

Développement d'un pacte national :

quelles sont les ressources
nécessaires et quels
sont les avantages ?

Décembre 2012



Table des Matières

Introduction	2
1. Contenu, objectif et développement d'un Pacte	4
2. Résultats et réalisations d'un Pacte	6
2.1 Les pactes ont renforcé la confiance entre les partenaires et amélioré la qualité du dialogue et des mécanismes de coordination entre ceux-ci	6
2.2 Les Pactes ont permis aux pays de mieux appréhender l'appui extérieur qu'ils reçoivent, et de l'aligner avec leurs stratégies nationales pour la santé.	7
2.3 L'aide au développement du secteur de la santé fournie par les partenaires du développement n'augmente pas substantiellement suite à la ratification d'un Pacte.	7
2.4 Les Pactes ont appuyé, favorisé ou coexisté avec le développement d'autres outils et instruments concrets destinés à améliorer la gestion de l'aide pour la santé.	9
3. Utilisation et valeur ajoutée d'un Pacte	10
3.1 Il est rare que des rapports soient rendus au sujet des engagements et indicateurs souscrits dans un Pacte, ou que ceux-ci soient utilisés dans le cadre de la redevabilité mutuelle.	10
3.2 Les pactes apportent de la valeur aux efforts menés pour améliorer la gestion des ressources en matière de santé.	11
4. Limites, difficultés et apprentissages	12
4.1 Limites et difficultés	12
4.2 Apprentissages	13
Annexe 1: Conclusions et questions pour la Réunion des équipes chargées du secteur de la santé dans les pays	14



Introduction

Les Pactes nationaux¹ et accords de partenariat du même type² visent à définir les rôles dévolus, respectivement, au gouvernement, aux partenaires du développement et aux partenaires chargés de la mise en œuvre, afin d'améliorer les systèmes de santé et d'atteindre de meilleurs résultats en matière de santé. Les Pactes définissent la meilleure façon de coordonner et de gérer les ressources intérieures et extérieures allouées au secteur de la santé. Ils ne se substituent pas à une stratégie nationale pour la santé ni ne font double emploi avec celle-ci ; au contraire, ils la complètent en précisant les engagements auxquels les partenaires ont souscrit pour appuyer la stratégie nationale. À ce titre, ils incluent les engagements que chaque signataire s'engage à remplir et les indicateurs y afférent. Ils ne sont pas juridiquement contraignants, mais représentent un engagement moral fort en regard de l'accord qui a été négocié.

Les Pactes ne sont ni des outils nouveaux ni des phénomènes isolés. Il existe depuis longtemps des mécanismes de coordination de l'aide dans le secteur de la santé dans de nombreux pays, telles les approches sectorielles globales (SWAPs). Dix-huit pays membres du IHP+ (et bien d'autres pays) ont des Pactes ou des accords équivalents³. Ces pays ont tous des histoires très différentes en ce qui concerne la coordination de l'aide dans le secteur de la santé : l'Ouganda et le Mali ont derrière eux une longue histoire en matière d'approche sectorielle de la santé sur laquelle s'appuyer, la Mauritanie et le Bénin ont élaboré leur premier Pacte, tandis que le Kenya et le Cambodge avaient déjà mis en place des accords qu'ils ont conservés.

L'objectif de ce document est de fournir un aperçu général de l'expérience acquise dans le développement et la mise en œuvre des accords contenus dans les Pactes. Il explore la question suivante : « valait-il la peine de développer un Pacte ? ». Pour ce faire, le document passe en revue l'expérience de neuf pays : le Bénin, l'Éthiopie, le Mali⁴, la Mauritanie, le Népal, le Nigéria, l'Ouganda, la Sierra Leone et le Togo. Il repose sur l'analyse de la littérature existante afin de limiter la charge pesant sur les pays : plus particulièrement, il s'appuie sur les Pactes nationaux, les rapports des examens annuels conjoints, les études de cas menées dans les pays au sujet de la mise en œuvre de l'efficacité de l'aide, et le Rapport 2012 de IHP+Results. En outre, des entretiens ont été conduits auprès de représentants des ministères de la santé et des partenaires du développement, ainsi qu'auprès de spécialistes techniques.

1 Un examen de synthèse préparé par Martin Taylor et Carmen Dolea, November 2012.

2 Ce type d'accord a été désigné sous une variété de vocables, tels que pacte national, accord de partenariat, mémorandum d'accord, ou encore code de bonne conduite. Pour faciliter la lecture, nous utilisons dans le présent document le terme Pacte pour désigner tout accord convenu au niveau national entre le gouvernement, les partenaires du développement et les partenaires de mise en œuvre.

3 Bénin, Burundi, Cambodge, RDC, Éthiopie, Kenya, Mali, Mauritanie, Mozambique, Népal, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Togo, Viet Nam et Zambie.

4 Il n'est actuellement pas possible de savoir avec certitude dans quelle mesure le processus de coordination des efforts en faveur de l'aide au Mali et les résultats qui en découlent seront poursuivis suite au coup d'état de mars 2012.

Les principales conclusions de cet examen sont les suivantes

1. Les Pactes ont amélioré la qualité du dialogue et du partenariat en matière de coordination de l'aide.
2. Les pays apprécient énormément de savoir quel appui est fourni par leurs partenaires du développement afin d'en assurer le bon alignement avec leurs plans nationaux.
3. Les pays ont suivi les Pactes en développant des outils concrets comme les dispositifs de financement conjoints pour progresser.
4. Rien n'indique que les partenaires du développement fournissent une aide au développement du secteur de la santé plus efficace suite à la ratification d'un Pacte.
5. Les engagements et indicateurs pour un meilleur partenariat et une efficacité de l'aide renforcée consentis dans les Pactes ne font pas l'objet d'un compte rendu régulier en tant que fondement de la redevabilité mutuelle.
6. La valeur essentielle des Pactes est d'offrir un cadre général qui oriente à la fois la direction à suivre et les objectifs de haut niveau du partenariat afin d'améliorer l'utilisation efficace de toutes les ressources en matière de santé (intérieures et extérieures).
7. La réalisation des engagements souscrits dans les Pactes exige des efforts constants pour développer et mettre en œuvre des outils et des instruments spécifiques, comme par exemple des accords de financements conjoints, des rapports conjoints, et une assistance technique harmonisée.
8. Les Pactes peuvent apporter une légitimité internationale et une force morale aux efforts en cours en matière de coordination de l'aide.

Ce document se divise en quatre parties :

1. Contenu, objectif et développement d'un Pacte
2. Résultats et réalisations d'un Pacte
3. Utilisation et valeur ajoutée d'un Pacte
4. Limites, difficultés et apprentissages



1. Contenu, objectif et développement d'un Pacte

Les Pactes nationaux et les accords de partenariat du même type visent à définir les rôles dévolus, respectivement, au gouvernement, aux partenaires du développement et aux partenaires chargés de la mise en œuvre afin d'améliorer les systèmes de santé et d'atteindre de meilleurs résultats en matière de santé. Ces accords peuvent avoir différents noms ou désignations⁵. Des accords de partenariat analogues existaient déjà avant la mise en place du IHP+ : au Cambodge et en Zambie depuis 2006, et au Rwanda et au Kenya depuis 2007.

Les Pactes ont été ratifiés par des représentants des gouvernements, des partenaires du développement et de la société civile. Le ministère de la santé était le principal représentant du gouvernement dans tous les accords. Le ministère des finances était un signataire dans la moitié des Pactes⁶. Certains Pactes ont été également ratifiés par d'autres ministères⁷. Tous les partenaires du développement sont invités à signer les Pactes. L'équipe pays des Nations-unies, l'OMS et la Banque mondiale ont signés tous les Pactes. Tous les partenaires engagés dans le secteur de la santé d'un pays ne signent pas un Pacte. Le Gouvernement des États-Unis a ratifié certains Pactes bien qu'il ne soit pas un signataire du IHP+ au niveau mondial. La société civile a signé de plus en plus de Pactes – et il a signé la plupart des Pactes depuis la mi-2010⁸.

En général, les Pactes précisent les engagements pris concernant l'amélioration de la gestion des ressources intérieures et extérieures pour la santé en appliquant les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au secteur de la santé, et soumettent ces engagements à la mise en place des trois « un seul » : un seul plan national pour le secteur de la santé, un seul budget et un seul cadre de suivi et d'évaluation. Pratiquement tous les Pactes indiquent les modalités d'aide privilégiées par le gouvernement (généralement un appui au budget sectoriel), mais seul le Pacte de l'Éthiopie fournit des détails plus précis sur la façon dont celui-ci doit être avancé. Les engagements et les indicateurs les plus fréquents concernent le décaissement prévisible de l'aide au développement pour la santé (11 Pactes) et l'utilisation d'évaluations conjointes des résultats (9 Pactes). D'autres indicateurs incluent la proportion de financement public alloué à la santé (6 Pactes) et la qualité et l'utilisation des systèmes de gestion des finances nationaux (5 Pactes). Seul un Pacte inclut un indicateur mesurant l'engagement de la société civile dans les processus de politiques et de planification.

5 L'accord porte le nom de Pacte dans 10 pays: le Bénin, l'Éthiopie, le Mali, la Mauritanie, le Mozambique, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, la Sierra Leone et le Togo; de pré-Pacte au Tchad; de Mémoire d'accord au Burundi, la République démocratique du Congo, Rwanda et Zambie; de Code de conduite au Kenya ; d'Accord conjoint de partenariat au Cambodge ; de Partenariat pour le développement de la santé au Népal; et de Déclaration d'intention au Viet Nam.

6 Bénin, Burundi, Cambodge, Éthiopie, Mali, Niger, Nigéria, RDC, Sierra Leone et Togo.

7 D'autres signataires issus du gouvernement incluent le Ministère de la planification et du développement (Nigéria, RDC, Tchad et Togo) ; le Ministère des affaires étrangères et de la coopération internationale (Mauritanie, RDC, Tchad et Togo) ; le Ministère de l'administration du territoire (Sierra Leone et Tchad) ; et le Ministère de la Fonction publique et du Travail (Tchad).

8 Analyse conduite par l'OMS au sujet des Pactes nationaux.

65% des Pactes définissent un système pour l'examen des engagements souscrits dans le Pacte ; dans la majorité des cas, le système choisi est l'examen annuel conjoint du secteur de la santé. Les deux-tiers des Pactes comportent des indicateurs pour mesurer les progrès réalisés en termes de mise en œuvre des engagements (tous les Pactes signés après la mi-2010 comportent ces indicateurs), mais peu de pays disposent de bases de référence pour ces indicateurs, tandis que trois pays seulement ont inclus des cibles spécifiques à atteindre pour ces indicateurs (l'Éthiopie, l'Ouganda et la Sierra Leone).

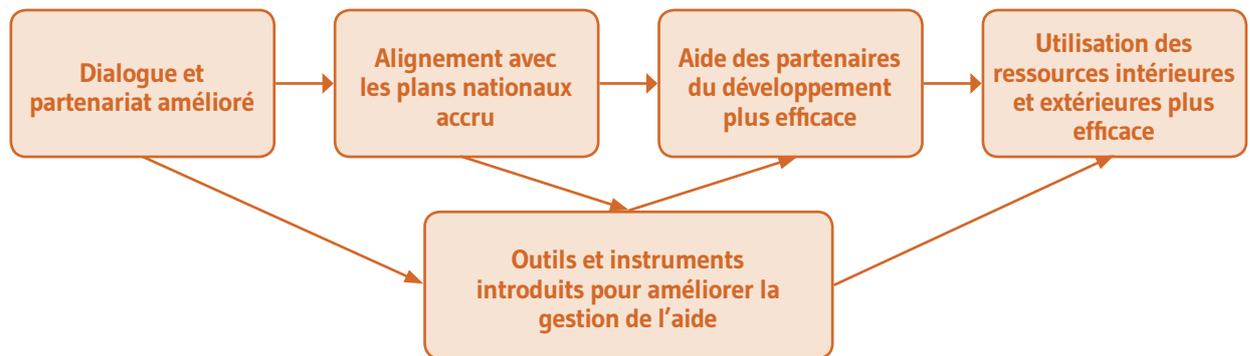
Il n'existe pas de processus, de niveau d'effort ou une période de temps normalisé pour élaborer un Pacte. Il faut en général entre quatre mois et un peu plus d'un an pour élaborer un Pacte ; il aura fallu par exemple quatre mois au Bénin, cinq à l'Ouganda, neuf à la Sierra Leone et à peu près 13 au Togo. Beaucoup de pays ont commencé par convenir d'une feuille de route, d'un aide-mémoire ou d'un autre type d'accord pour déterminer le calendrier et le processus à suivre dans le développement du Pacte ainsi que le rôle de chacun des partenaires. Les efforts nécessaires varient selon les préférences de chaque pays, mais ils incluent généralement des réunions régulières des comités ou organismes chargés de la coordination dans le secteur de la santé, des retraites, ainsi que des groupes de travail et d'écriture. Certains ont fait appel à des intervenants indépendants pour aider à faciliter le processus, rédiger les documents et introduire les bonnes pratiques internationales. La rédaction et la circulation des documents pour examen et agrément auprès des Sièges des partenaires du développement peuvent exiger beaucoup de temps, particulièrement si l'approbation des services juridiques est nécessaire à leur signature.



2. Résultats et réalisations d'un Pacte

Cette section présente les conclusions relatives aux résultats et réalisations potentiels d'un Pacte en les divisant en quatre niveaux de résultats, chacun établissant un lien entre le processus de développement du Pacte et une utilisation réellement plus efficace des ressources. Ces quatre niveaux sont les suivants : (i) dialogue et partenariat, (ii) alignement, (iii) introduction d'outils et de mécanismes, et (iv) changements mesurables dans l'efficacité de l'aide.

Figure 1. Chaîne d'avantages potentiels pouvant être tirés d'un Pacte national



2.1 Les pactes ont renforcé la confiance entre les partenaires et amélioré la qualité du dialogue et des mécanismes de coordination entre eux-ci

Les avantages générés par le processus de développement d'un pacte vont au-delà du document ratifié. L'expérience des pays suggère que le processus d'élaboration d'un Pacte a eu pour résultat d'améliorer la qualité du dialogue sectoriel, de renforcer la confiance entre les partenaires, d'apporter une légitimité internationale et une force morale aux efforts de coordination de l'aide, d'étendre le cadre des partenaires à la société civile, et de contribuer au renforcement des mécanismes de coordination du secteur de la santé.

Le Pacte a eu pour résultat un dialogue enrichi et une confiance renforcée entre les partenaires

- La qualité du dialogue sectoriel s'est améliorée suite au travail effectué lors du développement du Pacte au Népal, en Sierra Leone et au Bénin.
- Le processus de développement du Pacte renforce la confiance entre les partenaires. Bien que l'évaluation sectorielle globale de la santé remonte à 1999, le processus de développement du Pacte a instauré une plus grande confiance au Mali.
- Les négociations qui entourent le Pacte ont insufflé un nouveau dynamisme en faveur d'une action plus concertée et plus urgente pour l'amélioration de la santé au Bénin et au Mali.

Le Pacte a apporté une légitimité internationale et une force morale aux efforts de coordination de l'aide

- En Éthiopie, le soutien du IHP+ a donné une légitimité internationale aux mesures d'harmonisation et d'alignement qui étaient menées par le Gouvernement avant l'arrivée du IHP+.
- Le Pacte a accru la force morale du partenariat de par l'existence d'engagements et d'indicateurs. Les partenaires n'ignorent pas l'existence des engagements souscrits au Nigéria et au Mali, même s'ils ne rendent pas compte des progrès accomplis à leur sujet de façon officielle.

Le Pacte a augmenté l'inclusion des partenaires et renforcé les mécanismes de coordination

- Les processus de planification sont devenus plus inclusifs et ont amené la société civile dans les discussions sur la coordination de l'aide pour le secteur de la santé. Au Bénin, en Mauritanie, en Éthiopie et au Mali, la société civile a commencé à participer aux discussions ou s'est impliquée encore davantage dans celle-ci. Au Bénin, le processus a donné lieu à un accroissement du travail réalisé en commun par le Gouvernement et les partenaires du développement. En Mauritanie, le processus a également entraîné la participation d'autres ministères, y compris du Ministère des finances et du Ministère de la planification et du développement.
- De nouveaux mécanismes de coordination ont été introduits tandis que certains ont été améliorés. Des groupes techniques de travail ont été établis en Mauritanie. Les mécanismes de coordination déjà en place ont été consolidés en Sierra Leone afin de créer un Groupe de direction pour le secteur de la santé doté d'une équipe renforcée.

2.2 Les Pactes ont permis aux pays de mieux appréhender l'appui extérieur qu'ils reçoivent, et de l'aligner avec leurs stratégies nationales pour la santé.

Beaucoup d'attention a été investie afin de soutenir l'appropriation nationale et de jeter les bases nécessaires pour améliorer la fourniture de l'assistance au développement dans le domaine de la santé. Un élément clé de cet effort a été le renforcement de la direction et de l'appropriation, ainsi que le soutien donné à un seul plan ou stratégie pour la santé au niveau national.

Les pays apprécient le rôle que les Pactes remplissent en rassemblant tous les partenaires autour d'un plan unique

- Les gouvernements ont une meilleure compréhension des choix de financement effectués par les partenaires du développement en faveur du secteur de la santé. Au Bénin, en Mauritanie et au Togo, les partenaires du développement n'avaient jusqu'alors guère l'habitude d'informer le Ministère de la santé de leurs programmes, si bien que le Pacte a aidé à clarifier le rôle de tous les partenaires.
- Le soutien fourni par un grand nombre – voire tous – de partenaires du développement se traduit par un meilleur alignement avec le plan national, y compris au Bénin, au Mali (excepté pour certain bailleurs de fonds), en Éthiopie, au Népal, au Togo, en Sierra Leone, en Mauritanie et au Nigéria. Cela représente un avantage important pour les gouvernements qui peuvent ainsi exercer un leadership et une planification renforcés afin d'atteindre leurs propres priorités. Au Népal et en Sierra Leone, les programmes des partenaires du développement sont intégrés dans les plans de travail et les budgets gérés par le Gouvernement. La coordination au niveau des districts s'en est trouvée améliorée dans certains districts de la Sierra Leone.

2.3 L'aide au développement du secteur de la santé fournie par les partenaires du développement n'augmente pas substantiellement suite à la ratification d'un Pacte.

La plupart des Pactes comportent des objectifs et des engagements destinés à améliorer l'alignement, l'harmonisation et l'utilisation des systèmes nationaux par les partenaires du développement. Les données suggèrent que la performance des partenaires du développement en regard de ces objectifs et indicateurs n'a pas évolué de façon substantielle.

Un petit nombre de rapports font état d'une mobilisation de ressources supplémentaires pour la santé

- Un accroissement des ressources intérieures allouées à la santé a été signalé en Mauritanie où le budget du Ministère de la santé a augmenté de 35% en 2012 suite au plan national et au Pacte.



- Des rapports suggèrent que les partenaires du développement ne remplissent pas certains des engagements financiers auxquels ils ont souscrit dans le cadre des Pactes au Mali et au Népal.
- Il pourrait y avoir un financement accru de la part des partenaires du développement en Sierra Leone (bien que celui-ci ne puisse pas être directement attribué au Pacte).

Les partenaires du développement s'engagent à fournir un appui à plus long terme au secteur de la santé, mais seul un petit nombre traduit ces engagements en décaissements prévisibles de l'aide.

- Dans certains pays, les partenaires du développement augmentent leurs engagements à long terme auprès du secteur de la santé⁹. Alors que le Bénin, l'Éthiopie, le Mali et l'Ouganda ont reçu un plus grand nombre d'engagements pluriannuels, le Mali, la Mauritanie, le Népal et la Sierra Leone en ont reçu moins (sur le total de 16 partenaires du développement ayant participé au suivi organisé par IHP+Results).
- Les partenaires du développement ont amélioré la fourniture de l'aide mais pas sa prédictibilité. Sept pays¹⁰ ont vu une proportion accrue de l'aide programmée fournie durant l'année pour laquelle elle était prévue (sur le total de 16 partenaires du développement ayant participé au suivi organisé par IHP+Results), mais parmi ceux-ci, quatre pays (le Bénin, l'Éthiopie, le Mali et le Népal) ont vu des surcroûts importants dans les livraisons, le pays recevant beaucoup plus d'aide sanitaire qu'il n'avait été anticipé¹¹.

Les partenaires du développement n'ont pas rempli leurs engagements, souscrits dans le cadre des Pactes, de rapporter l'aide au secteur de la santé dans les budgets nationaux et d'en octroyer une partie plus importante par le biais des systèmes nationaux de gestion des finances publiques.

- Il n'y a pas de tendances claires permettant de déterminer si les Pactes ont entraîné une augmentation ou une baisse dans la proportion d'aide rapportée dans les budgets nationaux. L'Éthiopie, le Mali et le Népal ont vu une augmentation de l'aide comptabilisée au budget venant des 16 partenaires du développement (à l'exception du Gouvernement des États-Unis) ayant participé à l'exercice de suivi organisé par IHP+Results, tandis que l'Ouganda, le Nigéria, le Bénin, la Mauritanie et la Sierra Leone ont vu une diminution (c'est-à-dire du sous-ensemble du total de l'aide au développement pour la santé qui a été fournie par les 16 partenaires du développement de IHP+). Lorsqu'on regarde le total de l'aide au développement pour la santé, incluant tous les partenaires du développement, seulement 39% de l'aide a été effectivement rapportée dans les budgets¹².
- La proportion de l'aide au développement pour la santé qui utilise les systèmes nationaux de gestion des finances publiques n'a pas augmenté de façon significative. Globalement, l'Éthiopie a vu une plus petite proportion de l'aide reçue acheminée par le biais des systèmes nationaux¹³, mais une plus grande proportion de la part du sous-ensemble des partenaires du développement ayant participé à l'exercice de suivi organisé par IHP+Results¹⁴. Le Gouvernement des États-Unis est le principal donateur, mais il ne participe pas au suivi réalisé par IHP+Results. Le Mali a reçu plus d'aide acheminée par le biais des systèmes nationaux selon IHP+Results, tandis que l'Ouganda et la Sierra Leone ont vu une baisse importante de l'aide fournie par le biais des systèmes nationaux et que le reste des pays n'ont pas de données disponibles à ce sujet. Le Bénin n'a vu aucun changement.
- Il ne semble pas que les partenaires du développement aient modifié leur financement selon les modalités d'aide privilégiées par le gouvernement et spécifiées dans le Pacte. En Éthiopie, en termes de valeur absolue, davantage d'aide a été acheminée vers le Fonds MDG privilégié par le Gouvernement, mais cette proportion est plus basse lorsqu'on considère la totalité de l'aide au secteur de la santé. Les neuf donateurs qui ont participé au

9 IHP+Results, *Progrès réalisés par le Partenariat international pour la Santé : Rapport annuel de la performance 2012*.

10 Éthiopie, Mali, Népal, Nigéria, Bénin, Mauritanie, Sierra Leone.

11 IHP+Results, *Progrès réalisés par le Partenariat international pour la Santé : Rapport annuel de la performance 2012*.

12 Waddington et al, *Roadmap for Enhancing the implementation of One Plan, One Budget and One Report in Ethiopia*, janvier 2012.

13 Ibid

14 IHP+Results, *Progrès réalisés par le Partenariat international pour la Santé : Rapport annuel de la performance 2012*.

Fonds MDG ont contribué pour un volume de financement proportionnellement plus faible que le volume total des ressources du Gouvernement des États-Unis et du Fonds mondial fourni en dehors du Fonds MDG.

- En Sierra Leone, l'impression a été que les partenaires du développement préféraient le statu quo à un changement dans les modalités de fourniture de l'aide.

2.4 Les Pactes ont appuyé, favorisé ou coexisté avec le développement d'autres outils et instruments concrets destinés à améliorer la gestion de l'aide pour la santé.

Les Pactes nationaux ne sont pas des phénomènes isolés. Ils participent à un dialogue entre partenaires dans le cadre duquel d'autres outils sont développés pour faire progresser l'efficacité de l'aide, tels par exemple les dispositifs de cofinancement et les cadres de résultats uniques. Ces accords auraient pu être conclus sans l'existence d'un Pacte, mais ils ont cependant bénéficié, même de façon indirecte, de l'existence du Pacte et du dialogue que celui-ci a encouragé. Nous énumérons ci-après certaines de ces réalisations, sans pour autant les attribuer au Pacte.

Les pays développent des dispositifs de cofinancement et réalisent des évaluations de la gestion des finances publiques

- L'Éthiopie et le Népal ont tous deux développé un dispositif de cofinancement avec leurs partenaires ; celui-ci sert d'outil pour la gestion de l'aide extérieure au développement pour la santé, et pour l'alignement des fonds reçus avec les plans et les priorités au niveau national. Certains observateurs accordent plus d'importance à ces documents qu'au Pacte. En Sierra Leone, une évaluation de la gestion des finances publiques a été menée et un plan d'amélioration est en cours de préparation ; il servira de base à un projet de dispositif de cofinancement, lequel sera présenté aux partenaires pour examen durant le premier trimestre 2013.
- Parallèlement au développement du Pacte, le Bénin a également entamé la mise en place d'une plate-forme de financement des systèmes de santé afin de mieux harmoniser le soutien alloué au renforcement des systèmes de santé avec le plan national. Ce travail se poursuit et la plate-forme vient d'être lancée.
- Au Népal, des travaux ont mené à la rédaction d'un accord de coopération technique conjointe en vue d'une plus grande harmonisation.
- Au Népal, il a été suggéré que le grand nombre de documents et de dispositifs était source de confusion quant à l'objectif spécifique de chaque documents et accords, aux liens qui existent entre eux, et aux signataires de chaque document. Il se peut que ce soit également le cas dans d'autres pays où se côtoient de multiples accords.

Les Pactes ont appuyé ou encouragé le développement de Cadres uniques de résultats

- Des cadres de résultats destinés à suivre les progrès accomplis sont souvent développés en parallèle avec un Pacte, ou peu après la mise en place de celui-ci. Au Nigéria, le Cadre national des résultats pour le Plan national stratégique de développement du secteur de la santé pour la période 2010-2015 a été élaboré en parallèle avec le Pacte. Le Mali a mis au point une Matrice commune d'évaluation et de suivi, et la Sierra Leone un Cadre de résultats et de redevabilité, lequel est lié aux recommandations de la Commission d'information et de responsabilisation. En Éthiopie, tous les partenaires utilisent un seul cadre de résultats. Ceci a entraîné une diminution du nombre de rapports distincts demandés par les partenaires du développement dans le pays, bien que certains exigent toujours que des rapports soient fournis au sujet d'indicateurs supplémentaires.
- Les examens conjoints du secteur menés par le gouvernement sont plus nombreux ou de meilleure qualité. La Sierra Leone a réalisé des examens conjoints en 2010 et 2011, et elle a tenu son premier Sommet sur la santé en 2011. Ce sont des étapes importantes dans un pays en passe d'évoluer d'une situation humanitaire à un contexte de développement.



3. Utilisation et valeur ajoutée d'un Pacte

3.1 Il est rare que des rapports soient rendus au sujet des engagements et indicateurs souscrits dans un Pacte, ou que ceux-ci soient utilisés dans le cadre de la redevabilité mutuelle.

Le Pacte est considéré comme un outil pertinent pour la gestion de l'aide au développement de la santé dans de nombreux pays car le problème auquel il vise à répondre demeure inchangé : la nécessité d'une assistance mieux coordonnée qui se traduit par des systèmes de santé plus robustes et de meilleurs résultats en matière de santé. Cependant, il est rare que les engagements et indicateurs souscrits dans les Pactes soient utilisés afin de mesurer de façon systématique et régulière la performance de tous les partenaires. Certains pays ont entrepris des évaluations ponctuelles pour contrôler les progrès réalisés, et d'autres ont incorporé certains indicateurs relatifs au partenariat dans leur examen annuel conjoint du secteur de la santé. Ces indicateurs peuvent faire double emploi avec certains des indicateurs utilisés dans le Pacte.

Les engagements et les indicateurs souscrits dans les Pactes sont rarement contrôlés pour appuyer la redevabilité mutuelle

- Dans la plupart des pays, un nombre limité de rapports réguliers a été rendu concernant les engagements et indicateurs souscrits dans les Pactes. Il est trop tôt pour se prononcer au sujet de la Mauritanie et du Togo, dont les Pactes n'ont été ratifiés qu'en 2012. La Sierra Leone a mis en avant le développement d'autres outils, tel l'examen annuel conjoint, durant la première année, et le pays compte démarrer des comptes rendus réguliers en 2013.
- Les engagements et les indicateurs souscrits dans le Pacte ont été utilisés dans la préparation d'un examen des progrès accomplis en Éthiopie en 2011. Cet exercice a fourni des données qui, comparées aux données de référence, ont permis d'identifier les progrès réalisés et d'orienter le développement d'une feuille de route. En Mauritanie, un examen des indicateurs relatifs au partenariat est envisagé dans le cadre de l'évaluation à moyen terme du plan national pour la santé qui se tiendra en 2015.
- Les pays et les partenaires du développement procèdent à des évaluations des progrès réalisés concernant certains indicateurs de partenariat dans le cadre d'autres processus nationaux d'évaluation, comme les examens annuels conjoints et les réunions annuelles d'examen. Au Mali, certains des engagements sont liés au Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) et en font partie. Les progrès accomplis en matière d'efficacité de l'aide sont étudiés dans le cadre d'examens nationaux annuels en Éthiopie, au Kenya, au Mali et au Népal. Ce type d'examen ne découle pas nécessairement des Pactes : la Tanzanie et le Mozambique supervisent également les indicateurs de partenariat dans le cadre de leur examen annuel conjoint.
- Il est parfois difficile de rendre compte de certains indicateurs dans les pays où différents ensembles d'indicateurs se côtoient dans le cadre d'accords multiples : le Pacte, le plan national pour la santé, le cadre national de résultats, l'examen annuel conjoint, l'évaluation sectorielle globale, le fonds commun et d'autres encore. C'est le cas au Népal où l'on compte une pléthore d'accords divers.
- Au Nigéria, les partenaires du Pacte ont développé un plan d'action dans le cadre d'une matrice dont les activités sont liées aux indicateurs et aux engagements. Celle-ci a fait récemment l'objet d'examens lors de réunions entre les partenaires du développement et a été présentée au Ministère de la santé.

- La Mauritanie, le Nigéria, la Sierra Leone et le Togo prévoient d'établir des liens entre leur rapport à la Commission sur l'information et la responsabilisation et leur rapport au Pacte. Au Nigéria, un lien sera également établi avec le cadre national des résultats et le tout sera basé sur l'examen annuel conjoint.
- De nombreux Pactes comportent un nombre excessif d'engagements qui ne sont pas explicites. C'est le cas particulièrement en Éthiopie, au Mali, au Bénin et au Népal. Certains de ces engagements correspondent plus à des déclarations générales d'intention – il est impossible de les mesurer.

3.2 Les pactes apportent de la valeur aux efforts menés pour améliorer la gestion des ressources en matière de santé.

Il serait vain d'essayer d'attribuer aux Pactes les éventuelles améliorations survenues en matière d'efficacité de l'aide pour le secteur de la santé. Certains pays ont de longue date des processus ou des mécanismes de coordination sectorielle, lesquels ont servi de base aux efforts entrepris pour améliorer l'efficacité de l'aide pour le secteur de la santé. La valeur ajoutée d'un Pacte dépend du contexte et des éléments déjà en place dans le pays.

- En Éthiopie, le Pacte a apporté une crédibilité internationale aux efforts du Gouvernement pour améliorer l'harmonisation et l'alignement.
- Le processus lié au Pacte peut aider les signataires du Pacte à suggérer des engagements et des indicateurs et à les concrétiser. Au Mali, le Pacte a aidé à rendre l'efficacité de l'aide plus concrète et mesurable, et, au Népal, il a permis de définir de façon plus précise les engagements et les indicateurs.
- Les Pactes peuvent aider au remaniement des organes de direction ou de coordination (comme, par exemple, au Mali et en Sierra Leone).
- Des dispositifs de cofinancement auraient pu être mis en place sans un Pacte, mais il est possible que leur lien avec le IHP+ et le Pacte leur ait conféré un surcroît de crédibilité.
- Le Pacte peut jouer un rôle de catalyseur et favoriser une planification conjointe, comme cela a été le cas au Bénin.
- Bien qu'ils ne soient pas juridiquement contraignants, les Pactes sont investis d'une charge symbolique ou morale qui peut encourager les partenaires à remplir leurs engagements.



4. Limites, difficultés et apprentissages

4.1 Limites et difficultés

Les limites des Pactes peuvent inclure : (i) quels partenaires du développement choisissent de ne pas signer le Pacte, (ii) des objectifs et des indicateurs trop nombreux et trop ambitieux, (iii) des attentes implicites en matière de financement qui ne se concrétisent pas, et (iv) le niveau de suivi en matière de leadership et de mise en œuvre.

Certains bailleurs de fonds clés du secteur de la santé ne font pas partie du Pacte

- Dans certains pays, les principaux bailleurs de fonds du secteur de la santé ne ratifient par le Pacte ou ne lui apportent aucun soutien. C'est, par exemple, le cas du Gouvernement des États-Unis et du Fonds mondial en Éthiopie, et de USAID, de la Chine, de la France et de la Commission européenne au Bénin. Les coûts de transaction occasionnés par la gestion de l'aide peuvent demeurer élevés parce que les principaux bailleurs de fonds se tiennent en marge des dispositifs établis par le Pacte.

Contenu et objectifs du Pacte

- Tous les Pactes comportent un certain nombre d'engagements qui ne sont définis de façon claire, avec des indicateurs non mesurables, et, souvent, sans cibles à atteindre précises.
- La plupart des Pactes concentrent leur attention sur l'amélioration de la gestion de l'aide au développement dans le but d'appuyer les stratégies nationales pour la santé. Cependant, certains Pactes comportent des éléments issus d'autres plans ou stratégies pour la santé au niveau national. Les Pactes signés au Mali, au Bénin, au Togo et en Mauritanie conjuguent des éléments issus d'une stratégie pour la santé (l'analyse du secteur de la santé et les mesures utilisées pour renforcer la prestation de soins de santé) avec des préceptes destinés à l'amélioration de la coordination des ressources intérieures et extérieures pour le secteur de la santé (efficacité et gestion de l'aide). Le Pacte du Népal associe des indicateurs relatifs à l'efficacité de l'aide et au partenariat avec d'autres indicateurs plus familiers, liés à l'équité, la prestation des soins et d'autres indicateurs sanitaires plus traditionnels.
- Tous les Pactes comportent de nombreux indicateurs sur lesquels aucun rapport n'est rendu. Les indicateurs sont souvent tirés de la Déclaration de Paris ; ils permettent de faire des comparaisons au niveau mondial, mais n'abordent pas nécessairement des enjeux prioritaires au niveau national.

Les attentes concernant des financements supplémentaires pour la santé

- Suite au lancement du IHP+ en 2007, certains ministères de la santé ont développé l'idée implicite que la ratification d'un Pacte national pourrait ouvrir la voie à des financements extérieurs supplémentaires pour le secteur de la santé. Peu d'éléments de preuves sont disponibles, mais des rapports informels suggèrent que ces financements extérieurs supplémentaires ne se sont pas concrétisés, et certains ministères de la santé ont le sentiment d'avoir été induits en erreur.

Leadership et appropriation

- On considère que certains Pactes ont été conduits et assumés par les partenaires du développement, comme ce fut le cas au Bénin et au Népal. Le leadership et l'appropriation nationale peuvent être limités.
- Le leadership exercé par les partenaires du développement en matière d'efficacité de l'aide doit compléter celui exercé par le gouvernement. La rotation ou le départ du personnel des partenaires du développement peut entraîner une diminution de la confiance et du leadership.

4.2 Apprentissages

Les pays et les partenaires du développement ont tiré un grand nombre d'apprentissage du développement et de la mise en œuvre des Pactes. Les principaux apprentissages sont résumés ci-après en trois grandes catégories.

Leadership national et confiance mutuelle

Un Pacte est à la fois un outil et une marque de confiance mutuelle. Comme n'importe quel outil, sa valeur dépend en partie de l'habileté de ceux qui s'en servent. Le leadership du gouvernement est vital. Certains ministères de la santé ont élaboré un Pacte après la rédaction d'une stratégie nationale pour la santé, l'utilisant comme outil destiné à renforcer le leadership exercé par la stratégie nationale ; cela est le cas au Togo, en Sierra Leone, au Nigéria et en Mauritanie. Il est également nécessaire que les partenaires du développement apportent leur appui au gouvernement et à son leadership dans la mise en œuvre de leurs propres engagements.

Contenu du Pacte et communication

Le contenu du Pacte est important et il n'existe pas de modèle prêt à l'emploi. Certains Pactes comportent trop d'engagements et d'indicateurs imprécis, trop ambitieux ou difficiles à mesurer. Certains signataires conseillent, de façon très avisée, de mieux délimiter la portée des engagements et de les maintenir dans des limites acceptables et gérables. Enfin, il est parfois nécessaire de communiquer un Pacte à des partenaires qui n'étaient pas présents lors des discussions qui ont mené à son élaboration. Certains observateurs suggèrent qu'un petit nombre de messages clairs favoriserait la communication et aiderait les partenaires à mieux le comprendre et ainsi à y adhérer plus volontiers.

Mise en place et suivi pour la redevabilité mutuelle

S'assurer que l'élan qui accompagne le lancement d'un Pacte ne s'essouffle pas trop vite est un défi. Le leadership, la confiance et la clarté en matière d'objectifs sont des éléments dont nous avons déjà souligné l'importance. Un Pacte ne doit pas nécessairement inclure tous les détails concernant la façon dont il sera mis en œuvre ; cependant, il gagne à esquisser les principaux outils, instruments et dispositions concernant la mise en œuvre qui seront nécessaires à la réalisation de ses objectifs. L'expérience des pays suggère qu'un mécanisme de coordination efficace est également important afin de maintenir le dialogue et de continuer à résoudre les problèmes collectivement. Enfin, la redevabilité mutuelle exige la sélection d'un petit ensemble d'indicateurs appropriés à la situation du pays. Les activités de compte rendu peuvent être incorporées à un examen annuel conjoint du secteur de la santé mené au niveau national.



Annexe 1: Conclusions et questions pour la Réunion des équipes chargées du secteur de la santé dans les pays

Nous tirons ici trois grandes conclusions de cet examen et suggérons quelques questions qui pourraient être examinées lors de la Réunion des équipes chargées du secteur de la santé dans les pays dans le cadre du IHP+ qui se tiendra en décembre 2012.

1. Les Pactes ont amélioré la qualité du dialogue et du partenariat pour la coordination de l'aide. Les pays apprécient énormément de savoir quel appui est fourni par leurs partenaires du développement afin d'en assurer le bon alignement avec leurs plans nationaux. Les pays ont suivi les Pactes en développant des outils concrets comme les dispositifs de financement conjoints pour progresser. Mais rien n'indique que les partenaires du développement fournissent une aide au développement du secteur de la santé plus efficace suite à la ratification d'un Pacte.

Question : cette affirmation reflète-t-elle votre expérience en tant que pays ou partenaire du développement, et, selon vous, que faut-il faire (quels sont les problèmes principaux auxquels il est nécessaire de remédier) pour qu'un Pacte contribue à fournir une aide plus efficace dans le secteur de la santé dans les domaines spécifiques que vous avez identifiés dans le cadre de vos activités ?

2. Les engagements et indicateurs pour un meilleur partenariat et une efficacité de l'aide renforcée consentis dans les Pactes ne font pas l'objet d'un compte rendu régulier en tant que fondement de la redevabilité mutuelle.

Question : Qu'est-ce qui est nécessaire, selon vous, pour garantir que les pays et les partenaires du développement évaluent régulièrement et élaborent collectivement un rapport au sujet de leurs indicateurs principaux en matière de partenariat et d'efficacité de l'aide ? L'examen annuel conjoint est-il le mécanisme le plus approprié pour cette évaluation – si oui, que faudrait-il faire pour que les progrès accomplis par les partenaires à l'égard de leurs engagements soient suffisamment incorporés à cet examen ?

3. La valeur essentielle des Pactes est d'offrir un cadre général qui oriente à la fois la direction à suivre et les objectifs de haut niveau du partenariat afin d'améliorer l'utilisation efficace de toutes les ressources en matière de santé (intérieures et extérieures). La réalisation des engagements souscrits dans les Pactes exige des efforts constants pour développer et mettre en œuvre des outils et des instruments spécifiques, comme par exemple des accords de financements conjoints, des rapports conjoints, et une assistance technique harmonisée.

Question : quels travaux, outils ou instruments concrets sont nécessaires pour mettre en œuvre les engagements souscrits et remplir les objectifs définis par votre Pacte national ?

info@internationalhealthpartnership.net
www.internationalhealthpartnership.net

