



Cycle de suivi 2016 de l'IHP+
Guide des participants

Table des matières

1.1	Qu'est-ce que le cycle de suivi 2016 de l'IHP+ ?	1
1.2	Qu'attendons-nous des ministères de la santé (MS) ?.....	1
1.3	Qu'attendons-nous des partenaires au développement ?	1
1.4	Qu'attendons-nous des organisations de la société civile et du secteur privé ?	1
1.5	Quel est le rôle du Consortium IHP+Results (IHP+R) ?.....	2
1.6	Comment les données vont-elles être analysées et utilisées ?.....	2
1.7	Quel est le calendrier ?.....	2
3.1	Indicateurs	4
3.2	Indicateurs additionnels ou alternatifs	6
4.1	Outils de collecte des données.....	7
4.2	Questionnaire quantitative (Excel).....	7
4.3	Questionnaire qualitatif (PDF).....	9
4.4	Questionnaire qualitatif destiné aux OSC	10
4.9	Rapport global	11
	Contactez : helpdesk@ihplusresults.org	
5.1	Annexe 1. Guide détaillé des termes et définitions clés du cadre de suivi	14
5.2	Annexe 2. Liste des points focaux IHP+ et GPEDC dans les pays participants	33
5.3	Annexe 3. Méthodologie détaillée pour mesurer les indicateurs quantitatifs	35
5.4	Annexe 4 : Questionnaires qualitatifs	41

OBJECTIF DE CE GUIDE

IHP+R a développé ce guide pour les signataires de l'IHP+ qui participent au cycle 2016 de suivi d'IHP+. Ce guide contient :

- Un aperçu de l'approche convenue qui inclut les rôles et responsabilités des gouvernements, des partenaires au développement, des organisations de la société civile et du secteur privé.
- Des informations détaillées sur le cadre de suivi, notamment la construction des indicateurs, les termes utilisés et les définitions-clés.

Pour plus d'information, vous pouvez contacter IHP+R à l'adresse: helpdesk@ihplusresults.org

REMARQUE IMPORTANTE

Pour la première fois, l'étude inclut également des questions relatives à l'aide humanitaire dans le secteur de la santé. Cela ne s'appliquera qu'à un certain nombre de pays dans lesquels l'aide humanitaire dans le secteur de la santé a été importante au cours de l'exercice fiscal 2014 (ou 2014-15).

IHP+R indiquera les pays qui devront répondre à ces questions (voir section 6.1.5 relatives aux critères de sélection et les définitions).

IHP+R peut fournir de plus amples informations si nécessaire. Contact : helpdesk@ihplusresults.org

1 A lire si vous ne lisez qu'un seul chapitre sur le cycle de suivi de l'IHP+.

1.1 Qu'est-ce que le cycle de suivi 2016 de l'IHP+ ?

Pour la cinquième fois, l'IHP+ organise un cycle de suivi de l'efficacité de la coopération au développement dans le secteur de la santé. Les gouvernements, les partenaires au développement, les organisations de la société civile et d'autres acteurs dans le domaine de la santé, y compris le secteur privé, sont invités à prendre part à ce suivi. L'accent est mis sur la collecte de données existantes accessibles au public et des points de vue des parties prenantes afin de stimuler la discussion des constatations concernant l'efficacité de la coopération au développement au niveau national ; il ne s'agit pas d'une étude mondiale. Dans un esprit continu d'apprentissage et d'adaptation pour permettre à l'IHP+ de répondre aux besoins du partenariat, le Groupe de travail de l'IHP+ sur la redevabilité mutuelle (IHP+ *Mutual Accountability Working Group* - MAWG) a modifié le cadre de suivi de la progression sur les questions prioritaires des pays membres de l'IHP+. Le Consortium IHP+Results (appelé **IHP+R**) a été chargé d'en gérer le processus de suivi.

1.2 Qu'attendons-nous des ministères de la santé (MS) ?

Les gouvernements participants sont chargés de la collecte des données dans leur pays en s'aidant des outils mis à leur disposition. Cela comprend la fourniture des données quantitatives et qualitatives sur la performance du gouvernement et sur celle des partenaires au développement selon sept indicateurs de coopération efficace au développement (CED). Nous demandons aux ministères de la santé :

- de promouvoir une compréhension commune des objectifs et de l'intérêt du suivi de l'IHP+ ;
- d'établir le lien entre le Consortium **IHP+R** et les représentants locaux des partenaires au développement pour s'assurer que les données les concernant soient bien transmises via le ministère de la santé ;
- de fournir des données sur les performances du gouvernement en utilisant les outils de collecte de données fournis par l'IHP+R ;
- de soumettre à l'**IHP+R** toutes les données collectées auprès du gouvernement et des partenaires au développement au plus tard le 31 mai 2016 ;
- de promouvoir et faciliter une discussion riche et transparente des constatations.

Pour les missions ci-dessus de collecte des données, d'entretiens et de discussion des constatations relevées, le MS sera aidé par un expert national, contracté par l'IHP+R. Le MS sera invité à participer à la sélection de l'expert national et sera contacté à cette fin par l'IHP+R au cours des deux dernières semaines de mars 2016.

1.3 Qu'attendons-nous des partenaires au développement ?

La participation des partenaires au développement intervient au niveau national. Nous demandons aux représentants des partenaires au développement :

- de s'engager dans une discussion conduite par le pays sur les objectifs et l'intérêt du suivi par l'IHP+ ;
- de fournir des données sur la performance de leur organisation en utilisant les outils de collecte de données fournis par l'IHP+ ;
- de veiller (le cas échéant) à l'approbation ou à la validation interne des données par le siège social, et d'en assurer la transmission au ministère de la santé dans les délais requis ;
- de participer à la discussion des constatations sur la base des analyses de l'**IHP+R**.

L'expert national engagé par l'**IHP+R** aidera les partenaires au développement dans leurs missions ci-dessus de collecte des données qualitatives par le biais d'entretiens.

1.4 Qu'attendons-nous des organisations de la société civile et du secteur privé ?

Les points de vue des organisations de la société civile et du secteur privé seront recueillis sur leur participation au dialogue politique national, à la planification et au suivi. Nous demandons aux représentants des OSC et du secteur privé :

- de s'engager dans une discussion conduite par le pays sur les objectifs et l'intérêt du suivi par l'IHP+ ;

- de fournir des données sur leur participation et redevabilité dans le secteur de la santé par un questionnaire en ligne (seulement pour les OSC), des entretiens ou des discussions de groupe ;
- de veiller à la transmission des informations au ministère de la santé dans les délais requis ;
- de participer à la discussion des constatations sur la base des analyses de l'**IHP+R**.

1.5 Quel est le rôle du Consortium IHP+Results (IHP+R) ?

L'**IHP+R** est chargé de superviser le cycle de suivi 2016 de l'IHP+ au niveau national. Nous aiderons les pays signataires de l'IHP+ et les parties prenantes à soumettre des données robustes et produirons une analyse pour alimenter le dialogue au niveau national. Un expert national contracté par IHP+R apportera son soutien pour la collecte des données, les entretiens, les discussions de groupe ainsi que pour l'analyse des données et la discussion des constatations relevées dans le pays. L'expert national sera aidé par un expert international **IHP+R**. L'**IHP+R** analysera les données fournies par le pays, stockera les données dans une base de données IHP+ internationale et transmettra son avis aux pays afin de faciliter la discussion nationale.

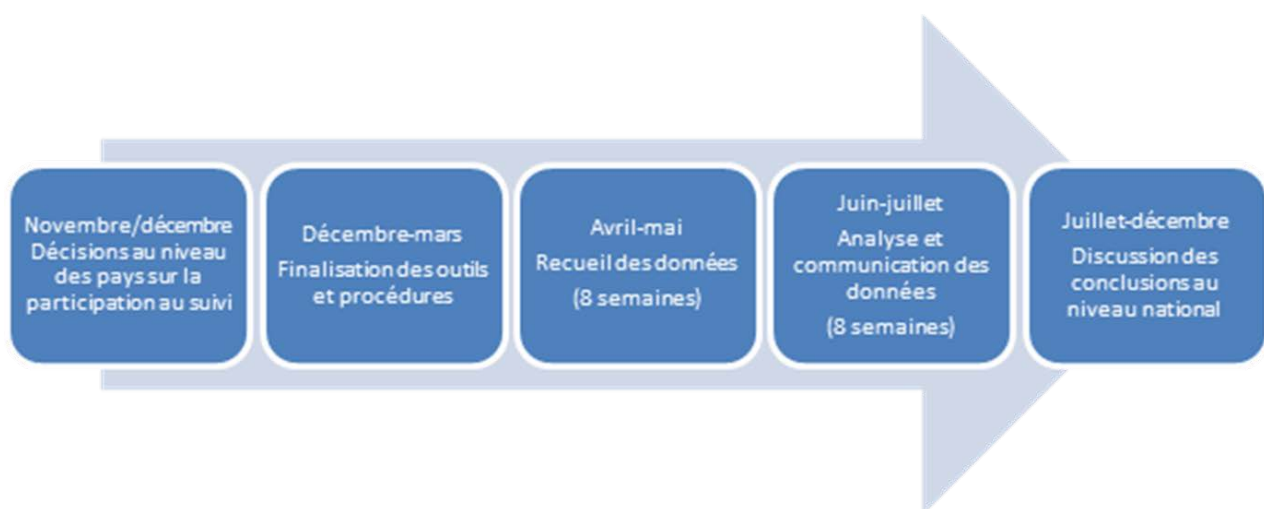
1.6 Comment les données vont-elles être analysées et utilisées ?

Le cadre du suivi 2016 de l'IHP+ met l'accent sur l'utilisation des constatations relevées pour renforcer la redevabilité afin d'obtenir des résultats au niveau national. Les extraits seront a) l'analyse visant à alimenter le débat national ; et b) des données qui seront incluses dans un rapport global.

Les données et les constatations relevées au niveau national seront résumées dans un bref rapport national et un profil du pays sous forme de document visuel. Ces deux outils serviront de base pour favoriser le dialogue national sur l'efficacité de la coopération au développement. L'expert national apportera son soutien au débat national, de préférence par le biais d'un forum ou d'un mécanisme national existant. Cette discussion a pour objectif de valider les constatations du pays et d'obtenir un consensus sur les actions à entreprendre. Les résultats de tous les pays participants seront synthétisés dans un rapport global, contracté séparément par l'IHP+.

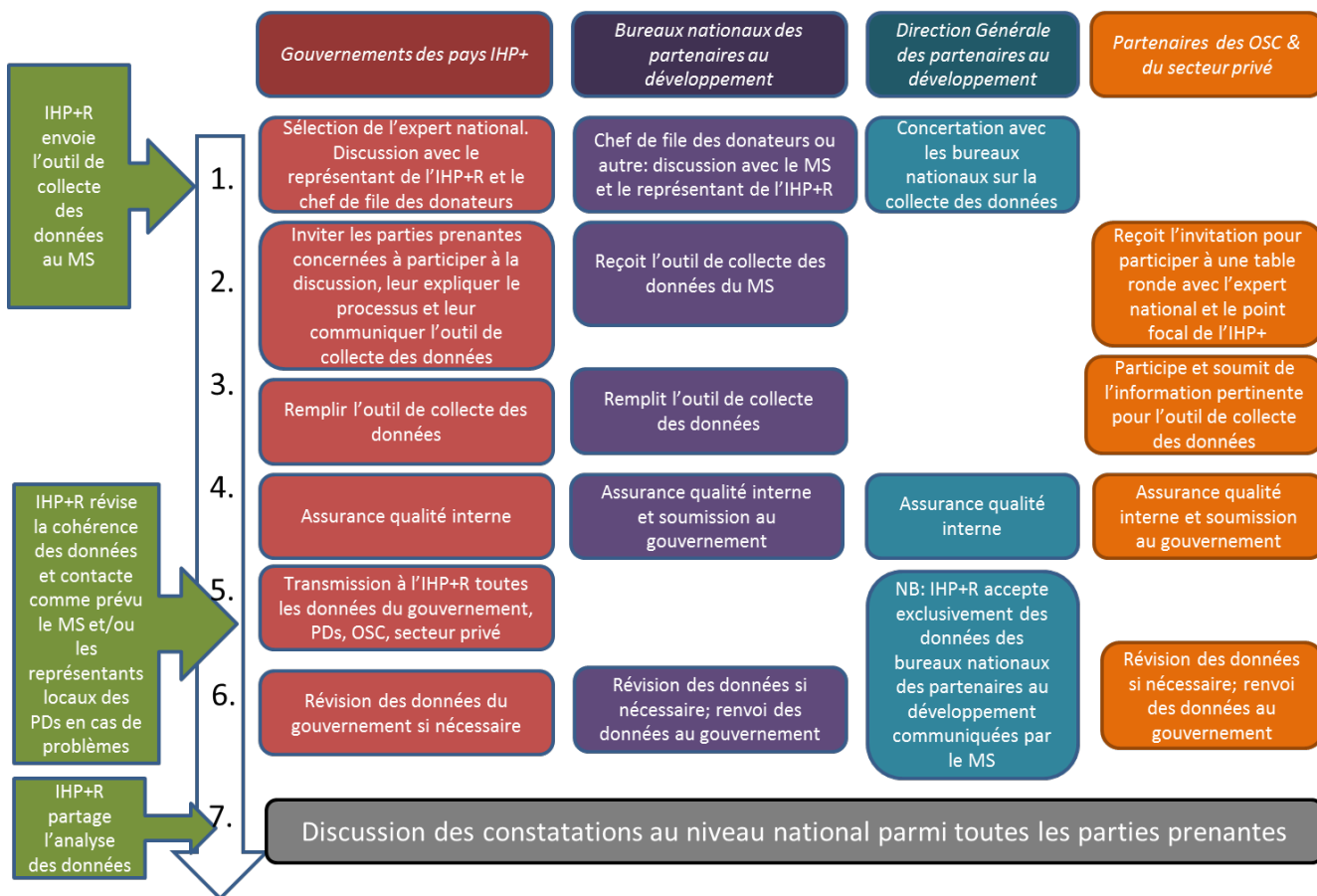
1.7 Quel est le calendrier ?

Figure 1 : Calendrier pour le cycle de suivi 2016 de l'IHP+



Guide pas-à-pas du processus de collecte des données : d'avril à fin mai 2016. La figure 2 présente les étapes-clés de la phase de collecte des données. Elle détaille la deuxième étape du cycle de suivi présenté dans la figure 1.

Figure 2 : Détail du processus de collecte de données (avril – mai 2016)



2 Contexte du suivi de l'IHP+

En 2014, les modalités du suivi de l'IHP+ ont été modifiées, la collecte des données auparavant centralisée par les agences et les gouvernements est désormais réalisée au niveau national par les ministères de la santé des gouvernements et des partenaires au développement, dans le but d'améliorer la redevabilité mutuelle au niveau national. Bien que cette stratégie nationale ait reçu un accueil favorable, l'utilisation escomptée des constatations par les pays signataires de l'IHP+ pour instaurer un dialogue et décider de la manière d'améliorer la performance ne s'est pas pleinement matérialisée. L'efficacité des processus de redevabilité mutuelle doit encore être améliorée pour qu'ils puissent influencer les comportements. Il s'agit en partie d'un problème de renforcement de ces processus et d'intégration aux autres processus nationaux et internationaux.

En outre, une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles le changement se produit ou non, au niveau des gouvernements et des agences, est nécessaire en plus des fiches de performance ou supports visuels et des évaluations quantitatives afin de déterminer une action correctrice. Dresser le profil des constatations du suivi aux niveaux national et mondial est également important afin d'accroître la pression pour modifier les comportements.

À la suite des discussions avec le groupe de travail de l'IHP+ sur la redevabilité mutuelle et les consultations au sein du Groupe de travail de l'IHP+ sur l'intensification des activités, il a été décidé que le cinquième cycle de suivi de l'efficacité de la coopération au développement (ECD) dans le secteur de la santé présenterait les caractéristiques suivantes :

- le suivi reste volontaire ;
- il n'est pas limité aux pays signataires de l'IHP+, afin d'inclure tous les acteurs concernés au niveau national ;
- le suivi des pratiques de coopération au développement dans chacun des pays a lieu au niveau national, avec pour objectif l'institutionnalisation des processus de collecte des données et de discussion des constatations pour une meilleure redevabilité mutuelle ;
- il comporte à la fois des données quantitatives et des informations qualitatives pour mieux comprendre les raisons de la modification des comportements et ses obstacles ;
- il inclut les organisations de la société civile (OSC) ;
- il inclut une analyse des politiques, des pratiques et des procédures des agences pour évaluer le respect des pratiques d'ECD (contractées séparément par l'IHP+).

En outre, l'Équipe de base de l'IHP+ a accepté que l'**IHP+R** suive un indicateur de la participation du secteur privé. Pour la première fois, des représentants du secteur privé participent donc au processus de suivi. Grâce à ces composantes, l'objectif global est d'accroître l'influence politique pour favoriser l'adhésion aux principes de l'IHP+ et faire pression en vue de modifier les comportements.

Ces données seront utilisées pour la prise de décision au niveau national et chez les partenaires. L'**IHP+R** doit rester ferme en ce qui concerne le respect du calendrier serré, afin d'obtenir des constatations robustes, présentant un intérêt en vue de la discussion. Nous essaierons de nous montrer souples, et de proposer aux participants différents mécanismes d'assistance, mais nous ne pouvons garantir que les données soumises après la date butoir convenue seront prises en compte pour l'analyse et le rapport de l'**IHP+R**. Veuillez nous informer rapidement si vous n'êtes pas en mesure de respecter les dates butoires convenues.

3 Quel est le cadre de suivi ?

3.1 Indicateurs

Les signataires de l'IHP+ ont travaillé au sein du groupe de travail de l'IHP+ sur la redevabilité mutuelle (Mutual Accountability Working Group – MAWG) pour proposer des indicateurs spécifiques destinés à suivre les éléments pertinents et prioritaires pour les membres de l'IHP+. Les indicateurs dans le tableau

ci-dessous constituent la base de l'édition 2016 du suivi de l'IHP+ et proviennent du PMCED ou de la précédente édition du suivi de l'IHP+. Des informations détaillées sur chaque indicateur sont disponibles en annexe 6.1.

Tableau 1 : Huit indicateurs de suivi de la performance des gouvernements et huit pour celui des partenaires au développement

		Indicateurs relatifs au gouvernement (G)		Indicateurs relatifs aux partenaires au développement (DP)		Méthode
#	Élément	Indicateur	Source	Indicateur	Source	
1	Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique	Plans / Stratégie Nationaux du Secteur de la Santé en place avec des cibles et budgets actuels ayant été évalués de manière conjointe.	G	Mesure dans laquelle les évaluations conjointes des stratégies nationales (ECSN) (ou un processus équivalent) sont utilisées pour prendre des décisions concernant les programmes. Et, mesure dans laquelle ces programmes correspondent aux priorités nationales.	DP	Questionnaire quantitative
2a	La coopération en matière de développement sanitaire est plus prévisible.	Proportion du budget du secteur de la santé effectivement dépensé par rapport au budget annuel approuvé.	G	Pourcentage de l'aide au secteur de la santé versée au gouvernement au cours de l'année par rapport à ce qui était initialement prévu.	DP	Questionnaire quantitative (MS Excel) & questionnaire qualitatif
2b		Projections des dépenses publiques en santé disponibles sur 3 ans.	G	Estimation de la proportion de l'aide au secteur santé couverte par plans de dépenses prévisionnelles et/ou de mise en œuvre couvrant au moins une période de trois ans à venir.	G / DP	
2c		L'aide à la santé s'inscrit dans le cadre des budgets nationaux	Les stratégies ou les plans nationaux de santé sont en place avec des objectifs et budgets actualisés qui ont été évalués conjointement.	G	% des décaissements de l'aide prévus au secteur santé qui apparaît dans les budgets annuels votés par les assemblées législatives des pays.	
3	Les systèmes de gestion des finances publiques des pays en développement sont renforcés et utilisés.	Le système de gestion des finances publiques soit (a) répond aux bonnes pratiques communément partagées ou (b) a mis en place un programme de réformes destiné à y répondre.	Banque mondiale Données CPIA	Montant de l'aide au secteur de la santé qui utilise le système national de gestion des finances publiques dans les pays généralement considérés comme répondant aux bonnes pratiques largement répandues, ou pour lesquels une réforme est en cours.	DP	Questionnaire quantitative (MS Excel) & questionnaire qualitatif
4	Les systèmes de passation des marchés et d'approvisionnement des pays en développement sont renforcés et utilisés.	Mesure dans laquelle un plan gouvernemental pour des systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement existe et qui est soutenu par des partenaires au développement.	G	Mesure dans laquelle les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés	DP	Questionnaire qualitatif

		Indicateurs relatifs au gouvernement (G)		Indicateurs relatifs aux partenaires au développement (DP)		Méthode
#	Élément	Indicateur	Source	Indicateur	Source	
5	La redevabilité mutuelle est renforcée.	Il existe une évaluation mutuelle inclusive des progrès dans la mise en œuvre des engagements convenus dans le secteur de la santé qui répond au moins à 4 ou 5 des critères proposés.	G	Proportion des pays dans lesquels a été réalisée une évaluation mutuelle des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans le secteur de la santé, y compris en matière d'efficacité de l'aide.	DP	Questionnaire qualitatif
6	L'assistance technique est coordonnée et la coopération Sud-Sud / triangulaire soutient l'appréhension	Mesure dans laquelle un plan d'assistance technique national convenu est en place, qu'il s'appuie sur la stratégie de santé nationale, et sur lequel les partenaires au développement fondent leur soutien	G	Mesure dans laquelle l'assistance technique est fournie conformément à un plan d'assistance technique national convenu	DP	Questionnaire qualitatif
7	L'implication de la société civile.	Éléments probants étayant le fait que la société civile opère dans un environnement qui optimise son engagement dans et sa contribution au développement du secteur de la santé			G, DP, OSC	Questionnaire qualitatif utilisant la méthodologie PMCED
8	L'implication du secteur privé*	Éléments probants étayant le fait que le secteur privé opère dans un environnement qui optimise son engagement dans et sa contribution au développement du secteur de la santé			G, DP, SP	Questionnaire qualitatif utilisant la méthodologie PMCED

*L'indicateur sur l'engagement du secteur privé a été ajouté pour la première fois, conformément à la proposition de l'IHP+R

G	Données fournies par les représentants du gouvernement
DP	Données fournies par les partenaires au développement, au niveau des bureaux nationaux ou du siège (au choix)
OSC	Données fournies par les représentants des organisations de la société civile
SP	Données fournies par les représentants du secteur privé

3.2 Indicateurs additionnels ou alternatifs

En choisissant de participer au suivi 2016, les signataires de l'IHP+ s'engagent à fournir des données destinées à alimenter cet ensemble d'indicateurs de base (Tableau 1). Cependant, si des pays ou des partenaires au développement suivent d'autres indicateurs qui leur semblent appropriés, **IHP+R** s'efforcera d'utiliser les données disponibles pour construire ces indicateurs alternatifs. Toute modification du cadre défini devra être validée avec **IHP+R** à la première occasion.

4 Les outils de collecte des données¹

IHP+R a développé les outils suivants pour aider les signataires de l'IHP+ à collecter les données.

4.1 Outils de collecte des données

Le cycle de suivi d'IHP+ 2016 mettra davantage l'accent sur les données qualitatives par rapport aux cycles précédents. À cette fin, la collecte des données se déroulera selon trois processus :

- 1) Collecte de données quantitatives / financières : un questionnaire Microsoft Excel est disponible à cette fin sur www.ihplusresults.org. Ce questionnaire est similaire à celui des cycles précédents mais il est beaucoup plus court. Il cible le gouvernement et les partenaires au développement. Ce questionnaire Excel sera rempli afin de préparer l'entretien avec l'expert national.
- 2) Obtention d'informations qualitatives (a) : l'expert national organisera à cette fin un entretien avec les parties prenantes concernées, notamment le gouvernement et les partenaires au développement. Ce questionnaire qualitatif au format PDF est également disponible en ligne sur www.ihplusresults.org et peut être téléchargé pour la préparation de l'entretien. Une fois que l'expert national aura intégralement rempli le questionnaire après l'entretien, il le mettra à disposition des parties prenantes concernées pour vérification et contrôle de la qualité.
- 3) Obtention d'informations qualitatives (b) : un questionnaire qualitatif spécial a été développé pour les OSC et les parties prenantes du secteur privé. Ce questionnaire qualitatif au format PDF est également disponible en ligne sur www.ihplusresults.org et peut être téléchargé pour la préparation de l'entretien. Pour les OSC, l'entretien sera précédé d'une étude en ligne. Une fois que l'expert national aura intégralement rempli le questionnaire après l'entretien, il le mettra à disposition des parties prenantes concernées pour vérification et contrôle de la qualité.

Le questionnaire quantitatif (Excel) et le questionnaire qualitatif (format PDF) complétés seront mis à disposition du ministère de la Santé qui les soumettra ensuite à l'IHP+Results au plus tard le 31 mai 2016.

4.2 Questionnaire quantitative (Excel)

RÉPONSES AUX QUESTIONS QUANTITATIVES

Pour les partenaires au développement, le questionnaire quantitatif mesure 4 indicateurs, et en total 6 questions. Pour les gouvernements participants il y a 3 indicateurs et 4 questions. Il y a généralement deux questions par indicateur. La première rassemble des données permettant de construire le numérateur de l'indicateur et la seconde celles relatives au dénominateur. La collecte de ces données permet l'analyse des progrès réalisés par chaque pays et pour chaque partenaire au développement et, quand cela est possible, en comparant les années et les pays.

Pour les partenaires au développement (PD), il y a 3 outils quantitatifs différents présentés ci-dessous :


- **IHP + 2016_DP Survey Tool FR_Standard enquête pour PDs_160330_version final**: Ce questionnaire sera rempli par tous les PD dans les pays où il n'y a pas un *montant important d'aide humanitaire dans le secteur de la santé*. C'est le cas pour la majorité des pays.
- **IHP + 2016_DP Survey Tool FR_Aide Humanitaire_pour PDs_160330 version final**: Ce questionnaire sera rempli par le PD dans les pays où une quantité importante d'aide humanitaire

¹L'un des principaux développements dans le suivi 2016, par rapport à celui de 2014, est le développement de nouveaux outils : un questionnaire pour recueillir des données quantitatives par rapport au cadre de suivi ; et un second questionnaire pour soutenir le dialogue avec les OSC concernant l'optimisation de leur engagement. Ces deux questionnaires s'ajoutent au questionnaire MS Excel utilisé au cours des cycles précédents, afin de recueillir des données quantitatives sur les prestations dans le cadre des principes et engagements de l'IHP+.

a été fournie (l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé). IHP + R indiquera dans quels pays cette question devrait être répondue par les PD.

- **IHP + 2016_DP Survey Tool FR_Aide Humanitaire_pour le Cluster Coordinator_version finale:** Cet outil sera rempli par le Coordinateur du Groupe Sectoriel Santé pour l'aide humanitaire ('Cluster Coordinator') dans les pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie (l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé). IHP + R indiquera dans quels pays cette question devrait être répondue par les PD.

NB : INFORMATION IMPORTANT, A LIRE AVANT DE COMPLETER L'OUTIL EXCEL

- Seuls les champs en vert doivent être remplis.
- Certains champs contiennent un menu déroulant – cliquer sur  pour sélectionner l'option la plus appropriée.
- D'autres champs contiennent des contrôles automatiques pour assurer la cohérence et la qualité des données. Ces champs sont protégés. Merci de ne pas modifier la formule permettant les contrôles automatiques.

LES TERMES AFFICHES EN ROUGE

Il est très important que les participants comprennent de manière identique les termes en rouge dans la grille d'enquête, afin que les données soumises soient cohérentes et puissent être comparées. Des explications pour ces termes sont fournies dans l'annexe 2 (ci-dessous) en faisant référence aux définitions du CAD de l'OCDE quand cela était possible.

MONNAIE

Les données financières doivent être exprimées en dollars des États-Unis (USD). Merci d'utiliser les taux de conversion moyens de l'année pour laquelle vous communiquez les données en vous référant à l'onglet « Taux de conversion » dans le fichier Excel.

DONNÉES DE LA DERNIÈRE ANNÉE DISPONIBLE

L'année de référence pour le suivi est **l'année budgétaire du pays la plus récente** pour laquelle des informations complètes sont disponibles sur les dépenses financières. Cela signifie que toutes les données communiquées par les organismes de coopération au développement doivent se baser sur l'année budgétaire prise en compte par le gouvernement du pays.

NB : pour la plupart des indicateurs, il est probable que l'année de référence soit 2014 (ou l'année budgétaire 2014/2015). Si les données sur les dépenses ne sont pas disponibles pour 2014, collectez les données pour l'année fiscale 2013 (ou 2013/2014). Merci d'indiquer pour quelle année fiscale vous avez fourni les données.

DONNÉES DE RÉFÉRENCE

Il n'est pas nécessaire que les participants fournissent des données de référence. Si nous disposons de données pertinentes provenant des précédentes éditions du suivi de l'IHP+, nous les incluons dans notre analyse. Bien que cela rende plus délicate dans l'analyse la mise en évidence de tendances, nous avons opté pour cette approche par souci de clarté et pour minimiser les coûts de transaction, en cohérence avec l'approche du PMCED.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES FACULTATIVES

Note concernant l'indicateur 2DP (déboursement et prévisibilité)

Dans la grille destinée aux gouvernements, deux indicateurs requièrent des données sur la performance des partenaires au développement (2DPb, 2DPc). Pour les indicateurs 2DPb et 2DPc, les questions correspondantes (Q3 et Q4) utilisent les informations contenues dans les colonnes « Informations complémentaires facultatives » pour lister les partenaires au développement pour lesquels des données sont communiquées par le gouvernement, en utilisant un menu déroulant. Pour les Q3 et Q4, seules dix lignes sont affichées (pour dix partenaires au développement), mais la grille dispose d'espaces additionnels cachés. Vos contacts d'IHP+R peuvent vous renseigner pour savoir comment accéder à ces lignes en cas de besoin. Nous encourageons les gouvernements à discuter leurs réponses à ces questions avec leurs partenaires au développement concernés avant de retourner la grille d'enquête complétée au Consortium IHP+R.

4.3 Questionnaire qualitatif (PDF)

L'exercice de suivi 2016 de l'IHP+ inclura, pour la première fois, une étude qualitative afin de collecter des données pour soutenir le pouvoir explicatif de l'exercice de suivi et de rendre le suivi plus efficace pour le dialogue relatif aux politiques nationales sur l'efficacité de la coopération au développement. Cette proposition émane du Groupe de travail de l'IHP+ sur la redevabilité mutuelle (IHP+ *Mutual Accountability Working Group* - MAWG) afin de palier directement aux limitations constatées dans le processus de suivi préalable, qui s'est concentré sur les données quantitatives et n'a pas été en mesure d'expliquer les résultats signalés et d'aider à identifier des solutions permettant d'y remédier.

Deux formulaires d'étude qualitative indépendants ont été développés pour le gouvernement et les DP et ils seront remplis au cours d'un entretien de 90 minutes se concentrant sur les huit questions mises en évidence ci-dessus (tableau 1). En principe, l'expert national de l'IHP+R organisera les entretiens avec le gouvernement et avec chacune des parties prenantes participant. La méthode exacte de gestion de l'étude peut être différente d'un pays à l'autre. Les questionnaires qualitatifs semi-structurés figurent aux Annexes 4.1 (gouvernement) et 4.2 (DP).

Des versions différentes de questionnaires qualitatives sont disponibles pour gouvernement et les PDs, comme suit:

2 différents outils qualitatifs pour le gouvernement:

- **IHP+ 2016_GOV QUAL SURVEY tool_160330:** Ce questionnaire devrait être rempli par le gouvernement de chaque pays où l'aide humanitaire à la santé n'est pas substantiel ou non disponible. C'est le cas pour la plupart des pays.
- **IHP+ 2016_GOV QUAL SURVEY_Humanitarian Aid tool_160330:** Ce questionnaire inclut 2 questions additionnelles concernant l'aide humanitaire et concerne seulement ces pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie dans les années fiscales 2013, 2014 ou 2015. Une quantité importante d'aide humanitaire signifie **l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé. IHP + R indiquera dans quels pays cette question devrait être répondue par le gouvernement.**

3 différents outils qualitatifs pour les PDs:

- **IHP+ 2016_DP QUAL SURVEY_STANDARD_pour tous les PDs_160330 version finale:** Ce questionnaire devrait être rempli par les PDs dans chaque pays où l'aide humanitaire à la santé n'est pas substantiel ou non disponible. C'est le cas pour la plupart des pays.
- **IHP+ 2016_DP QUAL SURVEY_AIDE HUM_pour PDs_160330 version finale:** Ce questionnaire sera rempli par le PD dans les pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie

(l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé). IHP + R indiquera dans quels pays cette question devrait être répondue par les PD.

- **IHP+2016_DP QUAL SURVEY_AIDE HUM_pour le Cluster Coordinator_version finale:** Cet outil sera rempli par le Coordinateur du Groupe Sectoriel Santé pour l'aide humanitaire ('Cluster Coordinator') dans les pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie (l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé). Le Coordinateur du Groupe Santé est l'agence responsable pour la coordination de l'aide humanitaire à la santé au niveau du pays (en principe l'OMS ou l'UNICEF). L'IHP+R indiquera dans quels pays l'Agence de Coordination sera invité à remplir ce questionnaire.

4.4 Questionnaire qualitatif destiné aux OSC

Tous les cycles précédents du suivi de l'IHP+ ont rencontré des difficultés dans la mesure de l'engagement des OSC dans la politique du secteur de la santé et les processus de planification. En 2016, l'IHP+ utilisera un nouvel indicateur pour lequel la méthode de mesure a été développée au moyen du processus de suivi GPEDC, notamment avec une gestion réalisée au niveau national ; et il a été adapté par l'IHP+R. Cette méthode est décrite ci-dessous et un modèle pour collecter les réponses des OSC figure à l'Annexe 4.3.

Les questions pour le gouvernement et les DP relatives à l'implication des OSC ont été incluses dans les questionnaires qualitatifs respectifs. Une fois que l'étude en ligne aura été réalisée auprès de la plupart des OSC concernées (abordant un nombre limité de questions), des questions plus détaillées seront diffusées auprès d'un échantillon d'OSC et elles seront abordées lors d'une ou plusieurs discussions des groupes de réflexion, organisées par l'expert national de l'IHP+R. Les informations divulguées par les OSC (de manière anonyme si souhaité) seront synthétisées par l'expert national dans un rapport succinct, afin d'être validées par les OSC participantes. Le processus de collecte et d'analyse des données devra être coordonné par le ministère de la Santé, avec le soutien de l'expert national et en partenariat avec le point focal GPEDC dans la mesure du possible (voir Annexe 2 où figure une liste de contacts pertinents) ; cette organisation devrait faciliter la réduction des frais de transaction associés à cet exercice qualitatif.

4.5 Questionnaire qualitatif du secteur privé

En 2016, l'IHP+ utilisera également un nouvel indicateur pour le secteur privé, pour lequel la méthode de mesure a été développée au moyen du processus de suivi GPEDC, notamment avec une gestion réalisée au niveau national ; et il a été adapté par l'IHP+R. Cette méthode est décrite ci-dessous et un modèle pour collecter les réponses des parties prenantes du secteur privé figure à l'Annexe 4.4.

Les questions pour le gouvernement et les DP relatives à l'implication du secteur privé ont été incluses dans les questionnaires qualitatifs respectifs. Des questions plus détaillées seront diffusées auprès d'un échantillon de parties prenantes du secteur privé et abordées au cours d'une ou plusieurs discussions des groupes de réflexion, organisées par l'expert national de l'IHP+R. Les informations divulguées par les parties prenantes du secteur privé (de manière anonyme si souhaité) seront synthétisées par l'expert national dans un rapport succinct, afin d'être validées par les parties prenantes du secteur privé participantes. Le processus de collecte et d'analyse des données devra être coordonné par le ministère de la Santé, avec le soutien de l'expert national et en partenariat avec le point focal GPEDC dans la mesure du possible (voir Annexe 2 où figure une liste de contacts pertinents) ; cette organisation devrait faciliter la réduction des frais de transaction associés à cet exercice qualitatif.

5 De quelle manière les données seront analysées et utilisées ?

5.1 Profils nationaux et rapports nationaux

L'analyse de l'avancement de l'IHP+ au niveau national sera présentée sous la forme de profils nationaux (une ou deux pages résumant la performance nationale) et d'une présentation PowerPoint. En outre, un rapport national succinct sera préparé ; il présentera la performance, la discussion nationale sur les constatations et les actions nationales proposées.

5.2 Discussions des constatations au niveau national

La discussion des constatations au niveau national est une composante clé du cycle de suivi 2016. La manière dont les constatations seront évoquées pourra varier d'un pays à l'autre. Des Revues Annuelles Conjointes (RAC) pourraient être l'un des principaux forums au niveau national pour discuter des résultats et des efforts de redevabilité mutuelle. Un autre forum pourrait être le forum de secteur dans lequel les principales politiques et stratégies en matière de santé sont abordées par les parties prenantes.

L'IHP+R adaptera son analyse et sa présentation des données au niveau national pour les utiliser dans les Revues Annuelles Conjointes ou des forums équivalents. Compte tenu de l'importance de la promotion de la discussion sur les constatations résultant de ce processus, contrairement aux cycles de suivi précédents, l'IHP+R sera engagé jusqu'à la fin 2016 - bien au-delà de l'achèvement de la collecte des données, de l'analyse et du reporting. Ce schéma permet de s'assurer que l'IHP+R dispose de suffisamment de temps et de ressources pour soutenir un dialogue au sein du pays.

5.3 Intégration de la collecte des données et discussion des constatations sur l'efficacité de la coopération au développement dans les systèmes et forums nationaux

Pendant la collecte de données, le gouvernement et les DP seront invités à discuter de l'opportunité d'intégrer un certain nombre d'indicateurs dans le cadre de performance national ou de secteur et dans les mécanismes nationaux ou forums de discussion de la performance existants. Ce schéma permettrait de renforcer la redevabilité au niveau national, d'accorder une priorité plus importante aux efforts du gouvernement et des DP afin d'améliorer leur performance, de réaliser un suivi local de l'avancement et des actions de suivi prises sur une base annuelle et de réduire les frais de transaction locaux des exercices de suivi globaux.

Dans les pays souhaitant intégrer le suivi de l'efficacité de la coopération au développement, l'IHP+R soutiendra le gouvernement afin d'y parvenir en fournissant une expertise nationale (et, le cas échéant, internationale) pour soutenir la réflexion nationale sur les meilleures modalités de cette intégration, en tenant compte du contexte local et en développant des propositions concrètes pour adapter les systèmes nationaux.

S'ils souhaitent recevoir le soutien de l'IHP+R, les pays sont invités à en informer l'IHP+R avant le 31 mai. Ce soutien serait apporté entre juin et décembre 2016, selon la préférence nationale.

5.4 Rapport global

Les données au niveau national seront synthétisées dans un rapport global, qui sera contracté séparément par l'équipe centrale de l'IHP+. Le rapport couvrira trois extraits principaux :

1. Éléments probants émanant des pays participants soulignant le niveau de performance des gouvernements et des donateurs tant de manière individuelle que groupée en termes de comportement et d'attribution des ressources. Et la manière dont les OSC et le secteur privé maximisent/optiment leur engagement. Les analyses quantitative et qualitative seront couvertes en s'appuyant sur les données collectées, telles qu'il est décrit ci-dessus.

2. Une revue au niveau mondial des politiques, réglementations, procédures et pratiques des agences examinant la mesure dans laquelle elles agissent conformément aux pratiques d'efficacité de la coopération au développement étant une exigence ou une option par défaut dans le cadre de leur soutien au secteur de la santé. Ce volet sera également contracté de manière séparée par l'équipe centrale de l'IHP+.
3. Expérience dans l'utilisation des données au niveau national, comme le soutient l'**IHP+R**, de la manière décrite ci-dessus.

6 Où trouver de l'aide pour le suivi de l'IHP+ ?

Au cours du cycle de suivi 2016, tous les signataires participants recevront un soutien proactif et adaptable provenant d'une institution ou d'un expert national qui sera soutenu par une personne servant de point de contact à l'internationale de l'IHP+R. En outre, l'IHP+R mettra à disposition des pays un certain nombre de fonctions d'assistance pour les soutenir dans la collecte de données et le processus de la discussion des constatations.

En fonction de votre demande, le service d'assistance vous aidera directement par email, Skype ou téléphone. Si la réponse à votre question requiert un plus haut niveau d'expertise, notre service d'assistance transmettra votre requête au référent **IHP+R** désigné pour votre pays ou votre agence (voir annexe 4 pour la liste des référents **IHP+R**).

Les documents tels que ce guide, les outils de collecte des données, ainsi que qu'une boîte à outils sont disponibles sur www.ihpplusresults.org. Dans un second temps, le site web proposera les données de suivi disponibles dans différents formats.

Contactez : helpdesk@ihpplusresults.org

Annexes

Les présentes annexes accompagnent le Guide des participants du cycle de suivi 2016 de l'IHP+ et son outil de collecte de données. Elles contiennent des informations détaillées sur le cadre de suivi qui a été adopté et qui guidera l'édition 2016 du processus de suivi de l'IHP+. Elles serviront aux participants tout au long du processus de suivi en les aidant dans l'interprétation des définitions clés et de la terminologie utilisée dans le contexte du cadre de suivi. Les annexes contiennent les éléments suivants :

Annexe		Page No.
1	Détail des termes et définitions clés du cadre de suivi	17
2	Liste des points focaux IHP+ et PMCED dans les pays participants	37
3	Méthodologie détaillée pour les indicateurs quantitatifs	39
4	Les questionnaires qualitatifs	45

6.1 Annexe 1. Guide détaillé des termes et définitions clés du cadre de suivi

L'annexe 1 fournit des informations détaillées concernant chacun des indicateurs de l'édition 2016 du cadre de suivi de l'IHP+. Elle est structurée de la manière suivante :

Pratiques efficaces de coopération au développement dans le secteur de la santé : les sept comportements		Page No.
1.	Une stratégie nationale de santé unique est soutenue par le gouvernement et ses partenaires du développement qui conviennent des priorités reflétées dans la stratégie nationale de santé, étayée par des stratégies sous-sectorielles, avec un processus inclusif d'élaboration et d'évaluation conjointe, aboutissant à une réduction des procédures séparées.	18
2.	Les apports en ressources sont inscrits au budget national de la santé et conformes aux priorités nationales, avec une prévisibilité du financement du gouvernement et des partenaires au développement.	18
2a	Prévisibilité – déboursement vis-à-vis des dépenses prévues	21
2b	Prévisibilité – plans de dépenses prévisionnelles	24
2c	L'aide inscrit dans le cadre des budgets nationaux	
3.	Les systèmes de gestion financière sont harmonisés et alignés ; le renforcement requis des capacités est achevé ou en cours, et les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés.	27
4.	Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés ; les systèmes parallèles sont progressivement abandonnés, les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés avec une priorité au meilleur rapport qualité-prix possible. L'appropriation nationale est compatible avec le fait de bénéficier d'un approvisionnement au niveau mondial.	30
5.	Le suivi conjoint des activités et de leurs résultats est fondé sur une plateforme unique de suivi et de redevabilité ; des procédures conjointes de redevabilité mutuelle sur l'efficacité de la coopération au développement sont en place, comme les revues annuelles conjointes ou les examens du pacte.	31
6.	L'assistance technique est planifiée de manière stratégique et prodiguée de façon bien coordonnée ; les occasions d'apprentissage systématique entre pays sont développées et soutenues par les institutions au moyen de la coopération Sud-Sud et triangulaire.	32
7.	La société civile opère dans un environnement qui optimise son engagement et sa contribution au développement du secteur de la santé.	33
8.	Le secteur privé opère dans un environnement qui optimise son engagement et sa contribution au développement du secteur de la santé.	34

Pour chaque indicateur, les informations suivantes sont fournies :

- **Définitions générales** : termes qui sont importants pour interpréter l'indicateur de manière cohérente.
- **Définitions relatives à l'indicateur lié au gouvernement** : termes spécifiques à l'indicateur du gouvernement et importants pour assurer une interprétation cohérente.
- **Définitions relatives à l'indicateur lié aux partenaires au développement** : termes qui sont spécifiques à l'indicateur des DP et importants pour assurer une interprétation cohérente.
- **Information additionnelle** : information non traitée ci-dessus et que les participants doivent connaître pour remplir correctement l'outil de collecte des données ou pour comprendre le fonctionnement de chaque indicateur.

Les documents tels que ce guide, les outils de collecte des données et d'autres documents sont disponibles sur www.ihpplusresults.org et sur le site web de l'IHP+.

Pour plus d'information vous pouvez contacter l'expert national de l'IHP+R qui appuiera la collecte de données et la discussion des constatations dans votre pays ; ainsi que l'équipe de l'IHP+R (voir Annexe 2): helpdesk@ihpplusresults.org

6.1.1 INDICATEUR 1G/1DP : UTILISATION DES STRATÉGIES NATIONALES DE SANTE

Les indicateurs liés à l'alignement avec les plans nationaux sont mesurés à travers une appréciation qualitative (voir annexes 4.1 et 4.2).

L'objectif de cet indicateur est de vérifier si une stratégie nationale de santé unique est en place et qu'elle est soutenue par le gouvernement et les partenaires au développement, s'ils conviennent de priorités figurant dans la stratégie nationale de santé, et les stratégies sous-sectorielles qui en découlent, avec un processus inclusif de développement et d'évaluation conjointe, et une réduction des exercices programmatiques spécifiques.

Définitions générales :

Un Plan ou une Stratégie Nationale de Santé fournit un cadre stratégique commun pour orienter toutes les interventions de toutes les parties impliquées dans le système national de santé au cours d'une période spécifique. Ces stratégies/plans sont généralement préparés afin de couvrir une période identifiée, couvrant souvent quatre à huit ans. La qualité de ces stratégies nationales de développement en termes opérationnels dépend de la mesure dans laquelle elles constituent un cadre stratégique unifié destiné à orienter la politique en matière de santé nationale et inclure des priorités stratégiques liées à un cadre de dépenses à moyen terme et reflétées dans les budgets annuels. Elles devraient avoir été développées au moyen d'un processus consultatif inclusif impliquant toutes les parties prenantes au développement concernées au niveau national, afin de garantir la légitimité et la durabilité du plan de développement national sur le moyen terme.²

Évaluations Conjointes des Stratégies Nationales (ECSN) : Une évaluation conjointe est une approche partagée de l'évaluation des forces et faiblesses d'une stratégie nationale. Les partenaires de l'IHP+ ont développé un processus pour l'Évaluation Conjointe des Stratégies Nationales (ECSN) dans l'intention qu'une ECSN soit acceptée par plusieurs parties prenantes, et qu'elle puisse être utilisée pour servir de base à un soutien technique et financier. Dans cette définition, un plan a été évalué conjointement si le processus d'ECSN, ou une évaluation conjointe similaire, a été achevé.

Niveau sous-sectoriel ou de sous-programme fait référence à un aspect spécifique dans le secteur de la santé. Il peut s'agir par exemple d'un programme de santé (par ex. santé maternelle ou nutrition) ou un niveau institutionnel (par ex. niveau du district ou prestations de premiers soins) ou au niveau des éléments constitutifs d'un système de santé (par ex. ressources humaines pour la santé ; informations sanitaires ; fournitures pharmaceutiques).

6.1.2 INDICATEUR 2Ga/2DPa : La coopération au développement dans le secteur de la santé doit être plus prévisible

L'indicateur lié à la coopération au développement en matière de santé est plus prévisible et sera mesuré au moyen d'un outil d'évaluation quantitatif, disponible à l'Annexe 3.

L'objectif de cet indicateur est de mesurer le niveau de prévisibilité des ressources destinées au secteur de la santé provenant du Gouvernement et des Partenaires au développement. Il se concentre sur la prévisibilité de la coopération au développement au cours d'une année de référence.

Définitions générales :

La capacité à prédire les flux d'aide est liée à la fiabilité de l'aide qui est la mesure dans laquelle les pays partenaires peuvent compter sur la matérialisation en flux réels des promesses de don matérialisées est

² Source : adapté du Guide de suivi GPEDC 2015.

une composante principale de prévisibilité. Il convient de noter que la fiabilité est liée à l'existence de règles claires régissant les décaissements de l'aide. Si les règles sont claires (par ex. les conditions préalables pour le décaissement) l'aide est alors plus prévisible – les différences entre ce qui a été prévu et ce qui s'est réellement produit peuvent s'expliquer par les règles en vigueur.³

Définitions relatives à l'indicateur lié au gouvernement (2Ga) :

Que mesure cet indicateur ?

L'intention que poursuit cet indicateur est de suivre les déboursements des ressources disponibles (ou l'exécution du budget) comme indiqué par le montant du budget total de la santé qui est dépensé (ressources nationales et extérieures).

Budget annuel ayant été approuvé pour le secteur de la santé : le budget annuel est-il tel qu'il a été approuvé par l'assemblée législative ? Afin de soutenir la discipline et la crédibilité du processus de préparation du budget, les modifications qui ont été apportées au budget annuel original, même si elles ont été approuvées par l'assemblée législative, *NE doivent PAS* être consignées ici.

Cela s'explique par le fait que c'est la crédibilité du budget original approuvé qu'il est important de mesurer, alors que des modifications rétroactives sont souvent apportées au budget annuel.

Le **sous-décaissement** se produit lorsque le montant qui a été prévu au budget n'a pas été entièrement décaissé.

Le **sur-décaissement** se produit lorsqu'un financement supplémentaire a été décaissé par rapport à ce qui a été approuvé dans le budget.

Budget équilibré : un budget dans lequel il n'y a ni sous ni sur-décaissements.

Définitions relatives à l'indicateur lié aux partenaires au développement (2DPa) :

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur se concentre sur la prévisibilité de la coopération au développement au cours d'une année de référence. À cet effet, il reconnaît que les manques à gagner du financement pour le secteur public et les retards dans les décaissements annuels de fonds prévus peuvent avoir de graves conséquences sur la capacité d'un gouvernement à mettre en œuvre des politiques et stratégies de développement comme prévu. Cet indicateur mesure l'écart entre le financement de la coopération au développement prévu par les DP et le financement de la coopération au développement effectivement décaissée tel qu'indiqué par le DP.

Coopération au développement dans le secteur de la santé : Le financement au titre de la coopération pour le développement dans le secteur de la santé comprend toutes les opérations effectuées, ayant pour but essentiel de promouvoir le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement. Cela inclut l'aide publique au développement (ADP), telle que définie dans les Directives statistiques du CAD-OCDE (OCDE, 2013)¹³, y compris des dons (subventions) ou des prêts aux pays en développement qui sont de caractère concessionnel (en cas de prêt, doit comporter un élément de libéralité au moins égal à 25 %).

Flux de coopération au développement dans le secteur de la santé prévu pour décaissement.

Le financement de la coopération au développement dans le secteur de la santé est considéré comme « prévu pour décaissement » lorsque celui-ci est notifié au gouvernement l'année précédant l'année de référence du suivi (n-1) ; cela inclut les financements prévus pour

³ Source : OECD (2011). Aid Predictability – Synthesis of Findings and Good Practices.

décaissement compris dans les accords qui ont débuté au cours de l'année n.

6.1.3 INDICATEUR 2Gb/2DPb : LA COOPÉRATION AU DÉVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE DOIT ÊTRE PLUS PRÉVISIBLE (MID-TERM)

L'indicateur lié à la coopération au développement en matière de santé est plus prévisible et sera mesuré au moyen d'un questionnaire d'évaluation quantitatif, disponible à l'Annexe 6.

L'objectif de cet indicateur est de mesurer le niveau de prévisibilité des ressources pour le secteur de la santé du Gouvernement et des Partenaires au développement. Il se concentre sur la prévisibilité de la coopération au développement pour les 3 prochaines années.

Définitions générales :

La capacité à prédire les flux d'aide est liée à la transparence de l'aide qui est importante pour la fiabilité (voir ci-dessus), étant donné qu'il est difficile de faire une prévision précise si les règles du jeu ne sont pas claires. La disponibilité ponctuelle des informations sur les flux d'aide futurs prévus, avec le niveau de détail approprié, est un élément important pour la prévisibilité. Volatilité de l'aide : l'aide est volatile lorsque les fluctuations dans les flux d'aide sont importantes, par rapport au volume concerné. L'aide peut fluctuer mais être toujours prévisible si les fluctuations peuvent être anticipées.⁴

Définitions relatives à l'indicateur lié au gouvernement (2Gb) :

CDMT. Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) – ensemble de principes pour une gestion budgétaire saine qui sont mis en œuvre de différentes manières dans différents contextes institutionnels. Cette approche permet de relier les dépenses allouées aux priorités du gouvernement en utilisant une budgétisation et un processus de préparation à moyen terme (horizon de trois à cinq ans), ainsi que les éléments typiques suivants⁵:

- **Approche intégrée applicable à l'échelle du gouvernement**
- **Contrainte budgétaire forte « du haut vers le bas »** cohérente avec la soutenabilité macro-économique qui limite les niveaux de dépenses sur le moyen terme, ce qui implique une projection des ressources financières crédible et réaliste qui sont elles-mêmes basées sur des hypothèses macro-économiques explicites et prudentes.
- **Ensemble de priorités politiques stratégiques énoncées « du haut vers le bas ».**
- **Des estimations prévisionnelles « du bas vers le haut »** du coût des politiques, des programmes et des activités existants sur le moyen terme, supportées par une revue des dépenses publiques.
- **Un processus politique unique au niveau national** au centre du gouvernement qui réconcilie les éléments « descente » et « remontée », ce qui pousse à établir les priorités politiques en tenant compte du cadre des ressources restreintes lors du processus d'allocation des ressources.
- **Un lien fort et clair entre les projections du CDMT et la procédure budgétaire annuelle** afin que les objectifs mis en place sur plusieurs années (dûment mis à jour en fonction de l'évolution de la situation macro-économique) forment la base à partir de laquelle le budget est élaboré.
- **Une orientation vers les résultats** (c.-à-d. produits et résultats) plutôt que sur les apports financiers à la fois dans la structure du budget et en termes de responsabilité.

⁴ Source : OECD (2011). Aid Predictability – Synthesis of Findings and Good Practices.

⁵ <http://www.oecd.org/env/outreach/42942138.pdf>

En place. A été finalisé et adopté par le gouvernement – c.-à-d. qui n'est pas en cours de développement.

Définitions relatives à l'indicateur lié aux partenaires au développement (2DPb) :

NB : Les données mesurant la performance des DP pour l'indicateur 3DPb sont communiquées par le gouvernement.

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur porte sur la prévisibilité à moyen-terme de la coopération pour le développement. À ce titre, l'indicateur montre que le manque d'informations complètes et crédibles peut avoir des implications sérieuses pour la capacité d'un gouvernement à planifier et mettre en œuvre ses politiques et stratégies, fournir des services publics, et concevoir et conduire une politique macroéconomique judicieuse.

Cet indicateur mesure si les gouvernements des pays en développement ont à leur disposition des plans de dépenses prévisionnelles ou de mise en œuvre pour chacun des fournisseurs de coopération pour le développement couvrant les trois prochaines années (2016-2017-2018). De tels plans doivent couvrir l'ensemble des composantes connues du programme-pays du fournisseur. Par exemple, ils doivent inclure toutes les modalités de coopération utilisées par le fournisseur (par exemple : soutien budgétaire, projets, coopération technique, aide en nature) ainsi que des estimations pour les apports futurs qui n'ont pas encore été affectés à des activités spécifiques ou doivent encore faire l'objet de signature d'accords (c'est-à-dire, les enveloppes de ressources encore « non-affectées » qui seront mises à la disposition du pays en développement mais dont la modalité, le secteur ou l'activité de dépenses n'a pas encore été déterminé).

Définitions

Coopération au développement dans le secteur de la santé :

Le financement au titre de la coopération pour le développement dans le secteur de la santé comprend toutes les opérations effectuées, ayant pour but essentiel de promouvoir le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement. Cela inclut l'aide publique au développement (ADP), telle que définie dans les Directives statistiques du CAD-OCDE (OCDE, 2013)¹³, y compris des dons (subventions) ou des prêts aux pays en développement qui sont de caractère concessionnel (en cas de prêt, doit comporter un élément de libéralité au moins égal à 25 %).

Plan indicatif prévisionnel de dépenses et/ou opérationnel. Le gouvernement du pays en développement devrait, pour chaque DP participant au processus de suivi, établir s'il détient des informations concernant le plan indicatif prévisionnel de dépenses et/ou opérationnel du DP pour le pays.

Le point focal IHP+/l'entité qui centralise les données doit s'assurer que les informations adéquates lui ont été communiquées par chaque DP.

Un plan indicatif prévisionnel de dépenses et/ou opérationnel doit **remplir les trois critères suivants** :

1. Être mis à disposition par le DP sous forme écrite ou électronique (ex. un document unique ou – si des systèmes appropriés sont disponibles dans le pays – renseigné convenablement dans un système d'information de gestion de l'aide au développement).
2. Donne des informations précises sur les dépenses futures et/ou les activités opérationnelles dans le pays, ce qui inclut :
 - a. Les ressources programmées ou pour lesquelles des engagements ont été pris, quand l'activité et la modalité sont connues ; et
 - b. D'autres ressources qui n'ont pas encore été allouées à des activités spécifiques dans le pays.

3. Les montants sont présentés par année (ou par trimestre ou mois si les informations détaillées existent) en utilisant l'année fiscale du pays comme référence.

Flux de coopération au développement pour les années fiscales finissant en 2016, 2017 et 2018.

Un plan qui remplit les critères ci-dessus peut être disponible, mais les informations disponibles peuvent varier d'une année à l'autre. En répondant à la question 3 de l'outil de collecte de données du gouvernement, le point focal IHP+ doit examiner les données pour chaque année. (La raison est qu'un plan indicatif prévisionnel de dépenses et/ou opérationnel peut fournir des informations détaillées pour l'année suivante, mais pas forcément pour celles d'après).

Pour chaque année, répondre 1 (« Oui ») si les informations fournies remplissent **les deux** critères additionnels suivants :

1. Couverture complète des informations quant aux types et modalités d'appui (par exemple, un DP utilisant à la fois les modalités projet et appui budgétaire doit inclure les montants prévus selon les deux modalités) ; et
2. Le montant et la devise du financement de la coopération au développement est clairement indiqué (lorsque l'appui prend la forme d'une coopération technique ou de la fourniture de biens et services en nature, le coût de ces activités doit être fourni).

Lorsque les critères additionnels ci-dessus NE SONT PAS REMPLIS pour une année donnée, ou lorsque les trois critères qui définissent un Plan indicatif prévisionnel de dépenses et/ou opérationnel (voir définition plus haut) NE SONT PAS REMPLIS, répondre 0 (« Non »).

NB : Dans l'esprit de cet indicateur, il est demandé aux répondants de fournir des données basées sur la disponibilité des informations relatives aux dépenses prévisionnelles au moment du remplissage de l'outil de collecte des données (ce moment ne coïncide pas forcément avec l'année fiscale de référence).

6.1.4 INDICATEUR 2Gc/2DPc : L'AIDE AU SECTEUR SANTE EST INSCRITE DANS LES BUDGETS NATIONAUX

Cet indicateur vérifie si les extrants de ressources sont enregistrés dans le budget national de santé et sont conformes aux priorités nationales.

NB : Il convient de souligner que, comme un certain nombre d'indicateurs, la performance de cet indicateur peut être attribuée aux efforts des gouvernements des pays en développement et de leurs partenaires au développement. L'objectif de l'indicateur est d'offrir un aperçu de la façon dont – ensemble – ils facilitent le suivi de l'aide au niveau domestique. Il s'agit là davantage d'offrir un point de départ pour un dialogue plus large sur le contrôle de l'aide au niveau parlementaire, plutôt que d'une « fiche de performance » au sens propre du terme, des efforts soit des gouvernements des pays en développement, soit des DP.

Définitions relatives à l'indicateur lié au gouvernement (2Gc) :

Que mesure cet indicateur ?

L'objectif de cet indicateur est de vérifier si le budget national reflète les ressources pour le secteur de la santé, notamment les contributions des partenaires au développement.

Définitions

Contributions des partenaires au développement incluses dans le budget national : le budget national pour le secteur de la santé indique le montant de financement disponible de la part de chaque partenaire au développement pour l'exercice fiscal en question.

Définitions relatives à l'indicateur lié aux partenaires au développement (2DPc) :

Que mesure cet indicateur ?

La formulation du budget est un élément central du processus d'élaboration des politiques dans tous les pays. C'est pourquoi le degré d'exhaustivité et de précision de la comptabilisation dans le budget des contributions financières des fournisseurs de coopération pour le développement en faveur du secteur public est un bon indicateur du sérieux des efforts déployés pour rattacher l'aide aux politiques et processus nationaux et renforcer le contrôle et la redevabilité domestique portant sur l'utilisation des ressources provenant de la coopération pour le développement et les résultats escomptés. Les apports de soutien budgétaire sont toujours comptabilisés dans le budget mais les autres formes de coopération, notamment l'aide-projet, peuvent, et devraient, être également recensées dans le budget – même lorsque les fonds ne transitent pas par le Trésor public du pays considéré.

L'indicateur vise à cerner la mesure dans laquelle les budgets nationaux intègrent les fonds de coopération au moment de leur formulation. Le dénominateur est maintenant le montant de l'aide prévue pour décaissement au début de l'année n, plutôt que des décaissements ex post. Ceci marque ainsi la différence entre la mesure du degré d'intégration des estimations d'aide ex ante dans les budgets publics (cet indicateur 2DPc) de la mesure de prévisibilité, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les fonds prévus sont en fait décaissés ou le réalisme des estimations (maintenant comptabilisées par l'Indicateur 3DPa).

Définitions

Coopération au développement dans le secteur de la santé : Le financement au titre de la coopération pour le développement dans le secteur de la santé comprend toutes les opérations effectuées, ayant pour but essentiel de promouvoir le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement. Cela inclut l'aide publique au développement (ADP), telle que définie dans les Directives statistiques du CAD-OCDE (OCDE, 2013)¹³, y compris des dons (subventions) ou des prêts aux pays en développement qui sont de caractère concessionnel (en cas de prêt, doit comporter un élément de libéralité au moins égal à 25 %).

Budget annuel : Le budget annuel tel qu'il a été approuvé par l'assemblée législative. Afin de soutenir la discipline et la crédibilité du processus de préparation du budget, les modifications qui ont été apportées au budget annuel original, même si elles ont été approuvées par l'assemblée législative, **NE doivent PAS** être consignées dans la question Q6 dans l'outil de collecte des données des DP. Cela s'explique par le fait que c'est la crédibilité du budget original approuvé qu'il est important de mesurer, alors que des modifications rétroactives sont souvent apportées au budget annuel.

Le **Cadre de financement convenu** est un accord entre différentes parties prenantes (c'est-à-dire les Partenaires au développement) sur la manière de financer un secteur, un sous-secteur ou un sous-programme spécifique. Par exemple l'Accord de Financement Conjoint, signé par de nombreux partenaires au développement au Népal.

6.1.5 MODULE SUPPLÉMENTAIRE SUR L'AIDE HUMANITAIRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Cet indicateur vérifie si le système humanitaire, notamment le gouvernement et les organisations humanitaires, est en mesure de planifier à l'avance et de déterminer rapidement la manière dont les ressources peuvent être attribuées afin de répondre au mieux aux nouvelles priorités humanitaires.

2 différents questionnaires qualitatifs pour le gouvernement:

- **IHP+ 2016_GOV QUAL SURVEY tool FR_160330_version finale** : Ce questionnaire inclut une question concernant le plan pour les urgences sanitaires du gouvernement. Il s'agit d'un plan standard qui s'applique à tous les pays – tous les gouvernements nationaux doivent répondre à la question.
- **IHP+ 2016_GOV QUAL SURVEY FR_Aide Humanitaire_160330 version finale** : Ce questionnaire inclut 2 questions additionnelles concernant l'aide humanitaire et concerne seulement ces pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie dans les années fiscales 2013, 2014 ou 2015. Une quantité importante d'aide humanitaire signifie **l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé**. IHP + R indiquera dans quels pays ces 2 questions devraient être répondues par le gouvernement.

3 différents questionnaires qualitatifs pour les partenaires au développement (PDs):

- **IHP+ 2016_DP QUAL SURVEY FR_STANDARD_pour tous PDs_160330 version finale**: Ce questionnaire devrait être rempli par les PDs dans chaque pays où l'aide humanitaire à la santé n'est pas substantiel ou non disponible. C'est le cas pour la plupart des pays.
- **IHP+ 2016_DP QUAL SURVEY FR_AIDE HUM_pour PDs_160330 version finale**: La première question a été répondue dans l'outil quantitatif et la réponse sera copiée dans l'outil qualitatif. La question concerne le volume d'aide humanitaire à la santé fournie par le PD. Ce questionnaire sera rempli par le PD seulement dans les pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie (l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé). IHP + R indiquera dans quels pays cette question devrait être répondue par les PD.
- **IHP+2016_DP QUAL SURVEY FR_AIDE HUM_pour Cluster Coordinator_version finale**: Cet outil a été développé spécifiquement pour le Coordinateur du Groupe Sectoriel Santé pour l'aide humanitaire ('Cluster Coordinator') dans les pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie (l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé). Le Coordinateur du Groupe Santé est en principe / souvent l'OMS ou l'UNICEF. Les questions 2 à 5 concernent le budget total et les dépenses concernant l'aide humanitaire à la santé pour l'année fiscale, ainsi que l'exécution du plan de l'aide humanitaire ('response plan').

3 outils quantitatifs pour les partenaires au développement :

- **IHP+2016_DP Survey Tool FR_Outils Standard for PDs_160330 version finale:** Ce questionnaire devrait être rempli par les PDs dans chaque pays où l'aide humanitaire à la santé n'est pas substantiel ou non disponible. C'est le cas pour la plupart des pays.
- **IHP+2016_DP Survey Tool FR_Aide Humanitaire_pour PDs_160330 version finale:** Ce questionnaire sera rempli par le PD dans les pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie (l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé). IHP + R indiquera dans quels pays cette question devrait être répondue par les PD.
- **IHP+2016_DP Survey Tool FR_Aide Humanitaire_pour Cluster Coordinator_version finale:** Cet outil sera rempli par le Coordinateur du Groupe Sectoriel Santé pour l'aide humanitaire ('Cluster Coordinator') dans les pays où une quantité importante d'aide humanitaire a été fournie (l'équivalent d'au moins 10% du budget national du secteur de la santé). L'IHP+R indiquera dans quels pays l'Agence de Coordination sera invité à remplir ce questionnaire.

Définitions de l'indicateur gouvernemental (2H-G) :

Que mesure cet indicateur ?

L'objectif de cet indicateur est de vérifier la mesure dans laquelle le gouvernement est préparé pour répondre aux urgences sanitaires.

Définitions

Plan pour les urgences sanitaires : un plan pour les urgences sanitaires est un plan proactif permettant de gérer les urgences imprévues comme par exemple en cas d'émergences de maladies, **de tremblements de terre, d'inondations, etc.** Les pays ont souvent un système d'alerte précoce en place afin de détecter ces urgences sanitaires, ce qui entraîne l'activation du plan d'urgence. Chaque pays est supposé disposer d'un système d'alerte précoce (souvent soutenu par l'OMS) et d'un plan en place.

Plan d'intervention en cas d'urgence : le plan d'intervention en cas d'urgence (également appelé **plan d'action humanitaire ou plan d'intervention stratégique**) définit une vision partagée de la manière de répondre aux besoins évalués et exprimés de la population affectée. Il prévoit la mise en œuvre de l'aide humanitaire. Le plan d'intervention stratégique est un questionnaire de gestion pour intervenir et il appuie la prise de décision par l'équipe nationale humanitaire. Il comprend deux composantes associées : une stratégie nationale ou contextuelle, avec des objectifs stratégiques et des indicateurs ; et des plans de groupe, avec des objectifs, des activités et des projets d'accompagnement. Ils indiquent ensemble la manière dont la stratégie sera mise en œuvre et le montant de financement requis.⁶ En règle générale, le plan d'intervention en cas d'urgence couvre tous les secteurs notamment celui de la santé. Il indique le plan du groupe sectoriel Santé, les activités, les ressources, etc. En général, l'OMS est le coordinateur du groupe sectoriel Santé et l'UNICEF se charge du groupe sectoriel Nutrition. Seuls les pays recevant de l'aide humanitaire ont un plan d'action d'aide humanitaire (plan d'intervention en cas d'urgence ; plan d'intervention stratégique).

Urgences sanitaires : une « urgence sanitaire publique » peut être définie comme un événement, naturel ou d'origine humaine, qui pose un risque pour la santé de la population. Les urgences sanitaires incluent les émergences de maladie, les soins de santé apportés aux réfugiés, la réponse sanitaire à une catastrophe naturelle, etc.

Budget d'aide humanitaire dans le secteur de la santé : désigne le budget qui est inclus dans le budget annuel afin de pouvoir répondre aux urgences sanitaires.

Aide humanitaire dans le secteur de la santé : désigne une intervention pour aider les personnes victimes d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit à satisfaire leurs besoins et

⁶ Source : www.humanitarianresponse.info

droits élémentaires en matière de santé. L'aide financière ou matérielle est affectée pour être utilisée par le secteur de la santé et peut se traduire par une assistance directe, une assistance indirecte ou un soutien aux infrastructures. L'aide humanitaire peut être fournie conformément aux principes humanitaires élémentaires d'humanité, d'impartialité et de neutralité, tels qu'ils figurent dans la Résolution 46/182 de l'Assemblée générale.

Définitions de l'indicateur des partenaires au développement (2H-DP) :

Que mesure cet indicateur ?

L'objectif de cet indicateur est de vérifier la mesure dans laquelle les DP ont décaissé l'aide humanitaire dans le secteur de la santé au cours de l'exercice fiscal dans le cadre duquel elle avait été prévue.

Définitions

Aide humanitaire attribuée pour le secteur de la santé : désigne les paiements ou le transfert de fonds ou de biens en nature provenant du donateur à l'organisation faisant appel/bénéficiaire (il peut s'agir du Gouvernement partenaire mais également d'OSC, d'organisation des NU ou d'autres entités) qui provient d'un engagement. Ce financement ou ces biens en nature sont affectés pour être utilisés en réponse à des besoins ou droits en matière de santé.

Aide humanitaire engagée : désigne une obligation contractuelle concernant le financement entre le donateur et l'organisation faisant appel/bénéficiaire. Elle prend presque toujours la forme d'un contrat signé. Il s'agit de l'étape décisive du financement humanitaire : les organisations ne peuvent pas dépenser d'argent et ne peuvent rien mettre en œuvre avant qu'un engagement de financement ne soit pris ; une fois pris, elles peuvent commencer à le dépenser, en utilisant les réserves de trésorerie.

6.1.6 INDICATEUR 3 : INSTITUTIONS EFFECTIVES : LES SYSTÈMES DE GESTION FINANCIÈRE PUBLICS DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT SONT RENFORCÉS ET UTILISÉS

Cet indicateur évalue le degré d'harmonisation et d'alignement des systèmes de gestion financière ; la mesure dans laquelle le renforcement des capacités requis a été réalisé ou est en cours, et les systèmes nationaux sont renforcés et utilisés.

Définitions générales :

Politique Nationale et Évaluation Institutionnelle (PNEI) : la Politique Nationale et Évaluation Institutionnelle (PNEI) évalue la qualité de la politique actuelle et du cadre institutionnel d'un pays. Par « qualité » on entend la mesure dans laquelle ce cadre permet de favoriser la réduction de la pauvreté, la croissance durable et l'utilisation efficace de l'aide au développement.

Les trois dimensions suivantes sont évaluées par la Banque mondiale en utilisant des critères établis :

- a. un budget complet et crédible, lié aux priorités des politiques publiques ;
- b. des systèmes de gestion financière efficaces pour veiller à ce que le budget soit exécuté comme prévu et d'une manière contrôlée et prévisible ; et
- c. une comptabilité exacte et en temps voulu, un reporting fiscal incluant des comptes publics à jour et audités et des mesures de suivi effectives.

Les trois dimensions sont pondérées de la même manière. Voir Banque mondiale (2010) pour les critères détaillés qui sous-tendent chaque dimension. Plus le score est élevé, plus la gestion budgétaire et financière des systèmes des pays est fiable⁷.

Définitions relatives à l'indicateur lié au gouvernement (3G) :

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur vérifie si les systèmes nationaux de gestion financière publics : (a) respectent les bonnes pratiques généralement acceptées ou (b) ont mis en place un programme de réforme afin de les mettre en œuvre.

Définitions

Systèmes de Gestion Financière Publics (PFM) désigne le système national permettant de gérer les ressources financières. Il comprend quatre composantes, les trois premières se concentrant sur le PFM (la quatrième est évaluée dans l'indicateur 4) :

1. les procédures nationales d'exécution du budget
2. les procédures nationales de rapportage financier
3. les procédures nationales d'audit, et
4. les systèmes nationaux de passation des marchés.

Les cadres législatifs exigent normalement la rédaction des types spécifiques de rapports financiers et de rapports d'audit ainsi qu'une périodicité desdits rapports. L'utilisation de rapports et/ou d'audits financiers nationaux signifie que les donateurs (en principe) n'imposent pas d'exigences supplémentaires aux gouvernements en ce qui concerne les rapports et/ou les audits financiers.

Bonnes pratiques généralement acceptées : l'indicateur objectif qu'utilise l'IHP+R provient directement de l'échelle de performance CPIA, telle que décrite ci-dessus. Les évaluations CPIA sont réalisées chaque année et les données sont disponibles pour chaque pays sur le site Internet de la Banque mondiale (à compter de 2005).

Programme de réformes en place : le gouvernement a mis en place un plan pour renforcer le système PFM, qui est soutenu par les DP.

Définitions relatives à l'indicateur lié aux partenaires au développement (3DP) :

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur porte sur l'utilisation des systèmes de GFP des pays en développement pour les apports de coopération pour le développement destinés au secteur public, sans exiger des garde-fous et mesures de sauvegarde. Les systèmes nationaux sont ceux consacrés par la législation du pays considéré (et les réglementations connexes) et appliqués par les services de l'administration investis d'une fonction de gestion.

Aucune modalité particulière de coopération pour le développement ne peut être automatiquement considérée comme utilisant les systèmes nationaux de GFP. La plupart des modalités, y compris l'aide-projet, peuvent être conçues pour utiliser les systèmes nationaux de gestion des finances publiques. Une liste de critères est fournie plus loin pour aider les fournisseurs de coopération pour le développement à déterminer les cas dans lesquels les systèmes nationaux sont et ne sont pas utilisés.

Définitions

⁷ Voir: <http://data.worldbank.org/indicator/IQ.CPA.FINQ.XQ>

Coopération au développement dans le secteur de la santé : Le financement au titre de la coopération pour le développement dans le secteur de la santé comprend toutes les opérations effectuées, ayant pour but essentiel de promouvoir le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement. Cela inclut l'aide publique au développement (ADP), telle que définie dans les Directives statistiques du CAD-OCDE (OCDE, 2013)¹³, y compris des dons (subventions) ou des prêts aux pays en développement qui sont de caractère concessionnel (en cas de prêt, doit comporter un élément de libéralité au moins égal à 25 %).

Déboursée pour le secteur gouvernemental : Aide au secteur de la santé déboursée dans le cadre d'une entente avec les administrations (ministères, départements, agences ou municipalités) habilitées à recevoir des ressources ou à entreprendre des dépenses pour le compte du gouvernement central. Cela inclut les travaux, les biens ou les services délégués pas ces administrations à d'autres entités telles que :

- les organisations non gouvernementales (ONG) ;
- les organismes publics semi-autonomes ;
- des entreprises privées.

Utilisation des procédures nationales d'exécution du budget : Les DP ou la coopération au développement utilisent les procédures nationales d'exécution du budget lorsque les fonds qu'ils fournissent sont gérés selon les procédures budgétaires nationales établies selon la législation générale et mis en œuvre par le gouvernement. Cela signifie que les programmes de coopération au développement soutenus par les DP sont soumis aux procédures normales d'exécution budgétaire des pays, à savoir les procédures d'autorisation, d'approbation et de paiement. Les DP sont invités à examiner toutes leurs activités de coopération au développement dans le secteur de la santé en vue de déterminer dans quelle mesure le financement du secteur gouvernemental répond à **au moins trois des quatre critères** ci-dessous (si moins de trois critères sont respectés, l'activité est disqualifiée) :

1. Est-ce que vos fonds sont **inclus dans le budget annuel** approuvé par l'assemblée législative du pays ? (O/N)
2. Vos fonds sont-ils soumis à des **procédures d'exécution du budget** du pays concerné ? (O/N)
3. Est-ce que vos fonds sont traités (ex. déposés et déboursés) par l'intermédiaire du **système de trésorerie du pays concerné** ? (O/N)
4. Vous N'AVEZ PAS BESOIN d'ouvrir des **comptes bancaires séparés** pour vos fonds ? (O/N).⁸

Utilisation des procédures nationales de rapportage financier. Les cadres législatifs spécifient généralement quels types précis de rapports financiers doivent être produits et selon quelle périodicité. L'utilisation de rapports financiers nationaux signifie que les partenaires au développement n'imposent pas d'exigences supplémentaires aux gouvernements pour ce qui a trait aux rapports financiers. En particulier, les partenaires au développement n'exigent pas : (i) le maintien d'un système de comptabilité distinct pour satisfaire les exigences en matière de production de rapports des bailleurs de fonds et (ii) la création d'un plan comptable distinct pour consigner l'utilisation des fonds venant des partenaires au développement.

Les DP sont invités à examiner l'ensemble des activités qu'ils mènent dans le secteur de la santé en vue de déterminer combien d'aide pour le secteur de la santé allouée au secteur gouvernemental respecte les DEUX critères présentés ci-dessous (si ces deux critères ne sont pas respectés simultanément, l'activité est disqualifiée) :

1. Vous n'avez PAS besoin de maintenir un **système de comptabilité distinct** pour répondre à vos propres exigences en matière de production de rapports ? (O/N)⁹
2. Vous avez SEULEMENT besoin des rapports financiers préparés selon les **dispositions de rapportage**

⁸ Exécution du budget — **Oui** : pas besoin d'ouvrir des comptes séparés. **Non** : besoin d'ouvrir des comptes séparés.

⁹ Rapportage financier — **Oui** : pas besoin de maintenir un système de comptabilité distinct. **Non** : besoin de maintenir un système de comptabilité distinct.

financier prévues par le pays ? (O/N).

Utilisation des procédures nationales d'audit. Les DP se reposent sur les avis d'audit émis par l'institution supérieure de contrôle du pays, sur les rapports financiers normaux et les déclarations du gouvernement, tels que définis ci-dessus. L'utilisation des procédures nationales d'audit signifie que les DP n'ont pas besoin de demander aux gouvernements d'effectuer des audits supplémentaires. Les DP sont invités à examiner l'ensemble des activités qu'ils mènent dans le secteur de la santé en vue de déterminer combien d'aide dans le secteur de la santé allouée au secteur gouvernemental respecte les **DEUX critères** présentés ci-dessous¹⁰:

1. Vos fonds sont-ils soumis à un audit effectué sous la responsabilité de l'**Institution supérieure de contrôle** du pays ? (O/N)
2. En temps normal, vous **n'avez pas besoin** de recourir à des **procédures d'audit additionnelles**¹¹? (O/N)¹²

ET au moins un des deux critères ci-dessous :

3. Vous n'avez PAS besoin de demander des **standards d'audit différents** de ceux adoptés par l'Institution supérieure de contrôle du pays ? (O/N)¹³
4. Vous n'avez PAS besoin de demander à l'Institution supérieure de contrôle de changer son cycle d'audit pour auditer vos fonds ? (O/N)¹⁴

6.1.7 LES SYSTÈMES D'APPROVISIONNEMENT DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT SONT RENFORCÉS ET UTILISÉS

Cet indicateur évalue le degré d'harmonisation et d'alignement des systèmes d'approvisionnement et de passation des marchés ; la mesure dans laquelle les systèmes parallèles sont progressivement abandonnés et les systèmes nationaux renforcés et utilisés en se concentrant sur une gestion optimisée de l'argent.

Définitions générales :

Approvisionnement désigne le processus global d'achat de biens, de travaux et de services notamment de fonctions définies après identification des besoins, demande et choix des sources, élaboration et passation de marché, et toutes les phases d'administration de marché jusqu'à la fin d'un marché.

Approvisionnement public désigne l'approvisionnement relevant de la compétence d'un Gouvernement ou d'une autre organisation du secteur public, pouvant également être une entité qui utilise des fonds publics. Dans la pratique, l'approvisionnement public va de l'achat de carburant à la construction de routes et autoroutes, des livres d'école aux médicaments et des fournitures de bureau aux services de conseil.

¹⁰ Note : dans le cas où le financement de la coopération au développement concerne des entités parapubliques (ex. entreprises publiques) et que ces entités ne sont pas sujettes à un audit de l'Institution supérieure de contrôle, les critères suivants doivent être considérés : les DP sont invités à examiner toutes leurs activités de développement en vue de déterminer quel volume financier de la coopération au développement dans le secteur gouvernemental répond aux DEUX critères suivants : 1. Est-ce que vos fonds sont sujets à un audit effectué selon les procédures régulières de vérification établis pour la vérification des entités parapubliques ? (O/N) 2. Dans des circonstances normales, vous n'avez PAS demandé d'audits supplémentaires ? (O/N) ET au moins un des deux critères suivants : 3. Vous n'avez PAS besoin de demander des standards d'audit différents de ceux adoptés par le pays partenaire pour l'audit des entités parapubliques ? (O/N) 4. Vous n'avez PAS besoin de demander un changement du cycle d'audit des entités parapubliques pour auditer vos fonds ? (O/N)

¹¹ Se réserver le droit de réaliser un audit exceptionnel (ex. découverte de cas de fraude ou de corruption) n'est pas pris en compte dans ce critère.

¹² **Oui** : Le DP ne demande pas d'audits additionnels. **Non** : Le DP demande des audits additionnels.

¹³ **Oui** : Le DP ne demande pas de standards d'audit différents. **Non** : Le DP demande des standards d'audit différents.

¹⁴ **Oui** : Le DP ne demande pas de changer le cycle d'audit. **Non** : Le DP demande de changer le cycle d'audit.

Définitions de l'indicateur gouvernemental (4G) :

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur évalue la mesure dans laquelle un plan gouvernemental pour des systèmes d'approvisionnement et de passation des marchés existe et est soutenu par des partenaires au développement.

Définitions

Système national d'approvisionnement et de passation des marchés : le système national d'approvisionnement désigne le cadre global pour l'approvisionnement public dans un pays comprenant le cadre législatif, la structure organisationnelle et notamment les accords relatifs au contrôle et à la surveillance, ainsi que les procédures et les pratiques.

Utilisation des systèmes mondiaux ou régionaux d'approvisionnement : la propriété nationale du système d'approvisionnement et de passation des marchés peut inclure l'utilisation de systèmes mondiaux d'approvisionnement (tels que par exemple GAVI), à condition que cette décision ait été prise par le ministère de la Santé.

Définitions de l'indicateur des partenaires au développement (4DP) :

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur évalue la mesure dans laquelle les systèmes d'approvisionnement/passation des marchés sont harmonisés et alignés ; et les systèmes nationaux utilisés ou renforcés.

Définitions

Harmonisation et alignement avec les systèmes d'approvisionnement et de passation des marchés : Les DP harmonisent leurs systèmes d'approvisionnement et de passation des marchés au lieu de conserver des systèmes séparés propres à un organisme. Ils réduisent le nombre de systèmes parallèles.

Utilisation des systèmes nationaux d'approvisionnement : les DP utilisent les systèmes d'approvisionnement lorsque les fonds qu'ils fournissent pour la mise en œuvre de projets et programmes (par ex. pour l'approvisionnement en médicaments ou en ambulances) sont gérés conformément aux procédures d'approvisionnement nationales telles qu'elles ont été établies dans la législation générale et qu'elles sont mises en œuvre par le gouvernement. L'utilisation de procédures d'approvisionnement nationales signifie que les DP n'imposent pas d'exigences supplémentaires ou spéciales aux gouvernements pour les prestations de travaux, l'approvisionnement en biens et les prestations de services (lorsque des faiblesses ont été identifiées dans les systèmes nationaux d'approvisionnement, les prestataires de la coopération au développement peuvent travailler avec les pays en développement afin d'en améliorer l'efficacité, et le caractère économique ainsi que la transparence de leur mise en œuvre).

Renforcement des systèmes nationaux d'approvisionnement et de passation des marchés : les DP soutiennent le renforcement ou le développement des systèmes nationaux / publics d'approvisionnement et de passation des marchés lorsqu'ils apportent un soutien financier ou technique aux systèmes d'approvisionnement nationaux / publics en place.

6.1.8 INDICATEUR 5 : LA REDEVABILITÉ MUTUELLE EST RENFORCÉE

Cet indicateur vérifie si le suivi conjoint de l'avancement et des résultats se base sur une plateforme unique d'information et de redevabilité ; et si les processus conjoints pour la redevabilité mutuelle sur l'ECD, tels que les Revues Annuelles Conjointes ou les examens du pacte, sont en place.

Définitions générales :

Redevabilité mutuelle : désigne une situation dans laquelle deux parties ou plus (c'est-à-dire des gouvernements, donateurs et parties prenantes engagées) ont partagé leurs objectifs de développement, dans laquelle chacune a des demandes légitimes auxquelles les autres sont tenues de répondre et dans laquelle chacune peut être tenue d'expliquer la manière dont elle s'est acquittée de ses responsabilités et être sanctionnée en cas de manquement.

S et E : suivi, évaluation et examen des activités de la stratégie nationale de santé. L'objectif du suivi et de l'évaluation (S et E) est de savoir si des activités sont mises en œuvre et si les résultats escomptés sont obtenus comme prévu dans la stratégie ou le plan sectoriel national de santé, et si les interventions sanitaires contribuent de manière positive à l'amélioration de la santé de la population.

Plan S et E pour le secteur de la santé : il fait partie intégrante de la stratégie nationale de santé axée sur toutes les activités de suivi et d'évaluation de la stratégie. Il institutionnalise l'utilisation du S et E comme un outil permettant une meilleure gestion, transparence et redevabilité du secteur public. L'objectif du plan ou système de suivi et d'évaluation sectoriel est de coordonner et de soutenir le ministère de la Santé, les ministères associés, les Partenaires au développement et les parties prenantes afin de suivre de manière régulière et systématique l'avancement de la mise en œuvre d'interventions prioritaires du plan stratégique et d'évaluer la performance du secteur en fonction des objectifs convenus et des indicateurs de performance tels qu'ils sont définis dans le cadre du S et E.

Pacte ou accord de partenariat : un document qui définit les approches convenues pour la fourniture de la coopération au développement dans le pays partenaire, comprenant les principes, processus et/ou cibles convenus visant à améliorer son efficacité. Cela peut prendre la forme d'un document de politique ou de stratégie indépendant, ou peut être abordé au sein d'un autre document (par exemple, dans le cadre d'une stratégie de développement nationale ou autre stratégie similaire). Le document a fait l'objet d'une consultation inclusive entre le gouvernement du pays partenaire, les partenaires au développement et les autres parties prenantes au développement concernées.

Revue Annuelle Conjointe (RAN) : désigne un processus pouvant faire partie du suivi et de la planification de la mise en œuvre du plan stratégique dans le secteur de la santé. La RAN permet de vérifier si le plan est en bonne voie et si les stratégies sont adaptées pour obtenir les résultats escomptés. Le terme « Conjointe » fait référence à un certain nombre de parties prenantes concernées par la performance du secteur de la santé et participant à la revue.

Revue de mi-parcours (RMP) : une RMP vise à évaluer la pertinence continue d'une intervention et les progrès réalisés pour atteindre ses objectifs prévus. Elle permet de faire des modifications afin de garantir la réalisation de ces objectifs pendant la durée de vie du projet. En outre, les RMP permettent de vérifier si l'intervention correspond toujours aux objectifs stratégiques ; si elle est pertinente et utile pour les principales parties prenantes et si elle est menée de manière efficace.

6.1.9 INDICATEUR 6 : ASSISTANCE TECHNIQUE COORDONNÉE ET COOPÉRATION SUD-SUD/TRIANGULAIRE

Cet indicateur vérifie si l'assistance technique est prévue de manière stratégique et dispensée d'une manière bien coordonnée ; et si des possibilités d'apprentissage systématique entre les pays sont développées et soutenues par les organisations (coopération sud-sud et triangulaire).

Définitions générales :

Assistance technique (AT) : peut avoir pour objectif d'atteindre différents objectifs ayant un impact sur les personnes, les systèmes et les organisations ¹⁵:

- Substituer des capacités/comblent des lacunes – l'utilisation de l'AT pour entreprendre des tâches et des devoirs dont un membre régulier du personnel serait normalement chargé
- Capacités supplémentaires – l'utilisation de l'AT pour la prestation de conseils et d'orientations limités dans le temps pour les membres existants du personnel, souvent dans des domaines où la prise de décision est particulièrement difficile. Toutes les organisations l'utilisent.
- Développement des capacités – l'utilisation de l'AT pour transférer de manière explicite des compétences, connaissances et capacités à des membres permanents du personnel.

Plan d'Assistance technique (AT) National ou de Développement des Capacités : définit la manière dont l'assistance technique sera obtenue, fournie et utilisée afin de renforcer les systèmes et capacités nationaux. Il est lié au plan stratégique de santé et/ou au plan de développement des ressources humaines.

Coopération Sud-Sud (CSS) désigne un partenariat dans lequel deux pays du Sud ou plus poursuivent leurs objectifs de développement des capacités, nationaux ou institutionnels, individuels et/ou partagés. Le facteur commun est que tous les arrangements seront nationaux et basés sur des échanges de connaissances, compétences ou savoir-faire technique au moyen d'actions collectives et de partenariats inclusifs, impliquant les gouvernements, la société civile, les universités ou le secteur privé, pour le bénéfice individuel ou mutuel des pays concernés¹⁶.

Coopération Triangulaire (CTr) désigne un partenariat de CSS tel que défini ci-dessus qui est assisté par un partenaire au développement d'un des pays membre de l'OCDE-CAD une économie émergente, une organisation multilatérale, une fondation internationale ou une ONG internationale. L'assistance peut se faire sous forme de soutien financier, technique ou administratif¹⁷.

6.1.10 INDICATEUR 7 : ENVIRONNEMENT FAVORABLE POUR LES OSC

Il s'agit d'un nouvel indicateur : la méthode de mesure de cet indicateur a été développée par le processus de suivi GPEDC, notamment pour l'application au niveau national. Une description de la méthode est fournie ci-dessous et les questionnaires pour collecter les réponses auprès des trois groupes des parties prenantes principales (gouvernement, partenaires au développement et OSC) figurent à l'Annexe 4. Chaque questionnaire qualitatif (Gouvernement, DP et OSC) comporte des questions spécifiques afin d'évaluer le degré d'avancement par rapport à cet indicateur.

Le processus de collecte et d'analyse des données sera coordonné par le ministère de la Santé, avec le soutien de l'expert national et le point focal de l'IHP+ dans la mesure du possible (voir Annexe 3 pour une liste de contacts pertinents) ; ce schéma devrait permettre de minimiser les frais de transaction associés à cet exercice qualitatif.

Que mesure cet indicateur ?

¹⁵ Source : IHP+ (2014): Demand and supply of technical assistance and lessons for the health sector.

¹⁶ Source : IHP+ (2014), South-South and Triangular Cooperation in Health Current status and trends.

¹⁷ Source : idem.

Cet indicateur vise à évaluer la mesure dans laquelle les Organisations de la Société Civile opèrent dans un environnement qui optimise leur engagement dans et leur contribution au développement du secteur de la santé.

Cet indicateur est inclus dans les 3 différents questionnaires pour obtenir les points de vue du Gouvernement, des Partenaires au développement et des OSC concernant l'avancement par rapport à l'indicateur susmentionné. L'avancement sera mesuré en obtenant des réponses aux 4 questions suivantes :

1. Quelles sont les possibilités offertes par le Gouvernement aux OSC pour qu'elles participent de manière effective à la politique, à la planification et au suivi dans le secteur de la santé ?
2. Quelle est l'efficacité des mécanismes qui garantissent que les OSC travaillant dans le domaine de la santé sont responsables de leurs contributions aux politiques de santé efficaces, efficientes et équitables ?
3. La participation des OSC est-elle efficace dans les processus de politique nationale de santé soutenus par les partenaires au développement internationaux ?
4. Dans quelle mesure l'environnement légal et réglementaire national permet la maximisation de la contribution des OSC à la politique nationale de santé ?

Voir Annexe 4 pour les questions spécifiques dans chacun des questionnaires qualitatifs ainsi que le processus détaillé pour la collecte de données auprès des OSC .

Définitions

Les OSC incluses dans cette catégorie sont :

- Les organisations nationales non gouvernementales ou à caractère confessionnel qui procurent des services de santé ou qui sont impliquées dans la défense du secteur de la santé ainsi que dans le suivi des politiques et programmes de santé nationaux. Celles-ci comprennent les associations mutuelles nationales, les organisations de surveillance de la société civile et les sections des organisations ou fédérations régionales ou internationales constituées de pays comme entités légales indépendantes dans une structure de gouvernance nationale.
- Les fédérations nationales ou les organisations structurées en réseau qui représentent des organisations communautaires ou des ONG travaillant dans la santé, notamment les organismes centraux qui réunissent des groupes ayant des besoins spéciaux en services de santé.
- Établissements universitaires nationaux qui agissent comme groupes de réflexion sur les politiques, des organismes de recherche indépendants, ou des prestataires de services dans le secteur de la santé.

Environnement favorable pour les OSC : le contexte politique, financier, juridique et politique ayant un effet sur la manière dont les OSC mènent à bien leurs activités. (OCDE, 2011)

Loi habilitante pour l'enregistrement des OSC : stipule un enregistrement volontaire autorisé à toute fin légale et sans but lucratif ; qui exige un nombre réduit de fondateurs et/ou une valeur d'actifs peu élevée, qui est fondé sur des critères raisonnables, transparents et objectifs ; et qui fournit des possibilités de recours de nature judiciaire ou autre.

Les mécanismes ou processus de partenariat en matière de santé désignent des processus réguliers, prévisibles et transparents qui sont annoncés en temps opportun afin de permettre aux participants de se préparer et de participer au dialogue sur la politique de santé. Il s'agit notamment, des groupes de travail techniques, des réunions périodiques de parties prenantes, des évaluations conjointes des stratégies en matière de santé, des revues annuelles conjointes du secteur de la santé, de la préparation

de propositions de financements importants, de la préparation du plan stratégique en matière de santé, etc.

6.1.11 INDICATEUR 8 : ENVIRONNEMENT FAVORABLE AU SECTEUR PRIVÉ

Il s'agit d'un nouvel indicateur : La méthode est décrite ci-dessous et les questionnaires pour collecter les réponses auprès des trois groupes des parties prenantes principales (gouvernement, partenaires au développement et OSC) figurent à l'Annexe 4. Chaque questionnaire qualitatif (Gouvernement, DP et OSC) comporte des questions spécifiques afin d'évaluer le degré d'avancement par rapport à cet indicateur.

Le processus de collecte et analyse des données sera coordonné par le ministère de la Santé, avec le soutien de l'expert national et le point focal de l'IHP+ dans la mesure du possible (voir Annexe 3 pour une liste de contacts pertinents); cette organisation devrait permettre de minimiser les frais de transaction associés à cet exercice qualitatif.

Que mesure cet indicateur ?

Cet indicateur a pour but d'évaluer la mesure dans laquelle le secteur privé opère dans un environnement qui optimise son engagement dans et sa contribution au développement du secteur de la santé.

Cet indicateur est inclus dans les 3 différents questionnaires pour obtenir les points de vue du Gouvernement, des Partenaires au développement et du Secteur privé concernant l'avancement par rapport à l'indicateur susmentionné. L'avancement sera mesuré en obtenant des réponses aux 4 questions suivantes :

1. Quelles sont les possibilités offertes par le Gouvernement aux associations professionnelles et aux syndicats pour qu'ils puissent participer de manière effective à la politique, à la planification et au suivi dans le secteur de la santé ?
2. Quelle est l'efficacité des mécanismes qui garantissent que les associations professionnelles et les syndicats qui travaillent dans le domaine de la santé sont responsables de leurs contributions aux politiques de santé efficaces, efficientes et équitables ?
3. Le soutien fourni par les partenaires au développement aux associations professionnelles et aux syndicats est-il efficace pour encourager leur contribution au développement, à la mise en œuvre et au suivi de la politique nationale de santé ?
4. Dans quelle mesure l'environnement légal et réglementaire national permet le développement et l'engagement actif des associations professionnelles et des syndicats en matière de politique nationale de santé ?

Voir Annexe 4 pour les questions spécifiques qui figurent dans chacun des questionnaires qualitatifs ainsi que le processus détaillé pour la collecte de données auprès du Secteur privé.

Définitions

Les parties prenantes du secteur privé incluses dans cette catégorie sont :

- Les syndicats de travailleurs et les associations professionnelles
- Les associations de santé publique ou autres associations thématiques de professionnels de la santé

- Groupes ou organisations privés organisés représentant, par exemple, l'assurance maladie, les hôpitaux privés, les cliniques privées/les centres de santé ou l'industrie pharmaceutique dans le pays.

Environnement favorable au secteur privé : le contexte politique, financier, juridique et politique ayant un effet sur la manière dont le secteur privé mène à bien ses activités.

Les mécanismes ou processus de partenariat en matière de santé désignent des processus réguliers, prévisibles et transparents qui sont annoncés en temps opportun afin de permettre aux participants de se préparer et de participer au dialogue sur la politique de santé. Il s'agit notamment des groupes de travail techniques, des réunions périodiques de parties prenantes, des évaluations conjointes des stratégies en matière de santé, des revues annuelles conjointes du secteur de la santé, de la préparation de propositions de financements importants, de la préparation du plan stratégique en matière de santé, etc.

6.2 Annexe 2. Liste des points focaux IHP+ et GPEDC dans les pays participants

Country (date joined)	IHP+ points focaux au pays	GPEDC points focaux	IHP+R points focaux
Afghanistan (2014)	Noor Shah Kamawal	Sousan R. RASULI	Josef Decosas
Benin (2009)	Raymond Amoussou	Francis AMOUSSOU	Elisabeth Sandor
Burkina Faso (2009)	Bassirou Ouedraogo	Mrs. Alimatou ZONGO/KABORE	Jaak Labeeuw
Cambodia (2007)	Vandine Or	Mr. Chhieng Yanara	Alice Schmidt
Cameroon (2010)	Emmanuel Maina Djoulde; Englebert Manga	Mr. Dieudonné Takouo	Leen Jille-Traas
Cape Verde (2012)	Antonio Pedro Delgado, Tomas Valdes	Ms. Miryam VIEIRA	Anna Cirera
Chad (2011)	Aissatou Diack (TTL World Bank)	Adoum BACHAR Brahim	Olivier Weill
Comoros (2015)	Koulthoum Djamadar	No contact	Olivier Weill
Cote d'Ivoire (2012)	Samba Mamadou	Patrick Gbakou Adama SALL	Olivier Weill
DRC (2009)	Alain Iyeti	Theo KANENE MUKWANGA	Sandro Colombo
El Salvador (2011)	Fressia Cerna;Dr. Patricia Figueroa	Ana Vásquez Javier A. Flores Rubio Marcela Martínez Carranza	Anna Cirera
Ethiopia (2007)	Biruk Abate	Habtamu SHEWALEMMA Admasu Nebebe	Anna Cirera
Gambia (2012)	Omar Bun Njie	Lamin Bojang Gaye Sulayman	Alice Schmidt
Guinea (2012)	Lamine Yansane	Ibrahima SECK	Jaak Labeeuw
Guinea Bissau (2013)	Alfa Umaru Jalo	Bamba Kote	Marieke Devillé
Liberia (2015)	Momolu V.O. Sirleaf	Frederick B. Krah	Anna Cirera
Madagascar (2008)	Tiana Lalaoarijona Vololontsoa	Isaora Zefania ROMALAHY	François Boillot
Mali (2007)	Aboubacrine Maiga	Mr. Mamadou Amadou DEMBELE, Mr. Sidiki TRAORE	Elisabeth Sandor
Mauritania (2010)	Ould Majoub Isselmou	Mr. MEJDOUB houssein	François Boillot
Mozambique (2007)	João Carlos Mavimbe	Isabel Sumar	Leen Jille-Traas
Myanmar (2014)	TBC	U Tun Tun Naing U Myo Min	Josef Decosas

Country (date joined)	IHP+ points focaux au pays	GPEDC points focaux	IHP+R points focaux
Niger (2009)	Ranao Abaché, DEP; Idrissa Maiga	Moustapha Issa MOUTARY	François Boillot
Nigeria (2008)	Ngozi Azodoh	Bassey Akpanyung Henry Asor	Alice Schmidt
Pakistan (2010)	Malik Muhammad	Zafar Hasan	Josef Decosas
Senegal (2009)	Amadou Djibril Ba	Mr. Mayacine CAMARA,	Elisabeth Sandor
Sierra Leone (2010)	Brima Kargbo	Ms. Abie Elizabeth KAMARA,	Sandro Colombo
Sudan (2011)	Mohammed Ali Yahya Elabassi; Imad Kayona	, Mariam HAIDER	Sandro Colombo
Togo (2010)	Romain Tchamdja; Hokameto Edohr	Mr. Pierre Awade, Akedague Adjoussi	Olivier Weill
Uganda (2009)	Sarah Byakika	Fredrick Twesiime Tabura	Kathy Attawell
Vietnam (2010)	Do Dang An	Cao Manh Cuong	Anna Cirera
Zambia (2007)	Amadeus Mukobe; Mubita Luwabelwa	Paul Lupunga Chasiya Kazembe	Kathy Attawell

6.3 Annexe 3. Méthodologie détaillée pour mesurer les indicateurs quantitatifs

6.3.1 INDICATEUR 2Ga/2DPa : LA COOPERATION AU DEVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE DOIT ETRE PLUS PREVISIBLE

2a	2Ga	2DPa ¹⁸
	Gouvernements	Partenaires au Développement
Mesure proposée	Proportion du financement du secteur de la santé déboursé selon le budget annuel approuvé	Pourcentage de l'aide destinée à la coopération au développement dans le secteur de la santé décaissée au cours de l'année fiscale où elle était prévue par les partenaires au développement.
Construction de l'indicateur	Numérateur: Montant total du financement déboursé en fonction du budget annuel approuvé dans le secteur de la santé Dénominateur: Montant total du budget annuel ayant été approuvé pour le secteur de la santé	Numérateur: Flux de coopération au développement dans le secteur de la santé déclarés par le DP comme décaissés au cours de l'année n Dénominateur: Flux de coopération au développement du secteur santé prévus pour décaissement par le DP au cours de l'année n, tels que communiqués au gouvernement du pays en développement
Source des données	Données au niveau du pays (appréciation du gouvernement)	Données au niveau du pays (déclaration du DP)
Agrégation	Mondiale	Afin d'éviter que les décaissements insuffisants ou excessifs se neutralisent, les versements « comme prévu » sont présentés séparément des décaissements « excédant ceux prévus ». Les agrégats sont obtenus sous forme de moyenne pondérée. Les versements prévus sont utilisés comme variable de pondération pour les versements « comme prévu ». Pour les décaissements « excédant ceux prévus », les versements effectifs sont utilisés comme variable de pondération. Ceci est consistant avec l'approche de l'OCDE (2015).
Cible	Réduire de moitié la proportion du financement du secteur de la santé qui n'est pas déboursé selon le budget annuel approuvé.	Réduire de moitié l'écart – réduire de moitié la proportion des flux de coopération non décaissés au cours de l'année budgétaire où ils étaient prévus.

MESURE DE L'INDICATEUR

Lorsque le montant des versements au secteur public est inférieur ou égal à celui qui était prévu, les décaissements « comme prévus » prennent la valeur suivante :

12

$eu\ 2DP1\ (\%) = 100 \times \text{-----}$

¹⁸Identique à l'indicateur GPEDC 5a, mais avec des adaptations pour qu'il soit spécifique au secteur de la santé.

Les agrégats globaux de l'Indicateur 5a1 sont calculés en utilisant les versements au secteur public comme la variable de pondération.

Lorsque les versements au secteur public sont supérieurs à ceux qui étaient prévus, les décaissements « dépassant ceux prévus » prennent la valeur suivante :

$$eu\ 52\ (\%)=100\times \frac{12-13}{12}$$

Les agrégats globaux de l'Indicateur 5a2 sont calculés en utilisant les versements au secteur public comme la variable de pondération.

6.3.2 INDICATEUR 2Gb/2DPb : LA COOPERATION AU DEVELOPPEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE DOIT ETRE PLUS PREVISIBLE (MID-TERM)

2b	2Gb	2DPb ¹⁹
	Gouvernements	Partenaires au développement
Mesure proposée	Dépenses prévues par le gouvernement pour les 3 prochaines années.	Part estimée de la coopération au développement dans le secteur de la santé couverte par les plans indicatifs prévisionnels de dépenses et/ou opérationnels pour les trois années suivantes.
Construction de l'indicateur	<p>Numérateur:</p> <p>Preuve que le gouvernement dispose soit d'un budget glissant sur trois ans ou d'un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) d'une qualité suffisante.</p> <p>Dénominateur :</p> <p>Dans le pays</p>	<p>Le gouvernement du pays en développement détermine si, sur la base de ses dossiers, un plan prévisionnel de dépenses est disponible pour chaque partenaire au développement couvrant chacun des trois prochaines années. Le plan doit répondre à l'ensemble des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mis à disposition par le partenaire au développement, sous forme écrite ou électronique ; • Indique clairement les <i>informations indicatives</i> pour les dépenses prévisionnelles ou les activités futures • Les sommes sont présentées au moins par année selon l'année budgétaire du pays en développement (l'année fiscale de ce dernier) <p>En outre, pour chaque année, l'information fournie doit remplir les deux critères supplémentaires suivants :</p>

¹⁹ Identique à l'indicateur GPEDC 5b, mais avec des adaptations pour qu'il soit spécifique au secteur de la santé.

		<ul style="list-style-type: none"> • La couverture est complète quant aux types et modalités d'appui communs ; et • Les montants et les devises des fonds de coopération sont clairement indiqués.
Source des données	Données au niveau du pays (appréciation du gouvernement)	Données rassemblées à l'échelon national (rapports établis par les gouvernements des pays en développement sur la disponibilité des plans prévisionnels de chaque DP).
Agrégation	Mondiale	Les valeurs de l'indicateur pour chaque DP individuel et chacun des pays servira de base pour l'agrégation mondiale.
Cible	Un budget glissant sur trois ans ou un cadre des dépenses à moyen terme en place.	Réduire de moitié l'écart – réduire de moitié la proportion des flux de coopération non couverts par les plans indicatifs prévisionnels de dépenses au niveau national.

MESURE DE L'INDICATEUR

La valeur de l'indicateur pour un fournisseur donné F dans le pays en considération Pi

$$Pc = \frac{(Qg5 + Qg6 + Qg7)}{3}$$

Pour le pays Pi, chacune des trois années à venir (a=1, 2, 3) = moyenne de Qg5, Qg6 et Qg7 respectivement pour chacun des fournisseurs, pondérée (P) par le volume de fonds de coopération pour le développement versés au cours de l'année de référence utilisée pour la question Qf11.

$$C1 = \frac{\sum_{p=1}^n (Wp * Qg5)}{n}$$

$$C2 = \frac{\sum_{p=1}^n (Wp * Qg6)}{n}$$

$$C3 = \frac{\sum_{p=1}^n (Wp * Qg7)}{n}$$

Où Pf = La pondération assignée à chaque fournisseur F sur la base des versements notifiés pour la question Qf11

$$Wp = \frac{Qp11}{\sum_{p=1}^n (Qp11)}$$

Notez que l'utilisation de moyennes pondérées est destinée à fournir une estimation de l'ampleur des ressources couvertes par les plans indicatifs prévisionnels de dépenses ou de mise en œuvre. Cela reflète l'importance relative qu'un pays en développement accorde à obtenir des informations sur les plans prévisionnels de dépenses de la part d'un gros fournisseur par rapport à un petit fournisseur de coopération.

Les valeurs de l'indicateur ci-dessus pour chaque fournisseur et pour les pays en développement serviront de base pour l'agrégation d'ensemble.

6.3.3 INDICATEUR 2Gc/2DPc : L'AIDE AU SECTEUR SANTE EST INSCRITE DANS LES BUDGETS NATIONAUX

2c	2Gc	2DPc ²⁰
	Gouvernements	Partenaires au développement
Mesure proposée	Les ressources du secteur de la santé sont reflétées dans le budget national, en indiquant notamment les contributions des partenaires au développement individuels	Pourcentage de la coopération au développement dans le secteur de la santé prévue pour décaissement qui est comptabilisée dans les budgets annuels approuvés par les assemblées législatives des pays en développement.
Construction de l'indicateur	<p>Numérateur : Éléments probants étayant le fait que les ressources du secteur de la santé sont reflétées dans le budget national, en indiquant notamment les contributions des partenaires au développement individuels</p> <p>Dénominateur : Dans ce pays</p>	<p>Numérateur : Flux de coopération au développement dans le secteur de la santé comptabilisée dans le budget annuel de l'année n.</p> <p>Dénominateur : Flux de coopération au développement dans le secteur de la santé prévus pour décaissement par le DP au cours de l'année n, tels que communiqués au gouvernement partenaire au début de l'année n.</p> <p>Notez que le dénominateur utilisé dans cet indicateur est le même que celui utilisé pour le calcul de l'indicateur 3a (prévisibilité intra-annuelle).</p>
Source des données	Données au niveau du pays (appréciation du gouvernement)	Données rassemblées au niveau national (données extraites des budgets publics existants et de la déclaration des DP).
Agrégation	Mondiale	Les fonds inscrits au sein au budget annuel de l'État peuvent être supérieurs ou inférieurs à ceux prévus pour le secteur public par un fournisseur. Afin d'éviter que ces deux cas se neutralisent, les fonds comptabilisés dans le budget annuel de l'État en excès sont présentés séparément en tant que fonds « excédant ceux prévus ». Les agrégats sont obtenus sous forme de moyenne pondérée. Les versements prévus sont utilisés comme variable de pondération pour les versements « comme prévu ». Pour les décaissements « excédant ceux prévus », les versements effectifs sont utilisés comme variable de pondération.
Cible	Les ressources du secteur de la santé sont reflétées dans le budget national, en indiquant notamment les contributions des partenaires au développement individuels	Réduire de moitié l'écart – réduire de moitié la proportion de la coopération au secteur public de la santé qui n'est pas comptabilisée dans le(s) budget(s) de l'État (avec au moins 85% des flux d'aide comptabilisés dans le budget).

²⁰ Identique à l'indicateur GPEDC 6, mais avec des adaptations pour qu'il soit spécifique au secteur de la santé.

MESURE DE L'INDICATEUR

Lorsque le montant des fonds inscrits au budget annuel de l'État est inférieur ou égal au montant des versements prévus pour le secteur public, les versements « comme prévus » prennent la valeur suivante :

$$\text{Indicator } 6_1 (\%) = 100 \times \frac{Q^{\#8}}{Q^{\#13}}$$

Les agrégats globaux de l'Indicateur 6 sont calculés en utilisant les versements prévus pour le secteur public comme la variable de pondération.

Lorsque le montant des fonds inscrits au budget annuel de l'Etat est supérieur ou égal au montant des versements prévus pour le secteur public, les versements « dépassant ceux prévus » prennent la valeur suivante :

$$\text{Indicator } 6_2 (\%) = 100 \times \frac{Q^{\#8} - Q^{\#13}}{Q^{\#8}}$$

Les agrégats globaux de l'Indicateur 6 sont calculés en utilisant les fonds inscrits au budget annuel de l'État comme la variable de pondération.

6.3.4 INDICATEUR 3 : INSTITUTIONS EFFECTIVES : LES SYSTÈMES DE GESTION FINANCIÈRE PUBLICS DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT SONT RENFORCÉS ET UTILISÉS

3	3G	3DP
	Gouvernements	Partenaires au développement
Mesure proposée	Le système de gestion des finances publiques soit (a) répond aux bonnes pratiques communément partagées ou (b) a mis en place un programme de réformes destiné à y répondre.	Pourcentage de la coopération au développement pour le secteur de la santé déboursé pour le secteur gouvernemental qui utilise des systèmes nationaux de gestion des finances publiques dans les pays où les systèmes de gestion des finances publiques sont considérés comme adhérant à de bonnes pratiques généralement acceptées ou disposant d'un système de réforme
Construction de l'indicateur	Cet indicateur se présente sous la forme d'un score entre 1.0 (plus faible) et 6.0 (plus fort), avec une incrémentation par demi-point (0.5).	Numérateur : Flux financiers de la coopération au développement dans le secteur de la santé qui utilisent les systèmes du pays (moyenne de a, b, c) Avec : a = Financements de la coopération au développement

		<p>dans le secteur de la santé déboursés pour le secteur gouvernemental qui utilisent les procédures nationales d'exécution du budget</p> <p>b = Financements de la coopération au développement dans le secteur de la santé déboursés pour le secteur gouvernemental qui utilisent les procédures nationales de rapportage financier</p> <p>c = Financements de la coopération au développement dans le secteur de la santé déboursés pour le secteur gouvernemental qui utilisent les procédures nationales d'audit</p> <p>Dénominateur :</p> <p>Total du financement de la coopération au développement dans le secteur de la santé destinés au secteur gouvernemental</p>
Source des données	Banque mondiale (base de données existante, publiée sur base annuelle et disponible pour les pays IDA).	Données au niveau du pays (déclaration des DP)
Agrégation	L'unité d'observation est le pays en développement concerné. Lors de l'agrégation au niveau mondial, la mesure utilisée est le pourcentage de pays en développement qui progressent d'au moins une unité (0.5 point) depuis l'année de référence.	Pays en développement, DP, mondiale : total des numérateurs divisé par le total des dénominateurs.
Cible	Progression d'au moins une unité (0.5 point) sur l'échelle de performance PFM/CPIA	Réduire [de deux tiers lorsque le score CPIA est >=5; ou de un tiers lorsqu'il est compris entre 3.5 et 4.5] le % de la coopération au développement dans le secteur public de la santé qui n'utilise pas les systèmes de gestion des finances publiques des pays partenaires (avec au moins 80% de cette aide qui utilise les systèmes nationaux de gestion des finances publiques).

MESURE DE L'INDICATEUR

La formule suivante est utilisée pour déterminer la valeur globale de cet indicateur :

$$\text{Indicator 9b (\%)} = 100 \times \frac{\frac{1}{4}(Q^P15 + Q^P16 + Q^P17 + Q^P18)}{Q^P12}$$

6.4 Annexe 4 : Questionnaires qualitatifs

Merci de visiter le site web de l'IHP+R (www.ihplusresults.org) pour télécharger les outils et questionnaires et les guides de participants en anglais, français, espagnol ou portugais:

Questionnaires quantitatifs:

Pour le gouvernement:

- IHP+2016_GOV Survey Tool FR_160330 version finale

Pour les partenaires au développement

- IHP+2016_DP Survey Tool FR_Outil standard pour PDs_160330 version finale
- IHP+2016_DP Survey Tool FR_Aide Humanitaire _pour PDs_160330 version finale
- IHP+2016_DP Survey Tool FR_Aide Humanitaire_pour Cluster Coordinator _ version finale

Questionnaires qualitatifs:

Pour le gouvernement:

- IHP+ 2016_GOV QUAL SURVEY tool FR_160330 version finale
- IHP+ 2016_GOV QUAL SURVEY FR_Aide Humanitaire_160330 version finale

Pour les partenaires au développement

- IHP+2016_DP QUAL SURVEY FR_ Outil standard pour PDs_160330 version finale
- IHP+2016_DP QUAL SURVEY FR_ Aide Humanitaire _pour PDs_160330 version finale
- IHP+2016_DP QUAL SURVEY FR_ Aide Humanitaire_pour Cluster Coordinator _ version finale

Pour les OSC:

- IHP+ 2016_CS0 Data Collection FR_160330 version finale

Pour le secteur privé:

- IHP+ 2016_Private Sector Data Collection FR_160330 version finale