



©WHO / Guerchom Ndebo

Évaluation formative du Cluster Santé

Résumé exécutif



Organisation
mondiale de la Santé



HEALTH
CLUSTER

© Organisation mondiale de la Santé 2025. Tous droits réservés.

Le contenu du présent document n'est pas définitif et le texte peut faire l'objet de révisions rédactionnelles avant sa publication. Toutefois, le contenu de ce projet ne subira pas de modifications substantielles. Le document ne peut être examiné, résumé, cité, reproduit, transmis, distribué, traduit ou adapté, en tout ou en partie, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé.

WHO/DGO/EVL/2025.108

Description de la photo de couverture : Vue générale du camp de déplacés internes (IDP) de Bushagara, au nord de Goma, en République démocratique du Congo, août 2024.

Crédit : OMS / Guerchom Ndebo

Table des matières

Résumé exécutif	1
Références	10

Résumé exécutif

Objet de l'évaluation et vue d'ensemble

L'Organisation mondiale de la Santé a été désignée par le Comité permanent interorganisations (CPI) comme organisme chef de file du Cluster Santé (GHC) lorsque le principe de la responsabilité sectorielle a été établi en 2005. En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé, dans sa résolution 65/20 (1), a affirmé la nécessité d'investir pour renforcer l'action et le rôle de l'OMS en tant qu'organisme chef de file face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires et de santé publique. Ce mandat a été réaffirmé en 2015 dans le cadre de la réforme de l'action de l'OMS lors des flambées et des situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires, puis dans la résolution 68/27 de l'Assemblée mondiale de la Santé (2).

Le GHC a pour principale fonction de renforcer la coordination des interventions du secteur de la santé dans les situations de crise humanitaire. La vision qu'il porte est de sauver des vies et de promouvoir la dignité des personnes dans les situations d'urgence humanitaire et de santé publique, et sa mission est d'œuvrer à une préparation et à une action collectives face aux urgences humanitaires et de santé publique afin d'améliorer les résultats sanitaires pour les populations touchées. En tant qu'organisme chef de file désigné par le CPI, l'OMS occupe un siège permanent et assure la coprésidence du Groupe consultatif stratégique du GHC et fournit un soutien administratif par l'intermédiaire de l'Unité Cluster Santé (GHCU) au sein du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (3). Les obligations redditionnelles de l'OMS concernant les activités du GHC sont définies dans le Cadre d'action

d'urgence de l'OMS, ainsi que dans le pilier « Protéger la santé » du programme général de travail de l'OMS.¹

L'OMS est responsable en dernier ressort devant le coordonnateur ou la coordinatrice des secours d'urgence de la bonne exécution de son mandat d'organisme chef de file du GHC (4). Les activités du GHC s'articulent autour de cinq priorités stratégiques et de 14 objectifs correspondants, axés sur le renforcement de la coordination, la collaboration interinstitutions, la gestion de l'information sanitaire, la qualité des actions menées par les groupes sectoriels pour la santé et la sensibilisation. Au niveau national, le GHC est chargé de remplir les six fonctions centrales (5) exigées par le CPI, plus une fonction supplémentaire : appui à la prestation de services ; appui à la prise de décisions ; planification et mise en œuvre des stratégies ; suivi et évaluation des performances ; renforcement des capacités nationales de préparation ; sensibilisation ; et responsabilisation à l'égard des populations touchées. La fonction centrale supplémentaire vise à soutenir et promouvoir la responsabilisation à l'égard des populations touchées, une question dont le CPI a fait une priorité, exigeant des groupes sectoriels et des autres acteurs qu'ils mettent en œuvre la politique du CPI en la matière (6).

En mars 2025, le GHC avait été activé dans 28 pays, avec notamment 2 mécanismes de coordination régionaux, 119 groupes sectoriels pour la santé infranationaux et la participation de 2072 partenaires. Le financement demandé pour la mise en œuvre des projets par les partenaires du GHC s'élève à 3 155 709 000 dollars des États-Unis (USD), dont 236 585 000 USD obtenus à ce jour, pour une population de 79 898 343 personnes, ce qui représente 48 % des personnes qui en ont besoin.

¹ OMS, Mandat d'évaluation, 2024.

Finalité, objectifs et public cible de l'évaluation

L'évaluation a une double finalité : rendre compte des résultats et tirer des enseignements. Bien qu'il s'agisse d'une évaluation formative, destinée à formuler des recommandations prospectives pour améliorer la coordination humanitaire de l'OMS et éclairer la prochaine stratégie du GHC (2026-2030), la composante sommative mesure les progrès accomplis au regard des priorités stratégiques du GHC, des fonctions centrales des groupes sectoriels dans les pays et des responsabilités relevant du rôle d'organisme chef de file (7). Les principaux objectifs de cet exercice étaient d'évaluer de manière systématique et objective la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la cohérence (développement des liens et coordination) du GHC. L'évaluation a porté sur l'ensemble des activités menées entre septembre 2014 et mai 2025, et plus particulièrement au cours des six dernières années (2019- mai 2025), aux niveaux mondial, régional et national.

Les principales parties prenantes étaient des responsables de l'OMS (par exemple, Directeur exécutif ou Directrice exécutive pour les situations d'urgence, équipes des groupes sectoriels pour la santé), les autorités sanitaires nationales et les partenaires du GHC (8). Les parties prenantes secondaires comprenaient des donateurs internationaux, d'autres groupes de responsabilité sectorielle, des départements de l'OMS, des partenaires des groupes sectoriels pour la santé dans les pays (ONG locales, secteur privé, universités) et des institutions spécialisées.

Méthodologie d'évaluation

À la demande du Groupe consultatif stratégique du GHC,² l'OMS a commandé une évaluation externe indépendante des activités du GHC. Cette évaluation reposait sur un modèle non expérimental associé à des approches à la fois théoriques et pratiques. Elle faisait appel à des méthodes mixtes pour collecter des données quantitatives et qualitatives, ce qui a permis une triangulation solide des résultats. Une théorie du changement a été reconstituée afin de tester les hypothèses et les voies menant aux résultats escomptés. Les données ont été collectées par les moyens suivants : examen de 179 documents clés, analyse des données secondaires tirées du tableau de bord des services d'information sur la santé publique du GHC, du suivi des performances en matière de coordination des groupes sectoriels³ et du tableau de bord des groupes sectoriels pour la santé (9). Les données ont également été collectées dans le cadre de 106 entretiens avec des informateurs clés⁴ et de 19 groupes de discussion, pour un total de 263 participants. Les entretiens avec les informateurs clés ont été menés auprès d'un groupe diversifié de parties prenantes, tant internes (10) qu'externes (11) à l'OMS, couvrant les niveaux mondial, régional et national. Au niveau national, les entretiens et les discussions de groupe ont eu lieu à distance pour trois pays (Myanmar, Soudan et Yémen) et en personne pour les trois autres pays cibles (Colombie, République démocratique du Congo et Tchad). Les informateurs clés et les participants aux groupes de discussion appartenaient à 13 catégories distinctes, les plus nombreuses étant les partenaires nationaux et locaux (35 %) et les membres des groupes sectoriels pour la santé (28 %).

² Le Groupe consultatif stratégique est le principal organe chargé de guider la stratégie et les axes politiques du GHC. Ses membres décident des priorités du GHC et contribuent activement à définir ses orientations. Pour ce faire, ils et elles s'appuient sur leur expérience dans le domaine de la riposte aux urgences sanitaires.

³ Le suivi des performances en matière de coordination des groupes sectoriels est une autoévaluation exigée par le CPI qui porte sur les performances des groupes sectoriels au regard de leurs six fonctions centrales, ainsi qu'en matière de responsabilité à l'égard des populations touchées. Il s'agit d'un processus dirigé par les pays, avec l'appui des Groupes sectoriels mondiaux et du Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires.

⁴ 37 femmes, 41 hommes, 26 sans précision.

En outre, une enquête en ligne a été menée auprès de 984 personnes aux niveaux mondial, régional et national, avec un taux global de réponse de 32 %. Plus de la moitié (64 %) des personnes ayant répondu à l'enquête étaient des hommes et 35 % étaient des femmes. Les catégories comptant le plus grand nombre de répondants à l'enquête en ligne étaient les organisations non gouvernementales internationales (31 %) et nationales (26 %).

L'évaluation se fonde sur quatre critères (pertinence, efficacité, efficience, cohérence/coordination et développement des liens) et un critère ALNAP supplémentaire utilisé dans les contextes humanitaires. Elle porte sur cinq grandes questions d'évaluation, abordant des domaines thématiques spécifiques liés aux priorités stratégiques du GHC, aux fonctions centrales des groupes sectoriels pour la santé et aux responsabilités relevant du rôle d'organisme chef de file, tels que décrits dans la théorie du changement, qui encadrent l'analyse.

Principales constatations et conclusions

Les principales constatations (indiquées en caractères gras) et les conclusions qui en découlent sont présentées ci-dessous.

Pertinence

Le GHC est jugé pertinent dans la mesure où il a renforcé les systèmes de coordination et de gestion sanitaire répondant aux besoins des populations les plus vulnérables lors de crises humanitaires et d'épidémies majeures dans les pays qui avaient besoin d'aide, et a poursuivi son action même lorsque la situation sur le terrain a changé. Le GHC a réalisé des progrès inégaux dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les populations particulièrement vulnérables, notamment en renforçant l'AAP. La désagrégation des données est

la norme, liée à la centralité de la protection, mais les progrès vers l'intégration des questions d'équité dans les activités du cluster santé sont moins évidents et dépendent du contexte. Le GHC et les groupes sectoriels pour la santé nationaux jouent un rôle essentiel pour garantir la hiérarchisation appropriée des interventions sanitaires et des populations cibles. Ce processus s'est appuyé sur des évaluations rigoureuses des besoins, lesquelles dépendaient de la disponibilité et de l'utilisation des données et de la participation active de tous les partenaires clés. L'alignement des interventions sur les réalités locales et la mise à jour des plans sur la base d'informations recueillies en temps réel revêtent une importance capitale; le GHC joue un rôle essentiel à cet égard et doit continuer de le faire. La mobilisation et l'appropriation par les communautés sont essentielles pour garantir la participation des populations touchées à la prise de décisions et pour veiller à ce que les interventions soient adaptées à leurs besoins sanitaires à long terme. S'agissant de la responsabilisation à l'égard des populations touchées, l'élaboration de lignes directrices du GHC et la mise en place de formations représentent un premier pas, mais une meilleure compréhension du principe de responsabilité à l'égard des populations touchées et de sa mise en œuvre par les partenaires des groupes sectoriels pour la santé nationale reste essentielle.

Efficience

Malgré un financement insuffisant, le GHC a fait preuve d'efficience, produisant des résultats de manière économique et en temps utile, tant au niveau mondial que national. Il a fait un usage extrêmement judicieux de ses ressources financières et humaines très limitées⁵ (par rapport aux besoins), même parfois dans des situations d'urgence pour lesquelles le Cluster Santé n'a pas été activé.⁶ De par son leadership mondial, le GHC a pu combler certaines lacunes et veiller à ce que les groupes sectoriels pour la santé disposent de personnel essentiel et d'autres formes de soutien grâce à sa capacité de mobilisation de renforts et à son réseau de partenaires (notamment les partenaires de réserve).

⁵ 4,16 millions de dollars des États-Unis (USD) pour 2024-2025 et, en avril 2025, 6 agents de base relevant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et 4 postes occupés par des personnes extérieures à l'OMS, des consultants ou des représentants des partenaires de réserve.

⁶ Par exemple, Liban, Malawi.

Bien que le GHC ait fait du mieux possible compte tenu du faible niveau de ressources, la crise de financement actuelle pose des défis nouveaux et sans précédent. La situation incertaine, avec la probabilité de nouvelles coupes budgétaires, oblige le GHC à établir des priorités, à s'adapter à la réforme humanitaire (« humanitarian reset ») et à se concentrer sur ses fonctions centrales/essentiels, en mettant l'accent sur celles qui lui permettront de rester en place pour fournir un niveau minimum de soutien aux niveaux mondial et national, tout en explorant les liens avec les régions.

Cohérence

Dans l'ensemble, le GHC assure une cohérence satisfaisante et une bonne coordination avec les autres interventions, tant au niveau mondial que dans les pays. Bien qu'il ait renforcé et diversifié ses partenariats et sa collaboration avec les principaux acteurs humanitaires, il gagnerait à être mieux intégré au sein de l'OMS et il conviendrait que son rôle d'organisme chef de file ne soit pas relégué au second plan par rapport aux autres priorités de l'OMS.

Cela pourrait contribuer à alléger la charge pesant sur le GHC et les groupes sectoriels pour la santé, en particulier dans le contexte financier actuel. Au niveau mondial, les différents rôles de l'OMS, tels que ses fonctions normatives, opérationnelles et de coordination, sont clairement délimités. Cependant, ce degré de clarté ne se retrouve souvent pas au niveau national, où les rôles et les responsabilités ont tendance à être moins bien définis. Il en résulte des lignes de communication et de soutien ad hoc qui diffèrent de celles initialement établies pour les groupes sectoriels pour la santé, ce qui oblige l'équipe du Siège du GHC à consacrer des efforts supplémentaires au soutien des groupes sectoriels nationaux. Cela a également conduit à un cloisonnement des opérations et à un manque de collaboration avec les autres unités de l'OMS chargées des situations d'urgence.

Le rôle des bureaux régionaux de l'OMS dans le système des groupes sectoriels reste limité, en grande partie parce que l'approche reposant sur le principe de responsabilité sectorielle a été initialement conçue sans composante régionale officielle. Néanmoins, les bureaux régionaux fournissent un soutien à des degrés divers et collaborent avec les bureaux de pays, apportant ainsi une capacité supplémentaire précieuse bien qu'ils n'aient pas de rôle clairement défini.

Coordination

Le Cluster Santé s'est associé à d'autres groupes sectoriels pour promouvoir la collaboration intersectorielle et multisectorielle, notamment par l'élaboration de cadres et de projets communs. Dans certains contextes nationaux, cela a permis de mener des interventions plus intégrées et plus efficaces.

Néanmoins, la collaboration entre groupes sectoriels reste faible dans certains pays, et la planification intergroupes ne se traduit pas nécessairement par une coopération significative lors des opérations. Des efforts ont été déployés pour assurer la cohérence entre les différents mécanismes de coordination — tels que le GHC, les équipes médicales d'urgence, le GOARN et d'autres réseaux de santé en cas d'urgence — et d'autres mesures sont actuellement prises pour favoriser un meilleur alignement dans le cadre de l'initiative du Corps mondial pour l'action sanitaire d'urgence (GHEC). Bien qu'il soit trop tôt pour en évaluer pleinement l'impact, le GHEC peut contribuer à améliorer la cohérence entre les plateformes de coordination aux niveaux mondial, régional et national.

Développement des liens

Le GHC n'a pas réalisé de progrès significatifs en matière de renforcement des liens dans le cadre des plans de transition, ni en termes de renforcement des capacités de coordination des autorités nationales dans les situations de crise aiguë ou prolongée, malgré l'organisation de plusieurs ateliers sur la coordination des groupes sectoriels, auxquels ont participé les ministères de la santé.⁷ De même, rien n'indique que les groupes sectoriels pour la santé soient réellement parvenus à consolider les liens entre la programmation des interventions humanitaires et le renforcement des systèmes de santé.

Les autorités locales et les partenaires nationaux sont intégrés à des degrés divers (mais encore limités) dans les fonctions de leadership, et les processus décisionnels se sont améliorés. Des ONG internationales sont souvent incluses en tant qu'entités co-coordinatrices. Ces lacunes aux niveaux national et local limitent les possibilités de renforcement des capacités de coordination et de préparation à des transitions durables. Bien que le GHC et les groupes sectoriels pour la santé ne soient pas les seuls responsables, compte tenu de la fiabilité et des capacités variables des autorités locales dans les situations d'urgence complexes, ce manque d'engagement signifie que les acquis des interventions d'urgence ne sont pas intégrés dans les systèmes de gouvernance sanitaire à long terme. Cela risque de faire perdurer la charge qui pèse à la fois sur le GHC et sur l'OMS en tant qu'organisme chef de file et d'accroître la dépendance à l'égard des groupes sectoriels pour la santé. Le GHC a tenté d'inclure cette question dans ses travaux, mais cette initiative n'a pas suffi à donner lieu à une action ou à une collaboration forte dans les domaines de l'aide humanitaire et du développement.

Les efforts déployés par le GHC pour encourager les mesures de préparation et l'établissement de plans d'urgence portent leurs fruits, bien que les progrès soient lents et ne fassent l'objet d'un suivi à l'échelle mondiale que depuis peu. Les groupes sectoriels nationaux mettent en place des activités de préparation, mais l'exhaustivité et l'intégration de ces plans varient considérablement d'un pays à l'autre. Cela souligne la nécessité d'une meilleure standardisation afin de garantir une qualité constante.

Efficacité

L'efficacité du GHC est jugée mitigée. À l'échelle mondiale, le GHC a réussi à atteindre ses objectifs stratégiques et à remplir ses fonctions centrales à des degrés divers (renforcement des systèmes de gestion et de coordination des actions humanitaires liées à la santé, collaboration diversifiée avec les organismes humanitaires, renforcement des capacités techniques et opérationnelles des partenaires sanitaires nationaux et locaux). Cela a probablement conduit à une amélioration des interventions et des résultats sanitaires pour les populations touchées par des urgences humanitaires et de santé publique, permettant notamment d'éviter des niveaux élevés de morbidité et de mortalité. Cependant, il est difficile de déterminer dans quelle mesure cette évolution concerne l'ensemble des groupes sectoriels pour la santé, faute de données de référence et de systèmes de suivi et d'évaluation permettant de mesurer les performances à des niveaux supérieurs (résultats).

La fonction de sensibilisation du GHC au niveau mondial est un aspect à améliorer. Bien que l'équipe du GHC ait mené un travail efficace de sensibilisation fondé sur des données probantes en faveur de la santé au sein du système des groupes sectoriels,

⁷ Depuis août 2024, des ateliers sur la coordination des groupes sectoriels ont été organisés au Burkina Faso, dans le nord-est du Nigéria, en République centrafricaine, au Tchad et en Ukraine, avec la participation des ministères de la santé (équipe du Siège du GHC, communication personnelle)

et plus largement dans le cadre de la COVID-19, elle pourrait faire davantage pour mettre en lumière les problèmes existants et, ce faisant, mobiliser des ressources auprès des donateurs. Parmi les améliorations possibles, il serait utile que le GHC définisse plus clairement son rôle en matière de sensibilisation à l'échelle mondiale, élabore des stratégies spécifiques pour susciter l'engagement des donateurs, s'attaque aux problèmes posés par le manque de ressources et de capacités et tire parti des exemples de réussite et des données existantes pour renforcer son influence.

Le suivi et la communication des résultats obtenus au niveau national par les groupes sectoriels permettent au GHC de suivre les réalisations collectives des groupes sectoriels pour la santé des pays, mais l'absence de suivi et d'évaluation au niveau mondial est un point à améliorer et empêche le GHC de rendre compte des progrès accomplis au regard de ses objectifs, d'identifier et de corriger les lacunes et de mettre en avant ses performances.

Principales recommandations

Les recommandations présentées ci-dessous ont une portée générale ; les recommandations spécifiques figurent dans le corps du rapport.

Recommandations au niveau stratégique

1. Afin de continuer à remplir sa mission et d'optimiser la coordination axée sur les opérations dans un modèle de coordination simplifié lorsque le Cluster Santé est activé, le GHC doit mettre l'accent sur des priorités stratégiques spécifiques, notamment : mise en place des capacités requises pour remplir les fonctions de coordination au niveau national dans les pays prioritaires conformément à la réforme humanitaire, obtention d'une couverture de qualité et hiérarchisation des actions des groupes sectoriels pour la santé, diversification du financement provenant des donateurs et élaboration d'un cadre de suivi et d'évaluation.

1.1 Coordination : mise en place des capacités requises pour remplir les fonctions de coordination au niveau national dans les pays prioritaires conformément à la réforme humanitaire (priorité stratégique 1.3)

- Conserver un modèle simplifié et ciblé pour la mobilisation de renforts, en se concentrant sur les pays prioritaires et en fournissant des coordonnateurs ou coordonnatrices de groupes sectoriels et des moyens de gestion de l'information.

1.2 Couverture de qualité et hiérarchisation des actions des groupes sectoriels pour la santé (priorités stratégiques 4.1 et 4.2) : identifier, élaborer, intégrer et contextualiser les orientations.

- Renforcer la capacité des partenaires à produire les résultats attendus, en tenant compte des capacités disponibles au niveau mondial et national, ainsi que de l'évolution de la dynamique au niveau national après la réforme humanitaire, selon le contexte.

1.3 Gestion de l'information (priorités stratégiques 3.1 et 3.2) : garantir l'accès des partenaires à des informations standardisées, de qualité et actualisées en matière de santé publique et d'aide humanitaire, et veiller à ce que ces informations soient utilisées pour la prise de décisions opérationnelles (voir la recommandation opérationnelle 1.2 ci-dessous).

1.4 Coordination multisectorielle (priorité stratégique 2) : conformément à la réforme humanitaire prévue, il convient que le GHC, au niveau mondial et national, adopte de nouveaux modèles de collaboration intersectorielle et de collaboration entre groupes sectoriels.

- Au niveau infranational, concevoir un modèle qui favorise et facilite la participation des partenaires à la coordination locale.

- Au niveau national, établir et maintenir des liens avec les partenaires sanitaires intervenant dans le cadre d'une coordination locale, de sorte que l'OMS et les partenaires de santé plaident ensemble en faveur de la santé dans le cadre d'interventions coordonnées.

1.5 Liens entre l'action humanitaire et le renforcement des systèmes de santé, y compris pour favoriser la prise en main et la conduite par les pays des activités de coordination du secteur de la santé (priorité stratégique 1.2) (voir la recommandation opérationnelle 1.3 ci-dessous).

1.6 Soutenir les actions menées au niveau local, la mobilisation communautaire et la responsabilisation (priorité stratégique 4.1) : à la lumière de la réforme humanitaire, revoir l'approche du GHC en matière de localisation, de responsabilisation à l'égard des populations touchées et de participation des communautés à la prise de décision et à la prestation de services. Ces efforts doivent s'appuyer sur une évaluation réaliste des capacités futures de l'OMS/du GHC, en termes de ressources financières et humaines, ainsi que des capacités locales après les coupes massives opérées dans le financement de l'action humanitaire mondiale. Intégrer les enseignements tirés de l'expérience d'autres groupes sectoriels et des organismes chefs de file correspondants.

2. Diversifier le financement provenant des donateurs (responsabilité 4 au titre du rôle d'organisme chef de file) : permettre au GHC de plaider directement auprès des donateurs pour l'obtention de ressources gérées de manière autonome, afin d'être mieux à même de fournir l'ensemble simplifié de services décrit dans les présentes recommandations. Cela nécessite une diversification de la base des donateurs et un certain degré

d'autonomie pour le GHC. Dans les efforts de plaidoyer déployés à cette fin, mettre l'accent sur les résultats positifs — ce qui fonctionne et ce qui est essentiel, efficace et efficient — afin de stimuler et de maintenir l'intérêt des donateurs.

3. Afin de mesurer les résultats de la stratégie et du plan d'action du GHC, élaborer un cadre de suivi et d'évaluation solide : il est essentiel que le GHC puisse suivre et mesurer les progrès réalisés. Cela nécessite un cadre de performance assorti d'indicateurs clés de performance clairement définis aux niveaux mondial et national, conformément aux présentes recommandations. Intégrer les enseignements tirés de l'expérience d'autres organismes chefs de file de groupes sectoriels.

Recommandations au niveau opérationnel

1. Se concentrer sur les fonctions centrales des groupes sectoriels qui sont essentielles/concluantes au niveau national, en fonction de la taille et du rôle du Cluster Santé après la réforme humanitaire, en maintenant un niveau minimum de capacités déployables, notamment en effectuant une évaluation réaliste des capacités actuelles du Cluster Santé et des partenaires de réserve.

1.1 Fournir une plateforme de collaboration. Cette dernière aurait une fonction d'appui au système dirigé par le CPI et les coordonnateurs et coordonnatrices de l'action humanitaire au niveau des pays. Cela s'inscrirait dans le cadre plus large d'une architecture favorisant la prise de décisions réactives, la déconfliction opérationnelle et la correction des lacunes, y compris le recours à des plateformes communes de gestion de l'information (voir ci-dessous).

1.2 Fournir une plateforme et les outils nécessaires à l'échange d'informations techniques (priorité stratégique 3, fonctions centrales 2 et 3). Cela comprend une interface indispensable entre les autorités sanitaires locales, l'OMS et les partenaires, permettant la diffusion des orientations et des normes essentielles.

- Concevoir/adapter la fonction de coordination entre les responsables de la gestion de l'information des groupes sectoriels. Dans toute plateforme d'information commune destinée à appuyer un modèle de coordination des groupes sectoriels conformément à la réforme humanitaire, veiller à ce que le personnel des groupes sectoriels nationaux pour la santé puisse collaborer avec les partenaires afin de produire et de fournir des informations de qualité requise. Cela implique notamment la participation à des mécanismes d'évaluation des besoins pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes.
- L'OMS et le GHC doivent accorder une attention soutenue à la collecte, à l'analyse et à la communication des données pour guider la définition des priorités et la planification des interventions, ainsi qu'à la mise à jour des principaux ensembles de données de santé publique dans le cadre des services d'information sur la santé publique (PHIS).
- Compte tenu de la nécessité évoquée ci-dessus de se concentrer sur les normes

minimales, réviser la boîte à outils des services PHIS et privilégier les outils essentiels qui ont fait la preuve de leur valeur ajoutée (fonction centrale 2). Se concentrer sur la version simplifiée des analyses de la situation de santé publique, réduisant ainsi le recours à des outils nécessitant davantage de ressources.

- Conserver une capacité minimale essentielle au niveau mondial et, dans ces limites, privilégier une gestion de l'information reposant sur une version simplifiée de la boîte à outils PHIS (voir la recommandation opérationnelle ci-dessous).
- Compte tenu de l'importance qui sera accordée à la mise en commun des capacités de gestion de l'information dans le cadre de la réforme humanitaire, l'OMS doit veiller à ce que ces mêmes normes minimales relatives aux informations techniques sur la santé soient disponibles dans les contextes avec et sans groupes sectoriels. Cela exigera une large consultation de tous les acteurs concernés par la gestion de l'information au sein de l'OMS.

1.3 Souligner le caractère temporaire des groupes sectoriels et veiller à une transition aussi rapide et éthique que possible vers une prise en main par les entités nationales et locales.

Recommandations au niveau organisationnel

1. Renforcer le modèle d'intervention. Dans le cadre des interventions menées en réponse aux crises humanitaires et aux urgences sanitaires, veiller à ce que l'OMS mette l'accent sur le lien entre les efforts de riposte/préparation aux situations d'urgence et les activités de renforcement des systèmes de santé.
2. Se concentrer sur les éléments clés de la prestation de services, notamment les équipements, les fournitures et la possibilité d'adopter une approche commune en matière de logistique.

Références

1. Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, 26 mai 2012, point 13.15 de l'ordre du jour : Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires, 2012 ([WHA65.20](#)).
2. Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, point 16.1 de l'ordre du jour provisoire, 15 mai 2015 : Ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence : rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé ([WHA68/27](#)).
3. Mandat provisoire du Cluster Santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2015 [non publié].
4. The emergency relief coordinator [website]. Inter-Agency Standing Committee; n.d. ([The Emergency Relief Coordinator | IASC](#)).
5. Coordination du Cluster Santé : Orientations pour les chefs de bureaux de l'OMS dans les pays concernant leur rôle de chef de file du Cluster Santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2023 (<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/03da61d8-1d8e-4b1e-aa43-a8015d75f872/content>).
6. Task force on accountability to affected people [website]. Inter-Agency Standing Committee; 2023 ([IASC Task Force 2 on Accountability to Affected People | IASC](#)).
7. IASC reference module for cluster coordination at country level, revised July 2015. Inter-Agency Standing Committee; 2015 ([IASC Reference Module for Cluster Coordination at Country Level, revised July 2015 | IASC](#)).
8. Global Health Cluster partners [website]. World Health Organization; 2023 ([Global Health Cluster Partners](#)).
9. Health Cluster dashboard: Q1 March 2025 [website]. World Health Organization; 2025 ([Health Cluster Dashboard -Q1 March 2025](#)).
10. Metcalfe-Hough V, Fenton W, Manji F. The Grand Bargain in 2022: an independent review. London: ODI Global; 2023 ([The Grand Bargain in 2022: an independent review | ODI: Think change](#)).
11. Independent evaluation of WHO's whole of Syria response (2021): report. Geneva: World Health Organization; 2025 ([Independent Evaluation of WHO's Whole of Syria Response \(2021\): Report](#)).

Toute demande d'information au sujet de la présente
évaluation doit être adressée à :
Bureau de l'évaluation, Organisation mondiale de la Santé
Courriel : evaluation@who.int
Site Web : [Évaluation \(who.int\)](http://evaluation.who.int)