

CYCLE DE SUIVI DE L'IHP+ 2016

FORMAT DE RAPPORT POUR LE PAYS

PAYS	Côte d'Ivoire
NOM DU CONSULTANT	KONAN Claude
DATE DE SOUMISSION	17 02 2017

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

L'exercice de suivi de l'IHP+ s'est globalement bien passé. Les différents acteurs du système de santé ont adhéré au processus et se sont impliqués. L'implication était importante du côté des OSCs qui voyaient en ce processus un outil ou moyen pour faire entendre leur voix et s'exprimer. Par contre certains acteurs notamment les PD tel que l'USIAD n'ont pas répondu à nos sollicitations alors qu'ils sont de gros pourvoyeurs de ressources du système de santé ivoirien. L'implication de la coordination c'est-à-dire le MSHP à travers la DPPEIS s'est faite au plus au haut niveau et a permis de faciliter la rencontre avec les différents acteurs. La réunion de lancement a été une porte d'entrée importante et a permis aux différents acteurs de s'approprier le processus.

Les principales contraintes étaient la longueur des questionnaires qui a été un handicap dans l'administration des questionnaires. Certains entretiens se sont déroulés sur plusieurs jours. Aussi, la compréhension de certaines questions était difficile par l'absence de formation sur le guide.

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 CDE 1. Les partenaires soutiennent une stratégie nationale de santé unique

Les interventions des partenaires sont alignées sur les priorités nationales avec pour encre le Plan National de Développement Sanitaire. L'élaboration de ce plan a été participative et inclusive avec tous les acteurs du système de santé : public, société civile, secteur privé, partenaires au développement.

Malgré l'alignement des priorités, il n'existe pas d'évaluation conjointe du système ou de sous-systèmes. Les outils tel que le JANS existe mais ne sont pas utilisés par les différents acteurs pour évaluer le système. Des évaluations ponctuelles ont été faites par les PD pour un certain nombre de projets et les résultats ne sont souvent pas diffusés. Le PNDS 2012-2015 n'a pas été véritablement évaluée, seulement une revue a été réalisée et les résultats ont permis d'élaborer le PNDS 2016-2020. Cette situation pour certains est liée absence d'uniformisation du cycle de planification des partenaires, des difficultés de s'entendre sur les priorités, ainsi que l'utilisation non adéquates des résultats de l'évaluation.

Pour remédier cela les actions et interventions à mener sont difficiles à mettre en place et concerne l'uniformisation des cycles de planification des différents intervenants : secteur public, privé, société civile, partenaires au développement. Il faudrait dans le cadre de l'alignement, s'entendre sur les priorités nationales.

2.2 Pratique CDE 5. La redevabilité mutuelle est renforcée.

Les différents PD utilisent le système de suivi évaluation des résultats du pays. Les plans sectoriels ou sous sectoriels disposent de plans de suivi évaluation (PSE) dont l'élaboration est participative et inclusive et validé par les différentes entités. Ce plan intègre les différents indicateurs pour le suivi des interventions. Un dictionnaire des indicateurs a été élaboré par le pays avec l'appui des différents PD.

Les contraintes dans l'utilisation du système national de suivi évaluation résident dans la faible complétude et promptitude des données et informations. Les différentes agences tenues par les résultats sont souvent obligées d'utiliser d'autres méthodes pour collecter les informations. Mais la mise en place du nouveau logiciel DHS2 constitue une opportunité pour améliorer la complétude et promptitude des données et informations.

Par ailleurs, certains PD ont des indicateurs propres par rapport à leur mandat et les données sont collectées par d'autres moyens et circuits. Pour améliorer cette situation, il faudrait l'élaboration conjointe d'un cadre général de suivi et d'évaluation avec une définition claire des indicateurs de performance

En qui concerne le processus de redevabilité mutuelle, les différents documents ont prévu des mécanismes pour sa mise en œuvre : PNDS, PSE, plan opérationnel (PO). Cependant malgré ces mécanismes, le processus n'est pas totalement fonctionnel.

Pour les projets de financements directs (AFD, FM, BM), les processus de redevabilité mutuelle sont inscrits dans le document projets. Ces processus sont respectés car ils conditionnent les décaissements.

L'un des cadres pour le processus de redevabilité mutuelle qui est l'évaluation de l'outil JAR n'est pas utilisé par les différents acteurs.

Les partenaires et le gouvernement doivent donc définir un cadre commun de redevabilité mutuelle les engageant à œuvrer ensemble à l'atteinte des résultats et à en tirer les leçons et, le cas échéant, à identifier les mesures correctrices.

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

3.1 Pratique CDE 2a/b: Coopération au développement dans le secteur santé est plus prévisible

Seulement 29% des PD interrogés ont communiqué le montant de leurs aides sur les 3 années à venir au pays. Pour la plupart l'estimation est annuelle et cela ne permet pas au gouvernement une meilleure visibilité afin de planifier ses ressources et dépenses. Cette situation est liée aux procédures des différents PD. Pour améliorer cette situation, il faudrait faire un plaidoyer auprès des PD pour une mise à disposition des informations financières sur des périodes de 3 voire 5 ans.

3.2 Pratique CDE 2c: L'Aide pour le secteur santé est inscrite dans le budget national.

Les fonds apportés par près de 60% des PD interrogés ne sont pas inscrits dans le budget de l'Etat. Il s'agit le plus souvent d'appuis directs aux projets définis entre le gouvernement et les PD. Les contraintes sont souvent liées aux procédures propres à chaque bailleur qui ne correspondent pas à celles de l'Etat. On note dans ce cas une faible traçabilité des fonds des PD par l'Etat avec des insuffisances dans la planification des ressources locales. L'intégration des fonds dans le budget de l'Etat lui permet une meilleure visibilité des dépenses totales de santé, une meilleure traçabilité des fonds des PD et une meilleure planification des ressources locales. Pour certains PD tel que l'UNFPA, l'UNICEF, avec les nouvelles procédures (CASH transfert), les fonds seront inscrits dans le budget de l'Etat à partir de l'année prochaine.

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

4.1 Pratique CDE 3: Les systèmes GFP (gestion de finances publiques) sont utilisés et renforcés.

De façon générale, les PD utilisent leur propre système de gestion pour l'exécution de leur budget et des procédures d'audit et de reporting à l'exception de ceux qui inscrivent leur fonds dans le budget de l'Etat. Les systèmes de gestion financière des différents PD ne sont pas harmonisés entre eux et aussi avec celui de l'Etat. Certains PD font des appuis au système de GFP par le renforcement des capacités institutionnels et des acteurs. La nouvelle procédure du système des Nations Unis (CASH transfert) permettra d'harmoniser les procédures d'un certain nombre de PD tel que l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD. L'utilisation du GFP peut améliorer les décaissements de fonds, la traçabilité des ressources et surtout le reporting.

4.2 Pratique CDE 4 : Les systèmes d'approvisionnement sont utilisés et renforcés.

Le pays dispose d'un système d'approvisionnement national mais moins de la moitié des PD interrogés l'utilisent. Les PD ont généralement leur central d'achat et celle du système national n'est utilisée que pour quelques produits sauf le FM qui l'utilisent de façon optimale car ce sont les pays eux même qui font les achats soit de façon directe ou à travers le VPP.

Le système national d'approvisionnement bénéficie d'appui des PD pour son renforcement. Des PD comme le FM, l'AFD, l'UNICEF, l'UNFPA, la BM investissent dans le renforcement du système d'approvisionnement national. L'harmonisation des systèmes de gestion des finances pourra permettre d'améliorer le système d'approvisionnement des PD.

L'harmonisation des différents systèmes d'approvisionnement permettra une meilleure visibilité des approvisionnements et d'éviter ou réduire les doublons, les surstocks et les péremptions.

4.3 Pratique CDE 6: L'assistance technique est coordonnée et l'apprentissage est soutenu par la coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire.

Il n'existe pas de plan national d'AT. L'AT se fait en cas de besoins lors de la mise en œuvre des interventions. Dans ce cas les partenaires locaux font des requêtes aux PD pour solliciter l'AT. L'assistance technique n'est souvent pas coordonnée entre les partenaires et aussi entre les PD et l'Etat. Pour améliorer cette situation, il serait nécessaire d'élaborer un plan d'AT pour les programmes sectoriels et sous-sectoriels.

La coopération Sud-Sud est une bonne opportunité pour apporter un appui aux institutions locales et partager les bonnes pratiques. Cependant, il n'existe pas de politique pour valoriser cette coopération. Il faudrait mettre en place un mécanisme et un cadre de valorisation de cette pratique.

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

Plus de 60% des PD ne consultent pas les OSC pour l'élaboration et la surveillance des programmes. Leurs participations sont sollicitées lorsqu'ils s'agit de projets leur concernant. Les entretiens avec les OSCs ont permis d'identifier le problème. Selon elles, le secteur public et les PD ne les sollicitent que pour certaines actions ponctuelles. Elles ne sont pas consultées ou sollicitées constamment pour l'élaboration des politiques sectorielles et sous-sectorielles.

Même si elles reçoivent des appuis financiers, en renforcement des capacités et matériels du gouvernement et des PD, ils demeurent insuffisant au regard des besoins des OSCs et leur place dans l'amélioration des santés des populations.

L'accroissement de la participation communautaire est une opportunité pour la prise en compte des besoins réels des populations et de la communauté. Pour cela, la participation communautaire doit être repensée avec la mise en place d'un cadre de collaboration entre les PD et OSCs. Les contraintes sont liées à la faible capacité des OSCs, à l'insuffisance d'identification des OSCs et la faible capacité des différentes procédures de gouvernance et de gestion.

Par ailleurs, il n'existe pas de système systématique de feed-back formalisé et cela se fait au cours des réunions ou des revues.

5.2 Pratique 8: Engagement du secteur privé

A l'instar des OSCs, le secteur privé n'est pas toujours consulté pour participer au dialogue de santé. Cela se fait quand le projet ou certaines interventions concernent le secteur privé. La majorité des projets du pays concerne le secteur public en plus l'on note une faible visibilité des actions du secteur privé.

Quelques résultats ont été obtenus à travers des projets notamment avec la fortification des aliments (fortification de l'huile), l'assainissement. Le partenariat peut être renforcé avec la mise en place d'un cadre de collaboration ainsi qu'une procédure de redevabilité.

Généralement les PD ne fournissent pas de soutien au secteur privé dans le cadre de leur renforcement des capacités à participer au dialogue de santé. Pour accroître la participation du secteur privé, il faut renforcer leurs capacités en fonction de leurs besoins identifiés et les impliquer dans les différents processus de conception et de planification.

6 Autres observations

A compléter éventuellement après la discussion des résultats.

7 Discussion des résultats

Instructions: Veuillez décrire brièvement la discussion de la réunion des résultats: qui ont participé, quels ont été les principaux points de discussion, quelles mesures ont été convenues, etc. (Max 1 page)

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	UNFPA	X	X
3	USAID	X	
4	GAVI	X	X
5	FM	X	X
6	UNICEF	X	X
7	BM	X	X
8	UE	X	X
9	AFD	X	X
10	ONUSIDA	X	
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

* Veuillez ajouter des lignes additionnelles si nécessaire

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 online (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	ASAPSU	X	X
2	ONG OVER LOVE CI	X	X
3	ONG CHCI	X	X
4	ONEF	X	X
5	COLTMER	X	X
6	FONDATION ADJAHY	X	X
7	FENOCS-CI	X	X
8	ROLPCI	X	X
9	OSY ESPERANCE	X	
10	ONG Cause Humanitaire Côte d'Ivoire	X	
11	ONG NOTRE ECOLE	X	
12	STOP PALU	X	
13	ONG OVER LOVE COTE D'IVOIRE	X	
14	Service d'Assistance Pharmaceutique et Médicale (SAPHARM)	X	
15	ONG MAISON DU TRESOR (MEMBRE DE LA FENOSCI)	X	
16	Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire	X	
17	ONG ASSOCIATION CHIANELLO	X	
18	ORGANISATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES ACTIVITÉS DES FEMMES	X	

19	Institution d'Aide aux enfants Orphelins et Démunis de Côte d'Ivoire (IAODCI)	X	
20	CEEDeB-ONG	X	
	LES FLAMBOYANTS	X	
	Femmes Sans Limite pour Servir	X	
	Unis pour Sauver des Vies	X	
	Unis pour Sauver des Vies (USV)	X	
	Centre Rural d'Animation Sanitaire (CRAS)	X	
	ONG AHIKOU	X	
	ONG MAISON DU TRESOR (MDT), MEMBRE DE LA FENOSCI	X	
	Groupe d'auto-assistance de PVVIH et de Promotion Sociale (GAP+P),	X	
	ONG Fine SOURCE	X	
	Association pour le Bien-être Communautaire (ABICOM)	X	
	ONG IPDS Instrument de Paix et de Développement pour la Sensibilisation	X	
	L'Aurore	X	
	COLTMR-CI (Collectif des Organisations de Lutte contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires en Cote d'Ivoire	X	
	RESEAU DES ORGANISATIONS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME E COTE	X	

	D'IVOIRE (ROLPCI)		
	Institution d'Aide aux enfants Orphelins et Démunis de Côte d'Ivoire (IAODCI)	X	
	Action Sanitaire Rurale (ONG ASRU)	X	
	Reseau des Organisations pour la Promotion de la Nutrition en Côte 'd'Ivoire (ROPNCI)	X	
	Association Ivoirienne pour l'Amélioration de la Sécurité et la qualité des soins Patients	X	
	ONG GENERATION FEMME DU TROISIEME MILLENAIRE	X	
	L'AURORE	X	

** Veuillez ajouter des lignes additionnelles si nécessaire*

NB : La faitière a sélectionner 12 OSCs pour le focus group et 8 étaient présentes lors de la séance. Ces OSCs selon la FENOSCI qui est la faitière sont représentatives.

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	Association des Cliniques Privées de Côte d'Ivoire (ACPCI)	X
2	2. La Coalition des Entreprises de Côte d'Ivoire (CECI)	X
3	3. Le Syndicat National des Médecins Privés de Côte d'Ivoire (SYNAMEPCI).	x