

PROGRÈS RÉALISÉS PAR LE PARTENARIAT INTERNATIONAL POUR LA SANTÉ (IHP+) ET LES INITIATIVES APPARENTÉES



RAPPORT
ANNUEL DE LA
PERFORMANCE 2012

REMERCIEMENTS

Le présent Rapport annuel de la performance 2012 ainsi que les travaux en cours de IHP+Results sont le fruit d'efforts collectifs fournis par des chercheurs et des membres de l'équipe de projet des entités suivantes: Représentants pays de IHP+Results, Consortium IHP+Results, Groupe consultatif IHP+Results, Équipe centrale de IHP+, ainsi que par les personnes ayant répondu à l'enquête et des représentants d'agences et de gouvernements.

Une équipe centrale dirigée par Tim Shorten, qui a également assuré la surveillance du projet, a préparé ce rapport et les tableaux de bord qui l'accompagnent. Un grand merci à Martin Taylor et Louisiana Lush, les principaux auteurs du rapport, ainsi qu'au Dr Shaun Conway, à Nicole Neumeister, Mialy Dermish, Alice Schmidt, Adi Eyal et Etienne Kruger.

Nous tenons également à remercier Sandra Mounier-Jack, le Dr Neil Spicer (London School of Hygiene & Tropical Medicines) et Tobias Luppe (Oxfam International) pour leurs contributions.

Conception et mise en page: Ty Abiodun (www.the-trees.co.uk)

Traduction et relecture: Catherine Dauvergne-Newman, Camille Pillon et Siobhan Cassidy

Impression: Russell Press Ltd

Avis de non-responsabilité

Le présent document a été préparé pour IHP+. Re-Action! et ses partenaires de consortium n'assument aucune responsabilité en ce qui concerne les conséquences que pourrait avoir l'utilisation de ce document à d'autres fins que celle pour laquelle il a été produit. Toute personne utilisant ce document ou s'appuyant sur celui-ci aux fins susmentionnées accepte d'indemniser Re-Action! pour toute perte ou tout dommage pouvant survenir. Le présent rapport ne doit pas être utilisé dans le cadre d'un autre projet sans vérification indépendante de sa pertinence dans ledit contexte et sans autorisation écrite de Re-Action!

Re-Action! n'assume aucune responsabilité en ce qui concerne le présent document vis-à-vis de toute partie autre que l'entité au nom de laquelle il a été produit.

Dans la mesure où le présent rapport est fondé sur des renseignements fournis par d'autres parties, Re-Action! n'assume aucune responsabilité en ce qui concerne toute perte ou tout dommage subi par le client, qu'il soit de nature contractuelle ou délictuelle, causé par des conclusions fondées sur les données fournies par des parties autres que Re-Action! et ses sous-traitants au cours de la préparation de ce rapport.

ACRONYMES ET SIGLES

BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CE	Commission Européenne
CPIA	Évaluation politique et institutionnelle des pays (Country Policy and Institutional Assessment)
DFID	Ministère britannique du Développement international (Department for International Development)
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GAVI	GAVI Alliance
GBS	Appui budgétaire global
HMN	Réseau de métrologie sanitaire (Health Metrics Network)
IHP+	Partenariat international pour la santé et initiatives (International Health Partnership and Related Initiatives)
JANS	Évaluations conjointes des stratégies nationales (Joint Assessments of National Strategies)
MoH	Ministère de la santé (Ministry of Health)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OCDE-CAD	Comité d'aide au développement de l'OCDE
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile (OSC)
PAF	Cadre d'évaluation de la performance
PBA	Approches axées sur des programmes (Programme-Based Approaches)
PD	Partenaires de Développement
PFM	Gestion des finances publiques (Public Financial Management System)
PIUs	Unités de mise en œuvre de projets (Project Implementation Units)
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources Humaines de Santé (RHS)
SBS	Appui budgétaire sectoriel (Sector Budget Support)
SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire
SPMs	Mesures de performance standard (Standard Performance Measures)
SuRG	Groupe de référence pour le passage à l'échelle supérieure de IHP+ (IHP+ Scaling Up Reference Group)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WHS	Statistiques sanitaires mondiales (World Health Statistics)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS DU
GROUPE CONSULTATIF
INDÉPENDANT DE
IHP+RESULTS
PAGE i

RÉSUMÉ EXÉCUTIF
PAGE Vii

1.
INTRODUCTION
PAGE 1

2.
COMMENT CE RAPPORT DE LA PERFORMANCE A ÉTÉ RÉALISÉ
PAGE 3

3.
PRINCIPAUX
CONSTATS DE
L'ENQUÊTE 2012 DE
IHP+RESULTS
PAGE 5

3.1
LES PAYS PARTENAIRES FONT-ILS PREUVE DE
LEADERSHIP DANS LE DÉVELOPPEMENT DE PLANS
ET DE CADRES POLITIQUES SANITAIRES, ET LES
PARTENAIRES DE DÉVELOPPEMENT SUIVENT-ILS
CE LEADERSHIP?
PAGE 5

3.2
LES FONDS DESTINÉS À LA
SANTÉ SONT-ILS EN HAUSSE
ET LES SOURCES DE
FINANCEMENT DEVIENNENT-
ELLES PLUS PRÉVISIBLES?
PAGE 10

3.3
LA SOLIDITÉ DES SYSTÈMES NATIONAUX DE GESTION
DES FINANCES PUBLIQUES ET DE GESTION DES
ACHATS S'AMÉLIORE-T-ELLE ET LES PARTENAIRES DE
DÉVELOPPEMENT UTILISENT-ILS MIEUX CES SYSTÈMES?
PAGE 13

3.4
LE SUIVI DE LA
PERFORMANCE DU SECTEUR
DE LA SANTÉ EST-IL ASSURÉ
DE MANIÈRE COLLECTIVE ET
LES RÉSULTATS SANITAIRES
SE SONT-ILS AMÉLIORÉS?
PAGE 16

3.5
LES PARTENAIRES DE
DÉVELOPPEMENT ONT-ILS
RÉALISÉ DAVANTAGE DE
PROGRÈS DANS CINQ DES
PAYS PARTENAIRES QUI SONT
LES PLUS ANCIENS DE IHP+?
PAGE 19

4.
CE QUE RÉVÈLENT LES
DERNIERS CONSTATS
QUANT À L'EFFICACITÉ DE
L'AIDE AU SECTEUR DE LA
SANTÉ DANS LES PAYS
PARTENAIRES DE IHP+
PAGE 21

4.1
SYNTHÈSE DE LA
PERFORMANCE DES
PAYS PARTENAIRES ET
DES PARTENAIRES DE
DÉVELOPPEMENT
PAGE 21

4.2
DISCUSSION
PAGE 23

5.
CONCLUSIONS
PAGE 29

6.
RECOMMANDATIONS
PAGE 31

AVANT-PROPOS DU GROUPE CONSULTATIF INDÉPENDANT DE IHP+RESULTS

Le Partenariat international pour la santé (IHP+, International Health Partnership) et les initiatives apparentées agissent conformément aux engagements souscrits par les partenaires de développement et les pays dans le cadre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, y compris ceux pour une transparence accrue et une redevabilité mutuelle. En vertu de l'accord de partenariat IHP+, le groupe IHP+Results mène le suivi des efforts entrepris afin de mettre en œuvre ces engagements. En tant que membres du Groupe consultatif indépendant d'IHP+Results, nous avons utilisé nos commentaires et réflexions sur les précédents rapports pour émettre des observations sur le présent Rapport de suivi de IHP+, mettant l'accent particulièrement sur la méthodologie, la portée et la pertinence dudit rapport.

L'approche de IHP+Results a surtout été axée sur la documentation des pratiques qui ont été utilisées par les pays et les partenaires de développement signataires en vue remplir les engagements consentis dans le cadre de IHP+. Nos observations au sujet de ce troisième rapport annuel de IHP+Results portent sur des questions importantes non seulement en regard des activités de IHP+ mais aussi de la Déclaration de Paris et de l'Accord de Partenariat de Busan de 2011:

- Le processus de suivi est-il suffisant?
- Qu'est-ce qui peut être dit quant à la performance réelle des signataires de IHP+?
- De quelle façon les résultats de ce Rapport peuvent-ils être mis en pratique et quelles données supplémentaires sont nécessaires?

Observations sur la méthodologie utilisée par IHP+Results

Dans nos précédentes observations, nous avons déjà fait état des divers défis d'ordre méthodologique que IHP+Results tentait de résoudre. L'introduction, dans le Rapport annuel 2011, d'indicateurs standardisés – nombre d'entre eux tirés de la Déclaration de Paris – représente l'amélioration méthodologique la plus importante. D'autres défis n'avaient pas pu être résolus à ce moment-là, et ces mêmes insuffisances méthodologiques persistent. Parmi les plus importantes, on peut citer: (1) l'absence d'un système de vérification pour les données auto-déclarées par les signataires qui soumettent des rapports, et (2) les taux élevés de non-respect des engagements en matière de rapport de la part de nombreux signataires, qu'ils soient des partenaires de développement ou des pays. D'autres limitations concernent le nombre réduit d'indicateurs, le manque d'informations qualitatives pour décrire de façon tangible l'évolution des pratiques en matière d'aide, et un rendu insuffisant du rôle et de l'implication de la société civile dans tous les aspects de la coopération pour le développement au service de la santé. Nous mettons l'accent sur ces préoccupations afin d'orienter les prochaines révisions du système de suivi.

En dépit de ces limitations, le système de suivi actuel contribue de manière importante au IHP+ et permet, en outre, de stimuler l'amélioration de l'efficacité de l'aide au développement en général. Nous applaudissons la participation accrue des signataires à ce troisième examen par rapport aux deux années précédentes. D'autre part, nous remarquons que, dans de nombreux cas, les signataires ont fait état de leurs mauvais résultats par rapport aux objectifs, fournissant ainsi des indications quant à l'intégrité des données auto-déclarées. L'interprétation des données a été de meilleure qualité, IHP+Results ayant utilisé des ressources et des indicateurs supplémentaires afin d'effectuer des triangulations pour certains des résultats, comme par exemple étudier l'utilisation des services de consultations externes comme valeur de substitution pour le renforcement des systèmes de santé.

En dépit de ces limitations, le système de suivi actuel contribue de manière importante au IHP+ et permet, en outre, de stimuler l'amélioration de l'efficacité de l'aide au développement en général. Nous applaudissons la participation accrue des signataires à ce troisième examen par rapport aux deux années précédentes. D'autre part, nous remarquons que, dans de nombreux cas, les signataires ont fait état de leurs mauvais résultats par rapport aux objectifs, fournissant ainsi des indications quant à l'intégrité des données auto-déclarées. L'interprétation des données a été de meilleure qualité, IHP+Results ayant utilisé des ressources et des indicateurs supplémentaires afin d'effectuer des triangulations pour certains des résultats, comme par exemple étudier l'utilisation des services de consultations externes comme valeur de substitution pour le renforcement des systèmes de santé.

Le processus de IHP+Results a soulevé de nouvelles questions, plus fondamentales, sur lesquelles on ne s'était pas penché lorsque les indicateurs de la Déclaration de Paris ont été initialement élaborés. Plus précisément, les données actuelles ne permettent pas de répondre à quatre questions importantes pour mesurer et comprendre les changements qui ont lieu dans la fourniture de l'aide au secteur de la santé ainsi que leur impact. Les questions sont les suivantes:

- De quelle manière les partenaires de développement et les pays peuvent-ils suivre les engagements en matière de financements pluriannuels et ainsi confirmer que ceux-ci ont été remplis – par exemple un engagement pris en 2009 a-t'il bien été rempli en 2010, 2011 et 2012?
- De quelle manière les évolutions relatives à la prévisibilité des financements ont-elles amélioré la stabilité et la prévisibilité des politiques, compte tenu de la propension de l'aide à être influencée par des tendances éphémères?
- Le progrès – suggéré par les données disponibles – vers une meilleure appropriation de la part des pays est-il réel et durable?
- Et, finalement, l'amélioration de l'efficacité de l'aide s'accompagne-t'elle de meilleurs résultats en matière de santé?

Le Groupe IHP+Results examine les facteurs qui pourraient mener à la fourniture d'une aide plus efficace. Les analyses qui émanent de cet examen ne sont pas suffisamment avancées pour être présentées dans ce Rapport, et un nouveau cycle de suivi sera peut être nécessaire avant qu'il ne soit possible de conclure. Cependant, le fait que des éléments de preuve soient en ce moment-même recueillis pour répondre à des questionnements tels que ceux-ci représente une avancée importante pour les représentants de la communauté internationale qui se consacrent à la santé.

Ainsi, en dépit de quelques insuffisances, la méthodologie du processus IHP+Results et les résultats qui en découlent restent des outils importants pour mesurer l'efficacité de l'aide. Il est essentiel que le Groupe de référence pour le passage à l'échelle supérieure de IHP+ et le Secrétariat continuent de l'utiliser afin de générer des discussions reposant sur des éléments de preuve, mais aussi une planification idoine pour améliorer l'efficacité de l'aide. Plus important encore, ils représentent l'effort consenti pour améliorer la transparence et la redevabilité mutuelle parmi les nombreux et divers acteurs actifs dans un secteur de la santé qui manque à la fois de cohésion et de cohérence.

Observations sur les résultats

Durant les quatre années d'existence du IHP+Results, un nombre croissant de pays ont souscrit au IHP+ et, parmi eux, un nombre grandissant a fourni des données au processus de suivi de IHP+ – ces deux augmentations étant des signaux forts de confiance dans IHP+ et IHP+Results. D'un autre côté, certains signataires restent silencieux, certains s'étant même excusés de participer au processus de suivi, une attitude qui reflète peut-être un engagement moindre vis-à-vis du travail concret nécessaire à l'amélioration de l'efficacité de l'aide, tout en tentant de donner une impression de participation.

Quatre conclusions de haut niveau se sont fait jour:

- Des progrès importants ont été réalisés en matière d'appropriation de l'aide au développement pas les pays, comme en témoignent la conception de plans sanitaires nationaux, de cadres d'évaluation de la performance et de pactes nationaux et l'incorporation de ces outils à la fois dans les discussions tenues avec les partenaires de développement et les évaluations conjointes conduites en coopération avec eux;
- Cinq des pays qui ont signé IHP+ en 2007 semblent avoir reçu une aide plus efficace;
- Les éléments de preuve sont faibles et peu concluants quant à la portée et la nature de l'engagement de la société civile;
- Dans leur ensemble, les partenaires de développement n'ont à ce jour pas accompli le «changement majeur» dans l'efficacité de l'aide escompté lors du lancement de IHP+. Seuls trois des 12 objectifs ont été atteints, dont deux en 2009 déjà, alors que le processus de suivi n'avait pas encore été lancé.

Au vu de ceci et des autres conclusions du présent Rapport, IHP+ est parvenu à réaliser un petit nombre de résultats très clairs, tandis que dans d'autres domaines, il n'a obtenu que peu ou pas de changements, ce qui demandera des améliorations considérables. La progression en matière d'appropriation et de leadership de la part des gouvernements – le plus important des changements réalisés – ne doit pas être prise à la légère car c'est une étape essentielle dans la direction d'une coopération pour le développement plus efficace. Bien que de façon globale les progrès aient été inégaux et même parfois décevants – particulièrement en ce qui concerne l'engagement de la société civile et le changement majeur dans les pratiques des partenaires de développement en matière d'aide –, le IHP+ mérite une réelle reconnaissance pour la façon dont il a su servir de catalyseur pour améliorer le leadership des pays. En tant que facilitateur des discussions, le Secrétariat de IHP+ a su négocier des changements dans les pratiques en matière de développement qui n'auraient certainement pas eu lieu si le IHP+ n'avait pas été conçu et appliqué.

Dans cet avant-propos, nous avons souligné les développements tant positifs que négatifs en ce qui concerne les objectifs initiaux de IHP+. Il est maintenant indispensable que les divers groupes qui constituent le IHP+ (le Secrétariat, le Groupe de référence pour le passage à l'échelle supérieure et les représentants des sociétés civiles du Nord et du Sud) examinent les conclusions et recommandations de IHP+Results et en débattent afin de définir les mesures requises. Il serait également important que les partenaires de développement et les pays utilisent les tendances identifiées dans le Rapport et les «scorecards» (tableaux de bord) de IHP+Results afin d'appuyer leurs propres évaluations conjointes des stratégies sanitaires nationales et des autres politiques et procédures qui s'y rattachent en matière de coopération pour le développement dans le secteur de la santé.

À court terme, il convient de prendre deux mesures:

1. Lors de leurs réunions à venir, les pays et les partenaires de développement devraient fournir des informations interprétatives afin de mieux développer les données dans le corps du Rapport et dans les scorecards; ils devraient également prévoir des mesures qualitatives dans les prochains cycles de présentation des informations;
2. L'exécutif du Groupe de référence pour le passage à l'échelle supérieure devrait préparer une réponse officielle aux résultats, constatations et conclusions énumérés dans ce Rapport, laquelle sera présentée lors des réunions des pays partenaires qui se tiendront en décembre 2012.

Si l'on considère l'avenir, nous conseillons vivement l'adoption des mesures suivantes:

- La création de mécanismes de suivi et de rapport au niveau des pays, lesquels continueraient d'utiliser des indicateurs standards et d'ajouter des données, y compris des données qualitative, pour enrichir les rapports à venir;
- Une analyse plus approfondie des résultats;
- Une dissémination des données aux niveau mondial et national de façon à appuyer les activités de plaidoyer et à encourager les améliorations dans la coopération pour le développement et les réalisations dans ce domaine;
- Un engagement actif de la société civile dans l'analyse des données, l'élaboration des conclusions et la création des scorecards; et
- L'utilisation des informations pour appuyer des changements dans les politiques et les pratiques et pour mieux engager la responsabilité des pays et des partenaires de développement quant à leur résultats.

IHP+Results dans le contexte de l'architecture et de l'efficacité de l'aide

Avec trois cycles de suivi pour le IHP+ désormais terminés et les conclusions du quatrième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide à Busan, il est temps de réfléchir à la valeur ajoutée du IHP+Results. Son approche «légère» du suivi, accompagnée de coûts de transaction faibles, a initié un ensemble de données longitudinales mondiales au sujet d'une dimension importante de la coopération pour le développement dans le secteur de la santé. Comme signalé plus haut, une révision plus approfondie de la méthodologie est nécessaire, tout en gardant une comparabilité raisonnable avec des données plus anciennes.

La capacité des pays à conduire des activités de suivi régulières doit être particulièrement renforcée ainsi que la dissémination locale des résultats, l'engagement de la société civile, et l'utilisation des résultats pour les activités de plaidoyer, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du cadre de IHP+. Ces mesures sont nécessaires afin de traduire les engagements politiques du IHP+, des accords qui l'ont précédé et de l'Accord de Busan en un changement majeur, tel que celui prévu par la Déclaration de Paris, au lieu des étapes progressives que nous avons vues jusqu'ici.

De nombreux changements ont eu lieu dans l'environnement économique mondial depuis le lancement de IHP+ en 2007. L'aide au développement a stagné ou a été réduite de façon drastique dans bien des cas. Des réductions au sein des sources les plus importantes, telles que le Round 11 du Fonds mondial et le PEPFAR, entre autres, ont mené souvent à la transmission précipitée de projets des donateurs aux gouvernements. Au vu de ces tendances, nous considérons que les mesures suivantes sont particulièrement urgentes:

- Une efficacité accrue de la coopération pour le développement dans le secteur de la santé, accompagnée de mécanismes plus solides afin de faire la preuve de résultats à long terme, d'engager la société civile et d'étayer la prise de décision et la pratique par des éléments d'information;
- L'intégration de mesures propres à soutenir une politique cohérente en matière d'efficacité de l'aide et de santé publique, particulièrement en ce qui concerne les pratiques internationales en matière d'échanges, tarifs, droits de propriété intellectuelle, services, conditionnalités d'emprunts et mouvements des capitaux.

Conclusion

Le présent Rapport contribue de façon unique et précieuse à l'évaluation systématique des développements en matière d'efficacité de l'aide. Ses conclusions ne doivent pas être ignorées et le processus de suivi sur lequel il s'appuie doit être renforcé afin d'accroître les éléments de preuve disponibles, et ainsi améliorer l'efficacité de l'aide, quand bien même le volume total de l'aide au développement pourrait diminuer. Même si ce Rapport fait état d'un certain nombre de succès, il est essentiel, à l'avenir, de garantir une collecte des données cohérentes auprès de tous les partenaires, d'accorder une plus grande part à l'interprétation contextuelle, et d'inclure une participation plus dynamique de la société civile dans tous les aspects de IHP+.

Finalement, nous tenons à remarquer que le Secrétariat de IHP+ a financé un plan de travail jusqu'à la fin de l'année 2013. Bien que les données disponibles ne font état que d'un progrès modeste vers la réalisation des objectifs du IHP+, nous croyons que le changement majeur si longtemps espéré est possible. Étant donné l'environnement macroéconomique, il est temps d'entamer les changements qui s'imposent. Le Secrétariat devrait faire usage des conclusions et recommandations du présent Rapport pour modifier son plan de travail et aider les pays et les partenaires de développement à progresser mieux et plus vite en direction d'une coopération pour le développement efficace.

Membres du Groupe consultatif: *Prof Ronald Labonté; Prof Gill Walt; Dr David McCoy; Dr Ravi M Ram; Prof David Sanders; Prof Adrienne Germain; Dr Lola Dare; Mr Tobias Luppe.¹*

.....
¹ Le Groupe consultatif indépendant de IHP+Results fourni des conseils indépendants à IHP+Results dans son travail sur le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de IHP+. L'adhésion se fait sur une base individuelle- les membres ne représentent pas les organisations pour lesquelles il travaillent. Pour davantage d'informations sur l'adhésion au Groupe consultatif indépendant, veuillez consulter le lien suivant: www.ihpreresults.net

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Partenariat international pour la santé (IHP+, International Health Partnership) a été lancé en 2007 avec pour engagement de «collaborer efficacement, dans les meilleurs délais, pour mettre en place des systèmes de santé pérennes et améliorer les résultats sanitaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire» et ce de façon «coordonnée». Il proposait à cette fin de s'appuyer sur un plan de travail en cinq points.² Cinq années plus tard, et une troisième série de suivi indépendant venant de s'achever, il semble pertinent de s'interroger sur la mesure dans laquelle cet engagement a été tenu.

Ce Rapport de la performance présente les constats de IHP+Results³ concernant le troisième cycle annuel de bilans de performance et de suivi. Il est accompagné de tableaux de bord («scorecards») faisant apparaître les progrès réalisés par les partenaires de développement et les pays partenaires depuis le lancement de IHP+. Les éléments d'information qui viennent étayer ce Rapport ont été communiqués par 36 des 56 signataires de IHP+ sur la base du volontariat en s'appuyant sur les données de 2011 (et de 2010 dans certains cas). L'objectif du Rapport est double: communiquer aux membres de IHP+ et aux autres parties prenantes les résultats de l'enquête menée en 2012; et exploiter ces éléments afin de contribuer au débat plus large sur l'efficacité de l'aide au secteur de la santé.

Résultats

Certains des indicateurs de l'efficacité de l'aide ont progressé: les gouvernements nationaux des pays partenaires ont renforcé leur leadership et leur gouvernance en matière d'aide, consolidé leurs systèmes nationaux de gestion financière, et accru le financement dédié à la santé. Les partenaires de développement soutiennent le leadership des pays et apportent un soutien mieux coordonné. Cinq des pays qui ont signé IHP+ en 2007 semblent avoir reçu une aide plus efficace.

Des progrès moindres ont été réalisés concernant les autres indicateurs d'efficacité de l'aide: les dépenses de santé de l'État ont baissé dans certains pays. En 2011, les partenaires de développement ont apporté une aide au secteur de la santé plus prévisible mais n'ont pas atteint l'objectif relatif à la proportion de ce financement extérieur devant être rapportée dans les budgets nationaux. Les partenaires de développement n'ont pas augmenté la proportion de l'aide octroyée par le biais des systèmes nationaux.

Discussion et conclusions

Les constats de IHP+Results suggèrent certains progrès, mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer l'efficacité de l'aide au secteur de la santé: les progrès pourraient être plus rapides et il serait malvenu de relâcher sa vigilance.

Les progrès dans le domaine de l'aide au secteur de la santé réalisés par les partenaires de développement (et, dans une moindre mesure, les pays partenaires) ne sont pas à la hauteur du « changement majeur » promis par la Déclaration de Paris et des engagements pris au titre du Pacte mondial IHP+. Les partenaires de développement ont rempli trois des 12 objectifs qu'ils s'étaient engagés à atteindre (ce qui représente une performance statique par rapport aux progrès signalés dans le Rapport de la performance 2010 de IHP+Results⁴). Les progrès par rapport aux indicateurs clés qui mesurent la fourniture réelle de l'aide ont été inférieurs aux attentes, ces indicateurs étant: engagements pluriannuels dans le domaine de la santé, aide rapportée dans les budgets nationaux et aide utilisant les systèmes nationaux. Parallèlement, les pays partenaires ont enregistré des progrès inférieurs aux attentes en matière d'amélioration de l'affectation du budget santé et de décaissements au titre de ce budget. Vu leur performance actuelle, les partenaires de développement ne vont pas parvenir à afficher de bons résultats par rapport aux principaux indicateurs de Busan.⁵

La redevabilité mutuelle est un outil qui pourrait encourager des améliorations dans l'efficacité de l'aide au secteur de la santé mais il est sous-utilisé.

En s'abstenant d'organiser une discussion structurée sur les constats du Rapport 2010 de IHP+Results, IHP+ est passé à côté d'une opportunité de recourir de manière innovante à la redevabilité mutuelle. À quelques exceptions près, les processus de redevabilité mutuelle en place au niveau des pays n'ont pas tiré le meilleur parti possible des constats de IHP+Results afin d'éclairer les discussions sur l'amélioration de l'efficacité de l'aide. Les partenaires de développement ne se sont pas servis des conclusions du Rapport 2010 de IHP+Results de manière systématique et régulière pour encourager la réalisation d'examen internes propices à une amélioration de l'efficacité de l'aide. La société civile n'a pas été suffisamment impliquée dans les processus de redevabilité et n'a pas reçu d'informations suffisantes pour remplir le rôle qu'on attend d'elle.

Les rapports dressés par IHP+Results et son suivi de la performance suggèrent que le suivi est utile mais que des lacunes doivent encore être mieux comprises.

Chaque nouvelle série de travaux de suivi s'accompagne d'arguments plus solides et d'un pouvoir explicatif accru. Les indicateurs actuels tirés de la Déclaration de Paris ont été utiles mais ils ne couvrent pas tous les aspects de l'efficacité de l'aide; il faudrait par conséquent convenir de nouveaux indicateurs – notamment pour mesurer l'utilisation des systèmes nationaux de gestion des achats par les partenaires de développement. Les pays partenaires et les partenaires de développement continuent de signaler des coûts de transaction élevés pour l'activité de suivi, ce qui est révélateur d'une appropriation insuffisante du processus. Il est difficile de tirer des conclusions générales vu le petit nombre de pays partenaires et de partenaires de développement qui ont participé aux enquêtes, le nombre élevé d'objections et les limites du cadre d'indicateurs actuel. Des informations plus contextuelles sont nécessaires dans le cadre du suivi à venir afin de pouvoir mieux interpréter les résultats.

Les signataires de IHP+ et l'Équipe centrale du Partenariat ont consacré la plupart de leurs ressources à l'amélioration du leadership et des cadres nationaux dédiés à la gestion de l'aide au secteur de la santé, et c'est donc à ce niveau que les progrès les plus importants ont été réalisés. Dans de nombreux pays partenaires, la difficulté réside dans la nécessité d'améliorer la fourniture de l'aide par les partenaires de développement. Ce point exigera lui aussi des efforts et des ressources considérables.

Le plan de travail 2012/13 de IHP+⁶ commence aujourd'hui à se pencher sur certains des problèmes associés à la fourniture de l'aide au secteur de la santé, mais ces efforts ne sont pas encore suffisants. Les constats 2012 de IHP+Results suggèrent que des travaux doivent être accomplis dans deux domaines prioritaires: de la part des pays, renforcement des systèmes de gestion des finances publiques et de gestion des achats, et de la part des partenaires de développement, acheminement de l'aide par le biais de ces systèmes afin de fournir une aide prévisible rapportée dans le budget.

² Processus plus inclusifs dédiés à la planification sanitaire nationale et aux évaluations conjointes (JANS); Soutien plus homogène des plans des pays au moyen de pactes nationaux; Plate-forme de suivi et d'évaluation unique pour suivre la mise en œuvre de la stratégie; Redevabilité mutuelle accrue; et Amélioration de l'engagement de la société civile.

³ IHP+Results est un consortium indépendant composé d'organisations spécialisées dans la recherche et le plaidoyer, dirigé par Re-Action, en partenariat avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) et Oxfam GB. Le rôle d'Oxfam consiste à fournir des conseils sur les relations entre IHP+Results et la société civile; Oxfam n'a pas été directement impliqué dans la production de ce Rapport. Le rôle de la LSHTM a été de donner des conseils sur certains aspects de la méthodologie utilisée par IHP+Results pour le suivi 2012; la LSHTM n'a pas été directement impliquée dans la production de ce Rapport.

⁴ En 2010, IHP+Results a également signalé que trois engagements de partenaires de développement avaient été atteints – les mêmes qu'en 2012.

⁵ Les indicateurs de Busan comprennent les indicateurs de Paris/IHP+Results suivants: (i) part de l'aide décaissée sur l'exercice fiscal prévu, (ii) pourcentage de l'aide devant être décaissée qui est rapportée dans les budgets annuels et approuvée par le corps législatif des pays en développement, (iii) utilisation de systèmes nationaux de gestion des finances publiques et de gestion des achats. Groupe de travail sur l'efficacité de l'aide (2012). Indicateurs, objectifs-cibles et processus proposés pour le suivi mondial dans le cadre du partenariat mondial pour une coopération efficace au service développement. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE)

⁶ www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/ihp_phase_iii_workplan_EN%5B1%5D.pdf

Recommandations

- 1. La fourniture d'une aide sanitaire plus efficace doit faire l'objet de progrès plus rapides si l'on veut qu'elle contribue à une amélioration des résultats sanitaires.** Les pays partenaires devraient continuer d'accroître leur leadership, d'augmenter leurs budgets nationaux de santé et de renforcer leurs systèmes de gestion. Les partenaires de développement devraient intensifier leurs efforts en matière de fourniture d'une aide plus efficace dans le secteur de la santé. IHP+ devrait accroître son plaidoyer et son soutien en faveur de la fourniture d'une aide plus efficace.
- 2. Une meilleure redevabilité mutuelle est requise pour favoriser une amélioration de l'efficacité de l'aide au secteur de la santé.** Les signataires de IHP+ devraient préparer des objectifs précis visant les domaines dans lesquels les progrès sont les plus lents (tels que signalés dans le présent Rapport) pour les pactes nationaux. Ces objectifs devraient être passés en revue dans le cadre des processus nationaux de redevabilité mutuelle. Ils devraient également se servir des données et outils de IHP+ Results pour appuyer les processus de redevabilité mutuelle au niveau des pays afin que les problèmes de fourniture et de gestion de l'aide au secteur de la santé puissent être identifiés et que des mesures correctives soient convenues entre partenaires. Les signataires devraient aussi organiser un processus mondial de redevabilité mutuelle en 2012 à l'aide des données de IHP+ Results et convenir d'un programme d'actions devant permettre d'améliorer l'efficacité de l'aide au secteur de la santé en 2013. L'Équipe exécutive de IHP+ devrait se pencher chaque mois sur un domaine dans lequel les progrès sont les plus lents (en s'appuyant sur les constats signalés dans le présent Rapport), en passant en revue les données et en étudiant la possibilité de prendre des mesures collectives propices à des progrès.
- 3. Les parties prenantes devraient s'approprier le futur suivi de l'efficacité de l'aide au secteur de la santé, suivi qui devrait s'appuyer sur des indicateurs améliorés mesurant les aspects sur lesquels elles ont besoin d'être renseignées.** Les pays devraient donner l'exemple en encourageant et s'appropriant tout futur processus de suivi et de compte-rendu sur la performance, et en l'intégrant dans leurs actuels examens annuels conjoints du secteur de la santé. Les partenaires de développement devraient systématiquement suivre et publier des données sur leurs résultats par rapport à ces indicateurs de l'efficacité de l'aide, et intégrer les indicateurs IHP+ dans leurs activités régulières de suivi de la performance interne. Les signataires de IHP+ devraient, de manière collective et avec l'Équipe centrale, continuer d'assurer le suivi de l'efficacité de l'aide au secteur de la santé, comme le prévoit le plan de travail de IHP+ pour 2012-13.⁷ Un plus grand nombre de signataires de IHP+ devrait y participer, et des données comparables devraient être collectées sur un plus grand nombre d'années. Ils devraient également réviser et mettre à jour la série d'indicateurs pour la mesure des performances. Un plus grand nombre d'informations qualitatives et contextuelles émanant des pays partenaires et des partenaires de développement devrait être inclus dans toute future activité de suivi afin de mieux comprendre les facteurs et les circonstances qui encouragent ou freinent les progrès.

⁷ Plan de travail et budget 2012-13 de la Phase III de IHP+

1. INTRODUCTION

Au cours des vingt dernières années, l'aide au développement pour la santé a augmenté de façon inédite, passant de 5 milliards de dollars en 1990 à 28 milliards de dollars en 2011⁸ (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2011). L'aide au développement pour la santé a doublé entre 2001 et 2008, après quoi elle s'est ralentie. Sur la même période, nous avons parallèlement assisté à une hausse de l'intérêt porté à la question de l'efficacité de l'aide. La Déclaration de Paris, avalisée en 2005 par les pays, donateurs et organisations multilatérales, est un accord international qui a marqué un tournant en rendant les pays maîtres de leur développement, l'objectif étant d'améliorer la qualité de l'aide et son impact sur le développement. La communauté internationale a confirmé son engagement envers ces principes⁹ à Accra en 2008 et à Busan en 2011.

C'est en 2007 qu'a été lancé le Partenariat international pour la santé (IHP+), dans le but d'appliquer de manière novatrice ces principes au secteur de la santé. L'objectif de IHP+ était de fournir de meilleurs résultats sanitaires: en améliorant la qualité, la gestion et l'efficacité de l'aide dédiée au secteur de la santé et des ressources nationales de ce secteur, conformément aux principes de Paris reposant sur des engagements à l'égard de l'efficacité de l'aide; et en aidant les pays à élaborer des systèmes sanitaires pérennes et capables de donner des résultats. Au cœur de IHP+ se trouvait la notion de redevabilité mutuelle, à savoir que les pays partenaires et les partenaires de développement travailleraient de concert afin que les pays dotés de systèmes de gestion de l'aide améliorés bénéficient d'une aide plus prévisible grâce à leurs systèmes. Cela impliquait également un engagement envers une hausse du financement de la santé.

IHP+ a évolué et comprend aujourd'hui 31 pays partenaires et 25 partenaires de développement, dont des organisations multilatérales, des donateurs bilatéraux et des initiatives sanitaires mondiales. Il œuvre dans cinq domaines:

- Instauration de processus nationaux plus inclusifs dédiés à la planification de la santé et aux évaluations conjointes (JANS)
- Octroi d'un soutien plus homogène aux plans nationaux par l'intermédiaire de pactes nationaux
- Mise en place d'une plate-forme unique de suivi et d'évaluation pour contrôler la mise en œuvre de la stratégie
- Redevabilité mutuelle accrue
- Amélioration de l'engagement de la société civile

L'Équipe centrale de IHP+, basée à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et à la Banque mondiale, a catalysé et facilité les processus et appuyé le développement d'outils là où cela était nécessaire.

⁸ Institute for Health Metrics and Evaluation. (2010). Financing Global Health 2010. Université de Washington.

⁹ Les cinq principes de Paris sont: appropriation (les pays en développement élaborent des stratégies en vue de réduire la pauvreté, d'améliorer leurs institutions et de lutter contre la corruption); alignement (les partenaires de développement s'alignent derrière ces objectifs et utilisent des systèmes locaux); harmonisation (les partenaires de développement se coordonnent entre eux, simplifient les procédures et partagent l'information afin d'éviter les doublons); gestion axée sur les résultats (les pays en développement et les donateurs mettent l'accent sur les résultats de développement et les résultats sont mesurés); redevabilité mutuelle (les donateurs et les partenaires sont responsables des résultats de développement).

Deux changements significatifs ont eu lieu dans le contexte mondial depuis le lancement de IHP+ : premièrement, la crise économique mondiale a poussé certains donateurs à réduire leurs budgets alloués à l'aide internationale et rendu plus impérieux le besoin de démontrer l'existence de résultats sanitaires. Deuxièmement, le Forum de haut niveau de Busan consacré en 2011 à l'efficacité de l'aide a concrétisé cette focalisation sur les résultats par l'instauration de quatre principes clés révisés:¹⁰

- *Appropriation des priorités de développement par les pays en développement.*
- *Gestion axée sur les résultats.*
- *Instauration de partenariats de développement inclusifs.*
- *Transparence et redevabilité des uns envers les autres.*

Ce Rapport de la performance mené par le consortium IHP+Results en 2012 est le troisième du genre (le dernier des trois cycles de suivi approuvé). Le Rapport de la performance 2010 de IHP+Results a été bien accueilli et a contribué à confirmer qu'une démarche axée sur la présentation d'informations pouvait permettre de dégager des constats crédibles. Ce Rapport 2012 s'appuie sur les données de 2011 – deux autres années se sont écoulées depuis le Rapport de la performance 2010 de IHP+Results, pendant lesquelles de nouveaux progrès de mise en œuvre des engagements du Pacte mondial IHP+ ont pu être réalisés. Le Rapport a porté sur six années de données (2005-11) émanant de 36 signataires de IHP+ (lesquels étaient au nombre de 25 en 2010), d'où la mise en évidence de plus de 6 000 points de données utiles à l'élaboration d'une analyse et de conclusions. Plus de la moitié des signataires ont participé à l'enquête 2012 de IHP+Results sur la base du volontariat. Tous ces facteurs font que IHP+Results bénéficie d'une large perspective sur la mise en œuvre des engagements IHP+ et sur les progrès accomplis par l'initiative IHP+ à proprement parler.

Le Rapport s'adresse principalement aux signataires de IHP+ – agents de l'État et responsables politiques chargés de la gestion et de la fourniture de l'aide.¹¹ L'objectif du Rapport est double:

1) Il fournit des données actualisées sur l'exécution par les signataires de IHP+ des engagements pris en matière d'efficacité de l'aide au secteur de la santé, y compris en identifiant les évolutions notoires ou tendances apparues depuis 2005-07. Les tableaux de bord («scorecards») offrent une représentation graphique d'une page des progrès réalisés par chaque signataire de IHP+ participant au Rapport. Ils reposent sur un système de feux de signalisation correspondant à trois notations; il est utile de les consulter parallèlement aux données plus détaillées disponibles en ligne afin d'avoir une image plus exhaustive de la performance ventilée par indicateur, pays partenaire et partenaire de développement. Le Rapport étudie également les progrès accomplis en matière de fourniture d'une aide plus efficace dans cinq pays partenaires signataires de IHP+ depuis 2007.

2) Il exploite ces éléments de preuve pour réfléchir aux accomplissements de IHP+ pour contribuer à un débat plus vaste sur l'efficacité de l'aide au secteur de la santé. Il propose ainsi des conclusions et des recommandations à l'attention des pays partenaires, des partenaires de développement, de IHP+ et de la communauté internationale désireuse d'accroître les résultats sanitaires en améliorant l'efficacité et l'efficience des ressources existantes.

¹⁰ <http://www.oecd.org/dataoecd/54/15/49650173.pdf>

¹¹ IHP+Results a également élaboré un « Guide du plaidoyer » (Advocacy guide) à l'attention d'un public plus large dans le but de faciliter un engagement accru de la société civile dans le contenu et le processus de suivi de l'efficacité de l'aide.

2. COMMENT CE RAPPORT DE LA PERFORMANCE A ÉTÉ RÉALISÉ

En juillet 2011, les signataires de IHP+ ont reconnu que la méthodologie à employer pour l'enquête 2012 de IHP+Results devait être cohérente avec le processus de suivi de 2010, en veillant toutefois à y apporter quelques modifications mineures afin d'asseoir la crédibilité des constats et de minimiser les coûts de transaction.¹²

Les éléments utilisés pour les besoins de ce Rapport ont été collectés auprès d'un sous-ensemble de 36 signataires de IHP+¹³ qui avaient choisi de participer à l'exercice, soit 11 de plus qu'en 2011. Chaque agence a fourni des données destinées à alimenter une série de mesures de la performance standardisées (12 pour les partenaires de développement et 10 pour les gouvernements nationaux). Ces mesures sont basées sur les indicateurs de la Déclaration de Paris applicables au secteur de la santé. Les représentants des gouvernements nationaux et des partenaires de développement ont répondu à une enquête structurée¹⁴ de février à avril 2012. Le taux de réponse global des partenaires de développement a été de 75%. IHP+Results a obtenu des éclaircissements sur certains points et sur les lacunes identifiées en matière de données, analysé les résultats et dressé des tableaux de bord de la performance en fonction de critères transparents.¹⁵ Des détails supplémentaires, y compris des évaluations ventilées, ont été mis à disposition en ligne parallèlement à la publication du Rapport.

Hypothèses critiques et critères de sélection

Le Groupe de travail sur la redevabilité mutuelle de IHP+ a convenu de certaines modifications à apporter au cadre employé par IHP+Results afin de consolider la stratégie et de remédier à certaines insuffisances constatées dans le Rapport de la performance 2010 de IHP+Results. Cependant, un certain nombre d'insuffisances subsistent, la principale raison en étant que le Groupe de travail a accepté qu'aucune modification majeure ne devrait être apportée au cadre existant, ce afin que des comparaisons puissent être faites entre la performance telle qu'est étudiée dans le Rapport 2010 de IHP+Results et dans le présent Rapport. Les principales insuffisances de ce cadre sont les suivantes:

- *Portée du cadre de présentation de l'information limitée.* IHP+ a probablement progressé dans des domaines qui ne sont pas suivis par le cadre convenu et employé par IHP+Results. Nous avons tenté de nous appuyer sur des données supplémentaires, mais cette démarche n'était pas notre priorité principale.
- *Données auto-déclarées.* Les possibilités de triangulation des données fournies à IHP+Results par les signataires de IHP+ participants ont été limitées. Certains efforts de triangulation ont été envisagés – y compris une comparaison avec d'autres analyses de l'efficacité de l'aide, des discussions structurées au niveau des pays et un examen collégial informel des tableaux de bord des partenaires de développement – mais, dans la pratique, il a été difficile de le faire de manière systématique et pertinente dans les délais impartis et avec les ressources disponibles.
- *Série de données limitée.* Malgré une hausse du nombre de participants, on constate des absents notoires, notamment la Fondation Bill & Melinda Gates. Et, bien qu'il ne soit pas signataire de IHP+, le manque de données sur la performance du gouvernement des États-Unis signifie que les données pays offrent une représentation de la performance des signataires de IHP+ et non pas de la performance globale des partenaires de développement. Le nombre de participants ne permet pas de réaliser une analyse statistique rigoureuse. Par ailleurs, les données sont relativement limitées dans le temps, même si elles se développent; cela souligne combien il est important d'effectuer un suivi permanent en utilisant au moins certains des indicateurs employés par IHP+Results.

¹² Voir l'annexe A pour de plus amples détails sur la méthodologie employée.

¹³ Dix-neuf gouvernements de pays signataires de IHP+: Bénin, Burkina Faso, Burundi, Djibouti, Éthiopie, Mali, Mauritanie, Mozambique, Népal, Niger, Nigeria, Ouganda, RDC, Rwanda, Salvador, Sénégal, Sierra Leone, Soudan et Togo. Dix-sept partenaires de développement: Allemagne, AusAID, BAD, Banque mondiale, Belgique, CE, Espagne, GAVI, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), Norvège, OMS, ONUSIDA, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, UNFPA, UNICEF.

¹⁴ L'outil d'enquête était disponible en anglais, français et espagnol, à la fois au format MS Excel et en ligne (une nouveauté pour le processus de suivi en 2012): www.ihpresults.net

¹⁵ Les critères utilisés pour réaliser l'évaluation peuvent être consultés sur: www.ihpresults.net

- *Manque de données qualitatives et interprétatives émanant des signataires participants.* L'élaboration et la conception finale du cadre de suivi employé par IHP+Results ont été fortement influencées par des préoccupations ayant trait aux coûts de transaction associés à l'établissement de rapports. Par conséquent, les partenaires de développement et les gouvernements des pays partenaires n'ont pas été contraints de fournir des données qualitatives, ce qui limite la capacité de IHP+Results à comprendre pleinement certains points complexes et nuancés, et à étudier la manière dont les résultats ont été obtenus, et pourquoi.
- *Faiblesses de certains indicateurs.* Plus précisément, les indicateurs relatifs à la solidité des systèmes nationaux et à l'utilisation de ces systèmes par les partenaires de développement ne sont pas assez spécifiques et sensibles pour que l'on puisse en tirer des conclusions fiables. Par conséquent, il est difficile de tirer des conclusions fermes sur l'utilisation des systèmes nationaux de gestion des achats.
- *Disponibilité des données.* Pour certains indicateurs, les taux de réponse ont été assez faibles, ce qui a encore affecté la pertinence statistique d'une partie de l'analyse.
- La mesure de la part de l'aide allouée par le biais des systèmes nationaux de gestion des achats est rendue d'autant plus complexe par le fait que, premièrement, de nombreux gouvernements et partenaires de développement utilisent des mécanismes mondiaux de gestion des achats (par ex. l'UNICEF pour les vaccins) afin de réduire leurs coûts, une pratique considérée comme une aide dédiée à la gestion des achats qui n'emploie pas de systèmes nationaux; et, deuxièmement, les partenaires de développement ne savent pas toujours quelles valeurs du soutien budgétaire général ou sectoriel est destinée aux achats pour le secteur de la santé.

Le cadre employé par IHP+Results confère cependant une base propice à la formulation de conclusions crédibles et de recommandations solides sur lesquelles devraient s'appuyer les futurs débats sur l'amélioration de l'efficacité de l'aide. La partie « Recommandations » comprend des suggestions sur la manière dont le cadre de suivi pourrait être adapté et renforcé.

Partenaires ayant participé au processus de suivi et fourni un rapport

Partenaires de développement	Pays partenaires
Banque africaine de développement (BAD)	Bénin
Agence australienne pour le Développement international (AusAID)	Burkina Faso
Belgique	Burundi
Commission européenne	Djibouti
GAVI Alliance	République démocratique du Congo
Allemagne	Le Salvador
Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial)	Éthiopie
Pays-Bas	Mali
Norvège	Mauritanie
Espagne	Mozambique
Suède	Népal
Royaume-Uni	Niger
ONUSIDA	Nigéria
UNFPA	Rwanda
UNICEF	Sénégal
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	Sierra Leone
Banque mondiale	Soudan
	Togo
	Ouganda

Les participants qui sont surlignés en vert ont également participé au Rapport de la performance 2010 de IHP+Results

3. PRINCIPAUX CONSTATS DE L'ENQUÊTE 2012 DE IHP+RESULTS

3.1 Les pays partenaires font-ils preuve de leadership dans le développement de plans et de cadres politiques sanitaires, et les partenaires de développement suivent-ils ce leadership?

Les principaux indicateurs dont s'est servi IHP+Results pour mesurer le leadership des pays, le soutien des partenaires de développement envers le leadership et l'existence d'un cadre de gestion de l'aide au secteur de la santé sont les suivants:

L'existence de plans sanitaires nationaux (et de stratégies associées).

L'existence d'un pacte national qui indique dans les grandes lignes la manière dont les gouvernements des pays partenaires, les partenaires de développement et la société civile comptent améliorer la fourniture et la gestion des ressources nationales et externes dédiées à la santé.

La proportion de l'appui dédié au développement des capacités destinées à améliorer les compétences des individus et des institutions du système de santé qui est coordonné par les partenaires de développement.

La proportion de l'aide au développement fournie sous la forme d'une approche axée sur les programmes pour l'aide au secteur de la santé. Une telle approche «s'appuie sur les principes du soutien coordonné à l'égard d'un programme de développement détenu localement». (Pour connaître la définition complète, veuillez consulter le glossaire.)

Dans quelle mesure un processus de redevabilité mutuelle est en place dans les pays et dans quelle mesure les partenaires de développement y contribuent. Dans le cadre d'un processus de redevabilité mutuelle, le gouvernement, les partenaires de développement et la société civile exigent des uns et des autres qu'ils rendent compte de leur mise en œuvre des engagements en matière de fourniture et d'amélioration de l'aide au secteur de la santé.

La proportion d'aide au secteur de la santé rapportée dans les budgets nationaux. L'aide au secteur de la santé rapportée dans les budgets nationaux est propice à l'appropriation et permet à l'aide de mieux s'intégrer dans la planification nationale.

Dans quelle mesure les gouvernements associent la société civile aux principaux processus nationaux de planification, suivi et redevabilité, et dans quelle mesure les partenaires de développement soutiennent la société civile. La société civile contribue aux politiques sanitaires, en planifiant et en exigeant des comptes des partenaires.

Principaux constats relatifs au leadership et aux cadres de gestion de l'aide:

18

12

12

La majorité des pays font preuve de leadership et d'appropriation: parmi les 19 évalués, 18 disposaient d'un plan sanitaire national, 12 d'un pacte, et 12 disposaient des deux. (Tableau 1)

11

Onze des 19 pays disposaient d'un plan sanitaire national comprenant des objectifs, un budget, et qui avait fait l'objet d'un processus d'évaluation conjointe. (Tableau 1)

Principaux constats relatifs au soutien accordé par les partenaires de développement en matière de leadership et d'appropriation concernant l'aide rapportée dans le budget et le développement coordonné des capacités:

77%

77% des partenaires de développement dotés d'une représentation nationale se sont engagés à soutenir un pacte, lorsqu'il en existait un.¹⁶

Les partenaires de développement ont dépassé leurs objectifs en matière de fourniture d'un développement des capacités coordonné (90% de l'aide en 2011, aucun changement par rapport à l'année de référence) (Figure 3) et par l'intermédiaire de financements octroyés au titre d'approches basées sur des programmes (81% de l'aide en 2011, pas de changement depuis l'année de référence) (Figure 5).

Les partenaires de développement n'ont pas rempli l'objectif consistant à rapporter l'aide dans le budget (Figure 1). La proportion d'aide à la santé rapportée dans le budget santé du pays bénéficiaire était de 59% en 2011. Elle atteignait les 68% en excluant les partenaires de développement qui n'ont pas fourni un nombre suffisant de données.¹⁷ Aucune tendance globale n'était à signaler par rapport aux années de référence.

85%

Huit partenaires de développement ont rempli en 2011 l'objectif selon lequel 85% de l'aide devait être rapportée dans le budget (Allemagne, AusAID, BAD, Banque mondiale, CE, Norvège, Pays-Bas et Suède). (Figure 2).

Le Mozambique (95%) et le Népal (87%) ont reçu la plus grosse partie de l'aide rapportée dans leur budget national en 2011.

13/19

Treize des 19 pays partenaires disposaient d'un processus d'évaluation mutuelle de la performance du secteur de la santé, y compris de l'efficacité de l'aide (Tableau 2). 69% des partenaires de développement ont participé à des évaluations mutuelles nationales lorsque celles-ci ont été organisées.

Principaux constats relatifs à l'engagement de la société civile dans les processus nationaux de planification, de suivi et de redevabilité

14

Dans 14 des 19 pays passés en revue, la société civile a été impliquée dans quatre aspects clés du processus national de planification, de budgétisation et d'examen (Tableau 4).

Tous les partenaires de développement qui ont fourni des données pour cette mesure de la performance standard ont apporté un soutien à la société civile, mais pas forcément dans tous les pays. (Tableau 5).

Les partenaires de développement ont surtout soutenu la société civile sur un plan financier, ainsi qu'avec des actions de plaidoyer et de lobby afin de les inclure dans les processus nationaux de planification.

Aucune tendance nette n'a été mise en évidence concernant les types d'organisations de la société civile que les partenaires de développement soutiennent et les pays dans lesquels ils sont impliqués à leurs côtés.

La société civile a été activement impliquée dans la préparation de documents de plaidoyer pour les besoins de ce Rapport 2012 de IHP+Results.

NB: Dans les pays qui ne sont pas dotés de la totalité du cadre politique (pacte, plan national, mécanisme de redevabilité mutuelle), les partenaires de développement n'ont pas pu respecter cette politique et ce point n'a donc fait l'objet d'aucune évaluation.

¹⁶ Ne comprend pas la GAVI et le Fonds mondial, qui ne disposent pas d'une représentation nationale. La GAVI et le Fonds mondial fournissent des lettres d'appui à certains pactes.

¹⁷ GAVI, Fonds mondial et ONUSIDA.

Les tableaux et figures ci-après fournissent des détails sur les résultats résumés dans la section 3.1.

Tableau 1: Performance des gouvernements dans la mise en place de pactes nationaux et de plans et stratégies pour le secteur de la santé au niveau national

Mesure de la performance standard	Bénin	Burkina Faso	Burundi	RDC	Djibouti	Le Salvador	Éthiopie	Mali	Mauritanie	Mozambique	Népal	Niger	Nigéria	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Soudan	Togo	Ouganda
1G Pacte IHP+ ou accord commun équivalent en place	✓	→	✓	✓	!	!	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	✓	!	→	✓
2Ga Plans ou stratégies nationaux pour le secteur de la santé en place avec des objectifs et des budgets en cours	✓	→	✓	✓	!	→	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	→	→	→	✓

Figure 1: Proportion agrégée de l'aide fournie par les partenaires rapportée dans les budgets nationaux (2DPa)

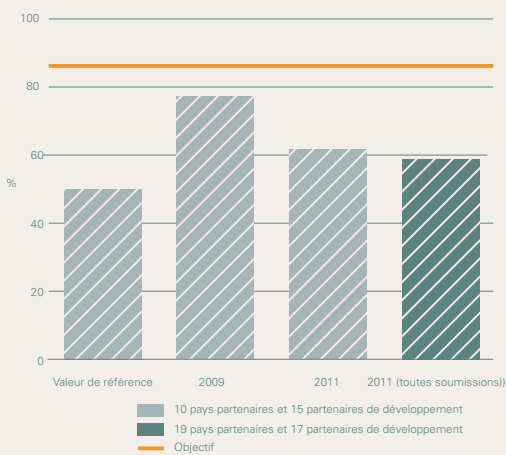


Figure 2: Proportion de l'aide fournie par les partenaires rapportée dans les budgets nationaux (2DPa)

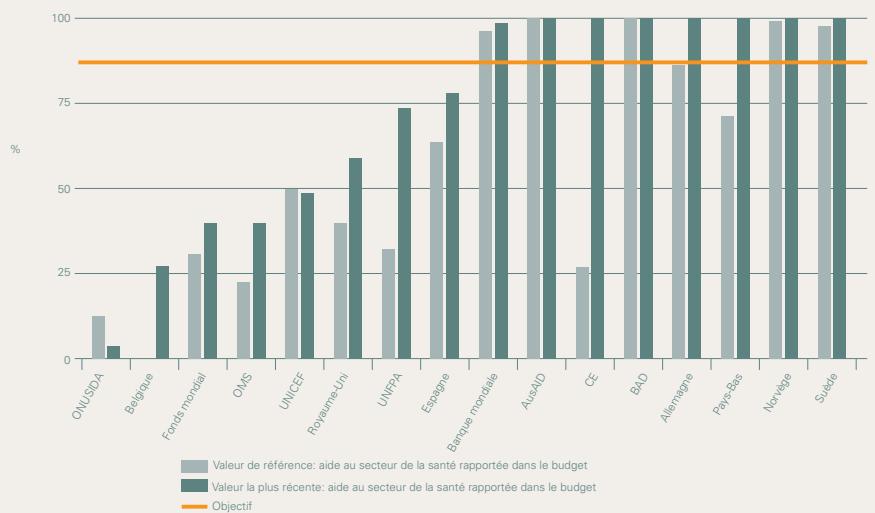


Figure 3: Proportion agrégée de l'aide fournie par les partenaires dédiée au développement des capacités acheminée par le biais de programmes coordonnés conformes avec les stratégies nationales (2DPb)

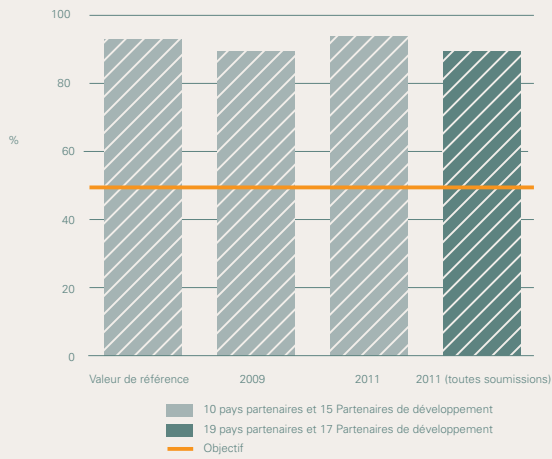


Figure 4: Proportion de l'aide fournie par les partenaires dédiée au développement des capacités à la fois coordonnée et conforme avec les stratégies nationales (2DPb)

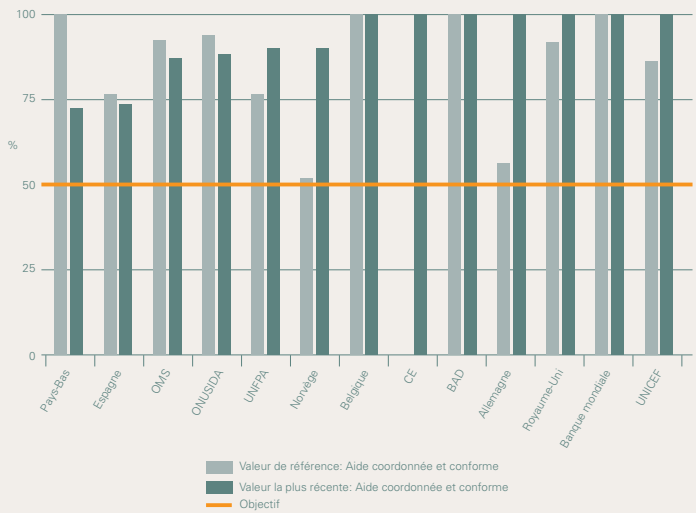


Figure 5: Proportion agrégée de l'aide fournie par les partenaires sous la forme d'une approche axée sur les programmes (2DPC)



Figure 6: Proportion de l'aide fournie par les partenaires sous la forme d'une approche axée sur les programmes (2DPC)

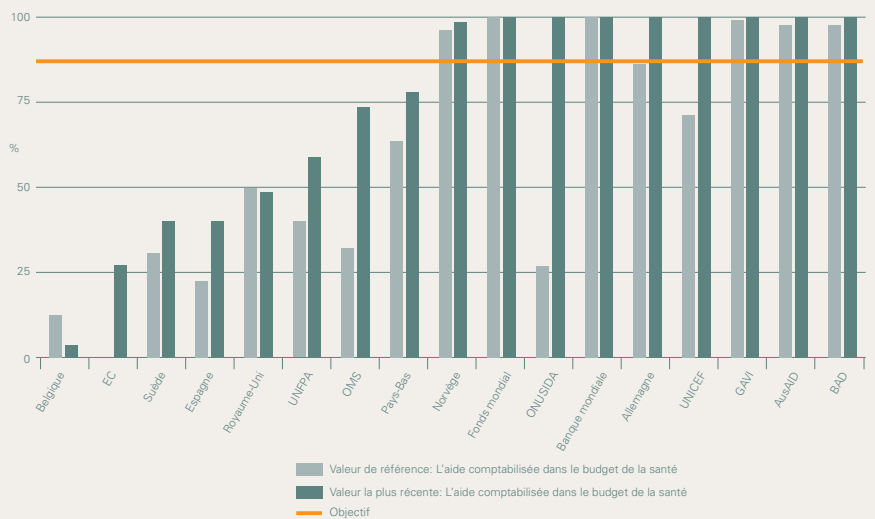


Tableau 2: Performance des gouvernements pour la mise en place de processus d'évaluation mutuelle

Mesure de la performance standard	Bénin	Burkina Faso	Burundi	RDC	Djibouti	Le Salvador	Éthiopie	Mali	Mauritanie	Mozambique	Népal	Niger	Nigéria	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Soudan	Togo	Ouganda
7G Des évaluations mutuelles, telles qu'examen annuel conjoints du secteur de la santé, ont été menées sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements consentis pour le secteur de la santé, y compris sur l'efficacité de l'aide	✓	!	!	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓	→	✓	✓

Tableau 3: Performance des partenaires pour la participation aux processus d'évaluation mutuelle

Mesure de la performance standard	BAD	AusAID	Belgique	CE	GAVI	Fonds mondial	Allemagne	Pays-Bas	Norvège	Espagne	Suède	Royaume-Uni	ONUSIDA	UNFPA	UNICEF	OMS	Banque mondiale
7DP Les partenaires ont participé aux processus d'évaluation mutuelle des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements consentis pour le secteur de la santé, y compris sur l'efficacité de l'aide, quand un processus d'évaluation mutuelle existe	!	✓	✓	→	→	?	✓	→	→	→	→	✓	✓	→	→	✓	→

Tableau 4: Performance des gouvernements en faveur d'un engagement significative de la société civile dans les étapes clés des processus de politique et planification sanitaire

Mesure de la performance standard	Bénin	Burkina Faso	Burundi	RDC	Djibouti	Le Salvador	Éthiopie	Mali	Mauritanie	Mozambique	Népal	Niger	Nigéria	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Soudan	Togo	Ouganda
8G Preuves que la société civile est engagée de manière significative dans les processus de politique du secteur de la santé, y compris la planification, la coordination et les mécanismes d'examen du secteur de la santé.	✓	✓	✓	✓	!	→	→	✓	→	→	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tableau 5: Performance des partenaires en faveur d'un engagement significative de la société civile dans les étapes clés des processus de politique et planification sanitaire

Mesure de la performance standard	BAD	AusAID	Belgique	CE	GAVI	Fonds mondial	Allemagne	Pays-Bas	Norvège	Espagne	Suède	Royaume-Uni	ONUSIDA	UNFPA	UNICEF	OMS	Banque mondiale
8DP Preuves de soutien pour que la société civile soit engagée de manière significative dans les processus de politique du secteur de la santé, y compris la planification, la coordination et les mécanismes d'examen du secteur de la santé.	→	✓	✓	✓	→	?	✓	→	✓	✓	→	→	✓	→	→	✓	→

NB: Pour obtenir des données ventilées par partenaire de développement, consulter www.ihpresults.net

3.2 Les fonds destinés à la santé sont-ils en hausse et les sources de financement deviennent-elles plus prévisibles?

Les principaux indicateurs utilisés par IHP+Results pour mesurer le volume et la prévisibilité des fonds octroyés au secteur de la santé par les gouvernements et les partenaires de développement sont les suivants:

La part des budgets nationaux allouée à la santé. Les gouvernements apportent un financement public conséquent au secteur de la santé à partir de leurs propres budgets.¹⁸ À Abuja, en 2001, les chefs d'États africains se sont engagés à affecter 15% de leurs budgets nationaux annuels à la santé, bien que cet engagement soit désormais plus axé sur une hausse du financement du secteur de la santé que sur la réalisation de cet objectif spécifique.¹⁹

La proportion du budget santé national réellement dépensée au cours de l'année calendaire. Pour que les gouvernements parviennent à concrétiser leurs plans sanitaires, il leur fait pouvoir dépenser pleinement les budgets dont ils disposent pour ce secteur.

La proportion de l'aide au développement pour la santé accordée au titre d'engagements à long terme, et la proportion d'aide au développement pour la santé qui était programmée et a été fournie l'année prévue. Les gouvernements ont besoin des partenaires de développement qu'ils leur assurent des engagements à long terme et des décaissements prévisibles pour pouvoir financer avec confiance leurs plans sanitaires axés sur des investissements à plus long terme, par exemple pour embaucher un plus grand nombre de professionnels de la santé et payer leurs salaires. Les décaissements inférieurs ou supérieurs aux sommes prévues peuvent compromettre la capacité d'un gouvernement à planifier et utiliser efficacement le financement.

Principaux constats relatifs aux propres dépenses de santé des gouvernements:

Les dépenses de santé des gouvernements ont augmenté dans plus de la moitié des pays qui ont fourni des données pour cet indicateur. Trois pays (Burkina Faso, Salvador et Rwanda) ont affecté 15% de leur budget national à la santé, et neuf ont accru la part de leur budget affectée à la santé (Figure 7).²⁰

10

Des 19 pays passés en revue, 10 ont rempli l'objectif consistant à combler l'écart entre l'affectation du budget santé national et les décaissements.

7

Sept des 19 pays ont à la fois augmenté leur budget santé et le décaissement du budget (Burkina Faso, Burundi, Djibouti, Salvador, Mali, Mauritanie et Sierra Leone).

Principaux constats relatifs à la prévisibilité du financement octroyé à la santé par les partenaires de développement:

La prévisibilité de l'aide à la santé s'est améliorée, mais pas au point d'atteindre les objectifs de Paris et de IHP+.

Les partenaires de développement ont fourni 76% de l'aide au secteur de la santé par le biais d'engagements pluriannuels en 2011 (Figure 8), soit moins que l'objectif des 90%. (Cette proportion était de 88% en 2011, si l'on exclut ceux qui ne peuvent s'engager sur trois années.)²¹

10

Dix parmi les 17 partenaires de développement ont rempli l'objectif en matière de prise d'engagements pluriannuels.

103%

Les partenaires de développement ont fourni davantage d'aide à la santé (103%) que ce qui avait été prévu en 2011, dépassant l'objectif des 71% (Figure 11).

¹⁸ L'aide externe et le paiement des débours sont les autres sources importantes de financement de la santé.

¹⁹ Les ministres des Finances, du Plan et des Affaires économiques de l'Union africaine, ainsi que les membres de la Commission économique pour l'Afrique de l'ONU, qui s'est tenue les 28 et 29 mars, ont convenu d'«accroître les ressources allouées au financement de la santé et de renforcer le dialogue et le partenariat avec les ministères de la Santé pour assurer une meilleure compréhension des besoins sanitaires, de la budgétisation et des exigences en matière de planification, ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources afin de consolider le système de santé».

http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/pr/2011/20110414_pmnch_pr_africanhealthfinancing.pdf

²⁰ Les constats de IHP+Results sont différents de ceux qui apparaissent dans le Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales. Certains sont toutefois

²¹ Les cycles de financement de l'OMS, de l'ONUSIDA, du Fonds mondial et de l'UNFPA ne permettent pas de conclure d'engagements d'une durée supérieure à deux années.

Les tableaux et figures ci-après fournissent des détails sur les résultats résumés dans la section 3.2.

Figure 7: Proportion des budgets nationaux allouée à la santé (3G)

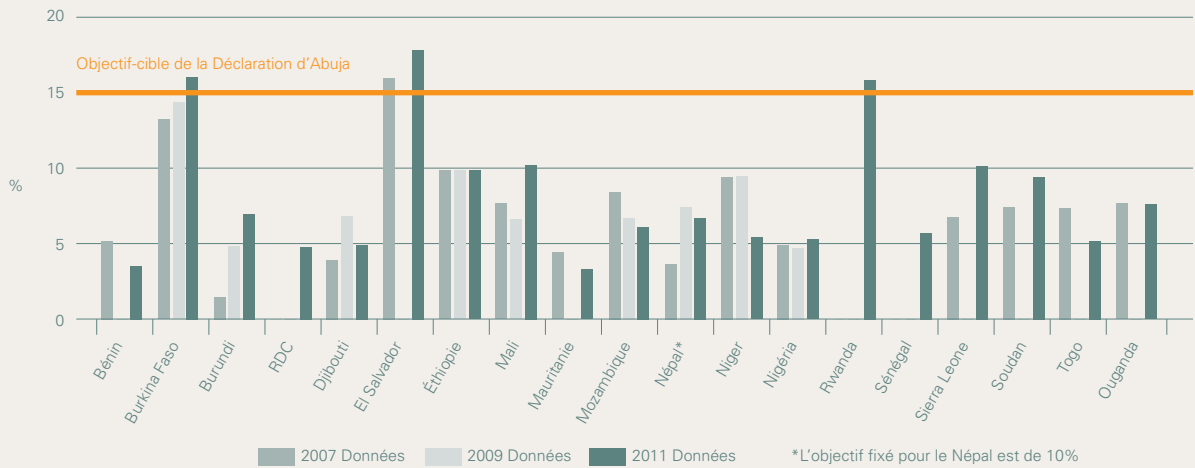


Figure 8: Proportion agrégée de l'aide apportée par les partenaires fournie sous la forme d'engagements pluriannuels (3DP)



Figure 9: Proportion de l'aide apportée par les partenaires fournie sous la forme d'engagements pluriannuels (3DP)

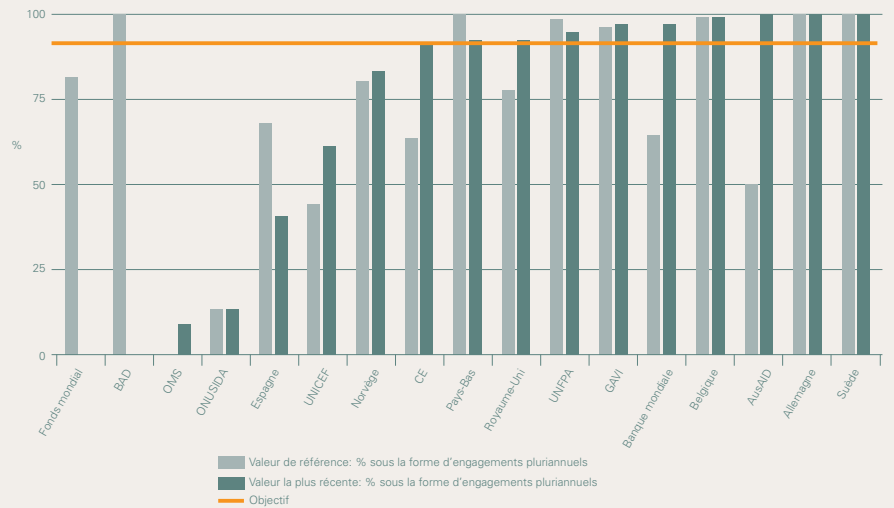


Figure 10: Décaissement des budgets nationaux pour la santé (4G)

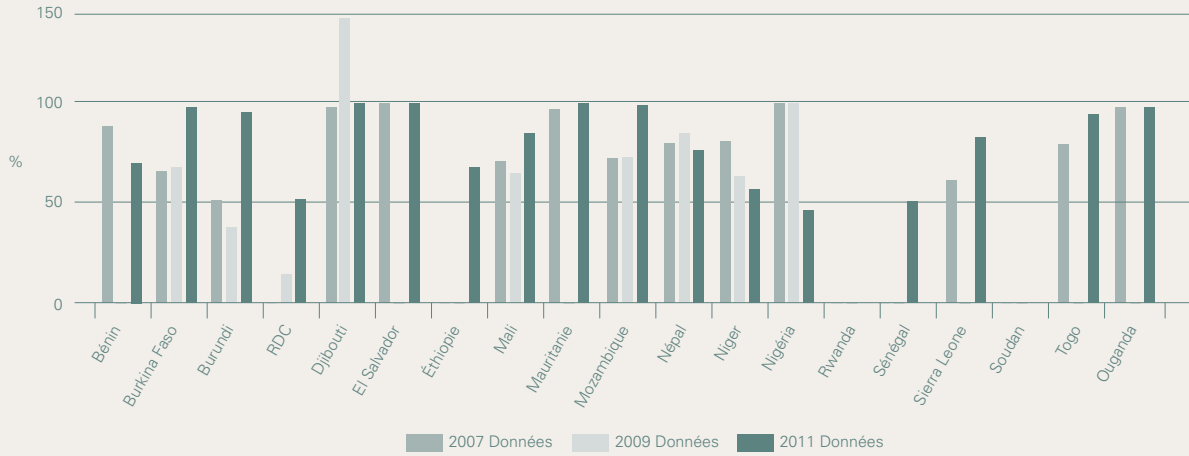


Figure 11: Proportion agrégée de l'aide au secteur de la santé fournie par les partenaires décaissée sur l'exercice fiscal prévu (4DP)

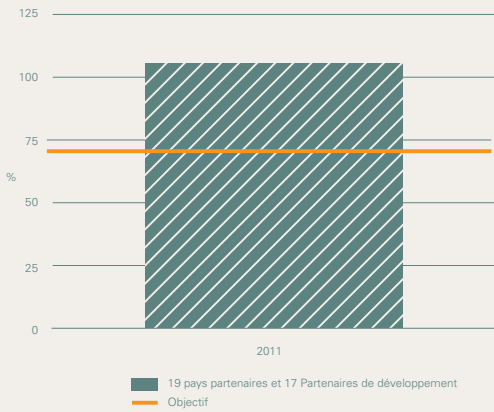
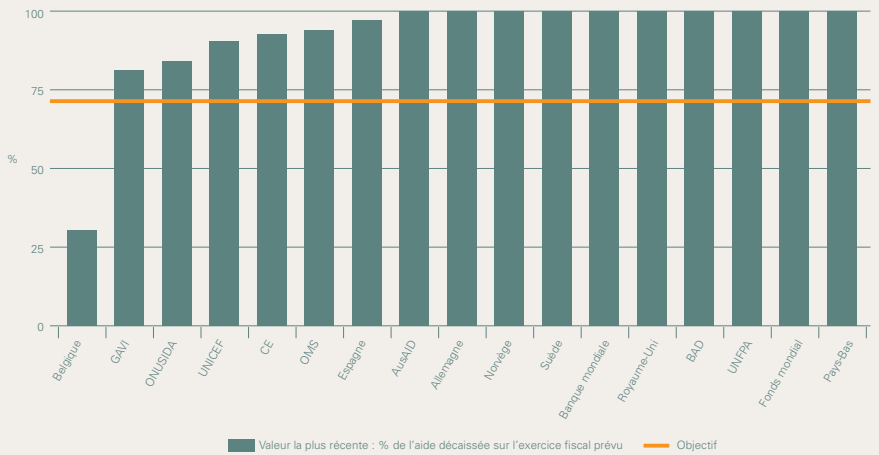


Figure 12: Proportion de l'aide au secteur de la santé fournie par les partenaires décaissée sur l'exercice fiscal prévu (4DP)



3.3 La solidité des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et de gestion des achats s'améliore-t-elle et les partenaires de développement utilisent-ils mieux ces systèmes?

Les principaux indicateurs dont s'est servi IHP+Results pour mesurer la solidité des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et de gestion des achats et évaluer si les partenaires de développement utilisent ces systèmes pour acheminer leur aide au secteur de la santé sont les suivants:

Évaluations de la Banque mondiale sur la solidité des systèmes de gestion des finances publiques et évaluation que la Direction de la coopération pour le développement (DCD-CAD) de l'OCDE a consacrée aux systèmes nationaux de gestion des achats. Les pays ont besoin de *systèmes de gestion des finances publiques et de gestion des achats solides* pour que le financement de la santé puisse entraîner des résultats sanitaires.

La proportion de l'aide des partenaires de développement acheminée par ces systèmes.²² Les partenaires de développement peuvent contribuer à renforcer les systèmes nationaux en transmettant au gouvernement leur aide sanitaire par le biais de ces systèmes.

Le nombre d'unités de mise en œuvre parallèles qui sont soutenues par les partenaires de développement. Une unité de mise en œuvre parallèle est une unité distincte des systèmes de gestion du gouvernement que les partenaires de développement mettent en place pour gérer leur aide au secteur de la santé. Les partenaires de développement se sont engagés à en réduire le nombre.

Principaux constats relatifs à la solidité des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et de gestion des achats.

13/19

Les systèmes nationaux se sont améliorés. En 2011, 13²³ des 19 pays ont atteint l'objectif consistant à enregistrer au moins une mesure d'amélioration sur l'échelle PFM/CPIA de la Banque mondiale depuis la dernière série de rapports, ou une note égale ou supérieure à 3,5 sur cette échelle de mesure.

10

En 2011, 10 des 17 pays disposaient de systèmes de gestion des finances publiques d'une qualité suffisante pour que les partenaires de développement s'en servent (note égale ou supérieure à 3,5).

Très peu de données étaient disponibles pour mesurer la solidité des systèmes nationaux de gestion des achats (voir l'encadré 1 ci-après). Seuls les systèmes de gestion des achats de cinq pays parmi les 19 (Niger, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone et Ouganda) ont été évalués en 2011. Tous ont obtenu la note «niveau B», soit la deuxième meilleure note sur un barème qui en compte quatre.

Principaux constats relatifs à l'acheminement du financement santé par les partenaires de développement par l'intermédiaire des systèmes nationaux de gestion des finances publiques et de gestion des achats:

L'utilisation des systèmes nationaux par les partenaires de développement n'a pas atteint les objectifs consentis. La proportion d'aide au secteur de la santé octroyée au moyen des systèmes de gestion des finances publiques était de 58% en 2011, soit bien moins que l'objectif des 80% (Figure 13). Sur les 5 pays pour lesquels IHP+Results dispose de données de tendance, cette proportion était de 54% sur l'année de référence et de 71% en 2011.

Les chiffres agrégés peuvent masquer des variations entre agences et pays. Par exemple, si l'on agrège les 10 pays dont on estime qu'ils disposent de systèmes de gestion des finances publiques suffisamment solides, la Banque mondiale, le Royaume-Uni, la Commission Européenne, les Pays-Bas et la Norvège ont atteint leur objectif des 80% d'aide en 2011 (Figure 14).

5

Dans cinq pays (Éthiopie, Mali, Mozambique, Rwanda et Sénégal) où les systèmes de gestion des finances publiques sont considérés adéquats, la moitié des partenaires de développement les utilisaient. Dans trois pays (Bénin, Burkina Faso et Niger) dont les systèmes de gestion des finances publiques sont considérés adéquats, moins de la moitié des partenaires de développement s'en servaient.

²² IHP+Results a mesuré l'utilisation des systèmes nationaux de gestion des finances publiques par les partenaires de développement uniquement dans les pays qui ont obtenu un score CPIA d'au moins 3,5. IHP+Results a mesuré l'utilisation des systèmes nationaux de gestion des achats par les partenaires de développement uniquement dans les pays qui ont obtenu un « B » ou mieux dans les évaluations de l'OCDE sur la gestion des achats.

²³ Ces 13 pays sont le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, l'Éthiopie, le Mali, la Mauritanie, le Mozambique, le Niger, le Nigeria, l'Ouganda, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo. Il n'y a pas eu d'évaluation pour le Salvador.

La proportion globale d'aide octroyée aux achats qui a recouru au système national en 2011 était de 32%. Sur les 10 pays pour lesquels IHP+Results dispose de données de tendance, cette proportion était de 60% sur l'année de référence et seulement de 21% en 2011 (Figure 15) bien que ce chiffre soit probablement une sous-estimation (Voir l'encadré 1 ci-après).

L'objectif consistant à réduire de deux tiers le nombre d'unités de mise en œuvre parallèles n'a pas été atteint – même si leur nombre a chuté (passant de 64 à 39) entre l'année de référence et 2011²⁴ (baisse de 39%) (Figure 17).

Les tableaux et figures ci-après fournissent des détails sur les résultats résumés dans la section 3.3.

Tableau 6: Scores CPIA des pays²⁵ (Source: IRAI – Indice d'affectation des ressources IDA)

Pays	Score CPIA			
	2005	2009	2010	Évolution (depuis 2005)
Bénin	4	3,5	3,5	-0,5
Burkina Faso	4	4,5	4,5	+0,5
Burundi	2,5	3	3	+0,5
RDC	2,5	2,5	2,5	0
Djibouti	3	3	3	0
Le Salvador	-	-	-	-
Éthiopie	3,5	3,5	3,5	0
Mali	4	3,5	3,5	-0,5
Mauritanie	2	3	3	+1
Mozambique	3,5	4	4	0,5
Népal	3,5	3	2,5	-1
Niger	3,5	3,5	3,5	0
Nigéria	3	3	3	0
Rwanda	3,5	4	4	+0,5
Sénégal	3,5	3	3,5	0
Sierra Leone	3,5	3,5	3,5	0
Soudan	2,5	2	2	-0,5
Togo	2	2,5	3	+1
Ouganda	4	4	3,5	-0,5

Figure 13: Proportion agrégée de l'aide au secteur de la santé fournie par les partenaires acheminée par l'intermédiaire des systèmes nationaux de gestion des finances publiques (5DPb)

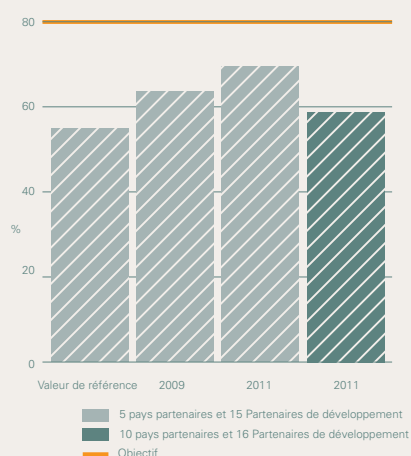
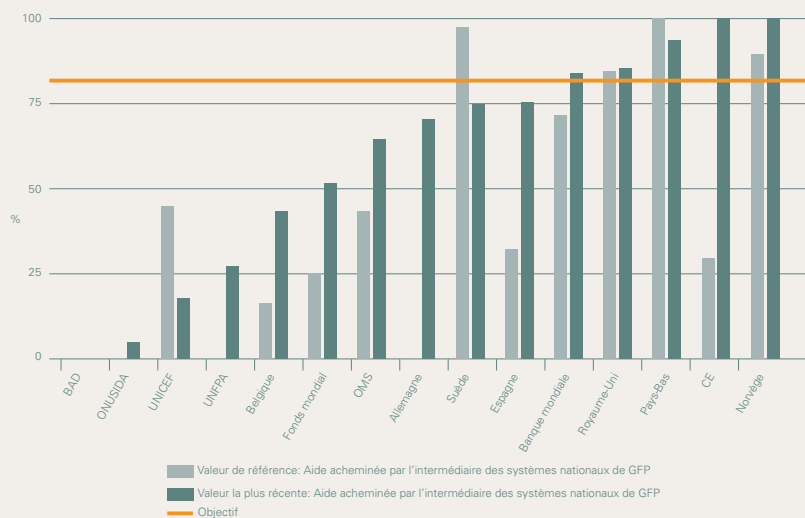


Figure 14: Proportion de l'aide au secteur de la santé fournie par les partenaires acheminée par l'intermédiaire des systèmes nationaux de gestion des finances publiques (5DPb)



²⁴ En veillant à ce que seuls les mêmes partenaires de développement et les mêmes pays soient comptabilisés à la fois dans les données de l'année de référence et de la dernière année.

²⁵ Source: Évaluations de la politique et des institutions nationales (Country policy and institutional assessment, CPIA) de la Banque mondiale: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0,,contentMDK:23229417~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html> Les données IRAI pour 2011 n'étaient pas disponibles lorsque la collecte de données a démarré en février 2012.

Figure 15: Proportion agrégée de l'aide au secteur de la santé fournie par les partenaires acheminée par l'intermédiaire des systèmes nationaux de gestion des achats (5DPa)

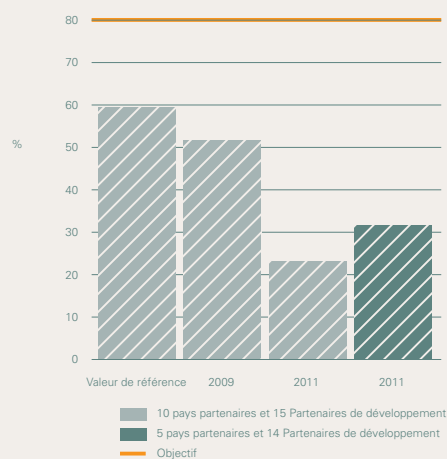


Figure 16: Proportion de l'aide au secteur de la santé fournie par les partenaires acheminée par l'intermédiaire des systèmes nationaux de gestion des achats (5DPa)

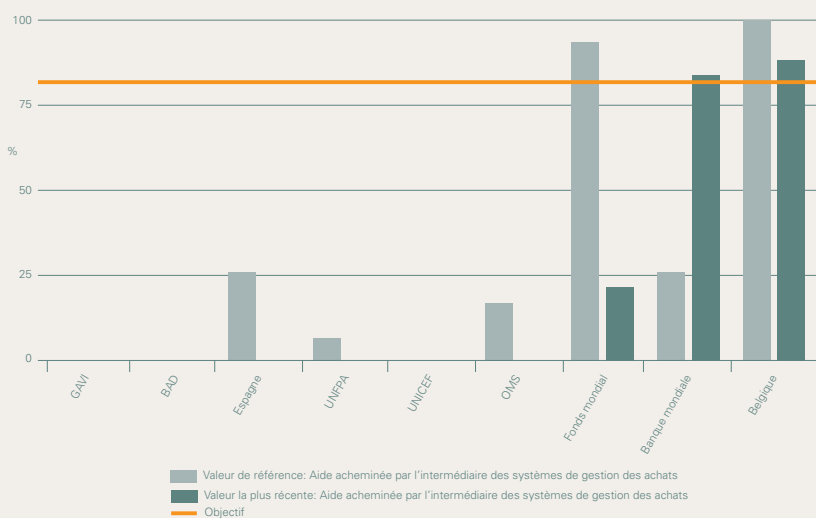
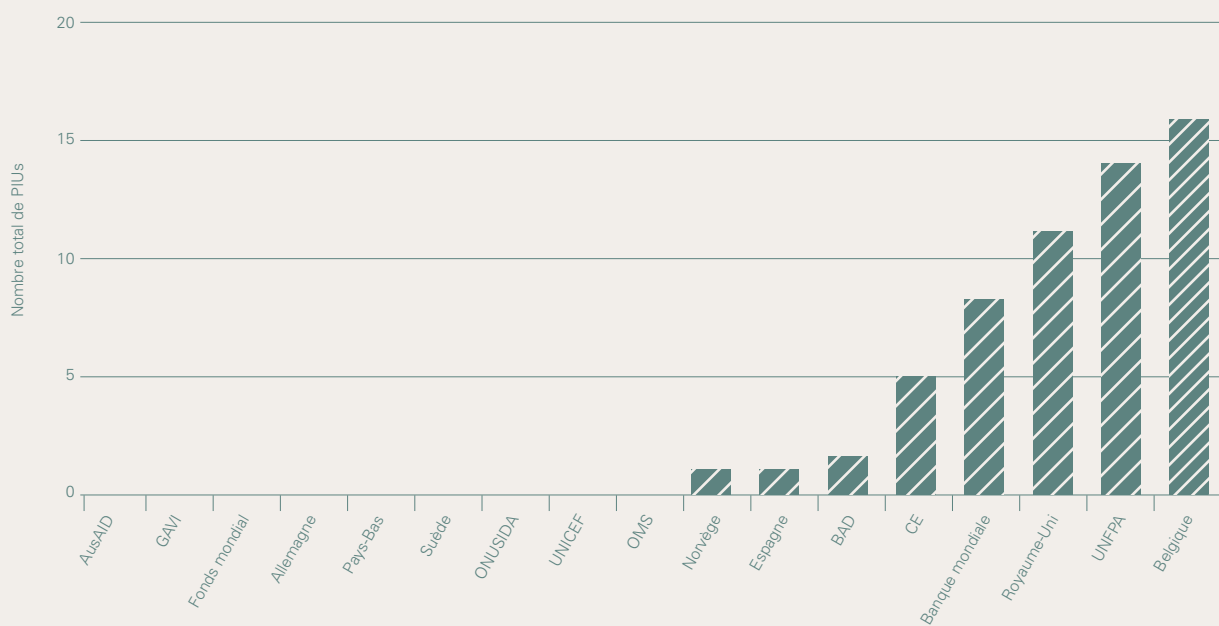


Figure 17: Nombre agrégé d'unités de mise en œuvre parallèles (PIU)s soutenues par les partenaires de développement(5DPc)



3.4 Le suivi de la performance du secteur de la santé est-il assuré de manière collective et les résultats sanitaires se sont-ils améliorés?

Les principaux indicateurs dont s'est servi IHP+Results pour mesurer si le suivi de la performance du secteur de la santé est assuré de manière conjointe et si les résultats sanitaires se sont améliorés sont les suivants:

Les principaux indicateurs dont s'est servi IHP+Results pour mesurer si le suivi de la performance du secteur de la santé est assuré de manière conjointe et si les résultats sanitaires se sont améliorés sont les suivants. Les gouvernements utilisent un cadre d'évaluation de la performance unique pour mesurer les contributions de tous les partenaires de développement à l'amélioration des systèmes et des résultats sanitaires, ce qui permet de réduire les doublons.

Si les pays disposent d'un plan dédié aux ressources humaines de santé et s'ils augmentent le financement destiné aux professionnels de la santé. L'un des objectifs de IHP+ était de contribuer à un renforcement des systèmes de santé et notamment à une hausse de la planification et du financement dédiés aux professionnels de la santé, ainsi qu'à une hausse de leur disponibilité dans le système de santé.

Le recours aux services ambulatoires dans l'ensemble de la population. Ceci pourrait démontrer que les systèmes de santé sont plus solides et sont utilisés.

Principaux constats relatifs à une utilisation partagée d'un cadre d'évaluation de la performance unique:

Certains éléments laissent entrevoir une amélioration dans la manière dont les résultats du secteur de la santé sont suivis par le biais des cadres nationaux d'évaluation de la performance. Treize pays sur 19 ont signalé disposer d'un cadre d'évaluation des résultats (Tableau 7).

67%

Les partenaires de développement ont signalé que ces cadres représentaient pour eux le principal outil d'évaluation des progrès imputables à leur aide au secteur de la santé dans 67% des cas où les pays avaient signalé disposer d'un tel cadre (Tableau 8).²⁶

On ne dispose pas d'un nombre suffisant d'éléments indiquant si oui ou non les systèmes d'information sanitaire sont désormais plus solides. Les gouvernements semblent avoir une meilleure vision générale des progrès réalisés dans leur secteur sanitaire. Mais dans les rapports qu'ils ont remis aux différents donateurs, rien n'indique clairement que les pays encourrent des coûts de transaction moindres..

Principaux constats relatifs à la solidité des systèmes sanitaires:

Des progrès ont été constatés en matière de planification des ressources humaines du secteur de la santé. En 2011, 12 pays²⁷ (Tableau 9) ont signalé disposer d'un plan dédié aux ressources humaines de santé de grande qualité intégré au plan sanitaire national (contre trois l'année précédente). Cependant, lorsque des données étaient disponibles, celles-ci ont suggéré que l'amélioration avait été modeste, pour ne pas dire inexistante, en ce qui concerne les niveaux d'investissement dans les ressources humaines (Figure 20) – même dans les pays qui avaient réussi à intégrer un Plan de ressources humaines (et un budget) dans leurs plans sanitaires nationaux (et leurs budgets).

Les données sur la disponibilité des professionnels de la santé ne sont pas concluantes, mais suggèrent que 10 pays sur 13 pour lesquels nous avons des données de référence comptaient effectivement un plus grand nombre de professionnels de la santé en 2011²⁸ (Figure 19).

²⁶ IHP+Results ne dispose pas de données sur les rapports supplémentaires que les partenaires de développement peuvent exiger des pays.

²⁷ En plus du Burundi, du Mali et du Mozambique l'année dernière, le Bénin, l'Éthiopie, le Niger, le Nigeria, l'Ouganda, la RDC, le Rwanda, le Salvador et le Sénégal y sont parvenus. Cinq autres pays sont en train de réaliser des progrès à cet égard.

²⁸ Les données relatives aux professionnels de la santé ne concordent pas avec celles figurant dans le Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales, sans doute du fait que les données ont été collectées sur des années différentes.

En pratique, l'expérience de IHP+Results tend à montrer que l'impact sur la consolidation des systèmes sanitaires est difficile à évaluer par le biais des processus de suivi mondiaux (Figure 18).

Aucune tendance ne peut être observée concernant les niveaux de financement des ressources humaines.

8 Aucune tendance ne peut être observée concernant l'utilisation des services ambulatoires, mais un petit nombre de pays (huit des 19) affichaient une tendance globalement positive.

Les tableaux et figures ci-après fournissent des détails sur les résultats résumés dans la section 3.4.

Tableau 7: Performance des gouvernements pour la mise en place de cadres d'évaluation de la performance transparents et vérifiables frameworks

Mesure de la performance standard	Bénin	Burkina Faso	Burundi	RDC	Djibouti	Le Salvador	Éthiopie	Mali	Mauritanie	Mozambique	Népal	Niger	Nigéria	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Soudan	Togo	Ouganda
6G Un cadre d'évaluation de la performance convenu, transparent et vérifiable est utilisé pour mesurer les progrès réalisés dans le secteur de la santé.	✓	✓	✓	✓	!	→	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	!	→	✓

Tableau 8: Utilisation par les partenaires de développement des cadres d'évaluation de la performance transparents et vérifiables comme principal outil d'évaluation des progrès

Mesure de la performance standard	BAD	AusAID	Belgique	CE	GAVI	Fonds mondial	Allemagne	Pays-Bas	Norvège	Espagne	Suède	Royaume-Uni	ONUSIDA	UNFPA	UNICEF	OMS	Banque mondiale
6DP Les partenaires utilisent un cadre unique d'évaluation de la performance, lorsque celui-ci existe, comme outil principal pour évaluer les progrès (réalisés dans l'aide au secteur de la santé).	→	✓	→	→	✓	?	✓	✓	→	→	→	→	✓	→	→	✓	→

Tableau 9: Performance des gouvernements pour la mise en place de plans dédiés aux ressources humaines de santé intégrés aux plans sanitaires nationaux

Mesure de la performance standard	Bénin	Burkina Faso	Burundi	RDC	Djibouti	Le Salvador	Éthiopie	Mali	Mauritanie	Mozambique	Népal	Niger	Nigéria	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Soudan	Togo	Ouganda
2Gb Un plan dédié aux ressources humaines de santé intégré au plan sanitaire national est en place	✓	→	✓	✓	!	✓	✓	✓	→	✓	→	✓	✓	✓	✓	!	→	→	✓

Figure 18: Visites ambulatoires par population de 10 000 personnes

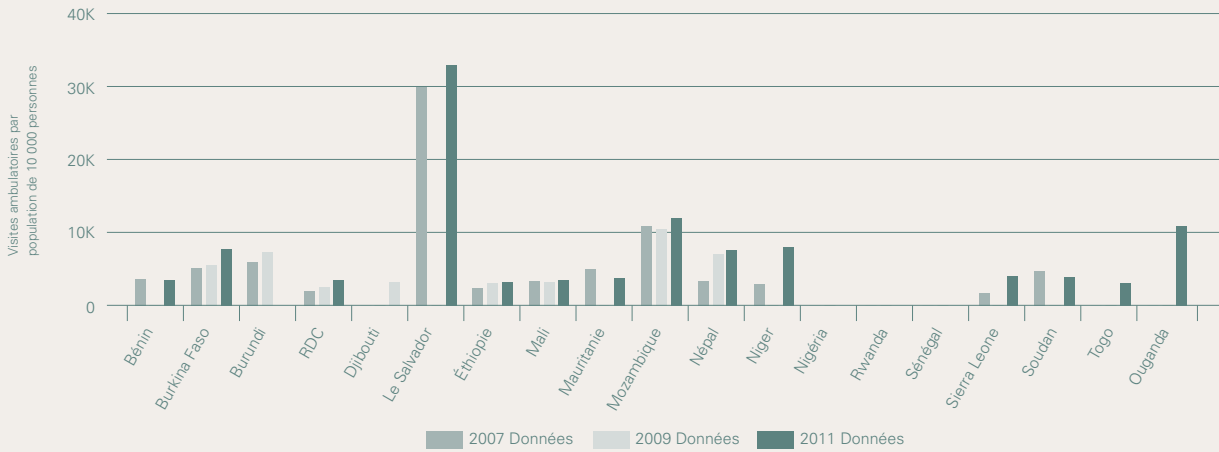


Figure 19: Personnel médical qualifié par population de 10 000 personnes

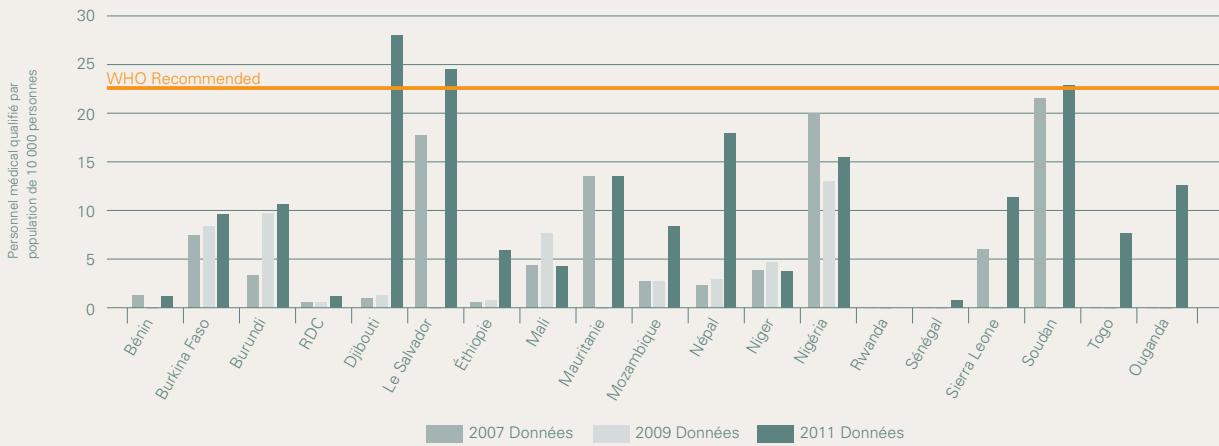
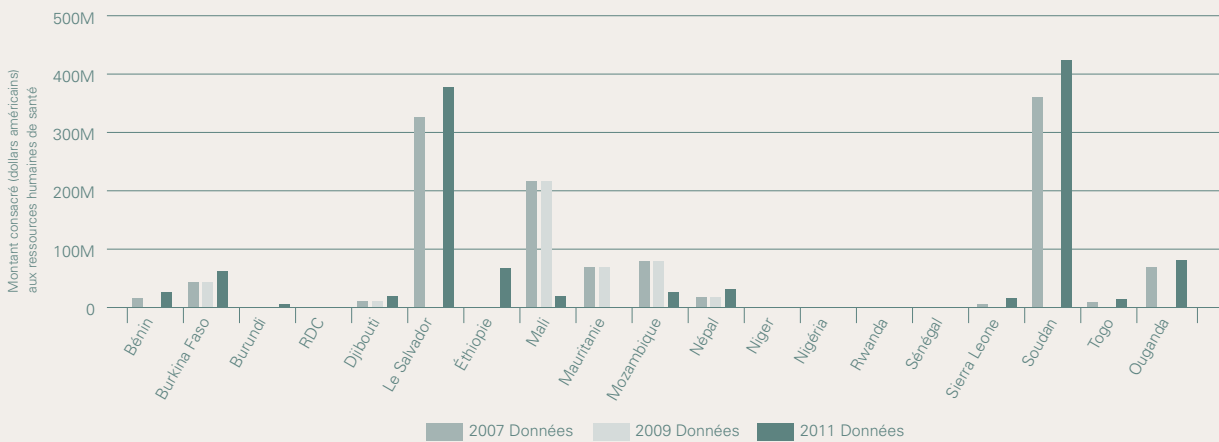


Figure 20: Montant consacré (dollars américains) aux ressources humaines de santé



Il convient de noter de certains des résultats présentés ici sont inattendus et mériteraient d'être revérifiés. IHP+Results a utilisé les dernières données disponibles afin de mesurer les tendances les plus récentes pour ce qui est des progrès. Il existe d'autres sources de données considérées comme étant plus fiables, mais elles sont en général obsolètes (parfois antérieures au IHP+).

3.5 Les partenaires de développement ont-ils réalisé davantage de progrès dans cinq des pays partenaires qui sont les plus anciens de IHP+?

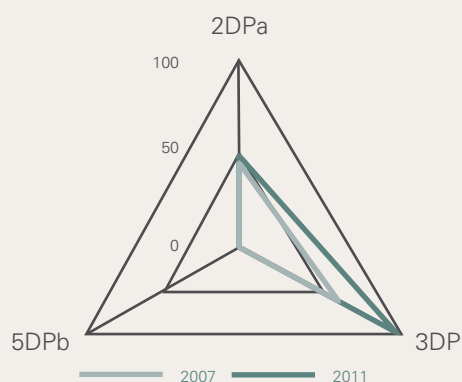
Cinq pays (le Burundi, le Népal, l'Éthiopie, le Mali et le Mozambique) se sont joints à IHP+ en 2007 en tant que signataires du Pacte mondial, et ce sont eux qui ont eu le plus de temps pour mettre en évidence les changements intervenus dans la manière dont leurs partenaires de développement fournissent l'aide au secteur de la santé.

Ces cinq pays disposaient tous d'un plan sanitaire national et des trois autres cadres dédiés à la gestion de l'aide au secteur de la santé (pacte national, cadre d'évaluation de la performance unique et processus de redevabilité mutuelle). En 2011, le Burundi disposait de tous ces éléments à l'exception d'un processus de redevabilité mutuelle (même si l'existence de ce processus avait été signalée en 2009).

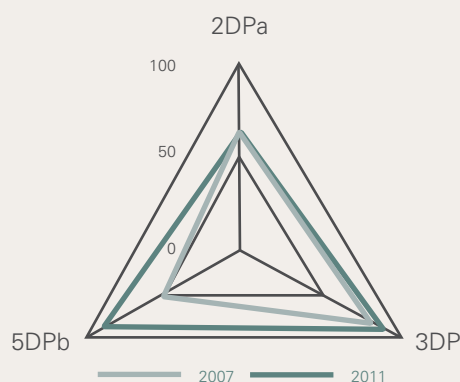
Les graphiques en étoile ci-après (Figure 21) montrent l'évolution de la performance des partenaires de développement pour trois indicateurs clés - 2DPa: aide au budget; 3DP: engagements pluriannuels; 5DPb: utilisation des systèmes de gestion des finances publiques - entre l'année de référence (2005/7) et l'année la plus récente (2010/11).

Figure 21: Performance agrégée des partenaires de développement pour trois indicateurs (2DPa: aide au budget; 3DP: engagements pluriannuels; 5DPb: utilisation des systèmes de gestion des finances publiques) dans cinq des premiers pays signataires du Pacte mondial IHP+

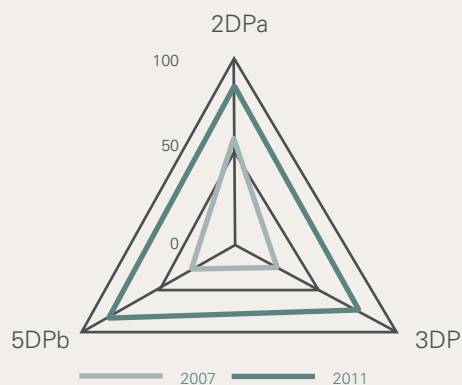
Burundi



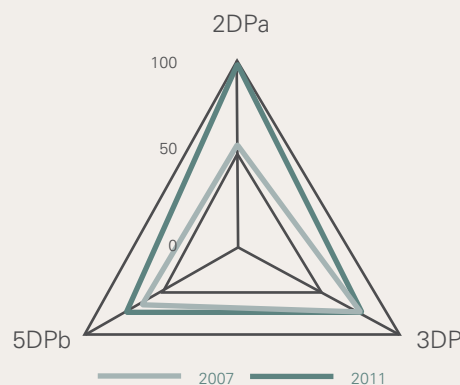
Éthiopie



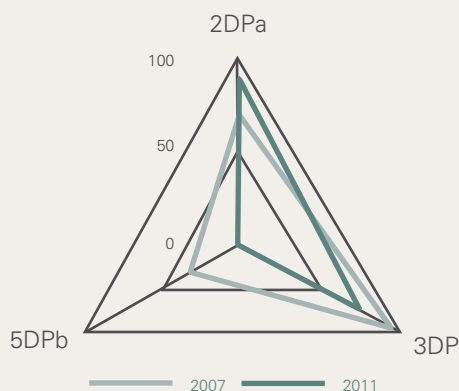
Mali



Mozambique



Népal



La taille de cet échantillon et la fiabilité des données disponibles n'ont pas permis de conclure avec certitude que les changements intervenus dans ces pays sont imputables à leur participation à IHP+. Cependant, les cinq pays disposaient tous d'une aide externe plus importante rapportée dans leur budget national en 2011 comparé à 2009. Dans trois de ces pays (Népal, Mali et Mozambique), les niveaux-cibles pour ce critère avaient été remplis. La conclusion relative à l'ampleur des engagements pluriannuels des donateurs dans les cinq pays est mitigée, mais les niveaux de prévisibilité (décaissement de l'aide promise pendant les années prévues) affichent une tendance à la hausse dans quatre pays. Deux pays montrent une tendance inattendue, à savoir que l'aide fournie sur la période 2011 a été considérablement plus importante que prévu. On ne peut pas en déduire que IHP+ a globalement progressé, mais on pourrait l'interpréter comme une amélioration indiquant un potentiel de gains futurs.

Une analyse plus poussée destinée à identifier d'autres domaines de corrélation entre les résultats et la participation à IHP+ est tenue, en raison du manque de points de données permettant de tirer des conclusions valables. Les futurs travaux de recherche devraient, au moyen de données qualitatives plus nombreuses, chercher à savoir si les pays qui mettent en œuvre des mesures pour améliorer la gestion de l'aide sanitaire bénéficient réellement du fait qu'ils reçoivent une plus grande quantité d'aide par le biais des systèmes nationaux, rapportée dans le budget, et fournie conformément au calendrier.

4. DISCUSSION: CE QUE RÉVÈLENT LES DERNIERS CONSTATS QUANT À L'EFFICACITÉ DE L'AIDE AU SECTEUR DE LA SANTÉ DANS LES PAYS PARTENAIRES DE IHP+

Synthèse de la performance des pays partenaires

Tableau 10: Aperçu de la performance des gouvernements des pays

Mesure de la performance standard	Bénin	Burkina Faso	Burundi	RDC	Djibouti	Le Salvador	Éthiopie	Mali	Mauritanie	Mozambique	Népal	Niger	Nigéria	Rwanda	Sénégal	Sierra Leone	Soudan	Togo	Ouganda
1G	✓	→	✓	✓	!	!	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	✓	!	→	✓
2Ga1	✓	→	✓	✓	!	→	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	→	→	→	✓
2Ga2	✓	→	✓	✓	!	→	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	→	→	→	✓
2Gb	✓	→	✓	✓	!	✓	✓	✓	→	✓	→	✓	✓	✓	✓	!	→	→	✓
3G	!	✓	→	?	→	✓	→	→	→	!	→	!	→	✓	?	→	→	!	!
4G	!	✓	✓	?	✓	✓	?	✓	✓	✓	!	!	!	?	?	✓	?	✓	✓
5Ga	✓	✓	✓	!	!	?	✓	✓	✓	✓	!	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	✓
5Gb	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	!	?	?	?	?	?	?	?
6G	✓	✓	✓	✓	!	→	✓	✓	→	✓	✓	✓	✓	✓	✓	!	!	→	✓
7G	?	!	!	✓	!	✓	✓	✓	!	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓	→	✓	✓
8G	✓	✓	✓	✓	!	→	→	✓	→	→	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Synthèse de la performance des partenaires de développement

Tableau 11: Aperçu de la performance des partenaires de développement

Mesure de la performance standard	BAD	AusAID	Belgique	CE	GAVI	Fonds mondial	Allemagne	Pays-Bas	Norvège	Espagne	Suède	Royaume-Uni	ONUSIDA	UNFPA	UNICEF	OMS	Banque mondiale
1DP Proportion des pays IHP+ où le partenaire a signé un engagement relatif au Pacte national IHP+ ou un accord similaire, ou a documenté son soutien à celui-ci	!	✓	✓	✓	→	→	✓	✓	→	✓	→	✓	→	→	→	✓	✓
2DPa Pourcentage des apports d'aide au secteur de la santé qui est comptabilisé dans les budgets nationaux du secteur de la santé	✓	✓	→	✓	?	→	✓	✓	✓	→	✓	→	!	✓	!	→	✓
2DPb Pourcentage de l'aide actuel à des fins de renforcement des capacités fourni à par le biais de programmes coordonnés compatibles avec les plans/stratégies nationaux du secteur de la santé	✓	?	✓	✓	—	—	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2DPc Pourcentage des apports d'aide au secteur de la santé alloué par le biais d'approches fondées sur des programmes	✓	✓	→	→	✓	✓	✓	✓	✓	→	!	→	✓	✓	✓	✓	✓
3DP Pourcentage de l'aide au secteur de la santé alloué dans le cadre d'engagements pluriannuels	!	✓	✓	✓	✓	?	✓	✓	→	!	✓	✓	!	✓	→	→	✓
4DP Pourcentage des dépenses de l'aide au secteur de la santé qui se conforment aux échéances convenues dans des cadres annuels ou pluriannuels.	✓	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5DPa Pourcentage des apports d'aide au secteur de la santé utilisant les systèmes nationaux de passation des marchés.	!	—	✓	—	!	?	?	—	—	!	—	?	—	!	!	!	✓
5DPb Pourcentage de l'aide au secteur de la santé utilisant les systèmes de gestion des finances publiques	!	—	→	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	!	✓	→	→	!	✓	✓
5DPc Nombre d'Unités de mise en œuvre de projets par pays.	!	✓	!	→	✓	✓	✓	✓	!	✓	✓	→	✓	→	✓	✓	→
6DP Les partenaires utilisent un cadre unique d'évaluation de la performance, lorsque celui-ci existe, comme outil principal pour évaluer les progrès (réalisés dans l'aide au secteur de la santé).	→	✓	→	→	✓	?	✓	✓	→	→	→	→	✓	→	→	✓	→
7DP Les partenaires ont participé aux processus d'évaluation mutuelle des progrès réalisés dans la mise en œuvre des engagements consentis pour le secteur de la santé, y compris sur l'efficacité de l'aide, quand un processus d'évaluation mutuelle existe	!	✓	✓	→	→	?	✓	→	→	→	→	✓	✓	→	→	✓	→
8DP Preuves de soutien pour que la société civile soit engagée de manière significative dans les processus de politique du secteur de la santé, y compris la planification, la coordination et les mécanismes d'examen du secteur de la santé.	→	✓	✓	✓	→	?	✓	→	✓	✓	→	→	✓	→	→	✓	→

✓ Objectif atteint
 ? Données non fournies
 ! Aucun progrès ou la régression
→ Progrès accomplis vers la réalisation de l'objectif
 — Mesure ne s'applique pas

4.2. Discussion

Cette partie nous permet d'interpréter les principaux constats et d'examiner les problématiques qui ont été identifiées en réfléchissant aux questions clés suivantes:

- Des progrès ont-ils été accomplis? Si oui, les progrès sont-ils conformes aux attentes consenties dans le Pacte mondial IHP+ et la Déclaration de Paris? Les constats de IHP+Results concordent-ils avec les résultats les plus récents des activités de suivi de l'OCDE?
- Quels éléments ont contribué aux progrès accomplis? De quelle manière les signataires et l'Équipe centrale de IHP+ y ont-ils contribué? Quels autres aspects sont susceptibles d'avoir contribué au progrès ou à l'absence de progrès?
- L'efficacité de l'aide au titre de IHP+ a-t-elle eu un impact sur les systèmes et résultats sanitaires?

En vertu du Pacte mondial IHP+, les pays ont convenu de faire preuve de leadership, d'accroître les ressources qu'ils allouent à la santé et de renforcer leurs systèmes nationaux. Les partenaires de développement ont convenu de soutenir leur leadership et de fournir une aide plus efficace au secteur de la santé.

Les gouvernements nationaux ont fait preuve de leadership et, avec les partenaires de développement, ont amélioré les dispositifs de gestion de l'aide au secteur de la santé...

Les constats de IHP+Results suggèrent que huit pays, dont une grande partie des premiers pays signataires de IHP+, ont réalisé de bons progrès dans la mise en œuvre des quatre cadres clés propices à l'amélioration de la gestion de l'aide.²⁹ Par rapport au suivi – certes non sectoriel – réalisé à Paris par l'OCDE³⁰, les pays qui ont communiqué leurs données à IHP+Results ont réalisé des progrès marginalement meilleurs dans la mise en œuvre de plans sanitaires nationaux et de mécanismes de redevabilité mutuelle. Les signataires et l'Équipe centrale de IHP+ y ont sans doute contribué en affectant des ressources considérables à l'amélioration de l'environnement national d'aide au secteur de la santé, y compris en soutenant les processus et en développant des outils. Cependant, la représentation générale des progrès accomplis est incomplète du fait du manque de données sur la solidité ou la qualité de ces plans ou processus. De nouveaux pays continuent d'adhérer à IHP+, ce qui démontre une volonté d'agir afin d'améliorer la gestion de l'aide au secteur de la santé; en outre, cela suggère que le processus et le résultat des pactes de développement sont utiles car ils fournissent aux partenaires une possibilité de mener un dialogue structuré et, dans certains cas, d'accélérer ce dialogue (par ex. en Sierra Leone et au Nigeria).³¹ La majorité des pays ont inclus la société civile dans les étapes critiques du processus et environ un tiers des pactes nationaux ont désormais été signés par des organisations de la société civile.

...mais le financement national et externe de la santé n'a été que marginalement prévisible...

Aucune tendance ne se dessine qui indique avec certitude que des progrès ont été accomplis au niveau de l'affectation et du décaissement du financement sanitaire des pays. Les partenaires de développement n'ont pas pris d'engagements pluriannuels plus nombreux, bien qu'ils aient largement dépassé l'objectif consistant à livrer un financement l'année prévue. Ce résultat est bien meilleur que ce l'OCDE avait constaté concernant la prévisibilité de l'aide au développement.³² Nous devons toutefois nous interroger sur l'ampleur du progrès. Il est positif que les partenaires de développement n'aient pas réduit leur aide au secteur de la santé, mais il est inquiétant que cela ait été fait au détriment d'une fourniture prévisible de cette aide dans les délais prévus, qui aurait permis aux pays d'en tirer un parti optimal, la prévisibilité étant propice à la planification à long terme. Le sur-financement est certes moins inquiétant que le sous-financement, mais il n'encourage pas la planification à long terme. IHP+Results n'a pas recueilli de données qui fournissent des indications expliquant pourquoi des progrès ont été accomplis ou pas. Il est probable que la prévisibilité de l'aide au secteur de la santé des partenaires de développement soit sujette à de nombreuses pressions politiques et institutionnelles. La prévisibilité du financement n'a pas été une priorité de IHP+, bien qu'elle ait figuré dans de nombreux pactes pays IHP+.

...Bien que les gouvernements nationaux aient amélioré leurs systèmes de gestion des finances publiques et de gestion des achats, les partenaires de développement ne les utilisent pas davantage.

Les constats de IHP+Results relatifs aux systèmes nationaux et à l'aide rapportée dans le budget concordent avec ceux de l'OCDE. Il s'agit là de questions difficiles et il est possible que les progrès se produisent aussi rapidement que l'on peut s'y attendre eu égard au rythme des changements dans les bureaucraties des partenaires de développement. Il est toutefois indéniable que les partenaires de développement sont très loin d'avoir rempli leurs objectifs et d'avoir répondu aux attentes qu'ils avaient suscitées. IHP+Results ne dispose que de données limitées sur les raisons pour lesquelles les progrès n'ont pas été plus importants, et n'a en outre pas été mandaté pour assurer le suivi de la performance des systèmes sanitaires.³³ L'Équipe centrale de IHP+ n'a pas été suffisamment axée sur les systèmes nationaux. Il s'agit là de toute évidence de questions ayant trait à la gestion de l'aide, domaine dans lequel les partenaires de développement n'ont pas suffisamment amélioré leur performance; d'autre part, l'Équipe centrale de IHP+ vient de commencer à soutenir des travaux visant la simplification et l'harmonisation des évaluations de la gestion financière³⁴ et l'harmonisation de l'assurance qualité des produits achetés dans les pays eux-mêmes avec les fonds des donateurs³⁵. Il est possible qu'il faille attendre un certain temps avant que ces mesures ne se traduisent par une meilleure utilisation des systèmes nationaux, mais à court terme, elles pourraient réduire une partie des coûts de transaction des pays. Il se peut également que les progrès aient été plus importants que les constats de IHP+Results ne le suggèrent, les mesures actuelles de l'utilisation des systèmes de gestion des achats et GFP présentent certaines limites (Voir l'encadré 1 sur la page suivante).

²⁹ Ces cadres sont un plan de santé national, un pacte, un cadre de résultats et un processus de redevabilité mutuelle. Les huit pays sont le Mali, le Mozambique, le Niger, l'Ouganda, l'Éthiopie, le Népal, la RDC et le Nigeria.

³⁰ OCDE. (2011). Efficacité de l'aide 2005–10: Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. OECD Publishing.

³¹ Taylor, M. (2010). Developing a compact / partnership agreement – is it worth the efforts?. IHP+.

³² OCDE. (2011). Efficacité de l'aide 2005–10: Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. OECD Publishing.

³³ Devillé, L., & Taylor, M. (2011). Options for the Future Strategic Directions of the International Health Partnership+: The findings of a consultation with stakeholders. IHP+.

³⁴ <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/tools/financial-management-assessment/>

³⁵ <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/AssuringtheQualityofEssentialMedicines.pdf>

Encadré 1: Mesurer l'utilisation des systèmes nationaux de gestion des achats

La tâche consistant à mesurer les systèmes nationaux de gestion des achats et l'utilisation qu'en font les partenaires de développement est difficile à plusieurs égards:

- Il n'existe guère de données sur la solidité des systèmes nationaux de gestion des achats (au moyen de la méthodologie de l'OCDE). Cela a limité la portée de l'analyse de IHP+Results: il serait déraisonnable de s'attendre à ce que les partenaires de développement se servent de systèmes nationaux inadéquats, et nous n'avons formulé aucune hypothèse concernant la solidité des systèmes lorsque nous n'avons pas de données. Seuls cinq pays sont inclus dans notre analyse sur l'utilisation faite par les partenaires de développement des systèmes nationaux de gestion des achats.
- Concernant les DP qui fournissent un soutien sectoriel et un soutien budgétaire général, il est impossible d'indiquer avec précision les montants des fonds consacrés aux achats, même s'ils savent que 100% de ces fonds emploient le système national. Cela signifie que l'utilisation des systèmes nationaux qui nous est rapportée est susceptible d'être une sous-estimation.
- Les décisions des gouvernements d'utiliser des mécanismes mondiaux de gestion des achats en recourant au financement des partenaires de développement (dans le but d'obtenir de meilleurs prix et un meilleur rapport qualité/prix) se traduisent par une mauvaise performance dans les tableaux de bord des partenaires de développement. Cela est dû à l'interprétation assez restreinte des fonds pouvant être comptabilisés comme utilisant les systèmes nationaux (aux termes des directives de l'OCDE).

Une mesure alternative permettant de saisir les nuances de cette question importante et complexe doit être développée en vue de toute future activité de suivi de IHP+.

...il est encourageant de constater que les partenaires de développement ont fourni une meilleure aide dans cinq des premiers pays qui se sont joints à IHP+ en 2007. La promesse qu'avait faite IHP+ semble au moins partiellement réalisable.

Les partenaires de développement ont amélioré la part de l'aide rapportée dans le budget et l'ont fournie de manière plus fiable; ils ont fourni un soutien par l'intermédiaire de systèmes nationaux dans cinq des premiers pays qui ont signé IHP+ en 2007. L'Éthiopie, le Népal, le Mali, le Mozambique et le Burundi ont reçu une aide au secteur de la santé globalement plus efficace, même si cela ne vaut pas pour tous les indicateurs clés de chaque pays. Des informations qualitatives supplémentaires seraient nécessaires pour savoir quels aspects ont contribué à cette amélioration de l'efficacité de l'aide, ainsi que pour comprendre si ces résultats sont reconnus par les pays.

...Dans l'ensemble, les partenaires de développement ont obtenu de bons résultats dans le domaine de la coordination, mais de meilleures mesures des progrès accomplis sont nécessaires.

Les partenaires de développement ont dépassé les objectifs consistant à fournir une aide au moyen d'approches axées sur des programmes et d'un soutien coordonné destiné à renforcer les capacités, que ce soit en 2011 ou sur l'année de référence. Les données de suivi de l'OCDE indiquent que les partenaires de développement ont rempli l'objectif relatif au soutien coordonné des capacités, mais qu'ils sont très loin de l'objectif relatif aux approches axées sur des programmes.³⁶ Les constats de IHP+Results suggèrent que ces deux indicateurs sont problématiques car ils sont ouverts à une large interprétation et qu'ils pâtissent d'un manque d'homogénéité dans la présentation de l'information les concernant. Aucune des deux mesures ne cible les problématiques sur lesquelles IHP+ et son équipe centrale se sont concentrés.

Même si le changement majeur que l'on attendait au niveau de l'efficacité de l'aide ne s'est pas produit...

On ne relève aucune tendance flagrante – pas de grosses améliorations ni d'importantes baisses de la performance. Le constat est en effet mitigé, avec certaines améliorations progressives concernant certaines mesures. Cette situation n'a sans doute rien d'étonnant vu la diversité des pays partenaires et partenaires de développement impliqués. Ce constat pourrait susciter de l'optimisme, les progrès étant probablement aussi importants que ce à quoi l'on peut s'attendre de la part de grandes bureaucraties s'attelant à des questions complexes pour mener leurs opérations. En revanche, les partenaires de développement sont très loin d'avoir rempli leur engagement consistant à améliorer l'efficacité de l'aide. Un changement majeur ne s'est pas produit. Certains signaux et rapports anecdotiques venant des pays indiquent que IHP+ ajoute de la valeur et a un impact. – Mais les données auto-déclarées de IHP+Results sont malheureusement insuffisantes pour valider cette hypothèse ou fournir des preuves concluantes de changement.

...Les informations présentées par IHP+Results peuvent être utilisées pour promouvoir la question de la redevabilité, et le fait que ce ne soit pas encore le cas révèle une occasion manquée d'encourager l'efficacité de l'aide...

Les constats de IHP+Results suggèrent que les domaines dans lesquels les progrès sont les moins importants sont en grande partie politiques. Le IHP+ repose sur le principe selon lequel traiter les questions politiques nécessite une redevabilité mutuelle efficace. Si l'on dispose de peu d'éléments qui renseignent sur l'importance du rôle que peut jouer une redevabilité mutuelle accrue dans l'amélioration de la performance (c'est du moins le cas des données soumises à IHP+Results), la redevabilité mutuelle constitue depuis le début un principe central et une proposition à valeur ajoutée unique de IHP+. Nous n'avons connaissance que de très peu de cas où une discussion systématique sur les constats de IHP+Results a permis de renseigner sur la question de la redevabilité. L'attention de haut niveau accordée à la mise en œuvre des recommandations formulées par la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant de 2010 offre une opportunité d'accroître la redevabilité au sein du secteur de la santé. Il sera important que IHP+ appuie la coordination des mécanismes de redevabilité dans le secteur de la santé et évite une prolifération de ces mécanismes.

...donc toutes les opportunités pour améliorer la redevabilité mutuelle doivent être saisies.

Le point de vue des gouvernements des pays partenaires et de la société civile prend une importance croissante au niveau international, par exemple par le biais de leur forte participation aux réunions techniques menées par le IHP+ dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2011 et 2012, ou de la réunion des Équipes chargées du secteur de la santé dans les pays organisée à Bruxelles en décembre 2010.. On note dans certains cas, certes limités, que des pays se sont servis des constats et du processus de IHP+Results pour étayer leurs discussions sur les progrès de l'efficacité de l'aide (voir encadré 2 ci-après).

³⁶ OCDE. (2011). Efficacité de l'aide 2005–10: Progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. OECD Publishing.

Encadré 2: Efforts consentis par les pays pour intégrer des mesures propices à l'efficacité de l'aide dans les cadres nationaux de suivi et d'évaluation

Certains exemples récents renseignent sur la manière dont les mesures et les données de IHP+Results peuvent contribuer aux débats sur l'efficacité de l'aide, tant au niveau national qu'international.

- Au Mozambique, à l'occasion d'un examen biennuel (juillet 2011), le gouvernement et les partenaires de développement ont demandé une présentation des constats du Rapport de la performance 2010 de IHP+Results. Par la suite, les partenaires de développement ont décidé de rendre compte de sept indicateurs tirés du cadre de IHP+Results lors de la préparation de l'Examen annuel conjoint (ACA XI) en mars 2012. Cet exercice réunissait à la fois des signataires de IHP+ et des partenaires non signataires du Pacte mondial IHP+.
- Au Nigeria, les parlementaires ont reçu des informations sur les tableaux de bord de IHP+Results lors d'une audience du Sénat consacrée à l'efficacité de l'aide en mai 2011. Le comité d'appropriation du Sénat s'est engagé à mettre l'accent sur les résultats et la redevabilité.
- Un certain nombre de partenaires de développement (dont l'OMS, l'ONUSIDA, AusAID, l'Espagne, l'Allemagne et l'UNICEF) ont rapporté de façon anecdotique que l'exercice de suivi, ainsi que les tableaux de bord, avait favorisé une amélioration des connaissances et un débat sur leur performance.

Pour en savoir davantage sur la manière dont le suivi de l'efficacité de l'aide s'est concrétisé en Ouganda, au Nigeria, en Éthiopie et au Mali, consulter www.ihpreresults.net

La hausse de la participation aux travaux de IHP+Results suggère que les signataires de IHP+ trouvent cet outil pertinent...

La participation à l'enquête 2012 de IHP+Results a été plus élevée qu'en 2011. Cela suggère que le processus et les différents constats suscitent un intérêt accru. Plus les nouveaux constats et les signataires de IHP+ participants sont nombreux, plus les données sont utiles pour mettre en évidence les progrès et les tendances. Il s'agit là de l'un des rares exercices sectoriels dédiés au suivi de l'efficacité de l'aide, et il permet de souligner la façon dont les problèmes touchant à l'efficacité de l'aide doivent être résolus au niveau sectoriel.

...mais de meilleures mesures de la performance sont nécessaires pour mesurer et suivre des problématiques importantes précises...

Les constats de IHP+Results suggèrent que les futurs travaux de suivi devraient envisager le recours à un certain nombre d'indicateurs et de sources de données alternatifs. Le présent Rapport note en effet que des progrès ont lieu dans certains domaines que l'actuel cadre de suivi ne relève pas. Ce cadre est limité, de même que son utilité à fournir des enseignements qui permettraient d'adapter les futures stratégies pouvant rendre l'aide plus efficace. Un nombre accru de données qualitatives est requis ainsi que des indicateurs différents.

IHP+Results estime que l'approche axée sur des tableaux de bord pilotée au cours des trois dernières années pourrait permettre de catalyser des discussions utiles parmi les partenaires et avec la société civile lorsqu'il existe un réel engagement envers un dialogue ouvert et une action collective propices à une plus grande efficacité de l'aide.

Encadré 3: Améliorer le suivi et évaluation de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé à l'avenir

- Quatre indicateurs bénéficieraient de données qualitatives et d'une évaluation supplémentaires exigeant une collecte de données plus poussée que ce qui peut être obtenu dans le cas d'un simple outil d'enquête: 2Ga – l'existence d'un plan national, 1G – l'existence d'un pacte national, 6G – l'existence d'un cadre national de résultats, et 7G – l'existence d'un processus national de redevabilité mutuelle. Dans certains cas, les données communiquées par les gouvernements pour ces indicateurs ne concordent pas avec celles dont disposent les partenaires de développement pour les indicateurs correspondants (1DP, 6DP et 7DP) – il semblerait donc que les interprétations soient différentes. Une évaluation au niveau des pays permettra d'intégrer davantage de données qualitatives ainsi que des informations contextuelles dans ces cadres et processus. Une liste de «critères de bonnes qualité» pourrait être créée pour chaque indicateur à la fois pour étayer les travaux de suivi de la qualité, et pour établir une liste de vérification des bonnes pratiques à la disposition des pays et des partenaires de développement.
- La mesure de l'engagement de la société civile par les gouvernements et du soutien accordé par les partenaires de développement à celle-ci n'a pas pu être triangulée. IHP+Results ne dispose pas d'une mesure de la «qualité» ou de l'«utilité» de l'engagement de la société civile. Une mesure pertinente mériterait d'être développée à cette fin.
- Les mesures de la coordination du développement des capacités par les partenaires de développement (2DPb), d'une part, et de la fourniture d'aide au titre d'approches axées sur des programmes (2DPc), d'autre part, mériteraient d'être révisées. Elles tentent toutes les deux de mesurer des éléments utiles, mais elles sont difficiles à comprendre car l'application des critères qu'elles utilisent manque de cohérence. Les objectifs pour ces deux mesures ont été remplis sur l'année de référence et en 2011, ce qui indique qu'il n'est guère utile de poursuivre leur suivi (il ne l'est pas non plus au titre du cadre d'indicateurs de Busan). Les gouvernements nationaux devraient être consultés pour cerner avec précision les problématiques exactes qui doivent être suivies en matières d'efficacité de l'aide et pour élaborer de meilleures mesures à cet effet.
- Une définition commune et pratique est nécessaire afin d'informer qu'un partenaire de développement est «actif» dans le secteur de la santé d'un pays, et qu'il doit donc rendre un rapport sur l'aide fournie. En 2011, la définition reposait sur la fourniture effective, par un partenaire de développement, d'une aide publique au développement pour le secteur de la santé d'un des 19 pays participants. Cette approche a l'avantage d'être globalement cohérente. Cependant, la Norvège a fait remarquer que bien qu'elle soit considérée comme «active» sur la base de ses rapports auprès de l'OCDE, elle n'a en fait aucune présence dans de nombreux pays et n'est active que parce qu'elle fournit des fonds à des ONG, aux Nations Unies ou par le biais d'appui budgétaire général, et que de fait, on ne devrait pas s'attendre à ce qu'elle participe aux activités de coordination du secteur de la santé.

5. CONCLUSIONS

Conclusion 1: Les pays et partenaires de développement ont la possibilité de renforcer le leadership et d'améliorer l'environnement de gestion de l'aide au secteur de la santé.

18/19

Sur les 19 pays partenaires passés en revue, 18 ont fait preuve d'un leadership renforcé en mettant en place des plans sanitaires nationaux plus solides. Les pays ont amélioré leurs dispositifs de gestion de l'aide au secteur de la santé: 12 disposent d'un pacte national et 13 d'un cadre de résultats, tandis que 13 conduisent des processus de redevabilité mutuelle.

Les partenaires de développement ont aidé les pays partenaires à mettre en œuvre les cadres de gestion de l'aide au secteur de la santé.

Les pays continuent d'adhérer à IHP+ afin d'encourager les partenaires de développement à nouer un dialogue sur l'amélioration de l'efficacité de l'aide au secteur de la santé. Les pays signalent que ces processus leur sont utiles.

Les pays et les partenaires de développement engagent davantage la société civile dans les processus de planification et de suivi du secteur de la santé, mais on dispose de très peu d'informations sur la qualité de cet engagement.

13

Treize des 19 pays ont rempli l'objectif consistant à renforcer leur système national de gestion des finances publiques. Théoriquement, ceci les met en meilleure position pour recevoir l'aide au secteur de la santé par le biais des systèmes nationaux.

Conclusion 2: Les partenaires de développement ont la possibilité d'améliorer l'efficacité de l'aide qu'ils fournissent au secteur de la santé.

Les partenaires de développement ont fourni une aide sanitaire plus efficace dans cinq des pays qui ont rejoint IHP+ en 2007. Il faut du temps pour que ces changements rentrent en vigueur.

Les partenaires de développement ont davantage coordonné le soutien au développement des capacités et fourni plus d'aide sous la forme d'approches axées sur des programmes en 2011, qu'ils ne l'avaient fait lors de l'année de référence.

Conclusion 3: La performance des partenaires de développement (et, dans une moindre mesure, les pays) en matière de fourniture et d'utilisation de l'aide au secteur de la santé n'est pas à la hauteur du «changement majeur» promis par la Déclaration de Paris et des engagements pris au titre du Pacte mondial IHP+.

3/12

Les partenaires de développement ont rempli trois des 12 objectifs qu'ils s'étaient engagés à atteindre. Deux d'entre eux avaient déjà été remplis pendant l'année de référence.

Les partenaires de développement n'ont pas atteint les objectifs 2010 dont il avait été convenu concernant les indicateurs clés qui mesurent la fourniture de l'aide: aide rapportée dans les budgets des pays et aide utilisant les systèmes nationaux.

Vu leur performance actuelle, les partenaires de développement ne vont pas parvenir à afficher de bons résultats par rapport aux principaux indicateurs de Busan découlant du cadre de Paris en matière de fourniture d'une aide plus efficace (au secteur de la santé). Nous ne saurions en tirer des conclusions quant à l'impact que cette absence de progrès pourrait avoir sur la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement dans le domaine de la santé.

12

l'affectation du budget santé et des décaissements. Douze des 19 pays ont accru la part de leur budget santé dans le budget national mais seuls trois ont rempli l'objectif. Dix pays ont augmenté leurs décaissements au titre du budget santé.

Conclusion 4: La redevabilité mutuelle n'a pas été mise en pratique; les parties prenantes passent ainsi à côté d'une opportunité de stimuler l'efficacité de l'aide.

En s'abstenant d'organiser une discussion structurée sur les constats du Rapport 2010 de IHP+Results, les partenaires de IHP+ sont passés à côté d'une opportunité de recourir de manière innovante à la redevabilité mutuelle. Les discussions ont davantage porté sur le processus de suivi que sur les implications des différents constats.

À quelques exceptions près, les processus de redevabilité mutuelle en place au niveau des pays n'ont pas tiré le meilleur parti possible des constats de IHP+Results qui auraient permis d'encourager des améliorations.

Les partenaires de développement ne se sont pas servis des constats du Rapport 2010 de IHP+Results pour mener des examens internes qui auraient pu répertorier des façons d'améliorer l'efficacité de l'aide.

Conclusion 5: Les signataires et l'Équipe centrale de IHP+ ont axé leurs efforts sur la promotion du leadership et les cadres nationaux de gestion de l'aide au secteur de la santé. Le défi consiste désormais à améliorer la fourniture proprement dite de l'aide.

Les travaux de IHP+ et de son Équipe centrale ont principalement porté sur le leadership, l'amélioration des plans nationaux de santé au moyen de JANS³⁷ et la mise en place de cadres de gestion de l'aide sanitaire.

Le plan de travail 2012/13 de IHP+ se penche désormais sur certaines lacunes dans le contexte de la fourniture effective de l'aide sanitaire.

Conclusion 6: Le suivi de l'efficacité de l'aide au secteur de la santé est utile, mais il doit être amélioré afin que les pays partenaires et les partenaires de développement puissent prendre pleinement conscience de la valeur et du potentiel d'un tel suivi.

IHP+Results est une initiative de IHP+ qui a permis aux signataires de IHP+ de rendre compte et de suivre leurs progrès. Un suivi des indicateurs de Paris relatifs au secteur de la santé fournit aux signataires de IHP+ des données sur leur performance par rapport à leurs engagements envers l'aide au secteur de la santé.

Chaque série de suivi fournit des données plus nombreuses à analyser. Bien que plus de 6 000 points de données aient été recueillis lors de cette série de collecte d'information et de suivi, cet exercice ne saurait produire de conclusions pouvant être généralisées.

Les indicateurs de Paris/Busan sont utiles pour le secteur de la santé mais doivent être complétés d'indicateurs spécifiques pour mesurer l'efficacité de l'aide au secteur de la santé et pour comprendre les raisons pour lesquelles cela fonctionne ou non.

Les pays et les partenaires de développement continuent de signaler des coûts de transaction élevés pour le suivi. Si les signataires de IHP+ mettaient systématiquement en œuvre leurs engagements pris à Paris et au titre de IHP+, et s'ils assuraient leur suivi de manière tout aussi systématique, ils disposeraient de données sur les indicateurs de IHP+Results de façon régulière, et les coûts de transaction seraient moins élevés.

³⁷ Walford, 2010

6. RECOMMANDATIONS

1. La fourniture d'une aide sanitaire plus efficace doit progresser plus rapidement si l'on veut qu'elle contribue à des résultats sanitaires.

Les pays devraient continuer d'accroître leur leadership, d'augmenter leurs budgets santé et de renforcer leurs systèmes.

- 1.1 Tous les pays devraient continuer de renforcer leurs systèmes nationaux de gestion des finances publiques afin de remplir le nouvel objectif de Busan.
- 1.2 Les pays qui n'ont pas encore amélioré leurs dispositifs de gestion de l'aide au secteur de la santé devraient collaborer avec les partenaires de développement afin d'instaurer un plan sanitaire national, un pacte, un cadre de résultats et un processus de redevabilité mutuelle.

Les partenaires de développement devraient intensifier leurs efforts en matière de fourniture d'une aide plus efficace dans le secteur de la santé.

- 1.3 Les partenaires de développement devraient veiller à ce que leur aide soit rapportée dans le budget de sorte à remplir le nouvel objectif de Busan.
- 1.4 Les partenaires de développement devraient fournir une aide plus prévisible afin de remplir le nouvel objectif de Busan.
- 1.5 Les partenaires de développement devraient acheminer une plus grande part de l'aide au moyen des systèmes nationaux afin de remplir le nouvel objectif de Busan.

IHP+ devrait se concentrer davantage sur la fourniture effective d'une aide plus efficace.

- 1.6 Les signataires et l'Équipe centrale de IHP+ devraient catalyser, faciliter et, si nécessaire, mettre en place les outils ou processus devant permettre aux partenaires de développement de rapporter une plus grande de l'aide dans le budget, de rendre l'aide plus prévisible et d'acheminer l'aide au moyen des systèmes nationaux. Il faudra pour cela aller au-delà de l'harmonisation des achats et de l'évaluation de la gestion financière figurant dans le plan de travail IHP+ actuel, qui sont certes des étapes initiales précieuses, pour s'atteler aux aspects que sont la fourniture et l'utilisation des systèmes.³⁸
- 1.7 D'un dispositif servant à promouvoir les outils de gestion de l'environnement d'aide, IHP+ doit devenir un mécanisme qui encourage l'utilisation de ces outils de façon pratique et veille à la redevabilité des pays et des partenaires de développement.

2. Une redevabilité mutuelle accrue doit être utilisée pour favoriser une amélioration de l'efficacité de l'aide au secteur de la santé.

Les signataires de IHP+ devraient:

- 2.1 Intégrer dans les pactes nationaux ou les plans de travail nationaux annuels des objectifs précis visant les domaines dans lesquels les progrès sont les plus lents (tels que signalés dans le présent Rapport). Ces objectifs devraient être passés en revue dans le cadre des processus nationaux de redevabilité mutuelle. Tous les partenaires devraient fournir à la société civile des informations transparentes sur leurs engagements et des rapports sur leur performance.
- 2.2 Se servir des données et outils de IHP+Results (y compris des mesures de la performance standardisées et des tableaux de bord) pour soutenir les processus de redevabilité mutuelle au niveau des pays afin que les problèmes de fourniture et de gestion de l'aide au secteur de la santé puissent être identifiés et que des mesures correctives soient convenues entre partenaires.
- 2.3 Organiser un processus mondial de redevabilité mutuelle en 2012 à l'aide des données de IHP+Results et convenir d'un programme d'actions redynamisé devant permettre d'améliorer l'efficacité de l'aide au secteur de la santé en 2013.

L'Équipe exécutive de IHP+ devrait:

- 2.1 Se pencher chaque mois sur un domaine dans lequel les progrès sont les plus lents (en s'appuyant sur les constats signalés dans le présent Rapport), en passant en revue les données et en étudiant la possibilité de prendre des mesures collectives propices à accélérer les progrès.

3. Les parties prenantes devraient s'appropriier le futur suivi de l'efficacité de l'aide au secteur de la santé, suivi qui devrait s'appuyer sur des indicateurs améliorés mesurant les aspects sur lesquels elles ont besoin d'être renseignées.

Les pays devraient:

- 3.1 Donner l'exemple en encourageant et s'appropriant toute future activité de suivi, et en l'intégrant dans leurs actuels examens annuels conjoints du secteur de la santé.

Les partenaires de développement devraient:

- 3.2 Systématiquement suivre et publier leurs résultats par rapport à des indicateurs convenus au préalable de l'efficacité de l'aide.
- 3.3 Intégrer les indicateurs IHP+ dans leurs activités régulières de suivi de la performance interne.

Les signataires de IHP+ devraient, de manière collective et avec l'appui de l'Équipe centrale de IHP+:

- 3.4 Continuer d'assurer le suivi de l'efficacité de l'aide au secteur de la santé, comme le prévoit le plan de travail de IHP+ pour 2012-13.³⁹ Un plus grand nombre de signataires de IHP+ devrait y participer, et des données comparables devraient être collectées sur un plus grand nombre d'années.
- 3.5 Réviser et mettre à jour la série d'indicateurs. Celle-ci devrait continuer d'inclure les indicateurs actuels de Paris/Busan ciblant l'amélioration de la fourniture de l'aide. Il pourrait s'agir de développer de nouveaux indicateurs, par exemple pour mesurer la solidité des systèmes de gestion des finances publiques et de gestion des achats dont les pays disposent dans le secteur de la santé, et pour évaluer l'utilisation de ces systèmes nationaux par les partenaires de développement.⁴⁰ On pourrait également réfléchir à une évaluation qualitative des pactes, des cadres de résultats et des processus de redevabilité mutuelle.
- 3.6 Inclure dans toute future activité de suivi un plus grand nombre d'informations qualitatives et contextuelles émanant des pays et des partenaires de développement afin de mieux comprendre les facteurs qui encouragent ou freinent les progrès.

³⁸ Plan de travail et budget 2012-13 de la Phase III de IHP+

³⁹ Plan de travail et budget 2012-13 de la Phase III de IHP+

⁴⁰ Il est important de noter que cela ne fait pas référence au contexte standard des systèmes de santé en termes de financement de la santé, de ressources humaines, etc. mais plutôt à la fourniture de l'aide dans les systèmes de gestion financière et de gestion des achats du secteur de la santé qui sont à même d'utiliser cette aide efficacement. Quel est l'impact des investissements consentis pour renforcer les systèmes de santé sur la santé des populations ciblées ?

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX TERMES DU RAPPORT

Efficacité de l'aide	L'efficacité de l'aide désigne l'efficacité de l'aide au développement permettant de parvenir à un développement économique ou humain (ou à des objectifs de développement).
Budget annuel approuvé pour le secteur de la santé	Désigne le budget annuel approuvé à l'origine dans le cadre de la législature. Pour encourager la discipline et la crédibilité du processus de préparation budgétaire, les révisions apportées ultérieurement au budget annuel original – même si elles sont approuvées dans le cadre de la législature – ne devraient PAS être rapportées ici. En effet, c'est la crédibilité du budget original et approuvé qu'il est important de mesurer, et les révisions apportées au budget annuel sont souvent rétroactives.
Développement des capacités	Processus en vertu duquel les individus, les organisations et la société en général mobilisent, renforcent, créent, adaptent et maintiennent les capacités au fil du temps.
Évaluation politique et institutionnelle des pays (CPIA)	L'évaluation politique et institutionnelle des pays (CPIA) sert à évaluer la qualité du cadre politique et institutionnel actuel d'un pays. La « qualité » fait référence à la mesure dans laquelle ce cadre est favorable à la réduction de la pauvreté, à la croissance durable et à l'utilisation efficace de l'aide au développement. (Banque mondiale)
Systèmes nationaux de gestion des achats	Les donateurs utilisent des procédures nationales d'achats lorsque les fonds qu'ils apportent pour la mise en œuvre de projets et de programmes sont gérés en vertu de procédures nationales d'achats telles qu'elles ont été établies dans la législation générale et mises en œuvre par le gouvernement. L'emploi de procédures nationales d'achats signifie que les donateurs n'ont pas d'exigences supplémentaires ou extraordinaires vis-à-vis des gouvernements pour l'approvisionnement en matière de travaux, de biens et de services.
Partenaire de développement	Comprend les donateurs bilatéraux et multilatéraux, notamment les agences d'aide nationales et les organisations internationales.
Échelle d'évaluation à quatre points utilisée pour évaluer la performance dans le secteur des achats	L'OCDE a décrit une procédure permettant de produire une image indicative de la qualité des systèmes d'achats qui s'appuie sur une échelle d'évaluation à quatre points. Des renseignements détaillés sont présentés sur le site Web de l'OCDE.
Appui budgétaire général	L'appui budgétaire général est une sous-catégorie de l'appui budgétaire direct. Dans le cas de l'appui budgétaire général, le dialogue entre les donateurs et les gouvernements partenaires est axé sur les priorités générales en matière de politiques et de budget (OCDE 2006).
Aide à la santé rapportée dans le budget santé national	Cela devrait inclure l'ensemble de l'aide allouée dans le secteur de la santé rapportée dans le budget annuel à titre de subventions, de revenus ou de prêts.
Plan relatif aux Ressources humaines de santé (RHS)	Les plans relatifs aux Ressources humaines de santé (RHS) devraient traiter des principales contraintes à surmonter pour atteindre les objectifs convenus en matière de RHS. Un plan relatif aux RHS se compose de trois principaux éléments: il est chiffré, fondé sur des preuves et complet.
Mécanisme de coordination du secteur de la santé	Organe regroupant de multiples parties prenantes qui se réunit régulièrement (généralement tous les mois ou tous les trimestres) pour fournir le principal forum permettant un dialogue sur les politiques et la planification dans le secteur de la santé.
Aide au secteur de la santé	L'ADP a contribué au secteur de la santé. L'ADP inclut toutes les transactions définies dans le paragraphe 35 des directives statistiques de l'OCDE-CAD, notamment les transactions officielles qui sont administrées en poursuivant l'objectif principal de promouvoir le développement économique et le bien-être des pays en développement, qui sont de nature concessionnelle et qui amènent un élément de libéralité d'au moins 25%.
IHP+	Partenariat mondial qui permet de mettre en pratique les principes de Paris et d'Accra sur l'efficacité de l'aide en poursuivant l'objectif d'améliorer les services de santé et les résultats en matière de santé, particulièrement pour les personnes pauvres et vulnérables.
Pacte national IHP+	IHP+ accepte tous les pays et partenaires qui sont disposés à adhérer aux engagements du Pacte mondial. Le Pacte mondial IHP+ définit les engagements selon les principes de Paris sur l'appropriation par le pays, l'alignement et les systèmes nationaux, l'harmonisation entre les agences, la gestion axée sur les résultats et la responsabilité mutuelle.

Évaluations conjointes des stratégies nationales (JANS)	L'évaluation conjointe est une approche commune permettant d'évaluer les forces et les faiblesses d'une stratégie nationale. Les partenaires IHP+ ont élaboré un processus d'évaluation conjointe des stratégies nationales en poursuivant l'objectif qu'une évaluation conjointe des stratégies nationales soit acceptée par de nombreuses parties prenantes et qu'elle puisse être utilisée comme base du soutien technique et financier. Selon cette définition, on dit qu'un plan a été évalué conjointement si le processus JANS ou une évaluation conjointe similaire a été exécuté (veuillez fournir des détails dans la colonne de réponses et de renseignements supplémentaires de l'outil d'enquête).
Redevabilité mutuelle	Deux parties ou plus ont discuté des objectifs de développement, dans le cadre desquels chaque partie affirme, en toute légitimité, que l'autre partie est responsable d'atteindre ceux-ci, et chaque partie peut être tenue d'expliquer la manière dont elle s'est déchargée de ses responsabilités, et être sanctionnée si elle n'atteint pas ces objectifs. (DFID)
Cadre nationaux d'évaluation de la performance	La base d'une politique gouvernementale est de rendre l'information sur la qualité et la performance des services de santé accessible au public et aux partenaires. Les cadres nationaux d'évaluation de la performance devraient être complets (couvrir tous les secteurs de la performance du secteur de la santé).
ADP	Subventions et prêts concessionnels à des fins de développement et de bien-être apportés par le secteur gouvernemental d'un pays donateur à un pays en développement ou une agence multilatérale jouant un rôle actif dans le développement. L'ADP comprend les coûts incombant aux donateurs en matière d'aide aux projets ou aux programmes, de coopération technique, de remise de dette, d'aide alimentaire et d'aide d'urgence, ainsi que les coûts administratifs connexes. (OCDE-CAD)
Unité de mise en œuvre de projets (PIU) parallèles	Lorsqu'ils apportent une aide au développement dans un pays, certains donateurs établissent des unités de mise en œuvre de projets (souvent désignées également par les noms d'unités de gestion de projets, consultants en gestion de projets, bureaux de gestion de projets, bureaux de coordination de projets, etc.). Il s'agit d'unités de gestion conçues pour soutenir la mise en œuvre et l'administration de projets et de programmes.
Déclaration de Paris	La Déclaration de Paris, avalisée le 2 mars 2005, est un accord international auquel plus d'une centaine de ministres, directeurs d'agences et autres hauts fonctionnaires ont adhéré et au titre duquel ils engagent leur pays ou organisation à continuer d'augmenter leurs efforts en matière d'harmonisation, d'alignement et de gestion de l'aide axée sur les résultats grâce à une série d'actions et d'indicateurs contrôlables. (OCDE)
Cadre d'évaluation de la performance	La base d'une politique gouvernementale est de rendre l'information sur la qualité et la performance des services de santé accessible au public et aux partenaires. Les cadres nationaux d'évaluation de la performance devraient être complets (couvrir tous les secteurs de la performance du secteur de la santé).
Mécanisme de financement commun	Un mécanisme de financement qui bénéficie de contributions de plusieurs donateurs qui sont ensuite mises en commun et décaissées selon les directives de la structure de processus décisionnel du fonds émises par un agent administratif (ou responsable du fonds) à un certain nombre de bénéficiaires. Parfois appelé fonds fiduciaire multi-donateurs. Données tirées du site Web http://www.undg.org/index.cfm?P=152
Approches axées sur des programmes (PBA)	Les approches axées sur des programmes constituent une façon de participer à la coopération en matière de développement fondée sur les principes de soutien coordonné pour un programme local de développement tel qu'une stratégie nationale de développement, un programme sectoriel, un programme thématique ou un programme d'une organisation précise.
Systèmes de gestion des finances publiques (GFP)	Les cadres législatifs prévoient généralement l'élaboration de types précis de rapports financiers ainsi que leur élaboration périodique. L'utilisation de rapports financiers nationaux signifie que les donateurs n'imposent pas d'exigences supplémentaires aux gouvernements en matière de rapports financiers.
Appui budgétaire sectoriel	L'appui budgétaire sectoriel est une sous-catégorie de l'appui budgétaire direct. L'appui budgétaire sectoriel signifie que le dialogue entre les donateurs et les gouvernements partenaires est axé sur les préoccupations sectorielles plutôt que sur les priorités générales en matière de politiques et de budget (OCDE 2006).
Mesures de la performance standard	Indicateurs élaborés et convenus par le Groupe de travail IHP+ sur la redevabilité mutuelle. Les mesures de la performance standard ont été créées pour suivre la mise en œuvre des engagements pris par les partenaires de développement et les gouvernements nationaux, tels qu'énoncés dans le Pacte mondial IHP+. Elles sont fondées d'aussi près que possible sur les indicateurs de la Déclaration de Paris.
Coopération technique (également connue sous le nom d'aide technique)	Fourniture de savoir-faire sous la forme de personnel, de formation, de recherche et de coûts connexes. La coopération technique inclut à la fois une coopération technique autonome et une coopération technique intégrée aux programmes d'investissement (ou incluse dans les approches axées sur des programmes).

MESURES STANDARD DE PERFORMANCE CONJOINTEMENT DÉCIDÉES*

Gouvernements membres du Partenariat IHP+		Partenaires de développement membres du Partenariat IHP+		
Mesures standard de performance	Objectif	Mesures standard de performance	Objectif	Lien avec l'objectif de Paris
1G: Pacte IHP+ ou accord mutuel équivalent en place	Un pacte IHP+ ou accord mutuel équivalent est en place	1DP: Proportion des pays IHP+ où le partenaire a signé un engagement relatif au Pacte national IHP+ ou un accord similaire, ou a documenté son soutien à celui-ci	100% des pays IHP+ où le signataire opère ont un soutien ou un engagement pour le pacte IHP+ (ou équivalent), selon un accord mutuel et documenté	
2Ga: Plans et stratégies nationaux du secteur de la santé en place, dont les objectifs et les budgets sont actuels et ont été évalués conjointement	Un plan / une stratégie du secteur national de la santé est en place dont les objectifs et les budgets sont actuels et ont été évalués conjointement.	2DPa: Pourcentage des apports d'aide au secteur de la santé qui est comptabilisé dans les budgets nationaux du secteur de la santé	Réduction de moitié la proportion des apports d'aide au secteur de la santé qui n'est pas comptabilisé dans les budgets du gouvernement (au moins 85% des apports d'aide étant comptabilisés dans les budgets)	PD3 L'aide est alignée sur les priorités nationales
2Gb: Plans de ressources humaines de la santé chiffrés et basés sur des données probantes en place et intégrés dans le plan de santé national	Un plan national de ressources humaines de la santé chiffré et exhaustif (intégré dans le plan de santé national) est mis en œuvre ou en cours de développement	2DPb: Pourcentage de l'aide actuel à des fins de renforcement des capacités fourni à par le biais de programmes coordonnés compatibles avec les plans/stratégies nationaux du secteur de la santé	50% des apports de coopération technique dans chaque pays IHP+ où le signataire opère sont mis en œuvre dans le cadre de programmes coordonnées conformes aux plans/stratégies nationales du secteur de la santé.	PD4 Renforcer les capacités par un appui coordonné
		2DPc: Pourcentage des apports d'aide au secteur de la santé alloués fournis par le biais d'approches fondées sur des programmes	66% des apports d'aide au secteur de la santé sont fournis dans le cadre d'approches fondées sur des programmes.	PD9 Utiliser des modalités ou procédures communes
3G: Proportion du financement public alloué à la santé.	15% du budget national (ou un objectif équivalent publié) est alloué à la santé	3DP: Pourcentage de l'aide au secteur de la santé alloué dans le cadre d'engagements pluriannuels	90% (ou une cible équivalente publiée) du financement du secteur de la santé est allouée dans le cadre d'engagements pluriannuels d'au minimum 3 ans.	
4G: Proportion du financement du secteur de la santé déboursés selon le budget annuel approuvé	Réduire de moitié la proportion du financement du secteur de la santé qui n'est pas déboursé selon le budget annuel approuvé.	4DP: Pourcentage des dépenses de l'aide au secteur de la santé qui se conforment aux échéances convenues dans des cadres annuels ou pluriannuels.	Réduction de moitié l'aide au secteur de la santé qui n'est pas déboursée au cours de l'année fiscale pour laquelle cette aide était prévue (avec au moins 71% de cette aide dépensée selon le calendrier convenu)	PD7 L'aide est plus prévisible
5Ga: Les systèmes nationaux de passation des marchés et de gestion des finances publiques pour le secteur de la santé (a) adhèrent d'ores et déjà aux bonnes pratiques généralement acceptées soit (b) ont mis en place un programme de réformes dans le but d'atteindre cet objectif.	Progrès d'au moins un degré (0,5 point) sur l'échelle de performance des systèmes de gestion des finances publiques de l'EPIN.	5DPb: Pourcentage de l'aide au secteur de la santé utilisant les systèmes de gestion des finances publiques	Réduction d'un tiers du pourcentage des apports au du secteur de la santé du secteur public qui ne fait pas appel aux systèmes de gestion des finances publiques des pays partenaires (avec au moins 80% de cette aide qui utilise les systèmes nationaux de gestion des finances publiques)	PD5a Utiliser les systèmes nationaux de gestion des finances publiques

Gouvernements membres du Partenariat IHP+		Partenaires de développement membres du Partenariat IHP+		
Mesures standard de performance	Objectif	Mesures standard de performance	Objectif	Lien avec l'objectif de Paris
5Gb: Les systèmes nationaux de passation des marchés et de gestion des finances publiques pour le secteur de la santé (a) adhérent d'ores et déjà aux bonnes pratiques généralement acceptées soit (b) ont mis en place un programme de réformes dans le but d'atteindre cet objectif.	Progrès d'au moins un degré sur l'échelle de quatre points utilisée pour évaluer les performances pour ce secteur.	5DPa: Pourcentage des apports d'aide au secteur de la santé utilisant les systèmes nationaux de passation des marchés.	Réduction d'un tiers du pourcentage des apports au secteur de la santé pour la passation des marchés au secteur public qui ne fait pas appel aux systèmes de passation des marchés des pays partenaires (avec au moins 80% de cette aide utilisant les systèmes nationaux de passation des marchés).	PD5b Utiliser les systèmes nationaux de gestion des achats
		5DPc: Nombre d'Unités de mise en œuvre de projets par pays.	Réduction des deux tiers le nombre d'unités de mise en œuvre de projets parallèles.	
6G: Un cadre d'évaluation des performances conjointement décidé, transparent et contrôlable est utilisé pour évaluer les progrès dans le secteur de la santé	Un cadre d'évaluation transparent et contrôlable est en place afin d'évaluer les progrès dans le secteur de la santé	6DP: Proportion des pays où des cadres d'évaluation communément décidés, transparents et contrôlables sont utilisés pour évaluer les progrès dans le secteur de la santé.	Les cadres uniques nationaux d'évaluation des performances, là où ils existent, sont la base principale d'évaluation des progrès dans tous les pays où le signataire opère.	PD11 Cadres axés sur les résultats
7G: Des évaluations mutuelles des progrès accomplis, telles que les revues annuelles conjointes du secteur de la santé, concernant la mise en œuvre des engagements dans le secteur de la santé, y compris en ce qui concerne l'efficacité de l'aide.*	Des évaluations mutuelles des progrès accomplis, telles que les revues annuelles conjointes du secteur de la santé, ont été conduites, concernant la mise en œuvre des engagements dans le secteur de la santé, y compris en ce qui concerne l'efficacité de l'aide.	7DP: Proportion des pays où des évaluations mutuelles des progrès de la mise en œuvre des engagements ont été faites au sein du secteur de la santé, y compris en ce qui concerne l'efficacité de l'aide.	Evaluations mutuelles annuelles des progrès de la mise en œuvre des accords (comme le pacte des pays IHP+ sur l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé) et des engagements du secteur de la santé dans tous les pays où le signataire intervient.	PD12 Redevabilité mutuelle
8G: Preuves que la société civile est engagée de manière significative dans les processus de politique du secteur de la santé, y compris la planification, la coordination et les mécanismes d'examen du secteur de la santé	Des membres de la Société civile sont représentés à tous les moments clés du processus d'établissement des politiques et de planification (Revue conjointes annuelles, réunions de coordination mensuelles/trimestrielles, groupes de travail techniques, budgets et processus d'allocation des ressources)	8DP: Preuves de soutien pour que la société civile soit engagée de manière significative dans les processus de politique du secteur de la santé, y compris la planification, la coordination et les mécanismes d'examen du secteur de la santé.	Tous les signataires peuvent fournir des preuves de soutien à un engagement significatif de la société civile.	

* **Pour examiner les progrès accomplis, il est préférable d'utiliser des indicateurs basés sur cette série de mesures standard de performance.



PRODUIT PAR:

Responsible Action UK

Shoreditch Stables, 138 Kingsland Road, E2 8DY, London, Royaume-Uni

Re-Action! (Pty) Ltd

24 Bolton Road, Parkwood, Johannesburg, Afrique du Sud | Tel: +27 11 880 6993

www.ihpresults.net