 2021.
- 9 Voir Global Health Cluster COVID-19 Task Team ToR.
- 10 OMS, Emergency Response Framework (ERF) 2nd edition, juin 2017.
- 11 OMS, Handbook for developing a public health emergency operations centre, août 2018.
- 12 CPI, Protocol for the Control of Infection Disease Events. Humanitarian System-Wide Scale up and Activation, avril 2019.
- 13 CPI, System-Wide Scale UP Protocols, Adapted to Respond to the COVID-19 Pandemic, avril 2020.
- 14 Il convient de noter que la première version a été publiée en février 2020. Les orientations mises à jour diffusées en mai 2020 incorporaient le maintien des services de santé essentiels en tant qu'élément crucial de la riposte à la COVID-19, une optique suivie dans le cadre de la présente étude.
- 15 Un cadre analytique complet est présenté à l'annexe 1.
- 16 Voir annexe 2. Rapport sur le recensement en ligne des structures de coordination
- 17 L'annexe 3 présente en détail les termes de référence des études de cas de pays.
- 18 La liste complète des entretiens avec les informateurs clés est disponible à l'annexe 4.
- 19 Voir annexe 6.
- 20 Voir annexes 7 à 9 : matrices d'analyse des données par indicateur.
- 21 Un pays n'a pas fourni de données sur le groupe sectoriel au niveau national, car cette structure n'existait qu'au niveau infranational.
- 22 <https://healthcluster.who.int/publications/m/item/health-cluster-dashboard-q1-march-2023>
- 23 Il convient de noter que le Groupe sectoriel mondial pour la santé appuie le Mécanisme de coordination régionale pour l'Asie et le Pacifique, qui couvre 21 îles et régions. Au Liban, à défaut de groupe sectoriel pour la santé, un organe de coordination du secteur de la santé est en place.
- 24 En comparaison avec la coordination gouvernementale, les sept thèmes suivants ont été examinés : rôles et responsabilités du personnel chargé de la coordination de l'action humanitaire, exigences en matière de gestion de l'information en appui à la riposte, type et niveau de participation des partenaires, capacité à assurer la coordination du groupe sectoriel pour la santé, interface entre le groupe sectoriel pour la santé et les autres structures humanitaires, interface entre le groupe sectoriel pour la santé et l'appui à la gestion des incidents/l'équipe d'appui à la gestion des incidents de l'OMS, et financement de la riposte humanitaire dans le domaine de la santé (hors COVID-19). Il a été demandé aux participants d'indiquer quand les changements se sont produits, quelle a été leur ampleur, s'ils étaient appropriés et utiles, et s'ils ont été introduits au niveau infranational.
- 25 Méthode des 5Ws = Who, What, When, Where and Whom (Qui ? Quoi ? Quand ? Où ? À qui ?)

