



**Examen indépendant rapide du Partenariat international pour la santé**

**16 décembre 2016**

## Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Informations générales.....	1
3. Quelles ont été les principales réalisations de l'IHP+ et pourquoi ?.....	2
3.1 Introduction.....	2
3.2 Réalisations.....	3
4. Dans quels domaines les progrès ont-ils été plus difficiles et pourquoi ? .....	9
5. Comment les réalisations de l'IHP+ ont-elles été facilitées ou entravées par les structures et opérations de l'IHP+, et d'autres facteurs contextuels ?.....	12
5.1 Structures et opérations.....	12
5.1.2 Principales réalisations .....	12
5.1.2 Domaines plus difficiles .....	15
5.2 Redevabilité .....	16
5.3 Autres facteurs contextuels.....	18
6. Comparaison de l'expérience de quatre partenariats et réseaux similaires.....	19
6.1 Introduction et contexte .....	19
6.2 Principaux enseignements tirés d'autres partenariats pour la structure, la gouvernance et le contexte de l'IHP+ .....	19
6.3 Résultats détaillés sur quatre partenariats .....	22
7. Quelles leçons peut-on tirer pour les futures opérations de la CSU 2030 ? .....	26

## Annexes :

Annexe 1. Mandat

Annexe 2. Calendrier des entretiens

Annexe 3. Liste des publications consultées

Annexe 4. Questions posées à d'autres partenariats semblables et initiatives apparentées

Annexe 5. Enquête auprès des pays

## Liste des abréviations et acronymes

AMPS	Alliance mondiale pour les personnels de santé
CPIA	Évaluation des politiques et des institutions d'un pays
CSU	Couverture sanitaire universelle
ECD	Efficacité de la coopération au développement
Gavi	L'Alliance du Vaccin
iERG	Groupe d'examen indépendant d'experts sur l'information et la redevabilité pour la santé
JANS	Évaluation conjointe des stratégies et plans nationaux de santé
MNT	Maladie non transmissible
ODD	Objectif de développement durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OSC	Organisations de la société civile
PMCED	Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement
PSMNE	Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
RSS	Renforcement des systèmes de santé
SWAp	Approche sectorielle

## Résumé analytique

Le Partenariat international pour la santé (IHP+), lancé en 2007, est un groupe de partenaires qui souhaitent améliorer la santé des citoyens dans les pays en développement en collaborant pour mettre en pratique les principes internationaux de la coopération au développement dans le secteur de la santé.

En septembre 2015, les Nations Unies ont adopté les objectifs de développement durable (ODD). Les partenaires de l'IHP+ ont décidé de lancer une transformation du partenariat afin de mettre davantage l'accent sur le renforcement des systèmes de santé (RSS) dans la perspective de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU). Le partenariat ainsi modifié devrait améliorer la coordination du soutien au renforcement des systèmes de santé pour la CSU, soutenir le plaidoyer pour la CSU et contribuer à la redevabilité en rapport avec la réalisation des cibles de la CSU d'ici à 2030.

Le présent résumé analytique décrit un examen indépendant rapide de l'IHP+ entrepris dans le cadre de ce processus de transformation.

Lors de l'examen du Partenariat, il est essentiel de garder à l'esprit que l'IHP+ est non pas une organisation de financement ou un projet spécial, mais une initiative dont le but est de faire en sorte que différents acteurs de la santé aux niveaux national et international soient en mesure de travailler ensemble plus efficacement. L'IHP+ facilite et catalyse le changement en maintenant les projecteurs sur les progrès de la coopération au développement dans le secteur de la santé et sur ses résultats au niveau national, en mettant en exergue le leadership national dans les processus de planification et en élaborant des outils pour favoriser un climat de confiance et un engagement en faveur du soutien des stratégies et plans nationaux de santé. Par conséquent, l'IHP+ ne peut être tenu pour responsable de l'obtention de résultats spécifiques, de la manière dont peut l'être un projet, car il ne dispose d'aucun mécanisme pour obliger l'observance des engagements souscrits.

L'examen se penche sur deux dimensions de l'IHP+ : le fonctionnement de l'IHP+ comme organisation (en se centrant sur l'Équipe de base) et le fonctionnement de l'IHP+ comme partenariat (en se centrant sur les pays en développement signataires et les partenaires du développement). Lorsqu'elle a abordé la performance de l'IHP+ comme partenariat, l'Équipe d'examen indépendant rapide a utilisé les sept comportements comme référence.

Grâce à une étude documentaire approfondie, une série d'entretiens avec des informateurs clés, une étude de cas de pays et un examen d'autres partenariats et réseaux similaires, l'Équipe chargée de l'examen a formulé 21 conclusions. Ces conclusions ont ensuite été validées par une enquête auprès de la moitié des pays signataires de l'IHP+ et les principaux partenaires du développement dans ces pays.

**Les principales réalisations du Partenariat** ont été résumées en neuf points. L'examen a montré que l'IHP+ a maintenu vivant le débat sur l'efficacité de la coopération au développement (ECD) dans le secteur de la santé, et qu'il a efficacement encouragé et aidé les pays à établir et évaluer conjointement les plans stratégiques nationaux du secteur de la santé. Il a aussi préparé des outils comme les JANS qui ont été utiles pour améliorer les plans stratégiques nationaux du secteur de la santé et il a obtenu l'adhésion des pays.

De plus, l'examen a montré que les outils et processus de l'IHP+ ont soutenu l'adoption d'un budget de la santé unique et que l'IHP+ a stimulé les améliorations dans la prévisibilité et la mobilisation du financement *national*. Le plaidoyer mené par le Partenariat a contribué à accroître l'harmonisation et l'alignement de la gestion financière ces dernières années, alors que le suivi conjoint et la redevabilité fondée sur les plans stratégiques nationaux sont jugés utiles dans les pays de l'IHP+. Enfin, depuis sa création, il a bénéficié d'une forte participation des OSC.

**Les domaines où les progrès ont été plus difficiles** sont décrits dans sept points. Contrairement aux attentes, l'examen a constaté qu'en dépit des accords signés, la prévisibilité du soutien au développement a décliné et que les efforts en vue d'inscrire le financement au budget ont eu un effet limité. Il est peut-être moins surprenant que, malgré les initiatives de l'IHP+, les coûts de transaction relatifs à la coopération au développement demeurent élevés. Il est largement admis que les partenaires de l'IHP+ n'emploient pas les systèmes nationaux de gestion des finances publiques dans toute la mesure où ils le pourraient, même si la qualité de nombreux systèmes nationaux est suffisante pour en permettre l'utilisation. L'examen révèle qu'il y a eu peu d'engagement de l'IHP+ dans le renforcement des systèmes d'achat et d'approvisionnement, un domaine qui est en général considéré comme difficile.

L'un des résultats de l'examen documentaire a été corroboré par presque toutes les personnes interrogées, à savoir que les partenaires du développement ont été moins désireux ou capables de suivre les sept comportements que les pays de l'IHP+. Cette attitude est la source d'une vive frustration et a été qualifiée de « problème qui crève les yeux mais dont personne ne veut parler ».

Enfin, rares sont les exemples de bonne coordination de l'assistance technique et de l'apprentissage entre pays.

**L'examen des aspects organisationnels** du Partenariat a donné lieu à cinq résultats positifs. Premièrement, l'examen montre que le mécanisme de gouvernance (le Comité directeur) est représentatif des membres actuels. Il a également constaté que les groupes de travail à durée limitée ont été utiles. Le fait que l'Équipe de base soit chapeauté par l'OMS et la Banque mondiale a aidé à maintenir l'ECD à l'ordre du jour de ces deux institutions et à mobiliser leurs responsables. Point important, la structure simple (avec une Équipe de base flexible) est considérée comme un atout. L'Équipe de base fonctionne bien et a obtenu des succès dans la communication et l'assistance technique aux pays partenaires.

Deux points supplémentaires se rapportent à des domaines plus difficiles : la taille et la composition de l'Équipe de base entre les deux institutions ont varié au fil du temps, passant occasionnellement au-dessous de la barre critique. L'Équipe de base a parfois eu du mal à maintenir le profil et la priorité de l'IHP+ à l'OMS et la Banque mondiale. Elle a rencontré des difficultés pour communiquer efficacement avec les partenaires du développement sur la manière de changer leur comportement afin d'honorer leurs engagements. Ce résultat se rapporte au fait déjà noté que les partenaires du développement n'ont pas pu ou voulu suivre les sept comportements, en dépit de déclarations publiques affirmant le contraire et de la signature des pactes, et à la question plus large de la redevabilité mutuelle.

**L'examen de quatre partenariats et réseaux similaires<sup>1</sup>** a montré que les quatre partenariats ont beaucoup plus de membres que l'IHP+, qu'ils sont gérés, avec une efficacité variable, par des conseils d'administration ou comités directeurs fondés sur les groupes de parties prenantes. La majorité des quatre partenariats ont été établis dans le contexte d'un accord intergouvernemental dans l'ensemble du système des Nations Unies et s'appuient beaucoup plus que l'IHP+ sur des accords interorganisations ou intergouvernementaux relativement formels, tels que le Conseil économique et social, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) ou un Forum de haut niveau. Le Programme mondial pour l'efficacité de la coopération au service du développement (PMECD) et les deux partenariats sur les maladies non transmissibles (MNT) ont des structures qui séparent (de différentes manières) les pays en développement des partenaires du développement, avec des activités spécifiques pour chaque groupe. Comme l'IHP+, tous les secrétariats sont de petite taille, souples et dépendent de contributions volontaires (même si deux d'entre eux obtiennent des ressources modestes par le biais des budgets généraux des institutions des Nations Unies).

L'intérêt des pays en développement pour des mécanismes de redevabilité nouveaux ou élargis sera probablement limité aux domaines où les pays peuvent identifier leur propre intérêt, par exemple le changement de comportement des partenaires du développement, des ressources supplémentaires allouées au développement, le renforcement des systèmes de santé ou l'impact sanitaire. La plupart des partenariats évoluent pour cadrer avec le nouveau programme des ODD à l'horizon 2030, notamment en redéfinissant leur objet et leur mission et en actualisant leur légitimité et leurs mécanismes de redevabilité. Ils s'attachent aussi à réviser leur mandat dans le contexte des ODD et l'IHP+ devrait veiller à ce que, lors de la redéfinition de son propre mandat, il l'harmonise avec celui d'autres organisations apparentées.

L'Équipe chargée de l'examen a formulé **sept leçons pour les futures opérations de la CSU 2030**. Il s'agit non pas de recommandations détaillées sur la portée et la structure du nouveau partenariat, mais plutôt d'orientations à prendre et d'options pour la discussion en cours. Les voici :

**1. Centrer le mandat du nouveau partenariat sur quelques thèmes.**

Les prochaines discussions sur le mandat du nouveau partenariat refléteront très probablement la tentation inhérente d'inclure tous les aspects de la CSU, ainsi que cela a été le cas pendant la discussion des ODD généraux aux Nations Unies. Les personnes interrogées ont souligné que le programme de la CSU est beaucoup plus large que celui de l'ECD. Pour établir une identité claire et éviter la duplication des activités, il faut que le nouveau partenariat réfléchisse à la hiérarchisation des priorités et à la manière de centrer son mandat sur quelques questions essentielles, tout en maintenant l'ECD et le RSS au cœur de son programme.

**2. Rechercher une visibilité élevée et éviter d'imiter d'autres partenariats et réseaux qui travaillent sur des questions semblables.**

Un mandat précis devrait aider le nouveau partenariat à devenir *le* point focal pour la CSU. Compte tenu de la prolifération d'initiatives internationales de santé, plusieurs organisations travailleront avec des

---

<sup>1</sup> Le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE), l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS, qui est en cours de transformation en Réseau des ressources humaines pour la santé), l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et le Mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, ainsi que le Programme mondial pour l'efficacité de la coopération au service du développement (PMECD).

responsabilités qui se chevauchent. Il faut par conséquent accorder une grande attention, d'un côté, à la collaboration et aux synergies et, de l'autre, à une définition claire de la plateforme de l'IHP pour la CSU 2030. Dans cette situation, le nouveau partenariat devrait rechercher une visibilité élevée par un effort déterminé de communication, avec notamment le recours aux médias sociaux. L'IHP+ obtient de bons résultats en utilisant consciemment son site Internet et son compte Twitter pour souligner l'importance de l'ECD. Cette expérience devrait constituer la base d'une stratégie médiatique élargie avec un lien plus étroit entre les données, les exemples nationaux, les enseignements et le plaidoyer, afin que la communication et le plaidoyer soient mieux guidés par la pratique des pays et des partenaires du développement.

### **3. Mettre au point des outils et en promouvoir l'utilisation pour garantir l'adhésion des pays.**

Il convient de se fonder sur les succès de l'outil des JANS et des évaluations de la gestion des finances publiques pour permettre aux procédures d'être dirigées par les pays. Les outils ne sont certes qu'un élément de l'ensemble, mais ils ont été à plusieurs reprises mis en exergue par les personnes interrogées comme un succès majeur. S'inspirant de cette réussite, le nouveau partenariat pourrait préparer, par exemple, des outils communs pour le RSS, en se concentrant peut-être initialement sur le RSS dans les pays fragiles.

### **4. Maintenir la structure double du partenariat.**

Les personnes interrogées ont estimé à l'unanimité que la structure choisie pour l'IHP+ avait été judicieuse et qu'elle avait permis de conférer une crédibilité technique au Partenariat et d'éviter son appropriation par une seule organisation.

### **5. Envisager des options pour choisir une source d'autorité plus légitime.**

L'IHP+ n'a jamais eu d'accord intergouvernemental au regard duquel ses membres peuvent rendre compte de leurs actions. Il a préféré laisser le soin à ses partenaires de signer le Pacte mondial et/ou des pactes nationaux. Cela a légitimé la composition du Partenariat sans demander d'investissement substantiel de ressources ni de changement profond de comportement. À mesure de la diversification de ses membres, une source d'autorité plus légitime sur le comportement des membres pourrait donner à l'IHP+ davantage de force pour demander à ses signataires de rendre compte de leurs actions, en fonction de la dynamique politique qui l'étayera.

### **6. Envisager de créer des mécanismes de redevabilité séparés pour les pays en développement et les partenaires du développement.**

Ni le PMCED ni les partenariats relatifs aux MNT ne sont exactement semblables à l'IHP+, mais ils offrent des exemples intéressants de manières d'envisager des catégories de membres distinctes, plus adaptées ou plus ciblées, par exemple en instaurant une redevabilité séparée pour les institutions des Nations Unies et les pays (comme c'est le cas des partenariats relatifs aux MNT) ou une direction double qui chapeaute différents partenaires (par exemple le PMCED : OCDE-donneurs ; PNUD-pays en développement). L'IHP pour la CSU 2030 peut étudier la possibilité de créer des mécanismes de redevabilité séparés pour ces deux groupes, compte tenu en particulier du manque de progrès passés des partenaires du développement. S'il élargit la composition à de nouveaux groupes, il doit aussi réfléchir aux moyens de les associer aux mécanismes de redevabilité.

### **7. Conserver un secrétariat souple et de petite taille.**

Les personnes interrogées ont régulièrement vanté les qualités de l'Équipe de base de l'IHP+, organe souple et de petite taille. Le nouveau partenariat devrait continuer d'être *au service de ses partenaires*, plutôt que de créer sa propre base de pouvoir et ses programmes. La structure de l'Équipe de base ou du secrétariat de la CSU 2030 devrait demeurer légère et flexible ; cependant, tous les postes existants devraient être pourvus à l'OMS et à la Banque mondiale. La qualité du personnel est essentielle pour maintenir l'autorité de l'IHP auprès des partenaires, de même que le soutien explicite de la direction des deux institutions hôtes.



## 1. Introduction

Le rapport présente les principales constatations et conclusions d'un examen indépendant rapide du Partenariat international pour la santé (IPH+), réalisé dans le but d'identifier ce qui a bien fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi. L'examen a été mené de septembre à novembre 2016 par une équipe de consultants indépendants<sup>2</sup>, pour donner suite à des discussions du Comité directeur du Partenariat sur la transformation prévue de l'IHP+ en Partenariat international de santé pour la CSU 2030.

L'équipe chargée de l'examen souhaite remercier les nombreuses personnes qui ont pris le temps sur leur emploi du temps chargé de participer à un entretien et de répondre au questionnaire. Elle est particulièrement reconnaissante à l'Équipe de base d'avoir partagé ses connaissances du fonctionnement quotidien du Partenariat.

## 2. Informations générales

Le Partenariat international pour la santé (IHP+), fondé en 2007, comprend désormais 37 pays signataires et 29 partenaires du développement dans le secteur de la santé, tous déterminés à soutenir une stratégie nationale de santé unique dirigée par le pays et à progresser dans l'utilisation des systèmes nationaux pour obtenir de meilleurs résultats dans les réformes sanitaires.

En septembre 2015, la communauté internationale est passée des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) aux objectifs de développement durable (ODD), plus universels et ambitieux. Les partenaires de l'IHP+ se sont demandé comment le Partenariat pouvait contribuer au mieux à atteindre les ODD relatifs à la santé. Ils sont tombés d'accord sur la nécessité d'élargir le mandat de l'IHP+ pour y inclure le renforcement des systèmes de santé (RSS) dans la perspective de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU), et de diversifier la base du partenariat de l'IHP+ afin de répondre aux ODD relatifs à la santé. Les pays en développement se sont vivement félicités de ce changement.

Le principe de la transformation de l'IHP+ a été adopté à un niveau stratégique ; il est maintenant nécessaire d'examiner les options sur la manière de les traduire dans la pratique. Cette transformation en CSU 2030 exigera de modifier les priorités et les fonctions de l'IHP+. L'objectif d'ensemble de la CSU 2030 serait de soutenir un mouvement pour des progrès accélérés, équitables et durables vers la CSU ainsi que les autres cibles de santé des ODD, notamment la sécurité sanitaire mondiale et l'équité.

Les principaux objectifs de la CSU 2030 seraient les suivants :

- améliorer la coordination des activités de RSS pour la CSU au niveau international, y compris les synergies avec des partenariats et réseaux techniques apparentés ;
- renforcer le dialogue politique multipartite et la coordination des activités de RSS et de CSU au niveau national, notamment le respect des principes et comportements de l'IHP+ dans les pays qui reçoivent une aide extérieure ;
- faciliter la redevabilité en matière de progrès vers le RSS et la CSU, de façon à contribuer à une approche plus intégrée de la redevabilité au titre de l'ODD3 ;

---

<sup>2</sup> Anthony Oforu, Ghana, Louisiana Lush, Royaume-Uni, Ulrika Enemark, Danemark et Esben Sonderstrup, responsable de l'équipe, Danemark.

- consolider l'impulsion politique autour d'une vision globale partagée du RSS pour la CSU et plaider pour une allocation de ressources suffisantes, adaptées et bien coordonnées au RSS.

En réponse aux discussions du Comité directeur de l'IHP+ et aux questions émergentes sur la meilleure façon d'opérationnaliser la CSU 2030, l'Équipe de base de l'IHP+ a commandé le présent examen indépendant rapide de l'IHP+ dont l'objectif est de déterminer ce qui a bien fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi, ainsi que les enseignements retirés.

La méthodologie appliquée avait les caractéristiques distinctes suivantes :

- une étude de documents relatifs à l'IHP+ et à l'efficacité de la coopération au développement (voir liste des documents consultés à l'annexe 3) ;
- des entretiens avec des informateurs clés : l'équipe chargée de l'examen s'est entretenue avec des membres (actuels et anciens) du Comité directeur, des collaborateurs de l'Équipe de base, des hauts fonctionnaires de l'OMS et de la Banque mondiale ainsi que des représentants de partenaires multilatéraux et bilatéraux du développement et des ONG. Au total, 25 entretiens ont été menés, voir liste à l'annexe 2 ;
- une étude de cas de pays réalisée en Ouganda ;
- un examen d'autres partenariats et réseaux similaires ;
- une enquête auprès des pays en développement avec la participation des ministères de la santé et des principaux partenaires du développement dans le secteur de la santé dans 18 pays, voir synthèse du rapport de l'enquête à l'annexe 5.

### 3. Quelles ont été les principales réalisations de l'IHP+ et pourquoi ?

#### 3.1 Introduction

Quand on formule des avis sur les principales réalisations de l'IHP+, il est essentiel de tenir compte du mandat qui a été confié au Partenariat ou, en d'autres termes, il faut avoir une idée précise de ce qu'il est et de ce qu'il n'est pas. L'IHP+ n'est pas une organisation de financement ou un projet spécial. C'est plutôt une initiative qui s'efforce de veiller à ce que différentes parties prenantes dans la santé aux niveaux national et international soient en mesure de travailler ensemble plus efficacement pour mieux employer les ressources disponibles et d'accélérer ainsi les améliorations dans les services et les résultats de santé.

L'IHP+ *facilite et catalyse* le changement en maintenant les projecteurs internationaux sur les progrès de la coopération au développement dans le secteur de la santé et les résultats au niveau national. Il souligne le leadership des pays dans les processus de planification, met au point des outils pour instaurer un climat de confiance et susciter un engagement à soutenir les stratégies et plans nationaux de santé. Par conséquent, l'IHP+ ne peut pas être tenu pour responsable de résultats spécifiques, de la même manière qu'on peut le demander à un projet, car il ne dispose pas de mécanisme lui permettant d'imposer le respect des engagements souscrits.

Il incombe à l'Équipe de base de maintenir les normes, d'accroître l'influence du Partenariat, de promouvoir les principes de l'efficacité de la coopération (comme les sept comportements), d'analyser la performance des pays et des partenaires du développement, de produire et de diffuser des rapports, de

persuader les pays non membres d'adhérer, de rappeler les leçons apprises, d'initier et de produire des directives pour les évaluations conjointes... mais, en fin de compte, l'efficacité de la coopération dépend des signataires et de la mesure dans laquelle ils changent leur comportement parce qu'ils comprennent qu'il est de leur intérêt de tenir les promesses qu'ils ont signées dans les pactes. Quand ils le font, les progrès des résultats deviennent apparents.

L'examen se penche sur ces deux dimensions de l'IHP+ : comment l'IHP+ a-t-il fonctionné comme organisation (en se concentrant sur l'Équipe de base) et comment l'IHP+ a-t-il fonctionné comme partenariat (en s'intéressant aux pays en développement signataires et aux partenaires du développement) ?

Les résultats escomptés de l'IHP+ se sont développés au fil du temps. Les premiers étaient ceux qui avaient été initialement formulés dans le Pacte mondial. Plus tard, l'IHP+ a défini les sept comportements qui, dans des termes clairs et évocateurs, bien adaptés pour créer consciemment une identité institutionnelle, représentent la formulation la plus cohérente des objectifs de l'IHP+. De même, les cinq domaines de travail ou les six questions du Rapport de performance 2014 peuvent être considérés comme des résultats que le Partenariat s'attache à atteindre. Lorsqu'elle a étudié le fonctionnement de l'IHP+, l'équipe chargée de l'examen a utilisé les sept comportements comme référence<sup>3</sup> (encadré).

Voici les sept comportements pour une coopération au développement efficace :

1. Un accord est trouvé sur les priorités, regroupées dans une unique stratégie nationale de santé qui soutient des stratégies sous-sectorielles, par un processus de développement inclusif et d'évaluation conjointe, et une réduction des procédures séparées.
2. Les apports en ressources sont inscrits au budget et conformes aux priorités nationales.
3. Les systèmes de gestion financière sont harmonisés et alignés ; le renforcement requis des capacités est terminé ou en cours, et les systèmes nationaux sont consolidés et utilisés.
4. Les systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement sont harmonisés et alignés, les systèmes parallèles sont progressivement abandonnés, les systèmes nationaux renforcés et utilisés avec une priorité au meilleur rapport qualité-prix possible. L'appropriation nationale peut comprendre le fait de bénéficier d'un approvisionnement au niveau mondial.
5. Le suivi conjoint des activités et de leurs résultats est fondé sur une plateforme unique de suivi et de redevabilité, y compris les revues annuelles conjointes qui définissent les activités qui sont mises en œuvre et renforcent la redevabilité mutuelle.
6. Les institutions développent et soutiennent les occasions d'apprentissage systématique entre pays (coopération Sud-Sud/triangulaire).
7. Un soutien technique bien coordonné et planifié est prodigué de manière stratégique.

## 3.2 Réalisations

### 1. L'IHP+ a maintenu vivant le débat sur l'efficacité de la coopération au développement dans le secteur de la santé.

<sup>3</sup> Le rapport de performance 2016 de l'IHP+ (qui n'avait pas encore été publié au moment de l'examen indépendant rapide) utilise les huit pratiques de l'efficacité de la coopération au développement définie par le Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (PMCED). Ces pratiques représentent la plus récente pensée sur l'ECD ; elles ne sont néanmoins pas très différentes des sept comportements.

Presque toutes les personnes interrogées par l'équipe chargée de l'examen ont mentionné ce succès en premier lieu ou l'ont souligné d'une autre manière. En témoignent le nombre croissant régulièrement de membres de l'IHP+, de neuf pays et 19 partenaires du développement à la création du Partenariat à 37 pays et 29 partenaires du développement aujourd'hui, et le nombre (aussi croissant) de pays et de partenaires du développement qui participent aux cycles de suivi. Nul ne sait ce qui serait arrivé en l'absence de l'IHP+, mais plusieurs personnes interrogées ont noté que le secteur de la santé se comporte bien du point de vue de l'ECD, contrairement à beaucoup d'autres secteurs où la Déclaration de Paris a perdu de l'élan et où d'autres paradigmes et discours ont supplanté le programme de l'efficacité de l'aide, en dépit du fait qu'il est plus pertinent que jamais.

Entretenir le débat sur l'ECD pendant près d'une décennie peut sembler une réalisation peu tangible et guère concrète. Il faut néanmoins considérer deux facteurs. Premièrement, il n'est pas aisé de maintenir l'attention et de garder le cap à une époque où les paradigmes du développement évoluent. Deuxièmement, le Partenariat ne se contente pas d'entretenir le débat, il garantit un engagement suivi envers les principes, ainsi qu'en attestent le nombre grandissant de membres et l'intérêt accru pour la participation aux activités de suivi.

Il y a beaucoup de raisons pour lesquelles maintenir le débat sur l'ECD est plus utile que jamais. L'une est la prolifération d'acteurs mondiaux de la santé qui multiplie le risque de fragmentation et de duplication des activités, ce qui souligne la nécessité de les harmoniser et de les aligner. Une autre raison se rapporte au besoin constant de fortifier les systèmes de santé (ainsi que l'a montré l'épidémie de maladie à virus Ebola) et implique les acteurs de la société civile et du secteur privé dans la planification et l'exécution des plans nationaux.

La formulation, le perfectionnement et l'appropriation ultérieure des **sept comportements** par l'IHP+ ont représenté des éléments stratégiques importants dans les activités pour maintenir actif le programme de l'ECD. Ils sont clairs, intuitifs et opérationnels. En outre, des efforts considérables ont été consacrés à la réalisation de deux films animés sur l'ECD dans la santé et sur l'harmonisation et l'alignement de la gestion financière. Une campagne d'affiches a aussi été organisée pour mettre en lumière les problèmes que rencontrent les prestataires de services et montrer très concrètement pourquoi l'ECD est nécessaire. Le concept a été loué par beaucoup des personnes interrogées qui trouvent que les sept comportements dissipent toute confusion autour de l'alignement et l'harmonisation. Avec les JANS, les sept comportements sont ce qui vient immédiatement à l'esprit des gens quand on évoque l'IHP+.

Cette conclusion recueille un niveau élevé d'accord dans l'enquête auprès des pays, voir à l'annexe 5.

## **2. L'IHP+ a efficacement encouragé et aidé les pays à mettre en place et à évaluer conjointement des plans stratégiques nationaux du secteur de la santé.**

Ce succès est au cœur de ce qu'est l'efficacité de la coopération au développement. Les pays définissent des plans stratégiques nationaux du secteur de la santé, mais le Partenariat a fixé une norme pour un plan stratégique robuste et crédible en facilitant les allocations nationales, l'évaluation conjointe et l'échange de connaissances sur les cadres de performance et des indicateurs uniformes.

Le nombre de pays qui se sont dotés d'un plan stratégique national du secteur de la santé augmente. Le cycle de suivi 2014 a montré que 94% des pays qui avaient participé au suivi avaient évalué conjointement les stratégies en place.

Établir une stratégie nationale qui respecte les normes convenues est la base de tout dialogue sérieux sur l'harmonisation et l'alignement, et les personnes consultées par l'équipe chargée de l'examen ont été d'accord pour estimer que l'IHP+ a été déterminant pour produire ce résultat.

### **3. L'IHP+ a préparé des outils, comme l'évaluation conjointe des JANS, qui ont été utiles pour mettre en place de meilleurs plans stratégiques nationaux du secteur de la santé.**

L'une des activités les plus réussies du Partenariat a été la préparation et la promotion de l'évaluation conjointe des stratégies et plans nationaux de santé (JANS<sup>4</sup>). Pour certains, le concept de l'évaluation JANS est presque synonyme d'IHP+. L'outil des JANS a été utilisé pour les stratégies nationales ainsi que les stratégies spécifiques à une maladie<sup>5</sup> (sida, tuberculose...) et il a été évalué en profondeur puis modifié, par exemple lors d'une conférence internationale à Hammamet en 2012 et à la suite d'une étude des besoins des parties prenantes en 2013. Les principaux objectifs d'une évaluation JANS sont d'améliorer la qualité de la stratégie ou du plan, d'augmenter la confiance qu'inspire cette stratégie ou ce plan et de garantir un soutien technique et financier plus aligné, tout en réduisant les coûts de transaction occasionnés par de multiples évaluations distinctes.

L'examen des besoins des parties prenantes mené en 2013 a révélé que l'évaluation JANS était un mécanisme utile pour coordonner leur travail. Il s'est avéré qu'elle améliorerait la qualité des stratégies de santé et la confiance qu'elles inspiraient à différents bailleurs de fonds.

Tous les objectifs n'ont pas été atteints de la même manière. Si l'évaluation JANS a toujours aidé à renforcer la stratégie ou le plan, les liens vers les décisions de financement sont moins clairs et peuvent être plus longs à discerner. Davantage de mesures d'encouragement sont requises pour changer le comportement des partenaires.

Que l'évaluation JANS ait été constamment développée et adaptée aux besoins des membres est un succès majeur. Néanmoins, malgré les avis généralement positifs sur le concept des JANS, aucun suivi ni évaluation systématique n'a été entrepris pour déterminer dans quelle mesure les JANS ont abouti à des changements substantiels du plan stratégique national du secteur de la santé ou à un meilleur alignement des partenaires du développement.

Dans l'enquête auprès des pays, la conclusion positive relative aux évaluations JANS est confirmée aussi bien par les ministères de la santé que par les partenaires du développement, voir annexe 5.

### **4. L'IHP+ suscite l'adhésion des pays.**

---

<sup>4</sup> L'outil JANS fournit un cadre global commun pour évaluer la qualité d'une stratégie nationale de santé. Il inclut 16 attributs d'une stratégie nationale de santé robuste, groupés en cinq catégories : i) analyse de situation et programmation, ii) processus (de préparation de la stratégie), iii) coûts et cadre budgétaire pour la stratégie, iv) mise en œuvre et gestion, et v) suivi, évaluation et examen. Les évaluations JANS sont habituellement réalisées par une équipe indépendante formée d'experts nationaux et internationaux. Elles produisent un rapport sur les forces, les faiblesses et les recommandations pour la stratégie nationale de santé.

<sup>5</sup> Une évaluation JANS a été réalisée dans les pays suivants : Éthiopie, Ghana, Kenya, Kirghizistan, Malawi, Mali, Mozambique, Népal, Ouganda, Rwanda, Soudan, Togo et Viet Nam. Beaucoup de ces pays ont mené plus d'une évaluation JANS.

Dès sa fondation, l'IHP+ a souligné qu'il était un partenariat, et non un autre instrument mondial dirigé par Genève ou Washington. Les initiatives internationales de santé exposent souvent très clairement leurs objectifs et, en particulier celles qui disposent de budgets confortables et de bureaux dans les pays, peuvent exercer des pressions pour convaincre les pays en développement individuels d'aller dans le sens qu'elles souhaitent. De plus, elles veulent presque inévitablement utiliser leurs propres cadres de suivi qui créent des coûts de transaction élevés dans les pays où elles travaillent. L'IHP+ est considéré comme un instrument international différent qui met à disposition des outils et des informations sur les bonnes pratiques. Les pays apprécient la structure allégée du Partenariat et ses méthodes de travail et ils y collaborent avec lui. Ainsi que l'a résumé l'une des personnes interrogées, à l'IHP+ « tout le monde a toujours mis la main à la pâte, avec un travail en équipe », en se fondant parfois sur les partenariats relativement informels qui avaient été initialement établis autour des approches sectorielles (SWAp) et des donateurs de même sensibilité.

#### **5. Les outils et processus de l'IHP+ ont appuyé le développement vers un budget de santé unique.**

Le Rapport de performance 2014 note un accroissement de la proportion de dépenses des partenaires du développement qui sont alignées sur le cadre national de résultats. Le développement du processus et des outils des JANS a fourni un cadre de développement d'une stratégie de santé nationale globale unique assortie de son budget, dans le cadre d'un processus aligné sur le cycle budgétaire national. Dans beaucoup de cas, les réunions des revues annuelles conjointes comprennent aussi un examen des priorités (et parfois du plan de travail et des budgets pour l'année suivante) ainsi que des annonces de contribution qui fournissent une base pour préparer le plan de travail et budget suivants<sup>6</sup>. Cette manière de procéder accroît la transparence des engagements financiers. L'existence d'un cadre et de processus acceptés au niveau international, qui ne sont pas la propriété d'une institution de financement particulière, a doté les gouvernements d'un outil leur permettant d'insister sur l'alignement du soutien, y compris les allocations budgétaires, même s'il y a encore du chemin à parcourir puisque cette insistance exige un fort leadership. Dans une certaine mesure, cela avait déjà commencé avec les approches sectorielles dans certains pays, mais l'IHP+ a contribué à faire progresser davantage ce processus, en l'étendant à plus de pays et y associant des partenaires du développement plus nombreux.

#### **6. L'IHP+ a stimulé une amélioration de la prévisibilité et de la mobilisation d'un financement interne.**

D'après les rapports de performance, les niveaux et la prévisibilité du financement national se sont améliorés<sup>7</sup>. S'il peut y avoir beaucoup d'explications à ce phénomène, plusieurs personnes interrogées ont cité la collaboration interne resserrée dans les structures gouvernementales comme un aboutissement des processus soutenus par l'IHP+. Plus concrètement, l'une des contributions de l'IHP+ est le processus de préparation des pactes nationaux qui précisent les engagements et associent donc le ministère des finances comme cosignataire. Par conséquent, les processus appuyés par l'IHP+ rassemblent non seulement les

---

<sup>6</sup> IHP+ (2013). Joint Annual Health Sector Reviews. A review of experiences.

<sup>7</sup> Si le cycle de suivi de 2010 a révélé des progrès limités, principalement sur l'exécution budgétaire, en 2012, la moitié des pays (10/19) avait réduit l'écart entre l'allocation et le décaissement du budget national de santé, et sept pays avaient accru aussi bien le budget de santé que les décaissements. En 2014, la proportion moyenne du budget national alloué à la santé était passé de 8 à 10% et le nombre de pays qui étaient parvenus à une exécution budgétaire de 90% avait augmenté de 44% depuis 2012 (Rapports annuels de la performance 2010, 2012, 2014).

partenaires du développement, mais aussi les principales parties prenantes au niveau national, qui sont d'une importance vitale pour des flux de financement prévisibles<sup>8</sup>.

## **7. Ces dernières années, le plaidoyer de l'IHP+ a contribué à une harmonisation accrue de la gestion financière et de l'alignement.**

Le renforcement de la gestion des finances publiques est un motif de préoccupation depuis des décennies. Dans le passé, des investissements massifs ont été faits pour renforcer la capacité de gestion des finances publiques (souvent de manière non coordonnée) dans les ministères de la santé. Pourtant, les coûts de transaction demeurent souvent excessifs, en raison des exigences parallèles en matière d'évaluation, de services de gestion financière, de procédures, d'établissement des rapports et d'audits. Il s'est révélé ardu de susciter des changements dans ce domaine et les activités ont mis longtemps à décoller. Même si c'est difficile à évaluer, il est raisonnable de supposer que les initiatives de l'IHP+ ont contribué aux récents progrès.

L'IHP+ a facilité une utilisation accrue des évaluations conjointes de la gestion financière, la mise au point de plans de renforcement des capacités de gestion conjointe des finances publiques et, pour certains grands bailleurs de fonds, un recours accru aux systèmes nationaux. Jusqu'à présent, une collaboration sur la gestion financière a eu lieu en Sierra Leone, au Libéria, au Soudan, au Burundi, en République démocratique du Congo et au Sénégal.

En 2012, un examen approfondi de l'harmonisation de la gestion financière a été entrepris sur la base d'une étude documentaire et de consultations avec Gavi, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et la Banque mondiale, des contributions d'autres partenaires du développement et pays partenaires, ainsi qu'en s'inspirant des bilans d'expériences passées (approche sectorielle SWAp, évaluations de la gestion financière au niveau national). Cet examen a mis en évidence la nécessité de consolider encore les systèmes nationaux, d'utiliser ceux qui fonctionnent bien et de réduire les coûts de transaction dus au double-emploi et aux contributions non coordonnées. Une note d'orientation sur le processus pour l'évaluation conjointe de la gestion financière a été préparée. En 2014, un groupe de travail technique sur la gestion financière a été formé en vue de promouvoir et faciliter une approche plus harmonisée et alignée de la gestion financière<sup>9</sup>, visant initialement sept pays<sup>10</sup>. L'IHP+ a rédigé une note d'orientation sur l'harmonisation et l'alignement de la gestion financière, et il a facilité des évaluations de la gestion financière dans les sept pays visés, évaluations qui se sont soldées par un alignement accru.

Au niveau national dans les pays visés, jusqu'à huit partenaires du développement participent. Les évaluations conjointes de la gestion financière ont été entreprises dans deux pays avec plus de partenaires du développement que prévu et des dispositions fiduciaires conjointes ont été signées dans un pays<sup>11</sup>. Les évaluations conjointes ont rendu possible un soutien commun du renforcement de la gestion financière,

---

<sup>8</sup> IHP+ (document non daté). Developing a compact/partnership agreement - is it worth the effort?

<sup>9</sup> Mandat du groupe de travail technique de l'IHP+ sur la gestion financière. Mai 2014.

<sup>10</sup> Les pays visés étaient le Burundi, l'Éthiopie, le Libéria, la République démocratique du Congo, le Sénégal, la Sierra Leone et le Soudan.

<sup>11</sup> IHP+ 2016. Rapport de l'Équipe de base 2015.



par exemple en Sierra Leone<sup>12</sup> et au Libéria, où le financement du Fonds de réserve du secteur de la santé soutient le Bureau de la gestion financière et des vérifications internes des comptes<sup>13</sup>. Les pays partenaires demandent de plus en plus à l'IHP+ de faciliter l'harmonisation et l'alignement de la gestion financière ainsi que de développer un soutien conjoint pour la gestion financière<sup>14</sup>. L'utilisation des pactes a renforcé la collaboration entre le ministère de la santé et le ministère des finances (par exemple au Mali). De plus, elle a aidé à focaliser l'attention sur des dispositions communes et différentes de gestion financière entre modalités de financement et dans le cadre de celles-ci, tout en fournissant une plateforme pour articuler et examiner ces questions entre les partenaires du développement au niveau national.

Un plaidoyer pour les évaluations conjointes de la gestion financière et des approches communes pour répondre aux résultats de ces évaluations est entrepris au niveau international auprès des partenaires du développement. Une étude pour soutenir ces activités par une analyse fondée sur des données factuelles plus solides a été entreprise par l'IHP+ (avec le groupe de travail technique sur la gestion financière) sur la relation entre une gestion financière harmonisée et améliorée et les résultats du secteur de la santé. Même si nous ne disposons pas encore des conclusions de l'étude, ce travail devrait fournir une référence solidement étayée par des données concrètes, afin que les pays partenaires ainsi que les partenaires du développement mobilisent leurs systèmes pour changer de comportement en levant les obstacles qui s'opposent à l'harmonisation et l'alignement de la gestion financière. En Éthiopie, un examen précoce des résultats des fonds acheminés par différentes modalités de financement semble indiquer que les ressources versées par le biais de la filière préférée du Gouvernement sont mieux optimisées (elles apportent des avantages plus élevés par rapport aux coûts, des coûts unitaires plus modiques et rentables, des coûts de transaction inférieurs et une meilleure viabilité)<sup>15</sup>.

## **8. Le suivi conjoint et la redevabilité fondés sur des plans stratégiques nationaux sont considérés comme utiles dans les pays signataires.**

Depuis ses débuts, l'IHP+ a souligné la nécessité d'une plateforme unique de suivi et de redevabilité et il a assumé un rôle catalytique pour identifier les occasions de faire avancer le programme, en démontrant la faisabilité et en préparant des boîtes à outils<sup>16</sup>.

L'utilisation des plans stratégiques nationaux comme base pour une plateforme de suivi commune est maintenant devenue une procédure standard dans la plupart des pays de l'IHP+. Le Partenariat a facilité le processus qui a conduit les partenaires du développement et les chefs des institutions internationales à accepter de réduire substantiellement la charge imposée aux pays pour la préparation des rapports. Dans ce contexte, la définition et la publication des **100 indicateurs sanitaires de base** en 2015 a été une étape importante<sup>17</sup>.

---

<sup>12</sup> Travis P et al 2013. Effective Development cooperation in the health sector in Sierra Leone. Report of Joint Mission 4-8 November 2013.

<sup>13</sup> IHP+ 2013. Better results through effective development co-operation: the heart of the work we do.

<sup>14</sup> IHP+. Septième réunion du Comité directeur. Compte rendu. Juin 2016.

<sup>15</sup> Results and Effectiveness of the various Funding Modalities in the Ethiopian Health Sector. January 2013.

<sup>16</sup> Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales. Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité. IHP+/OMS novembre 2011.

<sup>17</sup> OMS 2015. Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base.



De plus, en 2016, les efforts pour construire un programme commun en vue d'améliorer et de soutenir les systèmes de mesure et de redevabilité au niveau national<sup>18</sup> ont culminé dans la formation du Projet de collaboration sur les données sanitaires<sup>19</sup>. Ce projet entend mettre au point des outils susceptibles d'aider les pays à obtenir et analyser des données sanitaires plus exactes et dignes de foi pour assurer le suivi des ODD, de la CSU ainsi que d'autres priorités nationales. Avec actuellement plus d'une trentaine de partenaires, cette initiative semble prometteuse pour l'harmonisation du suivi et de l'évaluation, le renforcement des systèmes et la réduction du fardeau administratif.

Même si le suivi conjoint qui est mené tous les deux ans à l'initiative de l'IHP+ est jugé laborieux par les pays et les partenaires, certaines des personnes interrogées l'ont mentionné comme une manière très utile de mesurer les progrès sur les sept comportements qui définissent l'efficacité de la coopération au développement.

L'utilité du suivi conjoint et de la redevabilité est corroborée par l'enquête auprès des pays, voir annexe 5. Une analyse plus détaillée des aspects relatifs à la redevabilité est présentée à la section 5.2.

#### **9. Depuis sa création, l'IHP+ a bénéficié d'un fort engagement de la société civile.**

L'engagement de la société civile n'est pas dénué de problèmes. Beaucoup de gouvernements se méfient de la participation des OSC à la planification du secteur et pensent que les OSC ne sont ni transparentes ni comptables de leurs activités. De leur côté, les OSC jugent fréquemment que les gouvernements sont fermés et peu désireux de travailler avec la société civile. Même si les personnes interrogées ont souligné que c'était là un domaine où l'IHP+ n'avait pas obtenu de très bons résultats, elles ont reconnu que depuis sa création, l'IHP+ avait bénéficié d'une forte participation des OSC à tous les niveaux. Au plan mondial, les OSC internationales et nationales font partie du Comité directeur, l'organe directeur de l'IHP+. Il existe aussi un groupe consultatif de la société civile, qui examine la participation des OSC aux domaines de travail de l'IHP+. Des groupes de travail thématiques du Partenariat incluent également la société civile.

Les résultats de l'enquête auprès des OSC réalisée en 2012 montrent comment certaines OSC ont substantiellement contribué à l'efficacité de l'aide extérieure dans leur pays<sup>20</sup>.

## **4. Dans quels domaines les progrès ont-ils été plus difficiles et pourquoi ?**

### **1. En dépit des accords signés, la prévisibilité de l'aide au développement a diminué<sup>21</sup>.**

Les partenaires du développement ont signé des pactes nationaux ou des accords similaires où ils s'engageaient à verser des contributions pluriannuelles et annuelles à temps pour qu'elles soient incluses dans les processus nationaux de planification. Néanmoins, dans la pratique, cet engagement n'est pas autant respecté qu'on pourrait l'espérer. Une difficulté dans ce contexte est que l'IHP+ n'a pas le pouvoir

---

<sup>18</sup> Measurement and Accountability for Results in Health Summit, June 9-11 2015. Summary Report. World Bank, July 2015. & Roadmap for Health Measurement and Accountability. A common agenda for the post-2015 Era, June 2015.

<sup>19</sup> <http://www.healthdatacollaborative.org/>.

<sup>20</sup> Engaging Civil Society to improve AID effectiveness in the Health Sector IHP+ results 2012.

<sup>21</sup> IHP+ Results 2015. Rapport de performance 2014.

d'obliger les partenaires à honorer les accords conclus. Les partenaires peuvent tenter d'appliquer un mécanisme de contrôle social et se tenir pour mutuellement responsables de l'observance des accords conclus, mais cela semble se produire dans une faible mesure seulement. Autre difficulté, pour que certains partenaires du développement passent à des engagements/programmes pluriannuels, un changement général de la manière de prodiguer l'aide au développement risque de se révéler nécessaire. Ce changement peut comporter des décisions aux niveaux politiques supérieurs.

Cinq répondants à l'enquête auprès des pays n'ont pas été d'accord avec l'affirmation relative à la diminution de la prévisibilité.

## **2. Les activités visant à inscrire le financement au budget national ont eu un effet limité.**

La proportion d'aide au développement du secteur de la santé qui est inscrite au budget national a diminué depuis 2009<sup>22</sup>. Il s'agit là d'un véritable problème pour l'efficacité de la planification et du suivi dans le secteur et c'est donc une préoccupation justifiée. Il peut y avoir plusieurs raisons expliquant ces difficultés. Premièrement, il semble y avoir (encore) des différences de conception de ce que l'inscription au budget signifie. Pour certains partenaires du développement, intégrer leurs contributions dans le budget national d'un pays bénéficiaire engendre des problèmes de redevabilité auprès de leurs propres mandants. Le manque de progrès pourrait dans une certaine mesure aussi s'expliquer par une modification de la composition des partenaires du développement qui prodiguent un soutien direct au secteur de la santé. Si les partenaires du développement qui donnent la priorité à l'efficacité de l'aide et l'inscription du soutien dans le budget du secteur de la santé réorientent leurs ressources vers le soutien au budget général (ou se retirent du secteur de la santé pour se concentrer sur d'autres secteurs), la proportion de soutien au secteur de la santé inscrite au budget diminuera, alors que le soutien global au développement inscrit au budget demeurera le même. De plus, si les partenaires du développement restants ou nouveaux ont moins l'habitude d'intégrer leur soutien dans le budget, davantage d'efforts seront nécessaires pour améliorer la proportion de soutien au secteur de la santé qui est inscrite au budget.

## **3. En dépit des initiatives de l'IHP+, les coûts de transaction restent élevés.**

Les outils et approches communes ne cadrent pas forcément avec les exigences de tous les partenaires du développement. Certains d'entre eux continuent donc de mener leurs propres opérations parallèles. Ainsi, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme réalise encore sa propre estimation des coûts des programmes. Les directives et exigences standardisées préparées au siège des partenaires du développement ne sont souvent pas assez souples pour permettre de les adapter aux procédures et processus joints et nationaux dans différents pays partenaires. Tout écart des directives standard peut exiger des justifications et procédures compliquées. L'observance de ces directives peut sembler plus tentante, à plus forte raison si le système d'avancement professionnel dans les organisations partenaires du développement récompense ceux qui suivent les règles internes.

## **4. Les partenaires de l'IHP n'utilisent pas les systèmes nationaux de gestion des finances publiques autant qu'ils le pourraient (compte tenu de la qualité du système).**

L'évaluation des politiques et des institutions du pays (CPIA) 2013 a estimé que près de la moitié des pays examinés disposaient de systèmes de gestion des finances publiques suffisamment robustes. Néanmoins, même dans ces pays, le recours aux systèmes nationaux est faible. Cela peut refléter un certain niveau

---

<sup>22</sup> Ibid.

d'aversion du risque des partenaires, joint à un désir de rendre compte à leurs mandants. Il apparaît que les procédures de gestion financière autonomes sont jugées moins risquées et qu'elles optimisent davantage les investissements consentis que les systèmes gouvernementaux. De récentes initiatives mentionnées ci-dessus pour produire davantage de données sur cet état de faits est un pas dans la bonne direction. De plus, si les structures organisationnelles et les directives internes ne sont pas conformes aux principes de la coopération au développement adoptés dans des réunions de haut niveau, c'est-à-dire si ces accords ne sont pas internalisés dans l'organisation, les pratiques de promotion décourageront probablement les comportements de prise de risque. Enfin, certaines parties prenantes au sein des gouvernements partenaires préfèrent aussi la flexibilité que leur confèrent des systèmes moins transparents et moins d'interférences des ministères des finances.

Une explication transversale est que l'IHP+ est un partenariat qui peut convenir de règles, mais n'a pas vraiment le pouvoir de faire appliquer les accords. Néanmoins, même la possibilité de discuter des résultats de l'enquête sur la performance des partenaires et de montrer du doigt les « mauvais élèves » n'a pas été beaucoup utilisée.

#### **5. L'IHP+ s'est engagé de façon limitée dans les achats et l'approvisionnement.**

Une division peu claire des rôles par rapport aux achats et à la gestion de l'approvisionnement a limité la participation de l'IHP+ dans ce domaine.

La fragmentation et l'inefficacité des systèmes de passation de marchés et d'approvisionnement ainsi que les avantages potentiels d'une harmonisation et d'un alignement accrus sont généralement reconnus et les pays partenaires ont souvent soulevé cette question. Néanmoins, si l'on consulte la documentation passée, il semble que l'IHP+ ait eu des difficultés à identifier son rôle face à d'autres initiatives qui travaillent sur l'harmonisation, par exemple le Groupe interorganisations chargé des chaînes d'approvisionnement. En 2014, il a été suggéré qu'un rôle possible de l'IHP+ pourrait être d'examiner comment les efforts pour harmoniser le soutien à la gestion des achats et de l'approvisionnement et relever l'utilisation des systèmes nationaux se déroulent au niveau national par le suivi et de fournir un mécanisme de recueil des observations des pays, par exemple avec des études de cas de pays<sup>23</sup>. Fin 2014, le Comité directeur a décidé que l'IHP+ devait se centrer sur l'apprentissage à partir des expériences d'harmonisation au moyen d'études de cas choisies. Par conséquent, l'IHP+ n'a pas (à juste titre) été très actif dans la promotion et la facilitation des progrès sur ce comportement de l'ECD.

#### **6. Les partenaires du développement ont été moins désireux ou capables de suivre les sept comportements que les pays de l'IHP+.**

L'objet de la définition et l'identification des sept comportements était de stimuler la discussion sur l'objectif essentiel, à savoir l'ECD. Cette discussion a commencé lors de la réunion de l'IHP+ à Nairobi en décembre 2012, où les participants ont identifié plusieurs domaines essentiels dans lesquels les partenaires internationaux du développement devaient changer leur comportement pour accélérer les progrès sur les OMD. Ainsi que mentionné à la section 3.2, les sept comportements ont été très appréciés pour leur clarté et les messages précis qu'ils transmettent.

---

<sup>23</sup> IHP+ 2014. Potential roles for IHP in the area of procurement and supply management. Paper for IHP+ Steering Committee November 12, 2014.

Néanmoins, beaucoup des personnes interrogées par l'équipe chargée de l'examen ont souligné que les pays de l'IHP+ avaient en général mieux respecté les sept comportements que les partenaires du développement. Un certain nombre de ces derniers ont eu tendance à accorder plus d'attention à l'obtention de résultats qu'à l'alignement. Cette propension a été documentée dans le Rapport de performance 2014 et l'une des personnes interrogées a estimé qu'il s'agissait d'un problème « qui crève les yeux mais dont personne ne veut parler ».

#### **7. Il n'y a que peu d'exemples de bonne coordination de l'assistance technique et de l'apprentissage entre les pays signataires.**

Rares sont les partenaires à utiliser les systèmes gouvernementaux pour dispenser une assistance technique aux pays. Même si l'obligation double de rendre compte du soutien technique – au partenaire et au gouvernement – semble la meilleure méthode, elle a souvent fait défaut<sup>24</sup>.

Il n'y a pas de cadre pour faciliter l'apprentissage des pairs entre pays signataires (Sud-Sud) et on dispose de peu de documentation sur les résultats et le partage des données d'expérience de ce type de coopération. À l'exception de la publication de l'IHP+ sur la situation actuelle et des tendances de la coopération Sud-Sud, on sait peu de chose sur la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire, et rares sont les données sur les coûts et les avantages.

C'est bien regrettable car des informations sur les activités qui marchent et les progrès accomplis peuvent aider à maintenir les réformes dans la bonne voie. Il faut pour cela étayer la capacité des structures nationales. Cependant, en général, l'assistance technique a été fragmentaire, avec un manque de continuité des projets de qualité pour les réformes de santé. L'aide au développement dans son ensemble diminue comme proportion des ressources globales de santé, ce qui rend encore plus nécessaire de se centrer sur les meilleurs modèles pour influencer les ressources intérieures, au lieu de combler les lacunes, ce qui a parfois été le cas.

## **5. Comment les réalisations de l'IHP+ ont-elles été facilitées ou entravées par les structures et opérations de l'IHP+, et d'autres facteurs contextuels ?**

### **5.1 Structures et opérations**

#### **5.1.2 Principales réalisations**

##### **1. Le mécanisme de gouvernance – le Comité directeur – est représentatif de l'ensemble des partenaires actuels.**

L'IHP+ compte aujourd'hui 66 signataires de son Pacte mondial 2007, avec notamment des pays en développement et des partenaires du développement (multilatéraux et bilatéraux). Le Libéria, le Japon et le Myanmar sont les plus récents signataires. Le Comité directeur est chargé de définir les orientations

---

<sup>24</sup> IHP+. Demand and supply technical assistance and lessons for the health sector-Issues and challenges from rapid country review 30th October 2014

stratégiques d'ensemble ainsi que de superviser le plan de travail et le budget de l'IHP+ au nom des signataires. Le Comité directeur est composé de 20 membres qui se réunissent deux fois par an : six pays en développement, six partenaires multilatéraux, six partenaires bilatéraux et deux OSC. Il approuve les groupes de travail, prend connaissance de leurs recommandations et convient des mesures à prendre. Formé à partir des membres du Comité directeur, le Groupe de référence de l'IHP+ à taille plus modeste se réunit plus régulièrement et épaulé l'Équipe de base en mettant en œuvre le plan de travail.

Les personnes interrogées ont indiqué que le Comité directeur, le Groupe de référence et les groupes de travail sont largement représentatifs des membres de l'IHP+. Il peut être difficile d'obtenir des contributions des pays en développement participants, notamment pour les groupes de travail où leur participation était spécialement appréciée. C'est essentiellement parce que les fonctionnaires du ministère de la santé disposent de peu de temps. Autrement, l'impression globale des personnes interrogées était positive à l'égard de la gouvernance mise en place pour l'IHP+, qui pourrait certainement être utilisée pour accompagner l'IHP+ dans son nouveau rôle.

## **2. Les groupes de travail à durée limitée ont produit des résultats utiles.**

Les groupes de travail de l'IHP+ sont des groupes à durée déterminée d'experts techniques, venant des pays, des institutions et des OCS, qui rendent compte au Comité directeur sur des thèmes précis relatifs à l'efficacité du développement dans le secteur de la santé. Les groupes actuellement actifs travaillent sur : l'intensification des activités ; la redevabilité mutuelle ; l'information et la redevabilité ; et la gestion financière. Il existe aussi un groupe consultatif de la société civile. Étant donné que l'Équipe de base est de si petite taille, l'IHP+ dépend fortement de ces différents comités et groupes de travail pour approuver les engagements et demander à chacun de rendre compte de leur mise en œuvre.

## **3. La structure double de l'Équipe de base a aidé à conserver l'efficacité du développement dans le secteur de la santé à l'ordre du jour dans les deux institutions et à mobiliser leurs responsables.**

Le Secrétariat de l'IHP+ est chapeauté par deux institutions : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale. L'Équipe de base est chargée de gérer le plan de travail et le budget, d'épauler le Comité directeur et ses différents groupes de travail, et d'organiser tous les deux ans la réunion des équipes nationales de santé. Les personnes interrogées ont décrit de diverses façons le travail accompli par l'Équipe de base et ont estimé qu'elle jouait un rôle de catalyseur, de facilitateur et de collaborateur avec les signataires, plutôt que de prescripteur ou d'applicateur de son propre programme de travail. À la différence de secrétariats plus étoffés, les répondants ont estimé que l'Équipe de base de l'IHP+ « *était au service de ses partenaires* »<sup>25</sup> au lieu de créer sa propre base de pouvoir et son programme. L'IHP+ n'a pas le statut de secrétariat de partenariat au sein de l'OMS et de la Banque mondiale, mais c'est une unité qui rend compte directement dans le cadre des structures de gestion des institutions respectives.

## **4. La structure allégée est un atout et l'Équipe de base fonctionne bien.**

Dans les entretiens, il a en général été jugé que l'Équipe de base opérait de manière flexible et était réactive, avec les limitations inhérentes à sa structure et sa dotation en effectifs extrêmement modeste. De même, l'examen stratégique de 2011 a noté que la valeur de l'Équipe de base tenait à « *sa neutralité, son*

---

<sup>25</sup> Répondant lors des entretiens, septembre 2016.

*professionnalisme et sa capacité à gérer des questions et des audiences complexes* »<sup>26</sup>. Depuis la création du Partenariat, plusieurs examens ont porté sur la structure et le fonctionnement de l'IHP+ ; ils ont généralement recommandé de conserver la structure allégée de l'Équipe de base, tout en reconnaissant les responsabilités que cela plaçait sur les signataires pour la réalisation du programme. Le plan de travail est demeuré nécessairement peu détaillé pour permettre la flexibilité et la réactivité de l'Équipe de base aux questions émergentes.

Toutefois, les personnes interrogées ont également remarqué que la conséquence d'une structure allégée et d'un rang relativement inférieur est que l'Équipe de base a parfois eu du mal à obtenir une adhésion suffisante pour son programme parmi la direction de l'OMS et de la Banque mondiale. De même, compter sur les signataires pour appliquer le programme a parfois signifié que les décisions clés n'ont pas été prises ni les engagements appliqués.

Le budget de l'IHP+ pour la période biennale 2016-2017 était à peine inférieur à \$US 10 millions<sup>27</sup>. Sur ce montant, la supervision et les opérations de l'IHP+ ainsi que l'actualisation du Partenariat pour le contexte de l'après-2015 ont consommé un peu plus de \$US 2,6 millions, y compris l'Équipe de base, le Comité directeur et d'autres activités de gestion de l'IHP+. Dans le cadre d'un budget précédent en 2015, le niveau particulièrement faible d'exécution budgétaire (58%) était dû aux graves pénuries de personnel dans l'Équipe de base. En particulier, la nature des objectifs que l'IHP+ souhaite atteindre (influencer les politiques, changer les comportements) exige relativement peu de ressources financières, même si elle dépend de la volonté des personnes de consacrer du temps et des efforts à cette tâche.

#### **5. L'Équipe de base a obtenu de bons résultats dans la communication et l'assistance technique aux pays partenaires.**

L'Équipe de base a accordé la plus grande attention à la communication avec ses membres, en particulier les pays en développement. Elle gère un site Internet doté de bonnes ressources et régulièrement actualisé, publie un bulletin d'information et administre un compte Twitter dont le nombre d'abonnés a augmenté rapidement. Ainsi qu'indiqué précédemment, des efforts considérables ont été consacrés à la création et la production de matériel de plaidoyer autour de l'ECD dans la santé et des sept comportements, notamment des affiches, des cartes postales, des marque-pages et des courts-métrages. De plus, au fil des années, l'Équipe de base a publié de nombreux rapports, en particulier sa publication phare, le rapport biennal sur le suivi de l'IHP+, qui décrit les progrès accomplis par les membres vers les sept comportements de l'efficacité de la coopération au développement. L'Équipe de base se charge aussi ponctuellement de services informels pour les pays qui demandent des conseils dans des domaines tels que la coopération au développement, la planification et le financement de la santé, le suivi et l'évaluation ou encore les revues annuelles conjointes. Si on le lui demande, elle peut former des équipes pour réaliser des évaluations JANS ou des revues annuelles.

L'Équipe de base a aussi organisé tous les deux ans une réunion des équipes nationales de santé, la dernière au Cambodge, en 2015. Plusieurs personnes interrogées ont jugé que c'était une initiative précieuse mais, avec des membres plus nombreux, qu'elle risquait de devenir onéreuse, peu maniable et

---

<sup>26</sup> Deville, L and M Taylor (2011) *Options for the Future Strategic Direction of the IHP+: Findings of a Consultation with Stakeholders*. Examen indépendant mené par des consultants.

<sup>27</sup> IHP+ (2015) *Rapport de l'Équipe de base de l'IHP+*.

moins utile pour les équipes nationales y participant. Plusieurs répondants ont suggéré de passer à des réunions régionales plutôt que mondiales, ou d'adopter un système de sous-groupes qui pourrait continuer à faciliter la coopération Sud-Sud entre régions. Cela permettrait aussi de faire entendre la voix des pays sur les questions de l'ECD traitées par l'IHP+.

### 5.1.2 Domaines plus difficiles

#### 1. L'Équipe de base a parfois eu du mal à maintenir le profil de l'IHP+ et ses priorités à l'OMS et la Banque mondiale

La taille et la composition de l'Équipe de base entre les deux institutions ont varié au fil du temps et figurent actuellement au budget avec un total de cinq postes de niveau cadre supérieur (trois à l'OMS et deux à la Banque mondiale), plus des postes d'administration et de soutien. Dans l'avenir proche, il est probable que la balance continuera de pencher vers l'OMS, même si les orientations stratégiques 2016-2017 ont recommandé que la Banque mondiale maintienne au minimum un poste en équivalent temps plein<sup>28</sup>.

À l'OMS, les personnes interrogées ont indiqué que les procédures des ressources humaines avaient entravé la capacité de fonctionnement de l'Équipe de base en 2015. De récentes pénuries de personnel, partiellement dues à la lourdeur des procédures relatives aux ressources humaines à l'OMS, ont gravement restreint l'aptitude de l'Équipe de base à réaliser les objectifs du plan de travail de l'IHP+. De même, en dépit d'une allocation plus large aux ressources humaines, au fil du temps, la Banque mondiale a ramené sa dotation réelle d'effectifs à l'IHP+ de 3,5 à 0,5 postes en équivalent temps plein.

Certains répondants ont évoqué le statut des responsables de l'Équipe de base de l'IHP+ dans l'échelle des postes au sein de l'OMS et de la Banque mondiale. Ils ont estimé que leur niveau peu élevé leur avait conféré une plus grande souplesse et donné la possibilité de saisir les fenêtres d'opportunité ; néanmoins, leur rang hiérarchique modeste était aussi considéré comme une indication de la faible priorité accordée aux objectifs de l'IHP+ par l'OMS et la Banque mondiale. Cela explique également pourquoi ils ont dû lutter pour mettre l'efficacité de la coopération au développement à l'ordre du jour des institutions, par comparaison, par exemple, avec la maladie à virus Ebola à l'OMS, ou le Mécanisme mondial de financement à la Banque mondiale.

#### 2. Un éventail élargi de partenaires devra être inclus dans la CSU 2030 par comparaison avec l'IHP+.

Les personnes interrogées ont cité plusieurs groupes clés qui ne sont pas actuellement inclus dans la gouvernance de l'IHP+ et qu'il sera important de solliciter pendant la transition vers la CSU 2030 :

- des économies émergentes et/ou pays à revenu intermédiaire ;
- différents acteurs du secteur privé (notamment des entreprises, des organisations confessionnelles et des organismes philanthropiques) ;
- les bureaux régionaux d'institutions (particulièrement ceux de l'OMS) ainsi que les bureaux de pays (actuellement, la plupart des organisations ne sont représentées qu'au niveau du siège) ;
- des groupes de parlementaires et des représentants d'autorités locales.

<sup>28</sup> IHP+ (2016) *Orientations stratégiques de l'IHP+ pour 2016-17. Optimiser la coopération au développement pour atteindre les ODD concernant la santé.*



La difficulté pour l'IHP+ sera de trouver un équilibre entre les intérêts d'un ensemble élargi de groupes, tout en maintenant son mode de fonctionnement allégé et flexible. On pourrait peut-être créer différents niveaux d'affiliation, avec par exemple un noyau de signataires, comme présentement, mais avec une option de réseau élargi qui pourrait permettre à un plus grand nombre de participer au moyen de plateformes régionales ou fonctionnelles.

### **3. L'Équipe de base a eu des difficultés à communiquer efficacement avec les partenaires du développement.**

La communication a peut-être été moins satisfaisante avec les partenaires du développement (institutions bilatérales et sièges des institutions multilatérales), pour donner suite aux constatations recueillies auprès des pays sur la performance de ces partenaires du développement en rapport avec les sept comportements. La communication entre eux et l'Équipe de base tend à se dérouler essentiellement avec le personnel du siège (par exemple à l'occasion de la présentation de l'examen biennal aux membres du Comité directeur et d'autres partenaires du développement signataires). Néanmoins, ces collaborateurs n'ont pas toujours un contrôle direct sur les décisions relatives aux dépenses dans les pays et ils n'exercent qu'une influence limitée en vue d'ajuster le comportement de leur organisation par rapport à un problème précis de l'ECD. Fréquemment, les décisions sur la manière de dépenser les fonds et le respect des engagements de l'ECD se prennent au niveau national et/ou dans les départements régionaux au siège. Depuis sa création, l'IHP+ a eu du mal à trouver des moyens d'opérer dans l'espace entre le programme national et les décideurs au siège ; les aider à établir des leviers et des mécanismes qui modifient véritablement le comportement a été une entreprise difficile. C'est un domaine complexe et sensible et, à l'avenir, l'Équipe de base, aussi bien à la Banque mondiale qu'à l'OMS, doit être dotée de collaborateurs possédant suffisamment d'autorité, de stature et d'énergie pour faire avancer le programme.

## **5.2 Redevabilité**

### **1. L'IHP+ a introduit plusieurs mécanismes de redevabilité potentiellement efficaces au moyen desquels il est possible de demander des comptes aux pays en développement et à leurs partenaires.**

Dès le début, par ses mécanismes de gouvernance et avec l'aide de l'Équipe de base, l'IHP+ était censé demander des comptes aux signataires pour les engagements qu'ils avaient souscrits, aussi bien dans le Pacte mondial que dans d'autres pactes nationaux. Néanmoins, il lui a toujours été difficile d'y parvenir. L'opinion généralisée chez les personnes interrogées était que, dans l'ensemble, les pays en développement ont amélioré leur systèmes publics de planification et de gestion financière (même si ce n'est pas suffisant pour tous), mais que les partenaires du développement n'ont pas réussi à progresser ou même, dans certains cas, qu'ils ont reculé depuis 2007. La question cruciale de gouvernance pour l'IHP+ est donc de savoir ce qui aurait pu être fait différemment.

L'IHP+ a introduit plusieurs mécanismes pour promouvoir l'adhérence aux engagements souscrits dans les pactes. Le plus intensif est l'examen biennal de la redevabilité mutuelle, par lequel les pays et leurs partenaires donateurs rendent compte mutuellement des progrès vers leurs engagements. Il a maintenant été organisé à cinq reprises. Il a inclus :

- des indicateurs auto-déclarés sur la performance par rapport à des indicateurs quantitatifs ;
- l'exploration qualitative des raisons de l'adhérence ou non aux engagements ;
- des réunions nationales ultérieures pour prendre connaissance des résultats ;



- une implication des OSC aux résultats au niveau national ;
- une collaboration avec les partenaires du développement au niveau du siège (par exemple l'OMS) ;
- une discussion des responsables des institutions internationales de santé sur les résultats.

Néanmoins, les personnes interrogées ont remarqué que d'autres leviers de redevabilité n'avaient pas été aussi bien étayés, par exemple : un financement suffisant pour permettre aux OSC de demander des comptes à leur gouvernement, financement auquel, en dépit des efforts de l'Équipe de base, les donateurs n'ont pas voulu contribuer<sup>29</sup> ; la mobilisation des parlements et des autorités locales pour demander aux gouvernements et aux partenaires du développement d'être responsables de leurs engagements en faveur de l'efficacité des systèmes de santé et du financement ; et des informations sur les raisons pour lesquelles les partenaires du développement n'ont pas honoré leurs engagements<sup>30</sup>.

## **2. Malgré les efforts de l'Équipe de base, peu de progrès ont été accomplis sur la manière d'utiliser les mécanismes de redevabilité et de trouver des processus susceptibles d'en favoriser un meilleur usage.**

De plus, peu de discussions ont porté sur les mécanismes et processus qu'il faudrait mettre en place pour utiliser ces leviers, s'ils existent, ou sur les circonstances dans lesquelles ils fonctionnent le mieux possible. Les répondants ont affirmé qu'à leur sens, si l'IHP+ maintient le programme de l'efficacité de la coopération au développement comme élément de son futur mandat, il devra mieux identifier et atteindre les cadres supérieurs susceptibles d'être intéressés par le programme de l'efficacité du développement et également capables de créer des mesures d'encouragement institutionnel afin de modifier le comportement de l'organisation dont ils relèvent.

Le programme de l'IHP+ a été inclus dans les discussions des responsables des institutions internationales de santé en 2014 (voir

### **Encadré. Un exemple de soutien de haut niveau**

La cinquième réunion informelle des responsables des institutions internationales de santé au siège de la Banque mondiale, en avril 2014, illustre bien la manière dont un soutien de haut niveau cruellement nécessaire, dans ce cas des responsables de la Banque mondiale et de l'OMS, peut faire avancer la cause de l'ECD.

Le Directeur général de l'OMS a accepté de présider un groupe de travail de points focaux de haut niveau appartenant aux institutions internationales de santé pour collaborer avec des pays afin de préparer un cadre rationalisé pour mesurer les résultats. Le Président du Groupe de la Banque mondiale, Jim Yong Kim, et le Directeur général de l'OMS ont coprésidé la réunion du 10 avril 2014, dans le but de prendre connaissance du rapport de synthèse du groupe de travail et se mettre d'accord sur la manière de progresser vers : 1) une liste finale commune d'indicateurs ; 2) une réduction de la charge imposée aux pays pour l'établissement de rapports ; et 3) l'opérationnalisation du programme pour améliorer le suivi des résultats et de la performance.

Le Directeur général de l'OMS, qui a présidé le groupe de travail interinstitutions sur les indicateurs et la charge de préparation des rapports pendant la période allant d'octobre 2013 à avril 2014, a mis en évidence la principale recommandation de l'évaluation rapide de la charge imposée par les indicateurs et la notification pour le rapport sur la santé dans le monde : diminuer d'au moins 50% le nombre d'indicateurs que les partenaires du développement exigent pour les rapports des pays, estimés à plus de 600. Le Directeur du pôle santé, nutrition et population dans le Groupe de la Banque mondiale, a résumé le projet de rapport sur les indicateurs de base pour la mesure des résultats sanitaires, avec ses quatre recommandations principales pour les partenaires du développement : 1) utiliser des plateformes communes sous l'égide des pays pour la mesure des résultats et la redevabilité, ainsi que le préconise l'IHP ; 2) convenir d'un ensemble limité d'indicateurs de base communs ; 3) aligner les cycles de présentation des rapports des institutions ; 4) coordonner les investissements dans le renforcement des systèmes de données des pays et de la capacité institutionnelle (y compris les statistiques des faits d'état civil, des enquêtes régulières harmonisées, des systèmes de notification des données administratives et des données provenant des établissements de santé).

<sup>29</sup> Cette situation a été corrigée avec le Fonds d'action pour une politique de santé (*Health Policy Action Fund – HPAF*) qui a décerné de petites allocations aux OSC du Sud pour leur permettre de participer aux processus nationaux de définition des politiques de santé.

<sup>30</sup> Cette question est actuellement abordée par un examen des procédures de fonctionnement des partenaires du développement qui sera publié début 2017.

l'encadré). Certaines personnes interrogées ont indiqué que cela avait permis d'inscrire les questions de l'IHP+ à l'ordre du jour de la santé dans le monde. Mais d'autres ont déploré le manque d'activités complémentaires et ont noté que, pour catalyser de futures actions sur l'efficacité de la coopération au développement dans le secteur de la santé, il fallait que l'engagement soit beaucoup plus généralisé parmi les institutions partenaires du développement. Les responsables des institutions internationales de santé manquent aussi de l'autorité nécessaire pour exhorter collectivement les partenaires du développement à honorer leurs engagements, en particulier puisque, dans certains cas, ils n'ont pas réussi à améliorer l'efficacité de l'aide qu'ils dispensent eux-mêmes.

### 5.3 Autres facteurs contextuels

#### **1. Les facteurs contextuels ayant un impact sur l'IHP+ sont différents au niveau international et au niveau national.**

Entre 2007 et 2016, divers facteurs contextuels ont agi sur la capacité de l'IHP+ à atteindre ses objectifs. Au niveau international, les problèmes contextuels cités comprenaient : le niveau d'attention politique accordée à l'IHP+, parmi des initiatives et partenariats mondiaux concurrents dans l'architecture mondiale de santé ; des ajustements du programme de l'efficacité de la coopération au développement qui est passé du développement des systèmes à une orientation vers les résultats, avec un ensemble élargi de parties prenantes ; et la priorité relative accordée au renforcement des systèmes de santé génériques par opposition à des maladies (par exemple les « trois maladies » ou la maladie à virus Ebola) ou des interventions spécifiques (par exemple les vaccins ou les services de santé génésique, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant).

Au niveau national, un ensemble différent de facteurs ont été accusés d'influer sur le succès ou l'échec, notamment : la détermination des gouvernements à changer leur propre comportement ; la volonté des gouvernements de remettre en question les partenaires du développement pour leur comportement ; le degré auquel les OSC ont été associées et ont pu participer aux débats politiques sur la santé ; le niveau de revenu et le degré de sécurité ou de fragilité du pays ; et l'engagement de la part du gouvernement national de consacrer des ressources intérieures au renforcement des systèmes de santé.

#### **2. L'IHP+ a répondu avec souplesse et professionnalisme à l'évolution du contexte.**

Les signataires de l'IHP+ et le Comité directeur ont répondu à ces facteurs contextuels de différentes manières et c'est l'association des pouvoirs d'influence et d'adéquation dans la réponse qui a déterminé l'impact que chacun a eu sur les résultats de l'IHP+. Parmi les exemples de la façon dont l'IHP+ a bien réagi et a bénéficié du contexte qui ont été cités par les personnes interrogées, il convient de mentionner la récente réponse à la CSU, l'exploitation du regain d'intérêt pour les objectifs de l'IHP+ et la capacité à répondre rapidement aux demandes d'assistance des pays dans la gestion de leur relation avec les partenaires du développement.

Les exemples mentionnés de réaction moins positive de l'IHP+ se rapportent aux nouveaux concepts de l'aide au développement. Ces dernières années, les initiatives mondiales de santé se sont davantage axées sur les résultats, répondant ainsi aux pressions de leur conseil d'administration qui les enjoint de montrer quels effets peuvent être attribués aux mesures financées. Montrer des résultats rapides est souvent incompatible avec les considérations de viabilité, et il n'est pas rare que les instruments utilisés aient pour

conséquent involontaire d'inhiber ou de saper l'ECD. S'agissant des problèmes de communication évoqués plus haut, ces différences opérationnelles et ces questions complexes et technocratiques sont fréquemment difficiles à transmettre efficacement à la direction ou aux politiciens qui prennent les grandes décisions sur le financement de l'aide et les mesures d'incitation.

Dans l'ensemble, le programme de la santé fluctue fréquemment et de manière quelque peu imprévisible. L'IHP+ devra donc continuer d'être flexible et de répondre aux changements permanents. En dépit de l'évolution des programmes de la coopération au développement et de la santé dans le monde, le Partenariat continue d'avoir un rôle important à jouer pour rappeler leurs engagements aux partenaires et aider les pays à leur demander des comptes.

## **6. Comparaison de l'expérience de quatre partenariats et réseaux similaires**

### **6.1 Introduction et contexte**

Pour répondre à la deuxième partie de cette question, nous avons exploré les opérations et expériences de quatre autres partenariats internationaux similaires. L'Équipe de base de l'IHP+ a fourni une longue liste d'initiatives/de partenariats internationaux potentiellement intéressants qui a été complétée par l'équipe de consultants. Les critères pour sélectionner ceux qui ont fait l'objet d'une étude plus approfondie étaient les suivants :

- ils existent encore, ont une bonne base d'information qui est disponible en ligne et doivent avoir fait leurs preuves (ils sont actifs depuis plus de cinq ans) ;
- ils ont un mode de fonctionnement semblable à celui de l'IHP+ : il s'agit non pas de mécanismes de financement, mais d'organisations qui mobilisent un soutien technique et un plaidoyer ;
- ils accordent une priorité à la santé/au développement d'ensemble, plutôt que de se focaliser trop étroitement sur une maladie ou une intervention unique.

Sur la base de ces critères, l'équipe a sélectionné les initiatives suivantes : le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE), l'Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS) qui est en passe de devenir le Réseau des ressources humaines pour la santé, le Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement (PMCED) ainsi que le Mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles et l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles.

### **6.2 Principaux enseignements tirés d'autres partenariats pour la structure, la gouvernance et le contexte de l'IHP+**

Une description détaillée de l'objet et des opérations, de la structure et de la gouvernance, des facteurs contextuels et de la redevabilité des quatre autres partenariats figure au tableau 6.1. Nous résumons ici les principales leçons émergeant de cette étude comparative et faisons des suggestions sur la manière dont ces leçons peuvent être utiles pour l'IHP+ alors qu'il se transforme en CSU 2030.

**1. La composition des quatre partenariats est beaucoup plus large que celle de l'IHP+, gérée par des conseils d'administration fondés sur les groupes de membres ou des comités directeurs d'efficacité variable.**

Comme le mandat de la CSU 2030 est potentiellement beaucoup plus large que le programme de l'IHP+ relatif à l'efficacité du développement, la nouvelle organisation doit envisager d'étendre sa composition pour y inclure un nombre croissant de pays en développement, de partenaires du développement et d'organisations non gouvernementales, ainsi que d'acteurs issus du secteur privé, des organisations parlementaires et des autorités locales, de même que des associations professionnelles. À mesure qu'il s'élargit, le Comité directeur devra aussi évoluer et établir de nouvelles manières de travailler pour gérer un ensemble d'intérêts plus divers.

**2. La plupart des quatre partenariats ont été établis dans le contexte d'un accord intergouvernemental par le biais de l'ensemble du système des Nations Unies, comme le Conseil économique et social, l'Assemblée mondiale de la Santé ou un Forum de haut niveau.**

L'IHP+ n'a jamais eu d'accord intergouvernemental au regard duquel ses membres peuvent rendre compte de leurs actions. Il a préféré laisser le soin à ses partenaires de signer le pacte mondial et/ou des pactes nationaux qui ne sont pas juridiquement contraignants. Cela a légitimé la composition du Partenariat de membre, sans exiger d'investissement substantiel de ressources ni de changement profond de comportement. D'autres partenariats examinés ici se sont fondés sur des accords intergouvernementaux ou interorganisations relativement formels, placés sous l'égide d'une autorité telle que le Conseil économique et social ou l'Assemblée mondiale de la Santé à laquelle les membres sont tenus de présenter un rapport chaque année (conformément à leurs propres procédures). Dans le cas des deux partenariats sur les MNT et du PMCED, la connexion avec ces mécanismes de gouvernance des Nations Unies a aussi facilité la participation aux équipes de pays des Nations Unies par le biais du Plan-Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement.

À mesure de la diversification de ses membres, une source d'autorité plus légitime sur le comportement des membres pourrait conférer à l'IHP+ davantage de force pour demander à ses signataires de rendre compte de leurs actions, en fonction de la dynamique politique qui l'étayera. Des exemples incluent les institutions de l'Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des MNT qui présentent un rapport au Conseil économique et social, ou le PSMNE qui collabore avec les gouvernements dans le cadre de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, que 50 pays et 120 organisations ont signée.

Tout avantage devrait être comparé aux coûts de transaction potentiels de la création, qui peut prendre plusieurs années, et de la supervision d'un accord intergouvernemental ou interorganisations.

**3. Le PMCED et les deux partenariats sur les MNT ont des structures qui séparent les pays en développement des partenaires du développement (de différentes manières), avec des activités explicites pour chaque groupe.**

Ni le PMCED ni les partenariats sur les MNT ne sont exactement similaires à l'IHP+, mais ils offrent des exemples intéressants de manières plus adaptées ou ciblées d'aborder différents types d'affiliation. Le

PMCED se partage entre l'OCDE, qui invite les donateurs à participer, et le PNUD, qui atteint le niveau des pays. Les deux partenariats sur les MNT séparent les structures de redevabilité pour les institutions des Nations Unies (au Conseil économique et social) et les pays (à l'OMS, par le truchement d'une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé). L'IHP pour la CSU 2030 peut envisager de créer des mécanismes de redevabilité séparés pour les partenaires du développement et les pays en développement, compte tenu du manque de progrès passés, en particulier des partenaires du développement. S'il élargit réellement la composition à de nouveaux groupes de membres, il doit aussi réfléchir à la manière de les associer aux mécanismes de redevabilité.

**4. Comme l'IHP+, tous les secrétariats sont souples, de petite taille et dépendent de contributions volontaires (même si deux d'entre eux obtiennent de petites ressources des budgets ordinaires des institutions des Nations Unies).**

Cette conclusion appuie les réponses données régulièrement lors des entretiens, selon lesquelles le secrétariat de l'IHP pour la CSU 2030 devrait rester de petite taille et flexible, les postes actuellement alloués étant cependant pourvus aussi bien à l'OMS qu'à la Banque mondiale. Il est important de disposer de personnel de qualité pour maintenir l'autorité de l'IHP+ auprès des partenaires, tout comme le soutien explicite de la direction des deux institutions hôtes.

**5. Le souhait des pays en développement de disposer de mécanismes de redevabilité nouveaux ou élargis sera probablement limité aux domaines où ils peuvent identifier un intérêt personnel, comme le changement du comportement des partenaires du développement ; des ressources additionnelles pour le développement ; le renforcement des systèmes de santé ; ou l'impact sur la santé.**

On a assisté récemment à une prolifération des mécanismes de redevabilité, parallèlement à la prise de conscience du fait que les processus au niveau national risquent de devenir peu maniables. L'IHP pour la CSU 2030 doit se demander comment contribuer à l'harmonisation et la rationalisation des mécanismes de redevabilité plutôt que d'alourdir les processus nationaux. Dans les pays en développement où les budgets publics sont de plus en plus financés et gérés au niveau national, ces mécanismes devraient aussi se centrer sur le rôle en évolution de l'aide au développement comme catalyseur pour des résultats spécifiques du développement et non comme un soutien budgétaire substantiel. Cela étant, ce dernier rôle sera conservé dans les contextes les plus fragiles et les plus pauvres, ce qui suggère la nécessité d'une approche nuancée et différenciée du suivi de la performance des pays et des partenaires du développement.

**6. La plupart des partenariats évoluent pour s'adapter au programme des ODD à l'horizon 2030, notamment en redéfinissant leur objet et leur mission ainsi qu'en actualisant leur légitimité et leurs mécanismes de redevabilité.**

L'IHP+ a encore du chemin à parcourir pour définir son nouveau rôle, en particulier les conséquences sur le renforcement des systèmes de santé, comment maintenir la priorité sur l'efficacité de l'aide au développement et comment améliorer ses données sur les contributions aux résultats sanitaires. D'autres s'emploient aussi à redéfinir leur mandat dans le contexte des ODD et l'IHP+ devrait veiller à ce que, lorsqu'il affine son propre mandat, il l'harmonise avec ceux d'autres organisations apparentées.

### 6.3 Résultats détaillés sur quatre partenariats

**Tableau 6.1. Synthèse des résultats de la comparaison avec quatre partenariats du point de vue de la mission et des opérations, de la structure et de la gouvernance, des facteurs contextuels et des réalisations de chacun d'eux**

Nom	Dates	Objet/opérations	Structure/gouvernance	Facteurs contextuels	Redevabilité
<b>Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PSMNE)</b>	2005-2016	La mission du PSMNE est de relever l'engagement, l'alignement et la redevabilité des partenaires en créant une plateforme pluripartite qui soutiendra une mise en œuvre réussie de la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, permettant ainsi aux partenaires d'obtenir ensemble davantage de résultats que tout partenaire individuel ne pourrait le faire seul.	Secrétariat : OMS ; plus grand que l'IHP+, avec huit collaborateurs fixes, secondés par des consultants.  Le PSMNE est supervisé par le Conseil d'administration (28 sièges) et le Comité exécutif (qui se réunit toutes les six semaines), d'autres comités et le Forum des partenaires, approuvés et définis dans le cadre stratégique du PSMNE et épaulés par le secrétariat du Partenariat.  Ses 600 membres incluent : des pays en développement, des pays donateurs, des ONG, des groupes de jeunes, des représentants du secteur privé, des associations professionnelles, des instituts de recherche et des organismes multilatéraux.	Le Partenariat provient de trois partenariats précédents sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Le principal contexte actuel est le cadre conceptuel « Chaque femme, chaque enfant », ainsi qu'articulé dans la stratégie mondiale du Secrétaire général de l'ONU pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 et ses cibles associées.	Le plan de travail du PSMNE est supervisé conformément à un ensemble d'indicateurs clés de performance.  Le Groupe d'examen indépendant d'experts (iERG) s'est réuni récemment à Londres pour prendre connaissance de la dernière version du document d'information sur la redevabilité préparé par l'axe de travail sur la redevabilité, dans le cadre de la préparation de la stratégie mondiale révisée sur la santé de la femme, de l'adolescent et de l'enfant.  Cela a vivement intéressé Richard Horton, directeur du Lancet, qui y a publié un article où il réprimande les pays et les institutions pour le manque de progrès sur la santé de la mère, l'adolescent et l'enfant.
<b>Alliance mondiale pour les personnels de santé</b>  Actuellement en passe de devenir le	AMPS 2006-2016 ; RRHS à partir de	<u>Examen indépendant</u> : les deux legs les plus importants de l'AMPS comprennent : l'introduction de grande envergure de la réflexion et de la planification du point	Secrétariat : OMS ; était séparée du département des ressources humaines de l'OMS, mais un poste conjoint a récemment été créé. Seulement deux collaborateurs rémunérés sur les fonds de l'AMPS.  Conseil d'administration avec 20 sièges occupés par différents groupes, peut être complexe à gérer. Plus	<u>Examen indépendant</u> : Après dix ans de travail, l'AMPS laisse un héritage substantiel : compréhension approfondie de la complexité des	Par une résolution de l'AMS, les États membres ont adopté le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

<p><b>Réseau de ressources humaines pour la santé</b></p>	<p>2016</p>	<p>de vue de système adaptatifs complexes aux questions des personnes de santé ; et le développement de l'apprentissage en réseau et de compétences qui serviront de fondement pour la prochaine version des activités mondiales en matière de personnels de santé.</p> <p>L'efficacité de l'AMPS dans les domaines du plaidoyer et du rassemblement a été reconnue. L'AMPS a été la seule plateforme indépendante au niveau international avec le mandat et la capacité de réunir des acteurs multisectoriels des personnels de santé (étatiques et non étatiques) autour d'un programme commun.</p>	<p>focalisé sur le travail du secrétariat que sur la collaboration avec les membres de par le monde.</p> <p>Membres : 400 organisations pluripartites avec un intérêt dans les personnels de santé.</p> <p><u>Examen indépendant</u> Cinq recommandations pour le nouveau modèle de réseau à l'OMS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leadership efficace et définition des priorités sur la base d'une vision commune, d'une solide capacité administrative et d'un budget robuste.</li> <li>2. Équilibre entre approches « étroites » et « larges », avec des occasions fréquentes et structurées d'apprentissage.</li> <li>3. Stratégie de communication vigoureuse pour influencer les décideurs de haut niveau et les acteurs extérieurs au secteur de la santé.</li> <li>4. Objectifs, priorités et composition ciblés.</li> <li>5. Suivi des progrès sur les objectifs adoptés et renforcement de la redevabilité et du recueil des données.</li> </ol>	<p>questions relatives aux personnels de santé, un cadre expérimenté pour l'action au niveau des pays, une somme de données pour l'innovation, et une base d'acteurs autonomisés.</p> <p>À l'ère des ODD, des difficultés systémiques persisteront, mais les considérations recommandées aideront à établir une nouvelle plateforme centrale opérante pour les personnels de santé. Les objectifs cadrent bien avec le programme de la CSU et des ODD. Il sera néanmoins difficile de placer les questions relatives aux personnels de santé dans les approches multisectorielles du développement, et non pas seulement dans le secteur de la santé.</p>	<p>Le document final du troisième Forum mondial a été avalisé par l'Assemblée mondiale de la Santé, ce qui a conduit les États membres à souscrire des engagements nationaux.</p> <p>Il y a aussi une stratégie de l'OMS qui constitue une base par rapport à laquelle tous les pays peuvent jauger leurs activités.</p>
<p><b>Équipe spéciale interorganisations pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles</b></p> <p>et</p> <p><b>Mécanisme mondial de coordination de l'OMS pour la lutte</b></p>	<p>2014-2016</p>	<p><u>Équipe spéciale interorganisations</u> : Elle coordonne les activités de 30 institutions des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales pour aider les gouvernements à honorer leurs engagements de haut niveau à répondre aux épidémies de MNT dans le monde.</p>	<p><u>Équipe spéciale interorganisations</u> Secrétariat : OMS ; de petite taille – quatre collaborateurs ; toutes les institutions ont des points focaux qui consacrent une proportion de leur temps à l'Équipe spéciale. Réunions biennuelles pour discuter des progrès.</p> <p>Les engagements ont été faits par les chefs d'État et les gouvernements dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et la mise en œuvre s'effectue par le biais du Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour</p>	<p>La priorité politique passe par le Plan d'action mondial qui contient les objectifs, les rôles et les responsabilités des États membres, de l'OMS et d'autres partenaires.</p> <p>Le programme de lutte contre les MNT a été défendu par le Gouvernement russe,</p>	<p><u>Équipe spéciale interorganisations</u> L'Équipe spéciale a un mandat et un budget pour la mise en œuvre au niveau national qui est assurée par le biais des Équipes de pays des Nations Unies.</p> <p>Au niveau mondial, l'accord entre institutions est négocié par le secrétariat.</p> <p>Le Conseil économique et</p>



<p><b>contre les maladies non transmissibles</b></p>		<p><u>Mécanisme mondial de coordination</u> Il a été créé par le Directeur général de l’OMS en 2014. Le mandat du Mécanisme mondial est d’améliorer la coordination et les activités des acteurs pluripartites à travers les secteurs afin de contribuer à la mise en œuvre du Plan d’action mondial de l’OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020.</p>	<p>2013-2020. L’Équipe spéciale a été créée par le Secrétaire général de l’ONU en juin 2013 et placés sous l’égide de l’OMS. Son mandat a été adopté par le Conseil économique et social en juillet 2014. Son mandat et son plan de travail viennent du Conseil économique et social et son budget émane des budgets ordinaires des institutions et d’autres contributions volontaires.</p> <p><u>Mécanisme mondial de coordination</u> Secrétariat : OMS ; petite taille avec de cinq à dix collaborateurs.</p> <p>Il est dirigé par tous les États membres de l’OMS. D’autres participants comprennent des institutions des Nations Unies et des acteurs non étatiques, des associations commerciales et des institutions universitaires. Son mandat et son plan de travail sont avalisés par le biais de l’Assemblée mondiale de la Santé et son budget provient du financement ordinaire de l’OMS.</p> <p>Des groupes de travail formés de membres sont instaurés au moyen de consultations et sont approuvés par l’Assemblée mondiale de la Santé pour en garantir la légitimité.</p>	<p>par l’entremise du Conseil économique et social. Cette caractéristique a réuni autour de la table d’autres acteurs que cela n’aurait été le cas si l’initiative avait été dirigée par les États-Unis ou le Royaume-Uni.</p> <p>Le programme des ODD relèvera la légitimité de ce travail puisque sous les OMD, il a eu du mal à être reconnu.</p>	<p>social peut être utilisé pour demander des comptes aux institutions en dénonçant publiquement les manques, mais les institutions sont officiellement redevables devant leurs propres organes de directeurs.</p> <p><u>Mécanisme mondial de coordination</u> Les États membres rendent compte à l’Assemblée mondiale de la Santé et les départements techniques de l’OMS recueillent des informations sur la performance. La priorité est accordée à l’information, au dialogue politique et au plaidoyer.</p>
<p><b>Partenariat mondial pour une coopération efficace au service du développement</b></p>	<p>2012-2016</p>	<p>Prodiguer un soutien et des conseils pratiques et <a href="#">partager</a> les connaissances pour stimuler l’impact sur le développement, en mettant fortement l’accent sur les pays pour mettre en œuvre les principes acceptés internationalement de l’efficacité de l’aide au niveau national – appropriation des pays, priorité aux résultats, partenariats inclusifs, et transparence et</p>	<p>Secrétariat : l’équipe d’appui conjoint au PNDU/OCDE rend compte à des coprésidents ; le PNUD facilite l’accès au niveau national par les coordonnateurs résidents et le Plan-Cadre des Nations Unies pour l’aide au développement ; l’OCDE facilite la redevabilité des partenaires du développement.</p> <p>Conseil d’administration : trois coprésidents ministériels + un comité directeur de 21 sièges représentant différents groupes.</p> <p>Membres : gouvernements, organisations bilatérales et multilatérales, société civile et représentants des parlements et du secteur privé.</p>	<p>Le cadre de suivi est actuellement affiné pour refléter pleinement le Programme à l’horizon 2030 et il contribuera à l’examen des cibles pour les ODD 5 et 17 et la mise en œuvre des accords d’Addis-Abeba de financement pour le développement.</p> <p>Le programme accorde encore la priorité aux pays les plus pauvres. Il</p>	<p>Le PMCED a été créé lors du 4<sup>e</sup> Forum de haut niveau sur l’efficacité de l’aide à Busan en 2011.</p> <p>Son mandat a été renouvelé à Nairobi, 2016 : programme de travail précis, lignes claires de responsabilité et comité directeur agissant au nom des membres.</p> <p>Processus annuel de suivi dans 81 pays autour d’indicateurs axés sur le renforcement des institutions</p>



	<p>redevabilité mutuelle.</p> <p>Suivre les progrès dans la mise en œuvre des engagements de Busan pour une coopération au développement plus efficace grâce à son cadre de suivi formé d'un ensemble de dix indicateurs.</p>	<p>Des groupes de travail sont établis pour faire avancer le programme, mais ils manquent de coordination et/ou de mécanismes de suivi. Ils s'emploient à améliorer la mesure de l'alignement des donateurs et l'appropriation, plutôt que simplement se centrer sur les ressources inscrites au budget. Certains groupes de travail ont des procédures de suivi indépendant.</p>	<p>comprend : le partenariat, les avantages des connaissances, l'expertise pour lever eux-mêmes des fonds.</p>	<p>des pays en développement, l'accroissement de la transparence et la prévisibilité de la coopération au développement, l'amélioration de l'égalité entre hommes et femmes, ainsi qu'un soutien à une participation plus active de la société civile, des parlements et du secteur privé aux activités de développement.</p> <p>Problèmes similaires à ceux de l'IHP+ pour rendre les partenaires du développement comptables. Doit mobiliser le niveau politique de même que le personnel technique des institutions.</p>
--	---	---	--	---

## 7. Quelles leçons peut-on tirer pour les futures opérations de la CSU 2030 ?

Les sept points mis en évidence ci-dessous sont les leçons tirées de l'étude de la documentation menée par l'équipe sur les activités du Partenariat, des 25 entretiens avec des professionnels internationaux de la santé qui connaissent bien l'IHP+ et de l'examen comparé de partenariats et réseaux semblables. Il s'agit non pas de recommandations détaillées pour le premier plan de travail du nouveau partenariat, mais plutôt d'orientations et de suggestions pour continuer les débats sur l'avenir du Partenariat.

### 1. Centrer le mandat du nouveau partenariat sur quelques thèmes.

Les prochaines discussions sur le mandat du nouveau partenariat refléteront très probablement la tentation inhérente d'inclure tous les aspects de la CSU, ainsi que cela a été le cas pendant la discussion des ODD généraux aux Nations Unies. Les personnes interrogées ont souligné que le programme de la CSU est beaucoup plus large que celui de l'ECD. Pour établir une identité claire et éviter la duplication des activités, il faut que le nouveau partenariat réfléchisse à la hiérarchisation des priorités et à la manière de centrer son mandat sur quelques questions essentielles, tout en maintenant l'ECD et le RSS au cœur de son programme.

### 2. Rechercher une visibilité élevée et éviter d'imiter d'autres partenariats et réseaux qui travaillent sur des questions semblables.

Un mandat précis devrait aider le nouveau partenariat à devenir *le* point focal pour la CSU. Compte tenu de la prolifération d'initiatives internationales de santé, plusieurs organisations travailleront avec des responsabilités qui se chevauchent. Il faut par conséquent accorder une grande attention, d'un côté, à la collaboration et aux synergies et, de l'autre, à une définition claire de la plateforme de l'IHP pour la CSU 2030. Dans cette situation, le nouveau partenariat devrait rechercher une visibilité élevée par un effort déterminé de communication, avec notamment le recours aux médias sociaux. L'IHP+ obtient de bons résultats en utilisant consciemment son site Internet et son compte Twitter pour souligner l'importance de l'ECD. Cette expérience devrait constituer la base d'une stratégie médiatique élargie avec un lien plus étroit entre les données, les exemples nationaux, les enseignements et le plaidoyer, afin que la communication et le plaidoyer soient mieux guidés par la pratique des pays et des partenaires du développement.

### 3. Mettre au point des outils et en promouvoir l'utilisation pour garantir l'adhésion des pays.

Il convient de se fonder sur les succès de l'outil des JANS et des évaluations de la gestion des finances publiques pour permettre aux procédures d'être dirigées par les pays. Les outils ne sont certes qu'un élément de l'ensemble, mais ils ont été à plusieurs reprises mis en exergue par les personnes interrogées comme un succès majeur. S'inspirant de cette réussite, le nouveau partenariat pourrait préparer, par exemple, des outils communs pour le RSS, en se concentrant peut-être initialement sur le RSS dans les pays fragiles.

### 4. Maintenir la structure double du partenariat.

Les personnes interrogées ont estimé à l'unanimité que la structure choisie pour l'IHP+ avait été judicieuse et qu'elle avait permis de conférer une crédibilité technique au Partenariat et d'éviter son appropriation par une seule organisation.

**5. Envisager des options pour choisir une source d'autorité plus légitime.**

L'IHP+ n'a jamais eu d'accord intergouvernemental au regard duquel ses membres peuvent rendre compte de leurs actions. Il a préféré laisser le soin à ses partenaires de signer le Pacte mondial et/ou des pactes nationaux. Cela a légitimé la composition du Partenariat sans demander d'investissement substantiel de ressources ni de changement profond de comportement. À mesure de la diversification de ses membres, une source d'autorité plus légitime sur le comportement des membres pourrait donner à l'IHP+ davantage de force pour demander à ses signataires de rendre compte de leurs actions, en fonction de la dynamique politique qui l'étayera.

**6. Envisager de créer des mécanismes de redevabilité séparés pour les pays en développement et les partenaires du développement.**

Ni le PMCED ni les partenariats relatifs aux MNT ne sont exactement semblables à l'IHP+, mais ils offrent des exemples intéressants de manières d'envisager des catégories de membres distinctes, plus adaptées ou plus ciblées, par exemple en instaurant une redevabilité séparée pour les institutions des Nations Unies et les pays (comme c'est le cas des partenariats relatifs aux MNT) ou une direction double qui chapeaute différents partenaires (par exemple le PMCED : OCDE-donateurs ; PNUD-pays en développement). L'IHP pour la CSU 2030 peut étudier la possibilité de créer des mécanismes de redevabilité séparés pour ces deux groupes, compte tenu en particulier du manque de progrès passés des partenaires du développement. S'il élargit la composition à de nouveaux groupes, il doit aussi réfléchir aux moyens de les associer aux mécanismes de redevabilité.

**7. Conserver un secrétariat souple et de petite taille.**

Les personnes interrogées ont régulièrement vanté les qualités de l'Équipe de base de l'IHP+, organe souple et de petite taille. Le nouveau partenariat devrait continuer d'être *au service de ses partenaires*, plutôt que de créer sa propre base de pouvoir et ses programmes. La structure de l'Équipe de base ou du secrétariat de la CSU 2030 devrait demeurer légère et flexible ; cependant, tous les postes existants devraient être pourvus à l'OMS et à la Banque mondiale. La qualité du personnel est essentielle pour maintenir l'autorité de l'IHP auprès des partenaires, de même que le soutien explicite de la direction des deux institutions hôtes.

## Annexe 1. Mandat

### Examen indépendant rapide de l'IHP+

#### Mandat

##### Informations générales

En septembre 2015, la communauté internationale est passée des objectifs du Millénaire pour le développement aux objectifs de développement durable (ODD) plus universels et ambitieux. Les partenaires de l'IHP+ se sont demandé comment le Partenariat pouvait contribuer de son mieux à atteindre les ODD relatifs à la santé. Ils sont tombés d'accord sur la nécessité d'élargir le mandat de l'IHP+ pour y inclure le renforcement des systèmes de santé (RSS) dans la perspective de la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) et de diversifier la base du partenariat de l'IHP+ pour répondre aux ODD relatifs à la santé. Les pays en développement se sont vivement félicités de ce changement.

Le principe de la transformation de l'IHP+ a été adopté à un niveau stratégique ; il est maintenant nécessaire d'examiner les options sur la manière de les traduire dans la pratique. Cette transformation en CSU 2030 nécessitera des changements dans les priorités et les fonctions de l'IHP+. Conformément à la note de synthèse, l'objectif d'ensemble de la CSU 2030 serait de soutenir un mouvement pour des progrès accélérés, équitables et durables vers la CSU ainsi que les autres cibles de santé dans les ODD, notamment la sécurité sanitaire mondiale et l'équité.

Les principaux objectifs de la CSU 2030 seraient les suivants :

- améliorer la coordination des activités de renforcement de RSS pour la CSU au niveau international, y compris les synergies avec des partenariats et réseaux techniques apparentés<sup>31</sup> ;
- renforcer le dialogue politique multipartite et la coordination des activités de RSS et de CSU au niveau national, notamment le respect des principes et comportements de l'IHP+ dans les pays qui reçoivent une aide extérieure ;
- faciliter la redevabilité en matière de progrès vers le RSS et la CSU, de façon à contribuer à une approche plus intégrée de la redevabilité au titre de l'ODD3 ;
- consolider l'impulsion politique autour d'une vision globale partagée du RSS pour la CSU et plaider pour une allocation de ressources suffisantes, adaptées et bien coordonnées au RSS.

Pour faciliter la mise en œuvre de ces objectifs comme plateforme multipartite, les fonctions suivantes sont proposées pour la CSU 2030 :

- 1) affermir et compléter les principes pour la coordination ;
- 2) renforcer le suivi, l'examen et les mesures correctrices ;
- 3) assurer la gestion des connaissances ;
- 4) fournir des outils.

#### But

En réponse aux discussions du Comité directeur de l'IHP+ et aux questions émergentes sur la meilleure façon d'opérationnaliser la CSU 2030, l'Équipe de base de l'IHP+ commande un examen indépendant rapide

---

<sup>31</sup> Cela comprend les réseaux, les alliances et les partenariats.

de l'IHP+. L'examen cherchera à déterminer ce qui a bien fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et pourquoi, ainsi que les enseignements retirés, avec une étude d'un nombre choisi d'autres partenariats et initiatives apparentées (voir liste indicative à l'annexe) et l'identification de recommandations.

L'examen guidera les opérations futures de la CSU 2030 et ses méthodes de travail, en particulier le plan de travail actualisé pour 2017. Il aidera ainsi à optimiser la valeur ajoutée de la CSU 2030.

## Méthodologie

Cet examen comportera une approche de méthodes mixtes, avec entre autres activités une étude documentaire et des entretiens avec des informateurs clés selon les axes suivants de travail :

1. Quelles ont été les principales réalisations de l'IHP+ depuis son lancement en 2007 et pourquoi ?
2. Dans quels domaines les progrès ont-ils été plus difficiles et pourquoi ?
3. Comment les structures et les opérations de l'IHP+ et d'autres facteurs contextuels ont-ils facilité/entravé les réalisations de l'IHP+ ? Quelle est l'expérience comparée d'autres partenariats similaires ou initiatives apparentées ?
4. Quelles leçons peut-on tirer pour les futures opérations de la CSU 2030 ?

Les documents potentiels incluent des examens précédents de l'IHP+ : l'examen à court terme de l'IHP+ en 2008, l'examen des dispositions mondiales de gestion du BCG, « *Les options de l'orientation stratégique future du Partenariat international pour la santé : Conclusions de la consultation menée auprès des parties prenantes* », le rapport 2016 « *Feedback from IHP+ signatories and potential strategic directions* » et des rapports de situation préparés par l'IHP+Results.

S'agissant des informateurs clés, les représentants d'au moins un tiers des signataires actuels de l'IHP+ dans tous les groupes d'intérêt, en respectant l'équilibre géographique, devraient être interrogés pour refléter la diversité de l'IHP+. Il sera également nécessaire d'inclure des informateurs clés qui peuvent apporter une évaluation des leçons susceptibles d'être tirées de partenariats et d'initiatives comparables, ainsi que, le cas échéant, d'examens disponibles.

L'Équipe de base approuvera le plan de travail et une méthodologie détaillée avant le début de l'examen.

## Produits escomptés

Produit	Date limite
1. <b>Plan de travail et méthodologie détaillée</b> de l'examen, notamment une liste des principaux documents pour l'analyse documentaire, les informateurs clés qui seront interrogés, les partenariats et initiatives comparables qui seront couverts et les principales questions	25 août 2016
2. <b>Réalisation de l'étude documentaire et des études de cas</b>	31 octobre 2016
3. <b>Rapport</b> comprenant un résumé analytique, les observations, les conclusions et des recommandations (max. 20 pages)	14 novembre 2016
4. <b>Présentation</b> au Comité directeur de la CSU 2030	Décembre 2016

## Annexe 2. Calendrier des entretiens

Examen indépendant rapide de l'IHP+. Calendrier des entretiens		
<b>Lundi 12 septembre</b>		
09h – 15h	Équipe de base de l'IHP+	
	<b>PREMIÈRE ÉQUIPE</b>	<b>DEUXIÈME ÉQUIPE</b>
15h30 – 16h	Tim Shorten, Consultant sur le suivi de l'IHP+ N° tél. : +44 (0)1379 898011 <b>Salle de réunion : E110 (près de la salle du Conseil exécutif)</b>	
16h – 16h30		Dr Delanyo Dovlo, OMS, Directeur, Développement des systèmes de santé, Bureau régional pour l'Afrique N° tél. bureau : GPN 39388 ou +472 413 9388 <b>Meeting room: E110 (près de la salle du Conseil exécutif)</b>
16h30 – 17h	Agnes Soucat, OMS, Directeur, Gouvernance et financement des systèmes de santé (en voyage) N° de portable : +41 79 2173447 <b>Bureau 1159, GPN 13448</b>	
17h – 17h30		Dr Anshu Banerjee, OMS, Directeur, Coordination internationale <b>Salle n° : 5047</b>
<b>Mardi 13 septembre</b>		
10h30 – 11h	Phyllida Travis, OMS, Directeur, Systèmes de santé, Bureau régional en Asie du Sud-Est N° tél. bureau : +911123309325 <b>Salle de réunion : E110 (près de la salle du Conseil exécutif)</b>	
12h30 – 13h30	Déjeuner	Déjeuner
14h00 – 14h30	Joe Kutzin, OMS, Coordonnateur, Politiques de financement de la santé <b>Salle n° : 1162</b>	
14h30 – 15h	David Weakliam, anciennement d'Irish Aid, et AMPS/Réseau des ressources humaines pour la santé N° tél. : +353 86 6063271 <b>Bureau 1159, GPN 13448</b>	Jonna Jeurlink GAVI, Directrice, Politiques publiques N° tél. bureau : + 41 22 909 66 22 <b>Salle de réunion : E110 (près de la salle du Conseil exécutif)</b>
15h – 15h30		Leo Devillé, PDG, HERA Skype : leodeville2556 <b>Bureau 1063</b>
16h15 – 17h15	Max Dapaah, Banque mondiale, coresponsable de l'IHP+ N° tél. bureau : +1 2024582527 ; <b>Salle de réunion : E110 (près de la salle du</b>	

	<b>Conseil exécutif)</b>	
17h – 17h30		Dr Kamiar KHAJAVI Conseiller principal en stratégies, Global Health Initiative (ONUSIDA) Tél. : +1-571-551-7128 <b>Bureau : 1159, GPN 13448</b>

<b>Calendrier des entretiens, deuxième partie</b>		
22 septembre 14h30-15h15	Ties Boerma, OMS, Directeur, Information, bases factuelles et recherche, N° tél. bureau : +41 22 791 1481	Ulrika
20 septembre 10h30 – 11h15	Matthias Reinicke Commission européenne N° tél. bureau : +32 2 29 52772	Esben
20 septembre 14h – 14h45	Carole Presern, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (anciennement cheffe du PSMNE) Tél. : +41 796067247	Louisiana
20 septembre 16h – 16h45	Holger Thies, GIZ Allemagne N° tél. bureau : + 49 228 4460 3489	Esben
21 septembre 10h30 – 11h15	Gerard Schmets, OMS, Coordonnateur, Gouvernance des systèmes de santé, politiques et efficacité de l'aide N° tél. bureau : +41 22 791 3420	Ulrika
21 septembre 14h – 14h45	Viviana Mangiaterra, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme N° tél. bureau : +41587911166	Ulrika
21 septembre 16h30 – 17h15	Brenda Killen, Directrice, Direction de la coopération pour le développement, OCDE N° tél. bureau : 33 6 28 78 83	Esben
27 septembre 10h45 – 11h30 Heure de Washington (16h45 – 17h30 Heure de Genève)	Nicole Klingen, Banque mondiale, ancienne coresponsable de l'IHP+ N° tél. bureau : +1 (202) 458-7413	Esben
28 septembre 11h – 11h45 Heure de Washington (17h – 17h45 Heure de Genève)	Tim Evans, Banque mondiale, Directeur principal de Pôle N° tél. bureau : +1 (202) 290-5034	Louisiana
13 octobre 10h – 10h30	Jane Edmondson, DFID, ancienne coprésidente du Comité directeur de l'IHP+ (maintenant en poste au Bangladesh) N° tél. bureau : +880 2984 3095	Louisiana
27 Septembre 15h – 16h	Jarl Chabot, consultant indépendant, Chabot Consult	Esben
9 novembre 13h – 13h35	Bruno Rivalan, Chef du bureau français de Global Health Advocates France. Représentant des OSC du Nord	Esben
10 novembre 11h05 – 11h38	Dr Boluwatife, Oluwafunmilola Lola-Dare, Président de CHESTRAD International. Représentant des OSC du Sud	Anthony

## Annexe 3

### Liste des publications consultées

1. Beracochea, E (editor) (2015): *Improving Aid Effectiveness in Global Health*. Springer. New York.
2. Conway, S; Harmer, A; Spicer, N: *2008 External Review of the International Health Partnership and related initiatives*. LSHTM, London
3. *Rapport annuel de la performance 2010*. IHP+
4. *Rapport annuel de la performance 2012*. IHP+
5. *Rapport de performance 2014*. IHP+
6. *Rapport de l'Équipe de base 2015*. IHP+
7. Devillé, L, Taylor, M (2011) : *Les options de l'orientation stratégique future du Partenariat international pour la santé+ : Conclusions de la consultation menée auprès des parties prenantes*. Hera, Reet, Belgique
8. *Future strategic directions for IHP+ after 2011: Consolidating and accelerating progress*. SURG Discussion Paper June 2011
9. *Orientations stratégiques de l'IHP+ pour 2016-17 : Optimiser la coopération au développement pour atteindre les ODD concernant la santé*. Document de travail non daté. IHP+
10. *Future directions for IHP+: Sustaining and accelerating change. Phase III work plan and budget 2012-13*. IHP+ 2011
11. *Feedback from IHP+ signatories and potential strategic directions*. IHP+ 2016
12. *CSU 2030 : mettre en place une alliance pour renforcer les systèmes de santé. Projet de note de synthèse – 17 juin 2016*. IHP+
13. *Rapport de la consultation pluripartite sur la CSU 2030. Mettre en place un partenariat pour renforcer les systèmes de santé*. 22-23 juin 2016. Genève, Suisse. IHP+
14. *Les sept comportements : Liste proposée d'actions à l'attention des partenaires internationaux du développement pour de meilleurs résultats en matière de santé*. 2012. IHP+
15. Nordström, A, Travis, P: *Mission to Senegal 9-10 May 2013*. IHP+
16. *Évaluation conjointe des stratégies et plans de santé nationaux. Évaluation conjointe combinée : Outil et guide. Version 3, août 2013*. IHP+
17. *Évaluation conjointe des stratégies nationales de santé. Examen des besoins des parties prenantes*. Avril 2013. IHP+
18. *Joint Assessment of National Health Strategies (JANS). Consultation on Lessons Learned and Future Directions*. 22-24 February 2012, Hammamet, Tunisia. IHP+
19. *Rapports d'évaluations conjointes de stratégies nationales de santé (JANS)*
20. *Cycle de suivi 2016 de l'IHP+. Guide des participants*. IHP+
21. *Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales. Plateforme de pays pour l'information et la redevabilité*. 10 novembre 2011. IHP+



## Annexe 4. Questions posées à d'autres partenariats semblables et initiatives apparentées

### Opérations du partenariat/réseau

- Dans quelle mesure le secrétariat/l'équipe de base a-t-il/elle bien fonctionné ?
- Quelles ont été ses ressources et ont-elles été suffisantes ?
- À qui le secrétariat rend-il compte, à quel niveau ?
- Dans quelle mesure entretient-il de bonnes relations avec son organisation hôte et comment cela a-t-il évolué ?
- Dans quelle mesure la communication de l'équipe de base avec les membres a-t-elle été efficace ?

### Gouvernance du partenariat/réseau

- Dans quelle mesure la **gouvernance** mise en place pour le partenariat/réseau a-t-elle bien fonctionné du point de vue de la composition des membres et de la supervision (comité directeur, conseil d'administration, etc.) ?
- Dans quelle mesure le comité directeur est-il représentatif des membres ?
- Dans quelle mesure le partenariat/réseau est-il parvenu à gérer les contributions des groupes de travail ?
- Que changeriez-vous si vous le pouviez ?

### Redevabilité

- Comment le partenariat/le réseau demande-t-il à ses membres de **rendre compte des engagements qu'ils ont souscrits** ?
- Sur quels encouragements et sanctions vous appuyez-vous et ont-ils fonctionné ?
- Y a-t-il des différences entre les pays en développement et les pays donateurs et, dans l'affirmative, comment les avez-vous abordées ?
- Quelles sont les principales leçons et que changeriez-vous si vous le pouviez ?

### Contexte élargi

- De quel niveau de priorité politique a bénéficié le partenariat/réseau ?
- Quelle différence le contexte des ODD/de la CSU fera-t-il pour votre organisation, ses membres et son organe directeur ?
- Quelles adaptations majeures avez-vous introduites ou prévoyez-vous d'introduire ?
- Le contexte politique et/ou le plaidoyer change-t-il quelque chose à votre succès et, dans l'affirmative, comment a-t-il fonctionné à votre avantage (ou, dans la négative, comment l'a-t-il contrarié) ?

## Annexe 5. Enquête auprès des pays

L'enquête auprès des pays a été entreprise du 11 novembre au 2 décembre 2016. Elle a été menée au moyen d'un questionnaire en ligne à questions fermées (échelle de Likert) avec la possibilité d'ajouter des observations individuelles pour chaque question. L'objet de l'enquête était de valider les conclusions de l'équipe d'examen. Les participants devaient indiquer s'ils n'étaient pas d'accord, moyennement pas d'accord, sans opinion, moyennement d'accord et d'accord avec les 21 questions qui étaient identiques aux conclusions de l'examen rapide indépendant (voir tableau ci-dessous).

Un échantillon de 50% a été utilisé, correspondant à 18 pays choisis de manière aléatoire sur un total de 37 pays signataires<sup>32</sup>. Deux « collecteurs » ont été utilisés dans l'enquête, c'est-à-dire que les répondants du ministère de la santé devaient utiliser un lien Internet et les principaux partenaires du développement dans le même pays devaient en utiliser un autre, permettant ainsi une analyse séparée des résultats.

Sur les 18 ministères et 18 partenaires du développement, 11 ministères de la santé (appelés pays dans le tableau) et 9 partenaires du développement ont participé à l'enquête. Cela correspond à un taux de réponse de 56%.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des réponses. D'une manière générale, 73% des réponses (256 sur un total de 352) étaient d'accord avec les conclusions de l'équipe chargée de l'examen (réponses Je suis d'accord ou Je suis moyennement d'accord) alors que 13% n'étaient pas d'accord (réponses Je ne suis pas d'accord et Je suis moyennement pas d'accord). 16% des répondants n'avaient pas d'opinion. La valeur moyenne était de 4, respectivement 3,8 sur une échelle de 1 à 5 où 5 représente l'accord total. Les résultats de chacune des 21 questions peuvent être consultés dans les tableaux ci-dessous.

Pour la question 1 (garder vivant le débat sur l'ECD), la question 3 (évaluations JANS), la question 8 (suivi conjoint et redevabilité) et la question 21 (difficultés de l'Équipe de base pour changer le comportement des partenaires du développement), l'accord était particulièrement prononcé.

Pour la question 6 (prévisibilité), la question 7 (harmonisation et alignement) et la question 10 (prévisibilité), l'accord était moins net. Dans le cas de la question 10, les pays et les partenaires du développement étaient partagés.

Des transcriptions de tous les résultats de l'enquête, y compris les commentaires des répondants, ont été remises à l'Équipe de base. Il est possible d'avoir accès aux données de l'enquête par le biais d'un lien Internet (cliquer sur <https://www.surveymonkey.net/results/SM-5KTD6Q8F/>).

---

<sup>32</sup> Afghanistan, Cambodge, Côte d'Ivoire, Comores, République démocratique du Congo, Djibouti, Éthiopie, Gambie, Guinée, Haïti, Mauritanie, Myanmar, Népal, Nigéria, Pakistan, Sénégal, Togo et Zambie.

Toutes les questions	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays	11	12	26	64	83	4,0
Partenaires du développement	7	14	31	48	56	3,8

Question 1 L'IHP+ a gardé vivant le débat sur l'efficacité de la coopération au développement dans le secteur de la santé	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays	1			2	6	4,3
Partenaires du développement		1	1	2	5	4,2

Question 2. L'IHP+ a efficacement encouragé et aidé les pays à mettre en place et à évaluer conjointement les plans stratégiques nationaux du secteur de la santé	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays	1			2	6	4,3
Partenaires du développement	1	1		3	4	3,9

Question 3. L'IHP+ a préparé des outils, comme l'évaluation conjointe des stratégies nationales de santé (JANS), qui ont été utiles pour mettre en place de meilleurs plans stratégiques nationaux du secteur de la santé	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays			1	3	5	4,4
Partenaires du développement	1			1	6	4,4

Question 4. L'IHP+ suscite l'adhésion dans les pays	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays			1	4	4	4,3
Partenaires du développement		2	2	2	3	3,7

développement						
---------------	--	--	--	--	--	--

Question 5. Les outils et les processus de l'IHP+ ont appuyé le développement vers un budget de santé unique	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays	1			8	1	3,8
Partenaires du développement			3	4		3,6

Question 6. L'IHP+ a stimulé une amélioration de la prévisibilité et de la mobilisation d'un financement <u>interne</u>	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays	1	1	2	6		3,3
Partenaires du développement		1	3	2	1	3,4

Question 7. Ces dernières années, le plaidoyer de l'IHP+ a contribué à une harmonisation accrue de la gestion financière et de l'alignement	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays		3		6		3,3
Partenaires du développement		1	3	3	1	3,5

Question 8. Le suivi conjoint et la redevabilité fondés sur des plans stratégiques nationaux sont considérés comme utiles dans des pays signataires	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays	1		1	1	7	4,3
Partenaires du développement		1		2	5	4,4

Question 9. Depuis sa création, l'IHP+ a bénéficié d'un fort engagement de la	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée

société civile						
Pays			2	3	3	4,1
Partenaires du développement		2	2	2	1	3,3

Question 10. Malgré des accords signés, la prévisibilité de l'aide au développement a diminué	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays	3	1	1	3	1	2,8
Partenaires du développement	1		3	2	1	3,3

Question 11. Les activités visant à intégrer les fonds des partenaires dans le budget national ont eu un effet limité	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays	1		2	1	6	4,1
Partenaires du développement	1		2	1	3	3,7

Question 12. Malgré les initiatives de l'IHP+, les coûts de transaction relatifs à la coopération au développement restent élevés	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays			1	4	5	4,4
Partenaires du développement	1		2	4		3,3

Question 13. Les partenaires de l'IHP+ n'utilisent pas les systèmes nationaux de gestion des finances publiques autant qu'ils le pourraient (compte tenu de la qualité du système)	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays		1	1	1	6	4,3
Partenaires du développement				2	6	4,8
Question 14. L'IHP+ s'est engagé de façon limitée dans le renforcement des systèmes de passation des marchés/d'approvisionnement	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée

ent						
Pays	2			5	3	3,7
Partenaires du développement				2	4	4,7

Question 15. Les partenaires du développement ont été moins désireux ou capables de suivre les sept comportements que les pays signataires	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays			2	1	7	4,5
Partenaires du développement	1		2	1	2	3,5

Question 16. Il n'y a que peu d'exemples de bonne coordination de l'assistance technique et de l'apprentissage entre les pays signataires	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays			1	3	6	4,5
Partenaires du développement	1	1	2	1	3	3,5

Question 17. Le mécanisme de gouvernance (le Comité directeur) représente bien l'ensemble des partenaires actuels	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays		1	1	2	5	4,2
Partenaires du développement		1	3	2	1	3,4

Question 18. Les groupes de travail à durée déterminée ont produit des résultats utiles	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays		2	4	1	2	3,3
Partenaires du développement		1	2	3	2	3,8

Question 19. La structure allégée est un atout et l'Équipe de base fonctionne bien	Je ne suis pas d'accord	Je suis moyennement pas d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays		1	2	2	4	4,0

Partenaires du développement			2	2	3	4,1
------------------------------	--	--	---	---	---	-----

Question 20. L'Équipe de base a obtenu de bons résultats dans la communication et l'appui technique aux pays signataires	Je ne suis pas d'accord	Je ne suis pas tout à fait d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays		2	2	4	2	3,6
Partenaires du développement		2		2	3	3,9

Question 21. L'Équipe de base a eu des difficultés à communiquer efficacement avec les partenaires du développement sur la façon de modifier leurs comportements pour s'acquitter de leurs engagements	Je ne suis pas d'accord	Je ne suis pas tout à fait d'accord	Je n'ai pas d'opinion	Je suis moyennement d'accord	Je suis d'accord	Moyenne pondérée
Pays			2	2	4	4,3
Partenaires du développement				5	2	4,3