

# La collaboration dans le domaine sanitaire aux niveaux national et International: l'exemple du Maroc

Taoufik Zeribi<sup>1</sup>

## Présentation de l'UNDAF

Le Rapport du Secrétaire Général des Nations Unies du 16 juillet 1997, portant sur les réformes à introduire au sein de l'ONU a recommandé l'élaboration d'un document intitulé Cadre de Référence de l'Assistance des Nations Unies au Développement à l'échelle du pays ou UNDAF (United Nations Development Assistance Framework).

Le document UNDAF vise à couvrir les domaines de responsabilité des fonds et

programmes de l'ONU dans le pays. Il doit identifier les objectifs communs et refléter les priorités nationales, y compris à caractère sectoriel. L'UNDAF doit aussi présenter un résumé du mécanisme d'élaboration, des principales conclusions du bilan commun du pays (Common Country Assessment) et des enseignements stratégiques qui ont en été tirés, une description du cadre proposé, précisant sa durée, ses objectifs, ses orientations stratégiques et un plan cadre des ressources.

### English summary

#### National and international collaboration for health: an example from Morocco

In 1997 the UN Secretary-General recommended the preparation of a document entitled the United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) at country level to harmonize the work of UN agencies, reflecting national priorities. Morocco was chosen to host a pilot project, and WHO was identified as the focal point of the theme group for health. Review of the former system of UN cooperation revealed these constraints: centralization, verticalization, lack of autonomy and decision-making, lack of quality, budget shortage, lack of political will with respect to health, weak participation of the private sector, few or no local associations, and human resources problems. The "health" theme was divided into six areas—primary health care, hospital infrastructure, STD/HIV-AIDS, children's health, reproductive health and health education—and these subthemes were analysed. The group recommended the institution of an interagency framework to increase efficiency and decrease overlap; development of a coherent and apt public health policy; greater political and financial commitment by governments to health; greater involvement of professional and private associations; and increasing public and local collectives' participation in health issues. At the supranational level, the group called for the creation of a secretariat for cooperation within the UN system; targeting of regional associations; and greater involvement of international funds and other donors.

<sup>1</sup>Représentant de l'OMS, Maroc.

Après l'établissement de l'UNDAF et en coopération avec le Gouvernement, les stratégies de chaque Agence, Fonds et Programme s'en inspireront dans les domaines relevant expressément de leurs mandats, en s'appuyant sur les mécanismes que leurs organes directeurs respectifs ont établis. L'UNDAF tissera ainsi des liens plus cohérents et complémentaires entre les différents programmes du pays.

Dans une première phase pilote, le Maroc a été retenu, parmi onze pays au début de l'exercice (18 actuellement), pour la mise en oeuvre de cette nouvelle initiative. Dans ce cadre et après une série de réunions regroupant l'ensemble des Agences, Programmes et Fonds du Système des Nations Unies au Maroc, une matrice de travail a été élaborée. Elle comporte les thèmes suivants : La gouvernance, les droits, la lutte contre la pauvreté, la santé, la population, la sécurité alimentaire et développement intégré, l'environnement et gestion des ressources naturelles et l'éducation.

### Résumé du rapport du Groupe thématique sur la Santé

Bien que seuls les Fonds et Programmes des Nations Unies soient appelés à unir leurs efforts pour établir un UNDAF et que les Institutions spécialisées ont été seulement encouragées à s'associer à leurs efforts, l'OMS a tenu à jouer un rôle très actif dans ce processus. En effet, la santé a été retenue parmi les thèmes principaux de la matrice de l'UNDAF et la Représentation de l'OMS identifiée comme le point focal du groupe thématique sur la Santé.

Cernant la méthodologie de travail et la démarche retenues pour l'élaboration de l'UNDAF chaque groupe thématique avait à se pencher sur l'étude des quatre

axes suivants : Les leçons à tirer des cycles précédents de coopération, l'analyse des projets en cours en tenant compte de la Note de Stratégie Nationale et des résolutions des grandes Conférences et Sommets mondiaux, la stratégie commune d'action et la stratégie de mobilisation des ressources. De ce fait, le rapport de synthèse de chaque groupe devait s'articuler autour des axes précités. Ci-après, le résumé du groupe thématique sur la santé.

### Politique sanitaire

La politique sanitaire adoptée depuis quelques années au Maroc s'est inscrite dans le cadre de l'objectif « Santé pour tous » et s'est basée principalement sur les soins de santé de base. De même, la santé de la mère et de l'enfant a eu une place privilégiée dans la politique adoptée.

Le bilan de cette politique laisse apparaître une amélioration de l'état de santé des populations, comme en témoignent les quelques éléments d'appréciation des tendances figurant ci-dessous. Malgré l'accroissement démographique et des disparités dans la distribution des services de santé, et à l'exception de la couverture vaccinale, les améliorations enregistrées sont essentiellement le fait des zones urbaines. Au niveau du milieu rural, en effet, les indicateurs concernant la santé maternelle et infantile restent insatisfaisants et les taux d'utilisation des structures sanitaires publiques demeurent très bas.

- Dans le domaine de la vaccination, le taux de couverture des enfants de moins de 5 ans contre cinq maladies cibles est passé de 50% en 1987 à plus de 85% en 1995. Ceci a eu pour conséquence la réduction de l'incidence de ces maladies infectieuses, redoutables pour l'enfant, à l'exception de la tuberculose dont le

taux d'incidence reste élevé (30 000 nouveaux cas par an pour l'ensemble de la population).

- Il y a une diminution notable de la mortalité infantile et une amélioration significative de l'espérance de vie à la naissance.

La mortalité infantile connaît, en effet, une baisse régulière en milieu urbain, passant de 66 pour 1000 en 1982/85 à 41 pour 1000 en 1987/1995. Dans les zones rurales, elle est passée de 91 pour 1000 en 1982/85 à 69 pour 1000 en 1987/95.

Concernant l'espérance de vie à la naissance, elle est estimée en 1994 à 67,9 pour l'ensemble des milieux, avec 71,5 pour le milieu urbain.

- Une régression notoire des principales maladies transmissibles, à l'exception des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de la tuberculose dont l'incidence reste élevée.
- L'amorce d'une transition démographique et épidémiologique. La fécondité a baissé de manière substantielle depuis le début des années 80, notamment en milieu rural où elle s'est accélérée depuis les années 90. En effet, après avoir culminé à 2,8% entre 1960 et 1971, le rythme de croissance démographique, estimé pour l'heure actuelle à 1,6% par an, permet de dire que le Maroc a bien entamé la transition démographique.

Les améliorations enregistrées ont été obtenues grâce à une meilleure couverture et gestion de l'offre de soins à travers une meilleure accessibilité aux soins préventifs et curatifs, le renforcement quantitatif et qualitatif des ressources humaines et un système de santé de référence hiérarchisé.

Ces résultats ont été atteints également grâce à la contribution inestimable et à l'apport des Institutions, Fonds et Pro-

grammes des Nations Unies, chacun selon sa spécificité, aux différentes actions engagées dans le cadre de la politique adoptée. Il convient cependant de noter que cette contribution touche particulièrement les domaines des politiques et des stratégies et relativement peu les domaines budgétaires.

## Leçons de la coopération antérieure

L'analyse des commentaires et observations formulés par chacune des Organisations a permis de mettre en évidence que le cycle de coopération précédent a connu un certain nombre de contraintes. Ces dernières ont constitué parfois une entrave à la réalisation des objectifs escomptés à travers la coopération. Une synthèse des contraintes soulevées est présentée ci-après:

### *Centralisation*

La majorité des projets sont conçus au niveau central et il n'est pas tenu compte des spécificités régionales et périphériques tant dans la programmation que pour l'exécution.

### *Verticalisation*

La gestion des programmes continue à se faire de manière verticale à partir de la capitale, sans effort d'intégration ni de coordination transversale.

### *Manque d'autonomie de décision*

Le niveau périphérique se caractérise par un manque d'autonomie pour la prise de décision.

### *Négligence de la qualité*

Une négligence de la qualité tant des soins que relationnelle, particulièrement de com-

munication, est observée constamment entre prestataires et bénéficiaires.

#### *Réduction du budget d'Etat*

Il s'agit principalement d'une réduction proportionnelle de la part du budget de l'Etat consacrée aux soins de santé de base.

#### *Insuffisance des efforts de financement de la santé*

La participation des utilisateurs au financement de la santé et au recouvrement des coûts demeure très insuffisante à cause du manque de couverture médicale.

#### *Faible participation du secteur privé*

La participation du secteur privé se caractérise par une faiblesse de régulation ainsi que son intervention dans des conditions anarchiques.

#### *Insuffisance ou absence d'associations locales*

Au niveau décentralisé, le nombre d'associations pouvant appuyer les programmes, notamment en appui à la participation communautaire, reste limité. Ces associations sont même inexistantes dans certaines zones.

#### *Le poids des habitudes*

La contribution des Institutions, Fonds et Programmes est considérée comme source de financement extérieur, donc à forte composante « fournitures ». Ceci limite l'apport et le soutien des associations et même de quelques départements étatiques à certaines actions engagées dans le cadre de la coopération.

#### *Problèmes liés au personnel*

Malgré les efforts consentis par le Gouvernement en matière de recrutement du personnel professionnel nécessaire à la conduite des opérations, certains

problèmes ont été rencontrés quant à la stabilité du personnel recruté aux postes auxquels il était initialement affecté.

#### *Absence de normes de travail*

L'offre de soins n'a pas manqué de connaître une certaine détérioration en raison de l'absence de normes de travail et l'anachronisme d'une gestion dépassée concernant aussi bien les structures que les hommes; par voie de conséquence, ceci n'a pas permis de faire aboutir les efforts entrepris dans le cadre de plusieurs programmes.

## **Analyse des programmes/ projets en cours**

Pour remédier aux contraintes ayant caractérisé le cycle antérieur de coopération, des efforts ont été consentis dans la formulation des programmes ainsi que des méthodologies de travail. Ainsi, et de l'avis de tous, depuis le début du nouveau cycle de coopération, des progrès notoires ont pu être observés, notamment en ce qui concerne la décentralisation effective des interventions. De ce fait, le cadre d'exécution des programmes/projets en cours semble être propice à l'obtention des résultats escomptés et ce, tant du côté des institutions étatiques que des organisations.

Globalement, les programmes en cours d'exécution sont dirigés, dans une grande proportion, vers les zones rurales vulnérables. Les objectifs arrêtés par ces différents programmes visent principalement:

- la réduction des taux de mortalité infantile, néonatale et maternelle;
- la réduction de la morbidité liée aux maladies transmissibles, dont les MST et le SIDA, ainsi que la contribution à la prise en charge de certaines maladies;

- l'amélioration des compétences ainsi que la capacité du personnel en matière de gestion et de communication;
- l'éducation sanitaire des populations;
- l'amélioration des structures sanitaires ainsi que l'acquisition de certains équipements et produits.

### Sous-thème: Soins de santé de base

Trois organisations interviennent dans ce domaine: l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF.

Les objectifs visés sont les suivants:

- La promotion des soins de santé primaires intégrés dans le plan national de développement, avec le développement des hôpitaux périphériques et l'intégration des services de santé reproductive dans les soins de santé de base dans certaines zones rurales vulnérables.
- La réduction, au niveau de 60 communes relevant de sept provinces du Sud, des taux de mortalité infantile, néonatale et maternelle.
- La remise à niveau des plateaux techniques des centres de santé.
- La promotion des pratiques saines d'hygiène individuelle et collective.

Pour la réalisation de ces objectifs, on compte s'appuyer sur d'importants efforts de formation, de sensibilisation:

- d'approvisionnement des unités mobiles en médicaments essentiels,
- d'appui logistique aux hôpitaux de district

Des efforts de décentralisation des opérations sont également prévus.

Sur le plan financier, le total des contributions des organisations précitées s'élève à:

- 1997:	USD 957 000
- 1998 1999:	USD 2 865 000

- 2000-2001: USD 2 402 000

Dans l'ensemble, les efforts prévus reflètent une complémentarité entre les différentes organisations pour la réalisation des objectifs tracés et qui concordent parfaitement avec les priorités nationales dans le domaine. Ces priorités consistent principalement en l'amélioration de la couverture sanitaire, la réduction des taux de mortalité infantile et maternelle ainsi que la maîtrise de la morbidité.

### Sous-thème: Infrastructure hospitalière

L'OMS, le PNUD et le FNUAP interviennent dans ce domaine. Les actions engagées visent:

- le renforcement des services des urgences et secours ainsi que l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux;
- le renforcement des capacités humaines et matérielles des services de maintenance des équipements médicaux et des installations hospitalières;
- l'aménagement dans certaines maternités de référence.

Pour ce faire, il est prévu de:

- renforcer le système de prise en charge des urgences préhospitalières;
- développer des capacités du personnel en urgentologie;
- développer une meilleure articulation des activités de l'hôpital avec celles des structures de soins de santé de base;
- élaborer un plan national des hôpitaux de district;
- créer 22 structures de maintenance (entre services régionaux, antennes provinciales et service local lourd);
- approvisionner et assurer la maintenance de certains équipements de maternité.

Le volet financier relatif à ce sous-thème se présente comme suit:

- 1997: USD 499 262
- 1998-1999: USD 1 094 903
- 2000-2001: USD 880 000

Les objectifs arrêtés dans ce cadre sont certes pertinents et leur réalisation aura un impact très favorable sur le fonctionnement des structures hospitalières ainsi que sur la réduction de la mortalité maternelle, plus particulièrement intra-hospitalière. Cependant, et eu égard à la Note de stratégie nationale, il reste encore beaucoup à faire notamment en ce qui concerne l'amélioration de la gestion ainsi que la recherche de nouvelles modalités de financement et de recouvrement des coûts. Ces aspects importants sont traités par l'OMS dans le cadre du groupe thématique sur la Population.

### Sous-thème: MST/VIH-SIDA

Conformément à la ligne de conduite tracée par les différentes organisations du système des Nations Unies, une importance particulière est accordée à la prévention et la lutte contre ce fléau. Parallèlement à l'action déjà entreprise par l'ONUSIDA, l'OMS, le PNUD, le FNUAP ainsi que l'UNICEF prévoient d'importantes actions directes contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le VIH/SIDA.

Les objectifs fixés dans ce cadre visent:

- le renforcement et le développement du suivi et de l'évaluation du Programme national en la matière;
- l'amélioration de la capacité du personnel impliqué dans la surveillance des MST/VIH-SIDA;
- la contribution à la prise en charge intégrée des cas de MST/SIDA;
- l'intensification des efforts visant la sensibilisation de la population à risque en vue de parvenir à la rupture de la

chaîne de transmission de ces maladies et de développer une culture favorable à la prévention des MST/SIDA;

- la réduction de 15% de la prévalence et de l'incidence des MST et la stabilisation de celles du SIDA.

Des efforts de formation du personnel, l'approvisionnement en médicaments essentiels, la mise en oeuvre d'unités provinciales de lutte contre les MST/SIDA, le soutien des actions de sensibilisation sont engagés pour concrétiser ces objectifs.

En matière de soutien financier, le total des contributions s'élève à:

- 1997: USD 603 085
- 1998-1999: USD 1 214 905
- 2000-2001: USD 590 782

Les actions arrêtées en matière de lutte contre les MST/SIDA par chaque organisation se trouvent complémentaires et convergent toutes vers un objectif commun qui consiste à limiter l'ampleur de ce fléau. Il convient de noter que les organisations continuent à soutenir individuellement ces actions de lutte et ce, en dépit de la mise en place de l'ONUSIDA dont le rôle est à même de répondre aux impératifs tracés par la Note de stratégie nationale, notamment en matière de coordination des actions, de concertation et de mise en place de l'approche multisectorielle attendue pour faire face à ce fléau.

### Sous-thème: Santé de l'enfant

Les actions engagées par les différentes organisations bénéficient d'une façon ou d'une autre à la santé de l'enfant. Cependant l'OMS, le FNUAP et l'UNICEF y prévoient des actions directes. Il s'agit de:

- contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité chez l'enfant de moins de 5 ans, notamment par la prise en charge correcte d'au moins 65% des cas de diarrhée et des infections respira-

toires aiguës (IRA) au niveau des formations sanitaires.

- réduire la mortalité/morbidité périnatales et néonatales en assurant une meilleure croissance du fœtus, de meilleures conditions d'accouchement, un espacement des naissances et la promotion de l'allaitement maternel précoce.
- Dans le cadre de l'initiative pour l'indépendance en matière de vaccins, l'UNICEF continue à appuyer le Ministère de la Santé publique dans l'acquisition des vaccins. Cette action vise à assurer la régularité des approvisionnements, à garantir la qualité des vaccins et à réaliser des économies en devises.
- l'amélioration des performances du système de santé dans ses composantes relatives à la santé des femmes, gynécologie, obstétrique, contraception et maternité;
- l'accroissement de la quantité et de la qualité des consultations prénatales et postnatales;
- l'amélioration des conditions de prise en charge des femmes enceintes;
- l'amélioration des conditions d'accouchement à domicile et en milieu surveillé.

L'objectif principal recherché est la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles ainsi que l'amélioration de la qualité des soins et des aspects relationnels (prestataires-bénéficiaires).

Pour les interventions dans ce domaine, l'OMS et le FNUAP enregistrent la contribution financière suivante:

- 1997:	USD 92 000
- 1998-1999:	USD 180 000
- 2000-2001:	USD 250 000

Comme pour les autres domaines, la santé de l'enfant nécessite encore plus d'intérêt et beaucoup d'actions pour répondre aux priorités fixées par la Note de stratégie nationale. Un certain nombre de domaines ne sont pas encore couverts, et plus particulièrement concernant les enfants en situation difficile ou vulnérables. Il s'agit de porter un intérêt plus soutenu aux enfants vivants en milieu urbain et périurbain et d'améliorer les conditions des enfants en situation difficile (enfants au travail, enfants des rues, etc).

### Sous thème: Santé reproductive

Les actions entreprises par le FNUAP et l'UNICEF, qui interviennent dans ce domaine en plus de l'OMS qui demeure techniquement présente, visent principalement:

Le total des contributions dans ce cadre s'élève à:

- 1997:	USD 255 000
- 1998-1999:	USD 1 729 000
- 2000-2001:	USD 4 092 000

Ces importantes actions ciblent particulièrement des zones rurales vulnérables et concordent parfaitement avec les priorités de la Note de stratégie nationale. Il reste cependant à élargir ces actions à d'autres zones également vulnérables.

### Sous-thème: Education pour la santé

En principe, l'éducation sanitaire constitue une composante essentielle intégrée dans tous les projets et programmes. Cependant, pour mettre en relief son importance et suite à la proposition de tous les participants, cette composante a été ajoutée à la matrice et un sous-thème lui a été accordé.

Les objectifs recherchés à travers les actions engagées dans ce domaine consistent en:

- l'accroissement du niveau des connaissances des familles pour améliorer leur

situation sanitaire ainsi que celle de leurs enfants;

- la promotion d'une culture favorable à la santé;
- la promotion de comportements et modes de vie sains;
- l'amélioration des programmes de prévention;
- le renforcement des médias audiovisuels;
- le renforcement des capacités du personnel de santé et extra-santé à assurer le suivi et l'évolution des prestations;
- la mobilisation sociale des professionnels de santé et des différents acteurs du développement autour d'un programme commun.

L'élaboration de messages tenant compte des spécificités régionales et locales, la mobilisation sociale des professionnels de la santé et de leurs partenaires autour de programmes communs sont autant de moyens à mettre en oeuvre pour atteindre ces objectifs.

Il y a lieu de signaler ici le programme d'éducation pour la santé à orientation pragmatique (*School Health Curriculum*) développé conjointement par l'OMS, l'UNESCO, l'ISESCO et l'UNICEF. Ce programme consiste à véhiculer des messages éducatifs à la famille à travers les écoliers. Les différents modules ont été adaptés au contexte national et mis à la disposition du Ministère de l'Education nationale. Par ailleurs, le FNUAP développe d'autres actions d'éducation: alphabétisation, groupes de jeunes, usines, agents de vulgarisation agricole et autres groupements.

Sur le plan financier, les ressources inscrites par les organisations pour ce domaine s'élèvent:

- 1997: USD 70 000

- 1998-1999: USD 363 000

- 2000-2001: USD 238.000

## Conclusion

La matrice n'a pas permis de couvrir tous les domaines d'intérêt. Plusieurs domaines non moins importants n'ont pas été traités, à savoir le soutien aux aspects gestionnaires et de planification, aux aspects législatifs, à la morbidité et à la promotion de la sécurité alimentaire. Ces volets ont été traités par l'OMS dans le cadre d'autres groupes thématiques.

Néanmoins, il ressort de cette synthèse que les actions engagées concordent dans leur globalité avec les priorités fixées par la Note de Stratégie nationale et s'inscrivent dans le cadre du suivi des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, des résolutions du Comité régional de l'OMS, ainsi que dans le cadre des grandes conférences internationales, dont le Sommet mondial pour L'Enfance, la Conférence internationale sur la Population et le Développement du Caire et le Sommet social de Copenhague.

La réalisation de ces actions aura un impact positif certain sur l'amélioration, encore plus, de l'état sanitaire de la population, sachant qu'il reste encore beaucoup à faire.

Pour ce qui est de la Stratégie commune, les différentes propositions convergent vers:

- l'institution d'un mécanisme de concertation continue entre organisations, une information et un échange constants, visant la coordination des actions des organisations du système vers plus d'efficacité, d'intégration et de complémentarité aussi bien au niveau d'intervention que des populations cibles,



- le renforcement de la décentralisation des actions du système des Nations Unies, en ciblant les régions les plus défavorisées et enclavées;
- la promotion d'une politique cohérente de santé publique, tenant compte des besoins des populations pauvres et visant l'amélioration de la qualité des soins de santé et l'accès aux services ainsi que l'augmentation du taux de leur utilisation;
- le renforcement des programmes prioritaires à l'appui des soins de santé primaires, en l'occurrence:
  - la lutte contre les maladies
  - la santé reproductive
  - l'hygiène du milieu
  - les médicaments essentiels
  - les activités des instituts et laboratoires
  - la santé des adolescents et santé scolaire.
- Un intérêt particulier doit être accordé à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, particulièrement en milieu rural.
- La pérennisation des acquis notamment dans les domaines de la vaccination, de la lutte contre les maladies diarrhéiques, la surveillance des maladies transmissibles et autres aspects sanitaires où des améliorations notables ont été enregistrées.
- L'amélioration du système national d'information sanitaire, et son extension sous forme de sous-systèmes aux régions, en y incluant les données du secteur privé et semi-public.
- La promotion de la santé et la lutte contre la maladie n'étant pas du ressort exclusif du département de la santé publique, il est impératif d'impliquer les autres secteurs qui, par leurs actions,

agissent indirectement sur les déterminants de la santé.

- Le développement de la carte sanitaire comme outil indispensable à la planification.
- L'encouragement du Gouvernement à lancer une réflexion approfondie sur des mécanismes appropriés et adaptés au contexte local pour le recouvrement des coûts des services de santé et des médicaments. Cette action, déjà engagée par l'OMS durant la période biennale en cours, devrait être renforcée par les autres organisations.

Cependant, cette stratégie commune ne signifie pas que tous les intervenants doivent agir dans tous les domaines. En fait, c'est une démarche qui va permettre à chacun de prendre connaissance des actions entreprises par les autres dans les différents domaines et par conséquent de mieux cibler les interventions futures. Cela va permettre aussi d'améliorer les négociations entre le Ministère de la Santé et le système des Nations Unies et ce, à travers la sélection de l'Organisation la plus appropriée pour un domaine déterminé.

### Stratégie de mobilisation des ressources

- Créer un Secrétariat de coopération au sein du système des Nations Unies pour assurer le suivi des actions communes, corollaires et complémentaires. Ce Secrétariat peut comporter une cellule spécifique qui sera chargée d'identifier les ressources et les moyens financiers mobilisables (locales, régionales et internationales).
- Concrétiser la coordination par l'élaboration de projets ficelés à vendre dans le cadre de la coopération bilatérale ou autres.

- Cibler les institutions régionales, les associations professionnelles ainsi que les grands établissements privés.
- Identifier les contraintes bloquant la coopération avec des gouvernements donateurs.
- Inciter et encourager le Gouvernement à augmenter le budget alloué au Ministère de la Santé.
- Chercher l'appui de la société civile pour développer, notamment en milieu urbain pauvre et en milieu rural, des projets de soins de santé primaires à base communautaire.
- Faire appel aux fonds de la Banque mondiale et autres bailleurs de fonds (UE, USAID, Japon et ONG internationales - GTZ, KFW, CTDA, etc).
- Faire appel à la participation des collectivités locales, qui peuvent contribuer à la mise en place d'un système de recouvrement des coûts.
- Assurer la formation des nationaux dans les domaines des ressources mobilisables.

## Remerciements

Pour clore ce rapport, nous tenons à exprimer nos vifs remerciements à l'ensemble des membres du Groupe thématique sur la Santé pour leur participation active ainsi que pour leur apport judicieux quant à l'élaboration de ce travail. Nos remerciements vont également au Comité technique qui aura à se pencher sur l'étude de ce rapport.

### Collaboration with other agencies

One of the main fields of collaboration at country level with national authorities, other UN agencies, and interested international and national nongovernmental organizations has been in support of national immunization days against poliomyelitis across the Region. Of special importance was the collaboration in Afghanistan, Iraq, Somalia, Sudan and Republic of Yemen, where it was possible to achieve very high immunization coverage all over the countries, including areas stricken by war and civil strife through negotiation of secure periods of tranquillity with the warring factions.

Ongoing collaboration with a number of agencies, in particular Rotary International, CDC, United Kingdom Department for International Development (DFID), Japan International Cooperation Agency (JICA) and a number of governments, particularly those of Sweden, Norway and Luxembourg, has been instrumental in poliomyelitis eradication efforts in the Region. The fourth meeting of the Interagency Coordination Committee (IACC) on poliomyelitis eradication and immunization took place in February 1998. The IACC was pleased with achievements, and a number of pledges were made in support of poliomyelitis eradication and measles and neonatal tetanus elimination.

*Source:* The work of WHO in the Eastern Mediterranean Region. Annual report of the Regional Director, 1 January–31 December 1997. Page 13.