

CYCLE DE SUIVI DE L'IHP+ 2016

FORMAT DE RAPPORT POUR LE PAYS

PAYS	TCHAD
NOM DU CONSULTANT	MBAITOLOUM WEINA
DATE DE SOUMISSION	06 March 2017

1 Processus du cycle de suivi de l'IHP+ 2016

Le processus du cycle de suivi de l'IHP+ 2016 a commencé par la prise de contact du consultant avec le point focal pays et celui du MSP pour le lancement du processus. Une réunion entre le MSP et l'OMS a permis d'établir la stratégie à suivre pour contacter les groupes cibles et avoir l'appui de l'OMS au processus.

Le consultant a procédé à l'élaboration de la liste des partenaires au développement (PDs), des organisations de la société civile et ceux du secteur privé impliqués dans la santé. Au total 12 PDs, 19 OSC et 13 acteurs privés ont été retenus et contactés par mail puis individuellement par téléphone. Voir ci-dessous le résultat de la consultation :

Institutions	Retenues	Ont rempli le questionnaire quantitatif	Ont répondu en ligne	Ont répondu au questionnaire qualitatif
PDs	12	8		7
OSC	19		11	4
Secteur Privé	13			6

La stratégie utilisée pour les PDs a consisté à leur envoyer les documents puis de prendre contact avec chacun d'eux pour le remplissage. Les OSC et l'ensemble des acteurs des secteurs public et privé ont été convoqués à un atelier de lancement durant lequel des rendez-vous ont été pris pour des réunions de concertation avec les différents groupes.

Les principales difficultés résident sur le fait qu'il n'existe pas de cadre de concertation régulière réunissant à la fois le gouvernement, les PDs, les OSC et le secteur privé autour de l'aide au développement en matière de santé (Initiative l'IHP+). Beaucoup n'avaient jamais entendu parler de l'IHP+ y compris certains cadres des PDs et malgré les explications, peu semblent avoir compris l'intérêt de l'exercice. Il n'existe pas de liste précise des institutions conviées régulièrement par le MSP dans le cadre de la mise en œuvre de la PNS. A cela s'ajoute le fait que les OSC et le secteur privé sont peu structurés et surtout la place du secteur privé dans la mise en œuvre de la PNS n'est pas claire pour le MSP et les PDs.

Enfin, la coordination de l'initiative IHP+ du MSP mériterait d'être plus structurée et rendue plus fonctionnelle.

2 Engagement à établir des stratégies solides pour le secteur de la santé qui sont évalués conjointement et qui renforcent la responsabilité mutuelle

2.1 Pratique CDE1. Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique

Il existe une stratégie nationale de santé unique soutenue par les pouvoirs publics et les partenaires au développement. Par rapport aux interventions des uns et des autres, tous les partenaires se réfèrent à la PNS et aux PNDS pour élaborer leur plan d'action ensemble avec les cadres du MSP. Leurs activités viennent donc en appui au plan stratégique national. Les revues annuelles du PNDS sont des occasions pour une meilleure harmonisation des programmes. Cependant d'autres mécanismes identifiés dans le pré-pacte et le pacte comme les supervisions conjointes et le fonctionnement des différents groupes sectoriels et la réunion régulière entre le MSP et les PDs doivent être activés.

Parmi les défis on retiendra le renforcement du leadership du MSP dans la mise en œuvre de sa PNS et une concertation avec les PDs sur les ressources prévues et celles effectivement utilisées pour les activités programmées. Pour ce faire il faut mettre en place une cellule de coordination de l'IHP+ qui travaille dans l'esprit du pacte signé avec tous les partenaires.

2.2 Pratique CDE5. La redevabilité mutuelle est renforcée.

Le processus d'une évaluation mutuelle et inclusive des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements pris dans le secteur de la santé, y compris en matière d'efficacité de l'aide n'a pas été mis en place. Le cadre idéal serait celui de l'IHP+. En attendant chaque partenaire associe le MSP dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de leurs programmes. Les OSC bénéficient de l'aide au développement à travers des contrats de mise en œuvre signés avec certains PDs qu'ils justifient dans le cadre des projets spécifiques. Par contre le secteur privé n'est pratiquement pas impliqué dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé. Les PDs affirment financer le secteur public exclusivement. Les défis sont les mêmes que plus haut. En plus le MSP devra clarifier le rôle des OSC et du secteur privé dans la mise en place de la politique sanitaire y compris leur accès aux aides au développement et aux ressources étatiques pour faciliter leur participation aux processus de politique de santé en prévoyant un cadre de redevabilité pour tous.

3 Engagement à améliorer le financement, la prévisibilité et la gestion financière du secteur de la santé

3.1 Pratique CDE2a/b: Coopération au développement dans le secteur santé est plus prévisible

Globalement la plupart des PDs communiquent sur leurs programmes de coopération en matière de santé qui sont le plus souvent élaborés en lien avec le MSP. Mais cette communication n'est pas toujours étendue aux OSC et au secteur privé. Pour certains partenaires les engagements budgétaires restent au niveau du MSP et/ou au Ministère du Plan et ne sont pas communiqué aux Ministère des Finances. Le défi principal est d'assurer la transparence entre le gouvernement et les PDs avec une large communication régulière sur les ressources engagées dans le secteur de la santé, avec un allègement voir une harmonisation des différentes procédures de gestion, une meilleure adhésion des PDs aux systèmes de GFP par les PDs. Le passage progressif de l'approche projet vers un appui budgétaire total n'est pas encore d'actualité.

3.2 Pratique CDE2c: L'Aide pour le secteur santé est inscrite dans le budget national.

Les stratégies ou les plans nationaux de santé sont en place avec des objectifs et budgets actualisés qui ont été évalués conjointement avec certains PDs lors des revues annuelles. La plupart des partenaires communiquent les prévisions budgétaires aux Ministère du Plan à travers les différents programmes pays signés avec le Gouvernement. Il s'agit souvent de budgets pluriannuels. Et c'est au ministère du Plan de communiquer les enveloppes au ministère des Finances qui doit les inscrire au budget national, et c'est précisément ce qui ne se fait pas toujours. Il y a des partenaires comme l'ONUSIDA qui adaptent leur enveloppe à la planification annuelle du Programme Sectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA et les prévisions sont tardives. Pour les interventions d'urgence les budgets évoluent selon les besoins et les donations et ne peuvent pas toujours être connus d'avance pour être communiqués. Le défi à relever ici est d'une part d'obtenir de tous les PDs leurs prévisions budgétaires pour les intégrer dans le budget de l'Etat et, d'autre part, plus de communication sur les fonds effectivement utilisés.

4 Engagement à établir, utiliser et renforcer les systèmes du pays

4.1 Pratique CDE3: Les systèmes GFP (gestion de finances publiques) sont utilisés et renforcés.

La plupart des partenaires utilisent l'approche projet qui doit respecter les procédures propres de chaque institution. Même les ressources octroyées au MSP et aux ONG doivent être justifiées selon les procédures propres de l'institution, y compris les rapportages financiers et les audits. Seuls des fonds octroyés à l'Etat dans le cadre d'un appui budgétaire sont utilisés selon les systèmes GFP. Or ces systèmes sont considérés comme non satisfaisants par plusieurs partenaires. Le gouvernement a cependant renforcé ses systèmes GFP avec l'appui de partenaires, comme c'est le cas du nouveau code des marchés publics qui vient d'être adopté en 2015. Le premier défi est d'arriver à renforcer les systèmes GFP afin qu'ils satisfassent les partenaires et que ces derniers les utilisent. Le second est d'arriver un jour à une aide budgétaire totale. Pour cela les partenaires doivent avoir confiance dans les systèmes GFP en place. Le gouvernement doit s'engager avec les partenaires à mettre en place et à renforcer des plateformes de suivi-évaluation dans le cadre de l'IHP+ qui, rappelons-le, est très peu connu par tous les acteurs : les PDs, les OSC et les acteurs du secteur privé et du gouvernement. Les partenaires doivent renoncer progressivement à leurs propres procédures, éviter de se faire concurrence et mettre en place, à leur niveau, un vrai mécanisme d'échange et de coordination. Le gouvernement devrait renforcer son leadership. La question du faible taux de décaissement de l'aide doit devenir une préoccupation aussi bien des bénéficiaires que des donateurs qui ensemble devraient trouver des solutions plus adaptées.

4.2 Pratique CDE4 : Les systèmes d'approvisionnement sont utilisés et renforcés.

Les PDs continuent pour la plupart à utiliser des systèmes propres à leurs institutions. Le Gouvernement vient d'adopter un nouveau code de passation des marchés et d'approvisionnement en 2015. Cependant il est pour l'heure difficile d'apprécier la disponibilité des PDs à harmoniser leur système avec celui du gouvernement et à s'aligner. Le défi est de faire en sorte que les PDs connaissent davantage le nouveau système et qu'ils y adhèrent tout en accompagnant son amélioration, si nécessaire. Il faut arriver à mettre en place un système d'approvisionnement fiable, pratique et simple qui sera utilisé par tous les partenaires au développement.

4.3 Pratique CDE6: L'assistance technique est coordonnée et l'apprentissage est soutenu par la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.

Il a été constaté l'absence de plan unique de mobilisation de l'assistance technique, adopté par le MSP, et sur lesquelles partenaires au développement pourraient fonder leur soutien. L'assistance est mobilisée au cas par cas, souvent en réponse aux demandes du MSP (qui propose habituellement les TdRs). Toutefois, le MSP peut ne pas être associé aux choix de l'assistant technique. Pour le prochain PNDS, le MSP devra identifier les besoins en appui technique avec les partenaires et produire un plan national de mobilisation de l'assistance technique nécessaire à la mise en œuvre du dit PNDS.

Pour la coopération Sud-Sud et la Coopération triangulaire, les partenaires ne sont le plus souvent pas informés de ce qui se fait. Certains partenaires reconnaissent avoir financé des formations des cadres du MSP dans ce domaine. Il conviendrait de renforcer le partage d'informations sur la collaboration Sud-Sud avec les PDs afin qu'ils puissent intégrer cela dans leur planification.

5 Engagement à créer un environnement favorable pour les organisations de la société civile et le secteur privé à participer dans la coopération au développement pour le secteur de la santé.

5.1 Pratique 7: Engagement des organisations de la société civile

Les OSC sont impliquées dans les processus de politique de santé mais à des degrés différents selon les niveaux. Dans les délégations sanitaires, les OSC impliquées dans la santé participent grâce aux 'clusters santé' aux réflexions dans les domaines de la nutrition, des interventions d'urgence, etc. et leurs expériences sont partagées avec tous les acteurs impliqués. Le gouvernement n'a pas une politique spécifique de renforcement de la capacité des OSC afin de leur garantir une implication efficace dans les politiques de santé. Il n'existe pas un cadre de concertation régulière entre le MSP, les partenaires et les organisations de la société civile sur l'aide au développement, certaines associations bénéficient de quelques retombés de l'aide grâce à des contrats de prestation de service dans le cadre de certains programmes.

Il n'existe pas un cadre de concertation régulière entre le MSP, les partenaires et les organisations de la société civile sur l'aide au développement. On note toutefois que la législation permet la création des OSC et leur plein développement.

Afin d'intégrer les OSC dans un cadre de concertation autour de l'IHP+, il faut une meilleure structuration des OSC avec une cadre interne de concertation et d'échange d'information. Pour le Gouvernement et les PDs, le rôle des OSC dans le système de santé devra être revu afin de faciliter leur accès aux ressources, ressources qu'elles auront à justifier dans le cadre d'un processus de redevabilité prédéfini.

5.2 Pratique 8: Engagement du secteur privé

Les acteurs du secteur privé opèrent dans un environnement qui optimise leur engagement et leur contribution au développement du secteur de la santé. En dehors des Ordres professionnels et de l'Association des SFDE, les structures privées à but lucratif ne sont pas consultées dans le cadre de la politique nationale de santé sauf pour des cas de certaines épidémies. Globalement le secteur n'est pas associé aux discussions sur l'aide au développement qui est destinée uniquement au secteur public. Il n'existe pas un cadre formel

d'échange entre le gouvernement, les PDs et le secteur privé par rapport aux ressources disponibles pour le développement du secteur.

Par rapport aux OSC, le secteur privé lui-même doit être mieux compris et sa place dans le processus de santé précisée dans un débat d'égalité entre les PDs, le MSP et les représentants du secteur. Cette clarification est un préalable pour leur accès aux fonds de la coopération et dans un cadre prédéfini. Et pour plus d'efficacité, il sera demandé au secteur de s'organiser et d'identifier des représentants qui pourront participer aux réunions de la cellule de coordination sur l'IHP+.

6 Autres observations

Etant donné que le processus de suivi de l'IHP+ vient d'être confié pour la première fois au MSP, il a été constaté qu'il n'y a pas une structure de coordination mise en place au sein du MSP mais plusieurs responsables avaient participé à différents ateliers sur l'IHP avec des cadres du Ministère des Finances et du Ministère du Plan. La mise en place d'une cellule de coordination sur l'IHP+ est un préalable. Des discussions devront être menées avec les OSC et le secteur privé afin de définir leur place dans le processus de la santé et leur représentativité au sein d'une éventuelle cellule de suivi car actuellement, pour les PDs et le MSP, ils ne sont pas concernés par l'aide au développement qui est réservée au secteur public.

7 Discussion des résultats

Il s'est tenue le 10 février 2017, dans la salle de réunion du MSP une réunion au cours de laquelle, les résultats de 5e suivi de l'IHP+ a été présenté et discutés avec des cadres du MSP, des représentants des organisations de la société civiles et du secteur privé, et quelques représentants des partenaires.

Après les présentations les points suivants ont fait l'objet des échanges :

- L'existence d'une politique nationale de santé et d'un Plan national de développement sanitaire (PNDS), a été appréciée positivement par les participants. Le non alignements de certaines interventions des PDs sur les axes stratégiques du PNDS serait du aux exigences du leur siège. La nécessité de cet alignement a été rappelée.
- Le manque d'un cadre d'échange sur les engagements et leur utilisation entre le MSP, les PDs, les OSC et le SP demande à être corrigé en mettant en place ce cadre ; Toute fois le cadre doit être effectivement fonctionnel ;
- Concernant le cadre de coopération entre les OSC, le secteur privé et le MSP, il existe la politique de contractualisation qui a été révisée il y a déjà deux ans mais que les outils d'application ne sont pas encore élaborés.
- Les différences constatées dans les réponses du gouvernement et des PDs en ce qui concerne la prévisibilité de l'aide vient du fait que les PDs échangent peu d'informations avec le MSP. Un engagement dans ce sens a été pris.
- Par rapport au manque d'un plan national d'assistance technique, il sera élaboré dans le cadre du PNDS3.
- Pour l'utilisation du système de gestion publique des finances, il faut aussi que les PDs fassent confiance au gouvernement. Deux partenaires ont appuyé la révision du code des marchés publics. Il faut essayer de l'utiliser.
- Par rapport à la société civile il y a une non maîtrise des OSC qui travaillent dans la santé par le MSP.

- Tous reconnaissent le peu d'appui des OSC et du secteur privé par le MSP et les PDs.
- La méconnaissance de l'existence de l'IHP+ au niveau du MSP, des partenaires, des OSC et du SP. Les PDs proposent de présenter les résultats à une de réunions de concertation des PDs.
- Le draft du plan d'action a été enrichi avec la participation de la plupart des participants.

En conclusion, la discussion des résultats du suivi de l'IHP+ ensemble à la revue annuelle des programmes et projets a été une occasion pour beaucoup de cadres de découvrir et d'apprécier l'importance des engagements des signataires pour l'efficacité de l'aide au développement. Les différents acteurs demandent de diffuser largement ces résultats. Il revient au MSP de créer un cadre de concertation autour des engagements dans le cadre de l'ECD et donc favoriser les échanges avec les PDs, les OSC et du secteur Privé.

8 Annexe 1: Liste des partenaires au développement qui étaient invités et ceux qui ont participé

Nr	Liste des partenaires au développement actifs dans le secteur santé	Partenaires au développement invités à participer au 5 ^{ème} cycle de suivi (veuillez ajouter X si le partenaire était invité à participer)	Partenaires au développement qui ont participé (veuillez ajouter X si le partenaire a participé)
1	OMS	X	X
2	UNICEF	X	X
3	UNFPA	X	X
4	BM	X	
5	ONUSIDA	X	X
6	PNUD	X	
7	COOPERATION SUISSE	X	X
8	COOPERATION FRANCAISE	X	
9	UNHCR	X	X
10	UE/ECHO	X	X
11	PAM	X	
12	BAD		X
13	AFD	X	X
14	OCHA (Cluster humanitaire)	X	
15	UNHCR	X	X
16	USAID		

NB :

PNUD: n'intervient pas dans la santé en dehors de son intervention dans le cadre du Fond Mondial

BM: le répondant pour la santé n'est pas sur place dans le pays.

La Coopération française intervient à travers l'AFD.

9 Annexe 2: Liste des organisations de la société civile

Nr	Liste des OSC actives dans le secteur santé	OSC qui ont participé au questionnaire on line (veuillez ajouter X si l'OSC a participé)	OSC qui ont participé à la discussion de groupe (veuillez ajouter X si l'OSC a participé)
1	Médecins Sans Frontière France (MSF)	X	
2	CRS (Catholic Relief Services)	X	
3	EEMET (Entente des Eglise et Missions Evangéliques au Tchad)	X	
4	ASTBEF (Association Tchadienne pour le Bien Etre Familial)		X
5	UNAD (Union des associations caritatives et de Développement)		
6	BASE (Bureau d'Appui Santé et Environnement)	X	X
7	CSSI (Centre de Support en Santé Internationale)	2	
8	COOPI (Cooperazione Internazionale)	X	X
9	Expertise France	X	
10	APLFT (Association Pour la Promotion des Libertés fondamentales au Tchad)		
11	ASEPVV (Association pour l'entraide des personnes vivant avec le VIH)		
12	MDM (Médecins du Monde)		
13	IRC (International Rescue Committee)		
14	CICR (Croix Rouge Internationale)		
15	Association Tchadienne de Santé Publique	X	
16	CRT (Croix rouge du Tchad)		
17	COMPLEXE HOSPITALO UNIVERSITAIRE LE BON SAMARITAIN NDJAMENA ET	X	X

	GOUNDI		
18	Médecins Sans Frontière Hollande (MSF)	X	
19	Médecins Sans Frontière France (MSF)	x	

** Veuillez ajouter des lignes additionnelles si nécessaire*

10 Annexe 3: Liste des agents du secteur privé

Nr	Liste des agents du secteur privé actifs dans le secteur de la santé (selon la définition dans l'outil SP)	Agents du secteur privé qui ont participé à la discussion de groupe (Veuillez ajouter un X s'ils ont participé)
1	SYNTASS (Syndicat national des travailleurs des affaires sociales et de la santé du Tchad)	
2	ORDRE DES MEDECINS	X
3	ORDRE DES PHARMACIENS	
4	ORDRE DES PARAMEDICAUX	
5	ASSOCIATION DES ADMINISTRATEURS/SANTE	
6	ASSOCIATION DES SAGES FEMMES DU TCHAD	
7	ASSOCIATION POUR LA DEFENSES DES DROITS DES CONSOMMATEURS	
8	CELIAF	X
9	CLINIQUE LA GRACE	X
10	CLINIQUE LA SAMARITAIRE	X
11	CLINIQUE SAO	X
12	CLINIQUE LA PROVIDENCE	
13	FOSAP (Fonds de soutien aux activités en matière de population)	X
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

* Veuillez ajouter des lignes additionnelles si nécessaire

11 Annexe 4: Plan d'action